



## 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](mailto: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](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 MK AVAIT SA PLACE DANS LA DÉTECTION DU  
BURNOUT ? ENQUÊTE AUPRÈS DES MK LIBÉRAUX.**

Sous la direction de  
M<sup>me</sup> Mélanie Jambeau

Mémoire présenté par **Mélanie PEREIRA**,  
étudiante en 4<sup>ème</sup> année de masso-kinésithérapie,  
en vue de valider l'UE 28  
dans le cadre de la formation initiale du  
Diplôme d'État de Masseur-Kinésithérapeute

Promotion 2017-2021



UE 28 - MÉMOIRE  
DÉCLARATION SUR L'HONNEUR CONTRE LE PLAGIAT

Je soussigné(e), ...**PEREIRA Mélanie**.....

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 ...**27 Avril 2021**.....

Signature

## REMERCIEMENTS

La réalisation de ce mémoire a été possible grâce au concours de plusieurs personnes à qui je voudrais témoigner toute ma gratitude.

Je tiens à exprimer toute ma reconnaissance à ma directrice de mémoire, M<sup>me</sup> Mélanie JAMBEAU. Je la remercie pour son encadrement, ses conseils avisés et sa disponibilité remarquable. Je n'aurais pas pu recevoir un meilleur accompagnement.

Je remercie aussi M. Thomas CLEMENT et M<sup>me</sup> Séverine BUATOIS qui ont participé à l'idée de ce mémoire et à la naissance de ce projet collaboratif.

Je remercie tous les étudiants, les masseurs-kinésithérapeutes libéraux et les professeurs qui ont donné de leur temps pour participer aux pré-tests du questionnaire et m'ont fait un retour sincère.

Je souhaite aussi exprimer ma gratitude à tous les masseurs-kinésithérapeutes qui ont participé à cette étude.

J'adresse également mes remerciements à toute l'équipe pédagogique avec une intention particulière pour M. Jean-Pierre Cordier qui m'a accompagné durant ces années d'études.

Pour finir, je ne pourrai passer outre, un grand merci à ma mère qui m'a toujours soutenue, et qui n'a jamais douté de ma réussite malgré les épreuves.

**« Brûler la chandelle par les deux bouts... » et si le masseur-kinésithérapeute avait sa place dans la détection du burnout ? Enquête auprès des masseurs-kinésithérapeutes libéraux.**

**Introduction :** Le syndrome d'épuisement professionnel aussi nommé « burnout » est un sujet majeur de santé publique. Le burnout est un syndrome qui se caractérise par de nombreuses manifestations physiques, émotionnelles, cognitives et motivationnelles. Les écrits scientifiques traitant du sujet sont de plus en plus nombreux. Bien que les manifestations semblent relever du champ de compétences du masseur-kinésithérapeute (MK), celui-ci reste absent des recommandations. Notre enquête propose d'apporter des précisions sur la place du MK dans la détection de ce syndrome auprès des patients en interrogeant les MK libéraux (MKL) de France.

**Matériel et méthode :** L'avis des MKL a été recueilli à l'aide d'un questionnaire. Les résultats des questions fermées ont été analysés par analyse statistique tandis que des analyses sémantiques et lexicales ont été faites pour les résultats des questions ouvertes.

**Résultats :** Parmi les 29 réponses reçues, les MKL pensent que la détection précoce du burnout relève de leurs compétences et souhaitent y prendre part. Les résultats montrent que les MKL sont particulièrement confiants concernant la détection des symptômes physiques du burnout. Concernant la détection des manifestations émotionnelles, motivationnelles, cognitives et comportementales, les MKL affichent des niveaux de certitudes variables allant de « systématique » à « peu probable ». Le suivi régulier, les prises en charge en salle individuelle et le temps d'échange seraient des facteurs favorisant la détection. La formation initiale au sujet du burnout et de la santé mentale ne semble pas être satisfaisante et les MKL sont désireux de se former sur ce sujet.

**Discussion et conclusion :** Les MKL interrogés sont volontaires à intégrer le contexte pluridisciplinaire de détection. Bien que l'échantillon restreint interrogé ne permet pas d'extrapoler les résultats à la population mère, les résultats mettent en évidence les avantages et les freins de la prise en charge du MKL pour la détection du syndrome. Les questions ont été choisies et formulées de façon à ne pas influencer le répondant, il subsiste néanmoins quelques biais à notre étude.

**Mots clés :** Détection – Masseur-kinésithérapeute – Syndrome d'épuisement professionnel

---

**“Burning the candle at both ends...” What if the physiotherapist could participate to the early detection process of the burnout syndrome ? Survey among french physiotherapists working in private practice.**

**Introduction :** Burnout syndrome is a major public health issue. It is a syndrome characterized by physical, emotional, cognitive and motivational symptoms. There is now a growing scientific literature on the subject. Although the clinical signs seem to fall within the physiotherapists' area of competence, they are not mentioned in the recent recommendations. By gathering opinions of self-employed French physiotherapists (PTL), our survey aimed to determine whether physiotherapists could play a role in the detection of this syndrome.

**Material and Method :** The opinions of the PTL were collected by means of a questionnaire. The results of the closed questions were analyzed by statistical analysis while semantic and lexical analyses were performed for the results of the open questions.

**Results:** Of the 29 responses received, PTL believe that early detection of burnout is within their competence and wish to be involved. The results show that PTL are particularly confident about detecting the physical symptoms of burnout. Regarding the detection of emotional, motivational, cognitive and behavioral manifestations, PTL show varying levels of certainty ranging from "systematic" to "unlikely". Regular follow-up, individual room management and time for discussion would be factors favouring detection. Initial training on the subject of burnout and mental health does not seem to be satisfactory and PTL are eager to learn more about this subject.

**Discussion and conclusion:** Physiotherapists interviewed are willing to integrate the multidisciplinary detection context. Although the small sample interviewed does not allow for extrapolation of the results to the original population, the results highlight the benefits and barriers of MKL management for detection of the syndrome. The questions were chosen and formulated so as not to influence the respondent; nevertheless, some bias remains in our study.

**Keywords :** Detection – Physiotherapist – Burnout

# Sommaire

<b>1. INTRODUCTION</b> .....	1
1.1. Problématique .....	1
1.2. Cadre théorique .....	2
1.2.1. Burnout, sujet de santé publique .....	2
1.2.2. Historique du burnout .....	3
1.2.3. Épuisement, cynisme et dévalorisation.....	4
1.2.3.1. <i>Survenue du burnout</i> .....	4
1.2.3.2. <i>Composante socio-environnementale</i> .....	5
1.2.3.3. <i>Composante individuelle</i> .....	5
1.2.3.4. <i>Manifestations cliniques</i> .....	8
1.2.3.5. <i>Différence entre burnout et dépression</i> .....	9
1.2.4. Dépistage et auto-détection.....	11
1.2.5. Burnout : place de la pluri- et interdisciplinarité.....	11
1.2.6. Les MKL, un maillon dans la détection .....	12
<b>2. MATERIEL ET METHODE</b> .....	13
2.1. Stratégies de recherches documentaires .....	13
2.2. Échantillon .....	14
2.2.1. Critères d'inclusion et d'exclusion.....	14
2.2.2. Population de l'échantillon .....	14
2.3. Aspects réglementaires et éthiques.....	15
2.4. Questionnaire : un outil adapté.....	15
2.4.1. Conception du questionnaire.....	16
2.5. Pré-test.....	17
2.5.1. Mise en place des pré-tests et retours obtenus.....	17
2.6. Présentation du questionnaire .....	17
2.7. Moyens de diffusion du questionnaire.....	18
2.7.1. Premier contact téléphonique.....	18
2.7.2. Contact par e-mail .....	19
2.7.3. Relances stratégiques .....	20
2.8. Méthodes d'analyse .....	20

<b>3. RÉSULTATS</b> .....	21
3.1. Diagramme de flux .....	21
3.2. Caractéristiques et représentativité de l'échantillon .....	22
3.3. Place du MKL dans la détection .....	23
3.3.1. Formations en santé mentale .....	23
3.3.1.1. <i>Représentation du burnout</i> .....	23
3.3.1.2. <i>Formations reçues et entreprises</i> .....	24
3.4.3. Dépendante des conditions d'exercices .....	26
3.4.3.1. <i>Choix d'exercice</i> .....	26
3.4.3.2. <i>Temps d'échanges</i> .....	27
3.4.3.3. <i>Détection des symptômes</i> .....	29
3.4.4. Dépendante du MKL lui-même .....	32
3.4.4.1. <i>La personnalité du MKL</i> .....	32
3.4.4.2. <i>Expérience face au burnout</i> .....	33
3.4.4.3. <i>Rôle de détection</i> .....	34
3.4.5. Éléments favorables et freins à la détection .....	35
<b>4. DISCUSSION</b> .....	37
4.1. Interprétation des résultats .....	37
4.1.1. Population .....	37
4.1.2. Bilan .....	38
4.1.3. Prise en charge .....	38
4.1.4. Connaissances et formations .....	39
4.1.5. Profil du patient .....	40
4.2.6. Rôle du MK .....	41
4.2.7. Place du MKL dans la détection du burnout ? .....	41
4.2. Limites des résultats .....	42
4.2.1. Limites .....	42
4.3. Perspectives d'approfondissement et ouvertures .....	44
<b>5. CONCLUSION</b> .....	46
<b>Bibliographies</b> .....	
<b>ANNEXES</b> .....	

## Liste des figures

Figure 1 : Nombre de résultats obtenus par année en lançant une recherche sur Pubmed en Avril 2021.

Figure 2 : Certaines personnalités favoriseraient la survenue d'un burnout.

Figure 3 : Les cinq grandes catégories de manifestations du burnout.

Figure 4 : Schéma issu du guide de prévention expliquant la relation entre le burnout et la dépression (1).

Figure 5 : Liste des avantages et des inconvénients de l'utilisation d'un questionnaire en ligne pour réaliser une enquête.

Figure 6 : Liste des avantages et des inconvénients de la prospection par appels téléphoniques.

Figure 7 : Frise chronologique de l'enquête jusqu'à l'analyse.

Figure 8 : Diagramme de flux de l'échantillon.

Figure 9 : Regroupement en champs lexicaux des réponses des MKL concernant leur représentation du burnout, par analyse sémantique et lexicale.

Figure 10 : Formation du MK sur le thème de la santé mentale ou du burnout.

Figure 11 : Comparaison des modalités d'exercice des MKL de l'échantillon entre une pratique en salle individuelle ou en salle commune.

Figure 12 : Durée et contenu des échanges lors du soin entre le professionnel et le patient.

Figure 13 : Éléments et contextes menant à lancer ou à approfondir une conversation portant sur des sujets personnels.

Figure 14 : Fiabilité de détection des symptômes du burnout.

Figure 15 : Le MKL, une personne de confiance dans la sphère privée mais également la sphère professionnelle.

Figure 16 : Expérience du MKL face au burnout, détection précoce et réorientation.

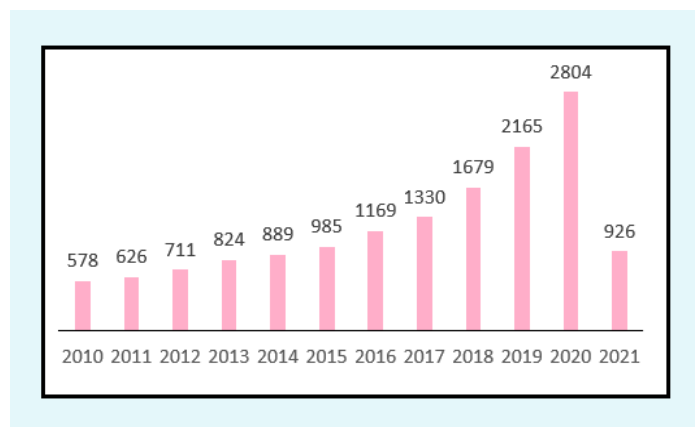
Figure 17 : Éléments favorables et défavorables à la détection du burnout selon les MKL interrogés.



# 1. INTRODUCTION

## 1.1. Problématique

Le syndrome d'épuisement professionnel aussi nommé en version anglophone « burnout syndrome » est un risque psycho-social lié au travail (2). Défini pour la première fois en 1971, les nombreuses définitions qui existent à ce jour font état d'un syndrome se manifestant par des troubles physiques, cognitifs, comportementaux et motivationnels (2). Les facteurs de risques du burnout sont liés au travail. Ces facteurs créent un déséquilibre qui favorise la survenue de ce syndrome (2). Les écrits scientifiques publiés et traitant du burnout, ainsi que la médiatisation de ce problème ne cessent d'augmenter, en effet, le nombre de publications référencées avec le terme « burnout » sur Pubmed a presque quintuplé en 10 ans (Fig. 1) (3).



**Figure 1 : Nombre de résultats obtenus par année en lançant une recherche sur Pubmed en Avril 2021.**  
Résultats croissant durant ces dix dernières années.

Certaines manifestations du burnout telles que les troubles physiques ou musculo-squelettiques semblent relever des compétences du masseur-kinésithérapeute (MK). De plus, la prise en charge MK de par la régularité des séances, les bilans, et la relation thérapeutique développée pourrait être un atout pour la détection du burnout. Les

recommandations d'experts sur la prévention, le diagnostic et le traitement du burnout mettent en avant un contexte pluridisciplinaire (1,2,4). Cependant, le MK reste absent de ces recommandations (2). Un projet de recherche collaboratif en lien avec la santé mentale et soutenu par le Conseil National de l'Ordre des MK a été créé au sein de l'Institut Lorrain de Formation en Masso-Kinésithérapie de Nancy. Ce projet a pour objectifs de s'intéresser à la place du MK dans la détection et la prise en charge des patients en burnout. Ce mémoire s'intéresse spécifiquement à la détection et nous amène à nous demander : Le masseur-kinésithérapeute exerçant en libéral (MKL) aurait-il sa place dans la détection précoce de l'épuisement professionnel auprès de ses patients ?

Différentes hypothèses peuvent se poser :

Première hypothèse : La prise en charge par les MKL est une situation propice à la détection du burnout. En effet, la relation de confiance qui s'instaure, la proximité de soin qui se crée notamment par le touché, le suivi et les bilans réguliers nous semblent être favorables à la détection.

Seconde hypothèse : Les MKL ne sont pas favorables à détenir ce rôle de détection précoce par manque de temps et d'intérêt.

## 1.2. Cadre théorique

### 1.2.1. Burnout, sujet de santé publique

Le burnout est "un syndrome (...) résultant d'un stress chronique au travail qui n'a pas été géré avec succès" selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Les enquêtes régulières de l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE) sur les conditions de travail démontrent l'augmentation des exigences des entreprises vis-à-vis des travailleurs en termes de performance, vitesse ou encore de complexité des tâches à effectuer ce qui augmente le risque de burnout (5). L'émergence des technologies a permis de diminuer la pénibilité du travail et le nombre d'emplois ouvriers, mais d'autres facteurs de risques ont émergé. Les normes et les procédures à respecter pour satisfaire une recherche de qualité toujours supérieure sont plus nombreuses et accroissent la quantité de travail (5).

Le travail est plus intensif et se réalise désormais beaucoup plus dans l'urgence (5). Cela implique une adaptation continue et des initiatives de la part des travailleurs pour satisfaire les demandes. Les horaires ont évolué et le travail nocturne se développe entraînant des troubles physiques et cognitifs (5). Ces facteurs associés à des objectifs irréalistes créent des exigences émotionnelles importantes pouvant mener à la survenue d'un burnout (6). Ce sont donc les facteurs de risques issus du contexte professionnel qui favorisent un déséquilibre menant à l'apparition du burnout. En effet, tous les travailleurs, quels que soient leurs professions ou leurs profils, sont susceptibles de développer un épuisement professionnel (6). Le burnout, susceptible de toucher n'importe quel travailleur, est un enjeu de santé publique (7).

### 1.2.2. Historique du burnout

Le concept d'épuisement professionnel a été introduit en juin 1959 par Claude Veil un psychiatre français (6). Il compare l'épuisement professionnel à un compte en banque à découvert : *« Tout se passe comme à la banque : tant qu'il y a une provision, les chèques sont honorés sans difficulté, quel que soit leur montant. Mais dès qu'on se trouve à découvert, le tirage, si petit soit-il, devient impossible. Chaque individu possède ainsi un certain capital, une marge d'adaptation, plus ou moins large, et qui lui appartient en propre. Tant qu'il reste à l'intérieur, en homéostasie, il peut en jouer indéfiniment. S'il vient à la saturer, la fatigue (le relevé de compte) l'en avertit ; s'il continue, même le plus petit effort supplémentaire va le conduire à la faillite, il se désadapte. »* (6).

Le terme « burnout » quant à lui a été amené en 1971 par un psychiatre et psychothérapeute allemand nommé Herbert Freudenberger. En 1974, il publie l'article « Staff Burn- Out » où il décrit *« je me suis rendu compte que les gens sont parfois victimes d'incendie, tout comme les immeubles. Sous la tension produite par la vie dans notre monde complexe, leurs ressources internes en viennent à se consumer comme sous l'action des flammes, ne laissant qu'un vide immense à l'intérieur, même si l'enveloppe externe semble plus ou moins intacte »* (8). Il émet ce concept à la suite d'observations au sein d'établissements médicaux où il remarque une fatigue extrême chez les soignants bénévoles, auparavant enthousiastes et idéalistes. L'apparition de cette fatigue est selon ses

observations, corrélée à des demandes d'exigences médicales accrues, des sollicitations en masse, des contradictions dans les ordres reçus et un contact avec un public nécessitant aide et réconfort. Il sera le précurseur des observations des facteurs de risque du burnout (8).

En 1980, la psychologue américaine Christina Maslach a étudié ce qu'elle nomme le « burnout professionnel », qui serait une résultante de différents facteurs de stress présents sur la durée auprès d'un travailleur (9). Décrit comme une dégradation du rapport subjectif au travail, le burnout s'exprime à travers trois dimensions. La première dimension est l'épuisement. Il est émotionnel, psychique et physique et traduit une fatigue extrême devenant chronique due à des conditions de travail exigeantes et un repos physique et psychique réduit. La seconde dimension est le cynisme. Le travailleur ne tient plus compte des conventions sociales et morales et se détache progressivement des personnes qui l'entourent, de son travail et de ses obligations. Le Pr. Christina Maslach explique que ce cynisme est une forme d'adaptation face au surmenage et nomme cela le « *coping* ». La dernière dimension évoquée est la diminution de l'accomplissement personnel au travail. Le travailleur se sent inefficace et pas à la hauteur (2).

Tous ces travaux tentent de définir le burnout. En 1982, cinquante définitions et conceptions du burnout ont été proposées dans des publications scientifiques, aujourd'hui nous en dénombrons une centaine (10). Ces définitions se rejoignent, c'est un épuisement physique, émotionnel et mental qui résulte d'un investissement prolongé dans des situations de travail exigeantes sur le plan émotionnel (11). Ces nombreuses publications ont mis en évidence un grand nombre de facteurs de risques.

### 1.2.3. Épuisement, cynisme et dévalorisation

#### 1.2.3.1. Survenue du burnout

Le burnout serait dû à la dégradation de l'environnement de travail causée par la présence de plusieurs facteurs de risque. Le rapport Gollac réalisé par un collège d'expertise

de l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE) présente six grands axes de facteurs psychosociaux pouvant mener à un burnout (12). Ces axes sont les exigences du travail, les exigences émotionnelles, le manque d'autonomie et de marges de manœuvre, le manque de soutien social et de reconnaissance au travail, les conflits de valeurs, l'insécurité de l'emploi et du travail. Les grands axes du rapport rappellent le modèle Karasek qui met en lien le stress et l'autonomie au travail face à l'apparition de différents profils de travailleurs. Il démontre quatre profils de travailleur : le passif, le détendu, le stressé ou l'actif (13). Une forte demande psychologique et une autonomie réduite vont créer un profil de travailleur stressé. Si l'autonomie accordée était plus grande, le travailleur stimulé et en quête de reconnaissance adopterait un profil actif. La demande psychologique et l'autonomie ont donc une influence importante dans la survenue du burnout.

#### *1.2.3.2. Composante socio-environnementale*

Le rapport Gollac recense les facteurs de risques au travail, mais également des facteurs environnementaux pouvant influencer la survenue d'un burnout (11). En effet, « *la composition et les ressources du ménage, les liens entre ses membres, les caractéristiques de base démographiques, sociales et économiques* » peuvent aggraver la situation (12).

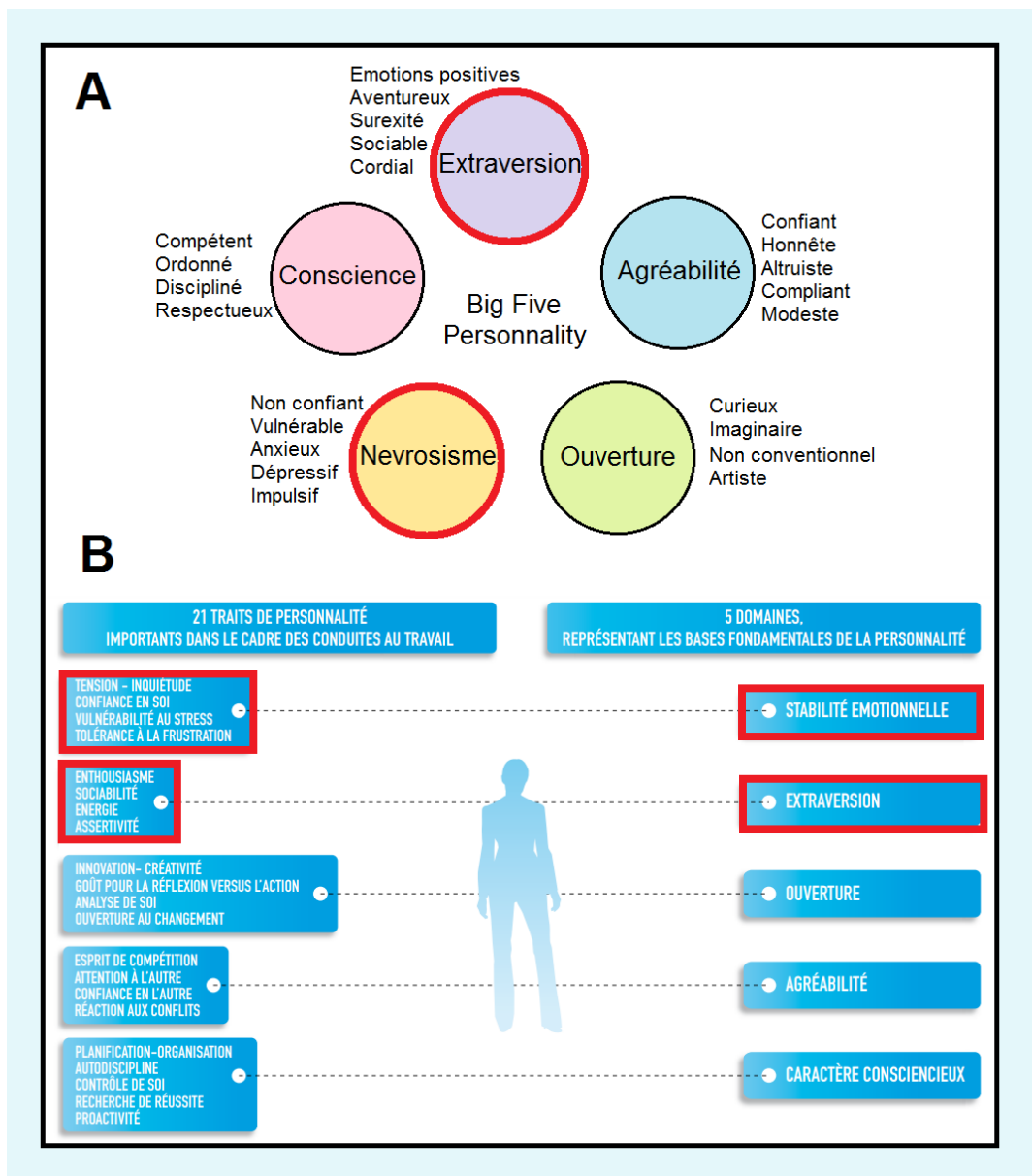
#### *1.2.3.3. Composante individuelle*

Autre que les aspects socio-environnementaux, les traits de personnalité sont au cœur des interactions entre l'individu et le travail (14–17). Claude Veil avait énoncé qu'il n'existait pas de profil particulier sujet au burnout. Depuis, de nouvelles études ont apporté des précisions à ce sujet. Il existe différents types de personnalité, chacune d'elle possède sa propre perception des situations difficiles et mène l'individu à réagir différemment.

Face aux situations problématiques, l'individu va réaliser un coping actif qui vise à chercher des solutions ou un coping d'évitement (12). Le coping est un terme anglais signifiant « faire face à ». En 1984, Lazarus et Folkman définissent le *coping* comme « *l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux destinés à maîtriser, réduire ou tolérer*

*les exigences internes ou externes qui menacent ou dépassent les ressources d'un individu* ». Selon leurs personnalités, les individus réagissent différemment de sorte que certaines personnalités favoriseraient la survenue d'un burnout (16,17). Cinq grands types de personnalité aussi nommés « Big Five » ont été décrits (Fig. 2A) (18). Chaque personne tend majoritairement vers l'un de ces cinq grands types de personnalité. Il a été démontré que les personnes possédant les traits d'extraversion ou de névrosisme sont plus favorables à déclencher un épuisement professionnel (16). Le névrosisme qui correspond à des phases récurrentes d'angoisse, de frustration, de manque de confiance en soi ou encore de tendances dépressives est le caractère le plus favorable à ce syndrome (17,19).

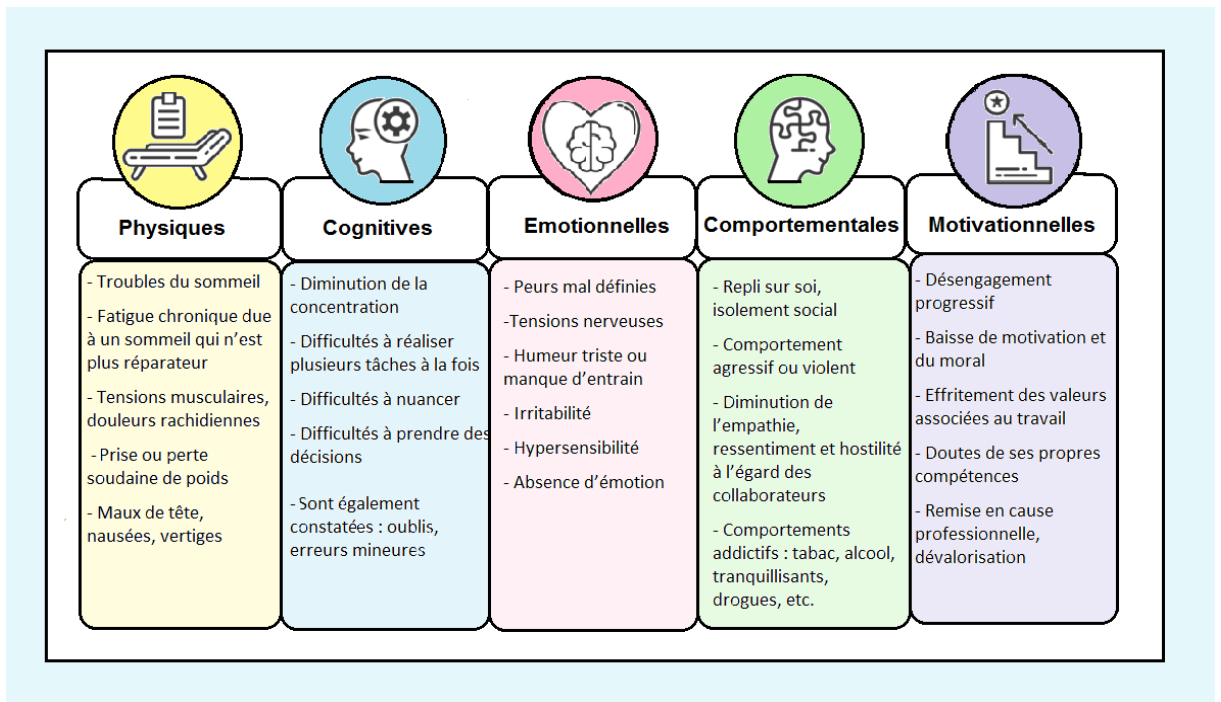
L'inventaire des personnalités décrit par De Fruyt et Rolland met en avant vingt et un traits de personnalité correspondants aux « Big Five » (20) (Fig. 2B). Les traits en rapport avec l'extraversion et le névrosisme y sont développés (Fig. 2B). Les individus possédant un trait de conscienciosité plus développé seraient sujet à l'addiction au travail aussi nommé « workaholisme », au sur-engagement et au perfectionnisme. Freudenberger et Richelson ont nommé le burnout comme « la maladie du battant ». Selon eux, ce syndrome survient de façon majorée chez les sujets ayant une sur-estime d'eux, se sentant dynamique et performant (21). Les différences individuelles menant à des comportements différents vont influencer la survenue du burnout chez certaines personnes.



**Figure 2 : Certaines personnalités favoriseraient la survenue d'un burnout. (A)** Les « Big five », cinq grands types de personnalité (18). Le névrosisme et l'extraversion entourés en rouge sont les types de personnalités les plus sujets au burnout. **(B)** Les vingt et un traits de personnalité issus de l'Inventaire de Personnalité au Travail (PFIPI) de Rolland et De Fruyt, figure modifiée (20). Les cinq domaines également nommés « Big five » associés à leurs traits de personnalité dans le contexte du travail. La stabilité émotionnelle ou névrosisme et l'extraversion, sont mis en évidence en rouge.

### 1.2.3.4. Manifestations cliniques

Le burnout est un syndrome qui se manifeste progressivement et de façon insidieuse par différents signes et symptômes. Ces manifestations peuvent être émotionnelles (stress, anxiété, tristesse, etc.), cognitives (baisse de concentration, baisse du sentiment de contrôle et de compétence, etc.), physiques (troubles du sommeil, troubles de fonctionnement, troubles musculosquelettique, etc.), comportementales (isolement, absentéisme, agressivité, etc.) ou encore motivationnelles (baisse de l'estime de soi, baisse de motivation, etc.) (2) (Fig. 3). Les manifestations sont diverses, plus ou moins marquées et varient selon les sujets. Plus de cent ont été référencées à ce jour (22). Les manifestations sont progressives mais certains changements brutaux peuvent également alerter. Les individus en burnout relatent une clinophilie, c'est-à-dire une impossibilité de se lever le matin pour aller travailler ou entreprendre des activités. Une fois passé ce stade, le syndrome est déjà fortement présent.



**Figure 3 : Les cinq grandes catégories de manifestations du burnout.** Catégories de manifestations associées aux listes de symptômes possibles du burnout.



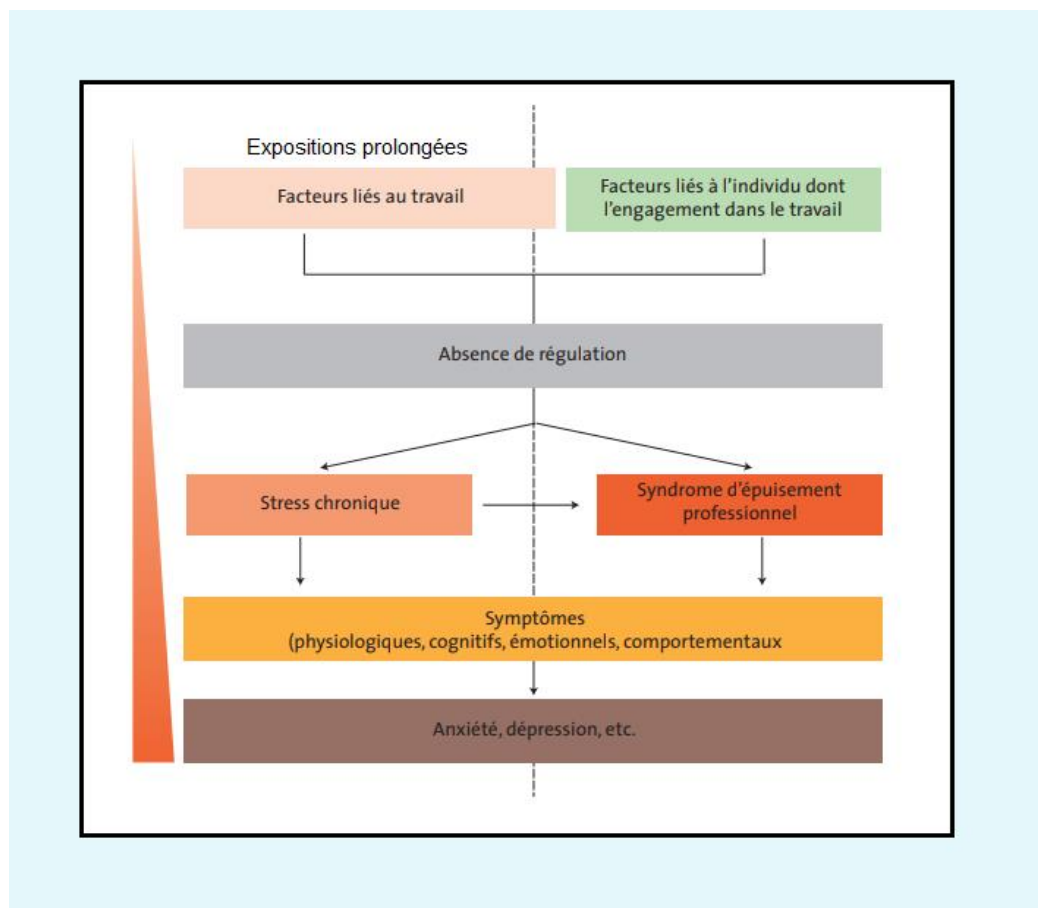
Bien que ce soit un syndrome reconnu et étudié de façon exponentielle ces dernières années, il n'est pas reconnu comme maladie parmi les nomenclatures des maladies professionnelles. Il n'est pas répertorié explicitement dans la Classification internationale des maladies (CIM-10) de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), ni même dans le Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux (DSM-V) de l'Association américaine de psychiatrie (23,24). Bien qu'étant un sujet d'intérêt pour les scientifiques, il n'a pas encore été possible d'établir un consensus. La prévalence de ce syndrome reste encore inconnue car il n'y a que très peu de critères diagnostiques.

#### *1.2.3.5. Différence entre burnout et dépression*

Le burnout est à distinguer de la dépression. Contrairement au burnout, les symptômes de la dépression et les critères diagnostiques ont été répertoriés (24). Dans le DSM-5, la dépression se caractérise par une humeur dépressive, une anhédonie qui signifie la perte de la capacité à éprouver du plaisir, une diminution de l'appétit ou du poids, des insomnies ou de l'hypersomnie, de l'agitation, de la fatigue et des prises de décision altérées (24). Ces symptômes se rapprochent des symptômes évoqués pour le burnout. Il est intéressant de se demander si ces deux syndromes sont en réalité une même entité ou s'ils sont bien distincts. Bien qu'il n'y ait pas de consensus à ce propos, de nombreux écrits ont permis de préciser les interactions entre le burnout et la dépression (25).

L'épuisement professionnel a pour contexte le travail tandis que la dépression a une survenue multifactorielle ou fait suite à la survenue d'évènements précis (26). Les deux syndromes peuvent avoir les mêmes facteurs de risques mais le burnout survient lorsque les facteurs de risques liés au travail sont majoritaires (Fig. 4). Bien que l'épuisement semble être le lien entre ces deux syndromes, les autres aspects tels que le cynisme ou la dégradation de son accomplissement personnel viennent d'un contexte organisationnel (19). Les écrits divergent pour affirmer que la survenue d'un burnout prédit celle d'une dépression et inversement. Certains démontrent que les états correspondant à la dépression sont favorables au burnout mais pas inversement (17). Au contraire, d'autres évoquent que le burnout n'est qu'une étape entre les problèmes au travail et la survenue de la dépression (26,27).

Maslach (2016) démontre que les symptômes du burnout ne se répercutent que sur la sphère professionnelle. Or, certains symptômes semblent pouvoir influencer la vie privée comme la fatigue généralisée, les humeurs changeantes, les déficiences physiques et cognitives. Il est difficile de concevoir que les symptômes s'arrêtent une fois sorti du travail (28,29). Ainsi, la relation entre le burnout et la dépression n'est pas consensuelle mais certains écrits permettent de clarifier la situation. Ces syndromes semblent se chevaucher mais leur contexte de survenue est bien différent (Fig. 4).



**Figure 4 : Schéma issu du guide de prévention expliquant la relation entre le burnout et la dépression (1).** Facteurs identiques, mais survenue différente. Le burnout survient suite à la présence de facteurs liés au travail associés à des facteurs personnels. La dépression peut être causée par les symptômes du burnout ou être occasionnée directement par le stress chronique résultant de la présence de facteurs liés au travail.

#### 1.2.4. Dépistage et auto-détection

Des manifestations variées peuvent mener à une difficulté de détection et de dépistage. Afin de faciliter le dépistage, plusieurs échelles de détection ou de diagnostic ont été créées et celles-ci explorent différentes dimensions du burnout. Aucun consensus n'a été émis afin de choisir une unique stratégie de diagnostic.

Le questionnaire Maslach Burnout Inventory (MBI) mis au point par Maslach & Jackson en 1981 est le plus utilisé et reconnu scientifiquement (30,31). Il explore trois dimensions : l'épuisement, la dépersonnalisation et la réduction du sentiment d'accomplissement de soi. Le MBI a été révisé plusieurs fois pour des publics plus ciblés. La première version est le MBI-HSS (MBI-Human Service Survey) à destination des professionnels d'aide. En 1986, une deuxième version à destination des enseignants et se nommant le MBI-ES (MBI-Educators Survey) apparaît. Une troisième version, proposée la même année est à destination de la population générale est le MBI-GS (MBI-General Survey).

Il existe de nombreux autres questionnaires dans la littérature qui ont fait suite aux travaux de Christina Maslach. Ils explorent d'autres dimensions du syndrome et sont pour la plupart des questionnaires auto-administrés. Les plus connus sont le Copenhagen Burnout Inventory (CBI), le Oldenbourg Burnout Inventory (OLBI), le Shirom Melamed Burnout Measure (SMBM) et le Burnout Measure de Pines (BM) (32-36). Ces échelles peuvent être utilisées par le patient lui-même, le médecin, les autres professionnels de santé.

#### 1.2.5. Burnout : place de la pluri- et interdisciplinarité

Le suivi et la prise en charge du burnout s'inclut dans un contexte pluri- et interdisciplinaire. Des travaux pluridisciplinaires ont été réalisés afin de regrouper les connaissances issues des différents champs de compétences. En pratique, les patients en burnout sont amenés à consulter différents professionnels de santé afin de soulager les manifestations, aussi nombreuses que variées, qu'ils subissent. Ces professionnels peuvent

être le psychologue, le médecin du travail ou le médecin généraliste, le masseur-kinésithérapeute, l'ostéopathe, les professionnels issus de médecines alternatives et bien d'autres.

Depuis quelques années, l'accent est mis sur l'intérêt de l'interdisciplinarité dans le soin (2). Des projets interprofessionnels voient le jour afin de favoriser la coordination dans le soin. L'apparition du Dossier Médical Partagé (DMP) permet aux professionnels de s'échanger des informations et améliorer les prises en charge. La mise en place de communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) défini par l'Article L1434-2 du Code de la Santé Publique et d'équipes de soins primaires définies par l'Article L1411-11-1 du Code de la Santé Publique permettent une complémentarité d'action et de suivi (37,38). La coordination est nécessaire pour permettre à un patient suspecté par un MK par exemple de présenter un burnout d'être diagnostiqué et pris en charge par d'autres professionnels.

#### 1.2.6. Les MKL, un maillon dans la détection

Les travaux d'experts mettent en avant le cadre pluridisciplinaire nécessaire à la prise en charge du burnout (2). D'après le Décret n°96-879 du 8 octobre 1996 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute, celui-ci a pour objectif de « *prévenir l'altération des capacités fonctionnelles, de concourir à leur maintien et, lorsqu'elles sont altérées, de les rétablir ou d'y suppléer* » (39). Il est également inscrit dans l'article 2 « *Dans l'exercice de son activité, le masseur-kinésithérapeute tient compte des caractéristiques psychologiques, sociales, économiques et culturelles de la personnalité de chaque patient, à tous les âges de la vie. Le masseur-kinésithérapeute communique au médecin toute information en sa possession susceptible de lui être utile pour l'établissement du diagnostic médical ou l'adaptation du traitement en fonction de l'état de santé de la personne et de son évolution* ». La capacité du MK à agir en prévention, en détection et en traitement des manifestations du burnout semble pouvoir faire partie de son champ de compétences. Étant en lien continu avec le médecin généraliste, il s'inscrit dans un cadre pluridisciplinaire et interdisciplinaire. Le MK semble avoir une place privilégiée face aux patients par la régularité des séances et donc du suivi. L'étude réalisée à l'aide d'une

enquête auprès des MKL de France pourrait apporter un éclairage sur la place du MKL dans la détection précoce du burnout.

## 2. MATERIEL ET METHODE

### 2.1. Stratégies de recherches documentaires

Nos recherches ont été réalisées à partir de la base de données MEDLINE® à l'aide de l'interface Pubmed, de la base PEDro, ainsi que des sites internet à l'aide du moteur de recherche Google©. Sur les bases de données, nous avons réalisé des recherches par simples mots-clés ou par équations de recherche. Les mots utilisés en français étaient « épuisement professionnel », « détection », « dépression », « masseur-kinésithérapeute », « kinésithérapeute », « kinésithérapie ». Et en anglais « burnout », « detection », « physiotherapist », « physiotherapy ». Les équations de recherches suivantes ont été utilisées :

- (« professionnall burnout » [Mesh] OR burnout) AND (physiotherap\* OR "physical therapist")
- Burnout\* AND depress\*

Pour compléter nos recherches, le site Legifrance.gouv.fr a été consulté pour avoir accès au Code de la Santé Publique, aux décrets relatifs à l'exercice de la profession de MK et aux dispositifs interdisciplinaires mis en place. Nous avons également consulté le site Assemblée.nationale.fr, Has-sante.fr, Travail-emploi.gouv.fr ainsi que Cepidc.inserm.fr afin de connaître les derniers rapports nationaux sur l'épuisement professionnel. La bibliographie et les citations dans le texte ont été réalisées à l'aide du logiciel Zotero ®.

## 2.2. Échantillon

### 2.2.1. Critères d'inclusion et d'exclusion

La population cible est composée des MKL de France. Des inclusions et des exclusions au sein de la population de MKL ont été effectuées. Finalement, nous avons inclus les MKL travaillant à temps plein ou à temps partiel, quel que soit leur statut (assistant, gérant de cabinet, remplaçant), ainsi que les salariés à temps partiel ayant une partie de leur travail en libéral. Seuls les MKL exerçant en France métropolitaine, en Corse et dans les territoires d'Outre-Mer étaient inclus. Les MKL retraités et les MK salariés à temps plein étaient quant à eux exclus.

### 2.2.2. Population de l'échantillon

Dans le cadre de ce mémoire, nous avons décidé d'étudier un échantillon réduit de la population cible. Pour que notre échantillon soit significatif, nous avons calculé la taille requise du nombre de participants. Les données du rapport démographique de 2017 rédigé par le Conseil National de l'Ordre des Masseurs-kinésithérapeutes (CNOMK) ont été utilisées (40). En incluant une marge d'erreur à 5% et un niveau de confiance à 95%, l'échantillon requis est de 383 répondants MKL. Afin de pouvoir généraliser nos résultats à l'ensemble de la population, il nous a fallu un échantillon représentatif. Pour l'obtenir, il est recommandé d'effectuer un échantillonnage probabiliste par tirage au sort. Pour se faire, il a fallu réunir l'ensemble de la population mère.

L'annuaire des professionnels sur le site Ameli.fr a été utilisé pour générer les données de la population mère. Dans le but de rendre notre échantillon représentatif de chaque région, les MKL présents sur l'annuaire ont été triés par régions et Départements d'Outre-Mer et Territoire d'Outre-Mer (DOM-TOM). Parmi cette base, un tirage au sort de cent MKL répartis sur ces territoires a été effectué. Après avoir été sélectionné au hasard, les noms des professionnels ainsi que leur numéro de téléphone ont été exportés sur un tableur de traitement de données (Microsoft Excel®).

### 2.3. Aspects réglementaires et éthiques

Les données personnelles sur l'identité (nom, prénom, adresse électronique, numéro(s) de téléphone, etc.) ont été utilisées pour contacter les répondants et stockées dans un fichier Microsoft Excel®. Ce fichier sera supprimé à l'issue de la publication du mémoire. De surcroît, ces données ne sont pas demandées durant l'enquête, car celle-ci est anonyme. Nous avons collecté uniquement les données strictement nécessaires, c'est-à-dire pertinentes, et adéquates pour cette étude. L'anonymat du questionnaire a été énoncé lors des appels et dans le paragraphe d'introduction du questionnaire. Cet anonymat a permis de respecter les données personnelles recueillies suite aux appels. Nous savions combien de personnes s'étaient portées volontaires mais pas celles qui avaient réellement participé. Ainsi, notre projet n'entre pas dans la catégorie des recherches couvertes par la loi Jardé, car ce n'est ni une recherche interventionnelle ni une recherche impliquant la personne humaine (non RIPH) au sens du décret n° 2017-884 du 9 mai 2017 (41). Elle rentre dans le cadre d'une analyse de pratiques professionnelles.

### 2.4. Questionnaire : un outil adapté

Pour notre travail de recherche, nous avons choisi d'utiliser un questionnaire. C'est une méthode de collecte de données quantitative qui permet d'interroger un nombre de personnes au sein d'une population-mère. Le questionnaire a de nombreux avantages et possède cependant quelques limites (Fig. 5). Pour sa réalisation, le support numérique Google Forms® a été retenu en raison de son libre accès, sa simplicité d'utilisation et ses performances.

AVANTAGES	INCONVENIENTS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les volontaires peuvent répondre quand ils le souhaitent dans le temps imparti</li> <li>• Recueillir les avis d'un nombre important de personnes</li> <li>• Pouvoir transmettre le lien en e-mail et effectuer des relances</li> <li>• Possibilité de gratuité du logiciel</li> <li>• Simplicité d'utilisation</li> <li>• Pas de nécessité de déplacement ni pour le répondant, ni pour l'enquêteur</li> <li>• L'enquêteur ne peut pas influencer les répondants</li> <li>• Voir en temps réel le nombre de réponses reçues et le contenu de celles-ci</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• N'étudie pas directement le fond d'un problème et nécessite des suppositions ou des analyses approfondies</li> <li>• Impossibilité de rajouter des questions en cours de période ou de relancer le répondant avec d'autres questions</li> <li>• L'e-mail contenant le lien du questionnaire peut être facilement mis de côté ou oublié</li> <li>• Nécessite une maîtrise informatique de base pour remplir le questionnaire</li> </ul>



**Figure 5 : Liste des avantages et des inconvénients de l'utilisation d'un questionnaire en ligne pour réaliser une enquête.**

### 2.4.1. Conception du questionnaire

Pour obtenir un questionnaire de qualité, la règle des cinq P (pertinence, parcimonie, plagiat, pré-test, et présentation) décrite par Perneger en 2004 et repris par Petre pour la construction du questionnaire a été appliquée (42). Nous nous sommes inspirés de questionnaires déjà réalisés dans le domaine de la kinésithérapie et d'articles scientifiques expliquant les cheminements à réaliser pour construire un questionnaire (43). Cela a permis d'améliorer nos questions, nos formulations et comprendre les stratégies à mettre en place pour optimiser l'enquête.



## 2.5. Pré-test

### 2.5.1. Mise en place des pré-tests et retours obtenus

La version du questionnaire a été testée afin de vérifier l'adéquation des questions retenues. Les pré-tests ont été réalisés initialement sur huit étudiants volontaires. L'accent a été mis sur l'intérêt de ces pré-tests et la nécessité de se mettre dans le rôle d'un MKL pour répondre à l'enquête. Nous leur avons demandé de se chronométrer et de nous donner leur avis général sur l'ordre, la difficulté, la compréhension des questions, ainsi que sur l'utilisation de la grammaire et syntaxe. Nous avons obtenu des retours de treize volontaires nous permettant d'adapter par la suite la présentation et la structure générale du questionnaire, ainsi que l'agencement et la formulation de certaines questions.

## 2.6. Présentation du questionnaire

Le questionnaire se compose de différentes parties regroupant chacune des questions sur le même thème (ANNEXE I). L'ordre d'arrivée de chaque partie au sein de l'enquête a été réfléchi dans le but d'alterner des parties simples et des parties de réflexion pour diminuer le nombre d'abandons au cours du remplissage du questionnaire.

Le questionnaire débute par un paragraphe visant à présenter les grandes lignes du projet, annonce notamment l'anonymat de l'enquête, et la durée approximative de remplissage afin que le MKL puisse s'organiser pour ne pas être interrompu en cours de route. Nous n'avons pas inclus de question d'exclusion en début de questionnaire car les MKL ne correspondant pas à la population ciblée ont déjà été exclus à la suite des appels téléphoniques.

Plusieurs questions permettant d'identifier le profil des participants ont été placées au début. Ensuite, les thèmes abordés étaient le type de pratique de chaque professionnel et les échanges réalisés avec leurs patients. Pour compléter, nous avons cherché à déterminer

si les MKL étaient familiarisés avec le burnout. Afin de minimiser le taux d'abandon, le questionnaire n'interrogeait pas les connaissances personnelles du répondant de façon à ne pas le mettre en situation d'échec. Au contraire, des formulations plus ouvertes invitant le participant à s'exprimer sur son ressenti « comment vous sentez vous vis-à-vis de ... », ses perceptions « que vous évoque ... », « selon vous ... ». En milieu de questionnaire, des illustrations informatives sur l'épuisement professionnel ont été positionnées (ANNEXE I). Des questions sur la détection des symptômes du burnout et l'expérience du MKL face à ce syndrome ont été mises après ces illustrations. La place du MKL dans la détection et son investissement dans le contexte pluridisciplinaire du syndrome ont été mis en lumière par une autre partie avant que le questionnaire ne se conclut par une page de remerciements et une invitation à consulter les bibliographies proposées.

## 2.7. Moyens de diffusion du questionnaire

### 2.7.1. Premier contact téléphonique

Le choix d'un premier contact par appel téléphonique s'est fait afin de s'assurer que l'échantillon soit représentatif et qu'il n'y ait pas de sélection d'intérêt en ayant seulement des personnes intéressées par le sujet qui participent au questionnaire. Les appels de type « phoning » ou de prospection comportent de nombreux avantages mais aussi des inconvénients par rapport à la publication de notre enquête sur un site ou un réseau social (Fig. 6).

AVANTAGES	INCONVENIENTS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contact humain</li> <li>• Sentiment d'obligation de la part du répondant</li> <li>• Sentiment d'être privilégié de la part du répondant</li> <li>• Possibilité d'exclure certaines personnes</li> <li>• Personnalisation possible des appels</li> <li>• Possibilité de laisser un message sur le répondeur</li> <li>• Accès direct aux réactions du correspondant</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Méthode chronophage pour l'appelant</li> <li>• Nécessité de travailler le discours dans l'intonation et le contenu</li> <li>• Nécessité de s'organiser préalablement avant de réaliser les appels</li> <li>• Méthode à caractère intrusif</li> <li>• Vision négative de l'appel téléphonique par l'appelé</li> </ul>



**Figure 6 : Liste des avantages et des inconvénients de la prospection par appels téléphoniques.**

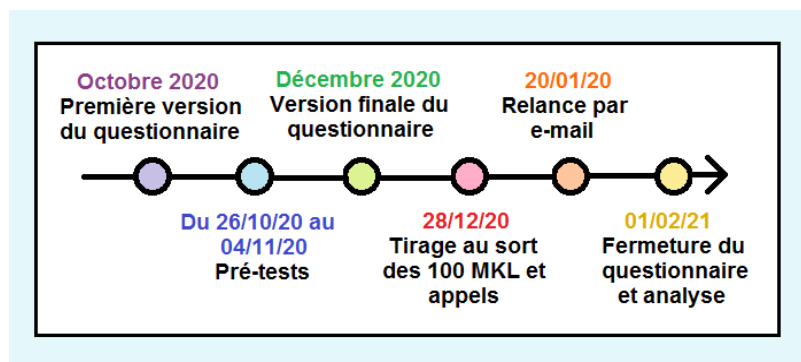
Les appels téléphoniques ont été réalisés entre le 28 Décembre 2020 et le 15 Janvier 2021 (Fig. 7). Un guide d'entretien a été mis en place afin de conserver le même discours (ANNEXE II). Lors de la conversation téléphonique, dans le but de mieux capter l'attention de l'interlocuteur, la prononciation, les modulations de tons, les mots à mettre en évidence ont été travaillés. Des techniques issues du domaine de la prospection téléphonique ont également été utilisées (47).

### 2.7.2. Contact par e-mail

A la suite de l'appel téléphonique et dans le cas où l'interlocuteur a accepté de participer à l'enquête, nous avons envoyé un e-mail afin de transmettre le lien du questionnaire (ANNEXE III). Cet envoi a été réalisé le jour même, ou le lendemain, selon la préférence du MKL.

### 2.7.3. Relances stratégiques

Dans l'objectif d'augmenter le nombre de réponses, une relance du questionnaire a été effectuée par e-mail le 20 Janvier 2021 (Fig. 7) (ANNEXE IV). Étant donné que l'enquête était anonyme, nous ne pouvions pas savoir qui avait déjà participé. L'email était destiné à tous les volontaires et comportait une mention spéciale pour ceux ayant déjà répondu afin d'éviter qu'ils y participent de nouveau. De plus, lors de l'appel, nous avons précisé que nous ferions une relance et qu'ils pourraient l'ignorer s'ils y avaient déjà répondu. Cette relance fut réalisée dans le but d'éviter les oublis, faire remonter le mail dans leur boîte de réception et rappeler leur engagement volontaire face à cette enquête.



**Figure 7 : Frise chronologique de l'enquête jusqu'à l'analyse.** Dates et étapes de la réalisation du questionnaire.

### 2.8. Méthodes d'analyse

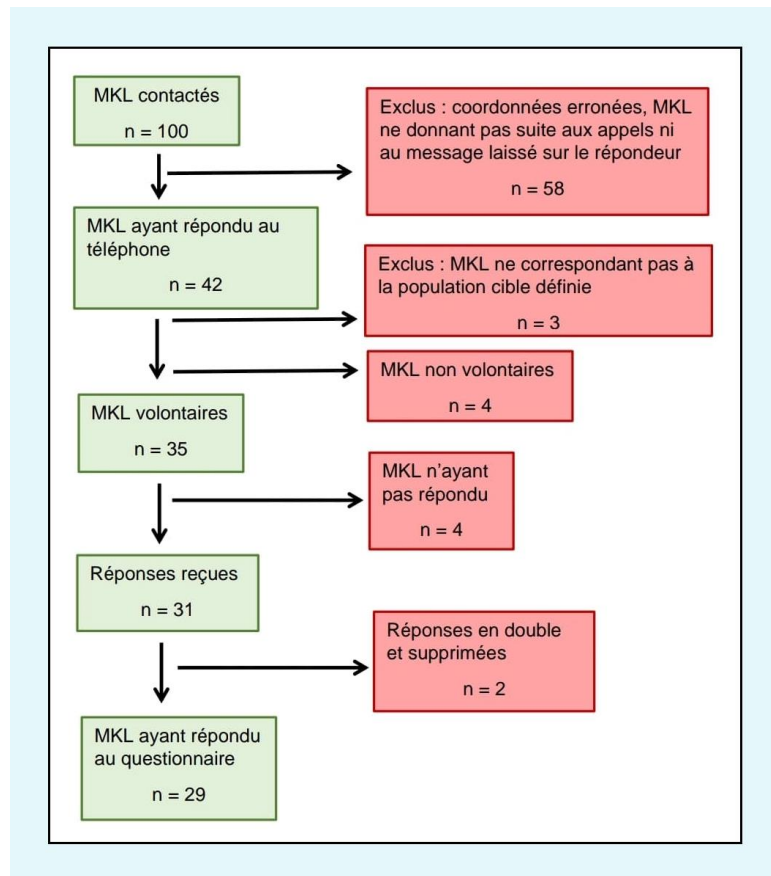
Pour analyser les résultats, nous avons utilisé différentes méthodes en fonction du type de question posée (question fermée, question ouverte) et de la longueur des réponses obtenues. Des analyses descriptives ont été réalisées. Pour la majeure partie des questions ouvertes, une analyse lexicale nommée aussi morphologique a été faite. Les mots ou les expressions semblables ont été regroupés par thèmes et chaque thème a été associé à un code couleur. L'occurrence des mots a également été comptée. Pour les questions ouvertes à réponses longues, l'analyse sémantique a été privilégiée afin de relever le choix des mots, leurs places dans la phrase et les idées transmises. Concernant les questions proposant des

réponses préétablies, le nombre de réponses dans chaque catégorie a été quantifié et une analyse statistique a été réalisée.

## 3. RÉSULTATS

### 3.1. Diagramme de flux

Nous avons contacté par téléphone 100 MKL sur 73189 MKL présents en France selon le rapport de 2017, soit 0,13 % de la population totale de MKL de France (40) (Fig. 8). Au total, 42 MKL ont répondu soit 42 % de notre échantillon de départ (Fig. 8). Parmi les MKL ayant répondu et faisant parti de notre population cible, 35 ont accepté de participer à l'enquête soit 83,3 %, 4 MKL ont refusé d'y prendre part et 3 MKL ont été exclu de l'échantillon car ils ne pratiquaient plus la profession (Fig.8). Après la clôture du questionnaire, 31 réponses ont été reçues. Finalement, deux participants ont répondu deux fois, les doublons ont donc été supprimés, ce qui fait un total de 29 réponses retenues (Fig. 8). Si nous n'étions pas parvenus à entrer en contact lors du premier appel téléphonique, nous avons rappelé une fois et laissé un message sur le répondeur de chacun. Malgré cela, un total de 58 MKL restèrent indisponibles ou injoignables, soit 58 % d'appels sont restés sans suite.



**Figure 8 : Diagramme de flux de l'échantillon.**

### 3.2. Caractéristiques et représentativité de l'échantillon

Les MKL tirés au sort composent l'échantillon qui est diversifié et hétérogène. La parité est présente et presque tous les âges sont représentés. Les MKL ont obtenu majoritairement un diplôme français, ils exercent en zone urbaine et quasiment toutes les régions et territoires français sont représentés par leur lieu d'exercice.

Il y a 51,7 % de femmes et 48,3 % d'hommes. Concernant l'âge des répondants, seuls les plus de 60 ans sont sous-représentés. Pour les autres catégories, 17,2 % des répondants ont entre 20 et 29 ans, 31 % entre 30 et 39 ans, 13,8 % entre 40 et 49 ans et enfin 37,9 % entre 50 et 59 ans. En moyenne, les MKL ayant répondu ont travaillé 16,5 années en masso-kinésithérapie. La plupart des MKL ont reçu un diplôme français (22 MKL)

contre 6 MKL ayant reçu un diplôme européen belge et une autre personne l'ayant eu au Liban. Pour ce qui est de la localisation des participants, presque toutes les régions françaises sont représentées (ANNEXE V). Il existe une disparité de représentativité dans l'échantillon tout comme elle existe dans la réalité. A propos du lieu d'exercice des MKL, il ressort que 93,1 % des MKL travaillent en zone urbaine (>2000 habitants), 6,9 % travaillent en zone rurale et urbaine et 0 % des MKL répondants travaillent en zone rurale.

### 3.3. Place du MKL dans la détection

#### 3.3.1. Formations en santé mentale

##### 3.3.1.1. Représentation du burnout

L'analyse sémantique et les relevés lexicaux révèlent des éléments correspondant aux manifestations du burnout et aux champs lexicaux de l'impossibilité, du travail et de la dépression qui se répètent. Ce sont particulièrement les mots correspondant au champ lexical de l'impossibilité d'action et de la rupture qui sont très présents. Par exemple, le terme revenant le plus souvent est « épuisement » (Fig. 9, panel vert). Ces expressions ou mots relevés sont accompagnés d'adjectifs d'intensité (Fig. 9, panel violet). Les grandes catégories de manifestations du burnout sont présentes, accompagnées de synonymes diversifiés dans presque toutes les réponses (Fig. 9, panel rose). Les réponses ne correspondent pas exactement à la définition de l'épuisement professionnel puisque le champ lexical du travail ne revient que très peu dans les réponses (Fig. 9, panel vert). Nous précisons que durant le questionnaire, le terme « burnout » et non « épuisement professionnel » a été exclusivement employé jusqu'à la question demandant de définir le syndrome afin de ne pas les influencer. Le burnout a été défini comme un syndrome dans une unique réponse et comparé à la dépression par seulement quatre MKL. Les MKL se divisent en deux groupes. Il y a 14 personnes qui disent que leurs connaissances ne leur semblent pas suffisantes et 15 personnes qui eux les trouvent suffisantes. Néanmoins, lors de la question ouverte finale ; différents commentaires avec des expressions telles que « je m'aperçois », « je me rends compte » montrent un changement d'idée sur le syndrome en cours de questionnaire.

Champ lexical de l'impossibilité et de la rupture	Perte de motivation, décompensation, ne plus rien pouvoir faire, perte de recul, empêchent, impossibilité totale de continuer à faire face, tout devient pénible, surcharge, noyade, ne plus arriver à tout faire, être débordé en permanence, surmenage, excès d'attentes et de pressions, rupture, contexte d'accumulation, incapacité à surmonter, on est épuisé, on ne peut plus gérer, aller au bout de ses possibilités, tout impose, se sentir à bout, ne plus voir d'issues, décompensation
Champ lexical du travail	Professionnel, arrêt de travail, en lien avec l'activité professionnel, syndrome d'épuisement professionnel, dans le contexte professionnel, déséquilibre vie/travail, lié aux conditions de travail
Champ lexical de la dépression	Dépression, déprime
Manifestations physiques	Mal-être, épuisement, fatigue
Manifestations émotionnelles	Sentiments, rupture émotionnelle, décompensation (...) émotionnelle
Manifestations psychiques	Stress, mal-être mental, épuisement psychique, charge mentale, fatigue extrême (...) psychologique, dévalorisation, décompensation psycho
Adjectifs avec intensité	(Fatigue) générale, (fatigue) extrême, (impossibilité) totale, trop de (stress), (fatigue) chronique, (impactant) toutes les (sphères de la vie), (responsabilités) écrasante, (stress) important, grosse (déprime), très grande (fatigue)

**Figure 9 : Regroupement en champs lexicaux des réponses des MKL concernant leur représentation du burnout, par analyse sémantique et lexicale.** Les champs lexicaux sont en vert, les manifestations du burnout en rose et les adjectifs en violet.

### 3.3.1.2. Formations reçues et entreprises

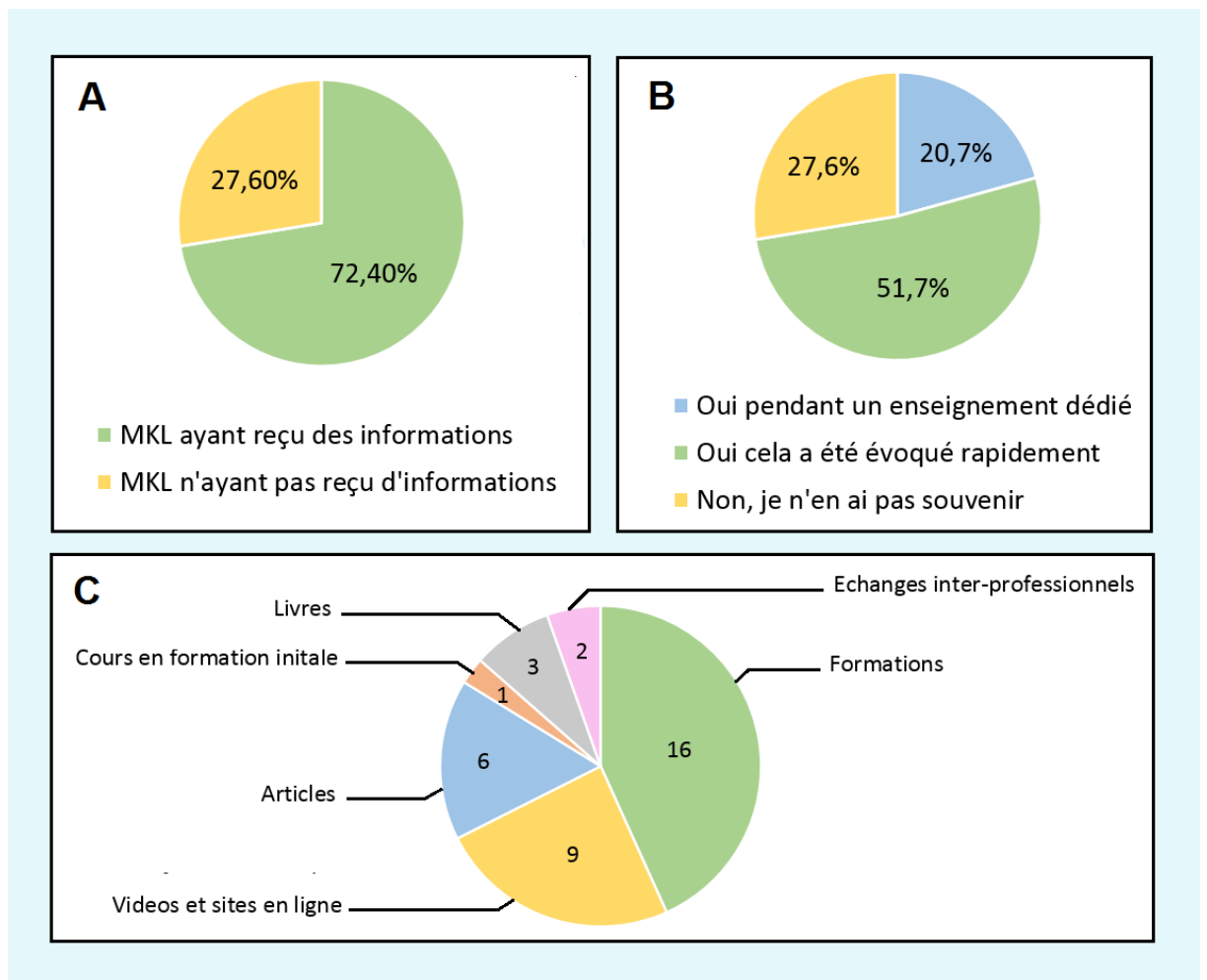
Concernant la formation initiale, les MKL ont répondu avoir eu des informations évoquées rapidement au cours de cette période (Fig. 10A). Quant aux autres, ils ont reçu un ou plusieurs cours spécifiques à la santé mentale mais représentent une faible partie du panel (Fig. 10B).



Les MKL ayant répondu être à l'aise avec leurs connaissances sont principalement ceux ayant répondu avoir réalisé une ou plusieurs formations dans le champ de la santé mentale. Les formations énoncées par ces MKL en rapport avec la santé mentale sont en réalité des formations relevant du cadre du bien-être, en lien avec des aspects psychologiques et corporels. En outre, 79,3 % des répondants n'ont pas entrepris de formation en rapport avec la santé mentale.

La majorité des répondants souhaitent se former et sont très intéressés si une formation concernant le burnout des patients leur était proposé. Cependant, l'intérêt porté à une formation sur le burnout est d'en moyenne 6,1/10 car quelques répondants ne sont pas intéressés. Majoritairement, les MKL préféreraient apprendre à travers des formations, des vidéos ou des sites en ligne (Fig. 10C). D'autres méthodes d'apprentissage sont évoquées de façon moins importante (Fig. 10C).

Pour conclure, parmi une population qui semble partagée à propos de ses connaissances sur le sujet, une majorité a reçu des enseignements ou des informations à propos du burnout. Hormis un faible groupe de MKL, les autres MKL sont très intéressés pour se former et ils semblent privilégier les formations aux autres moyens d'apprentissage.

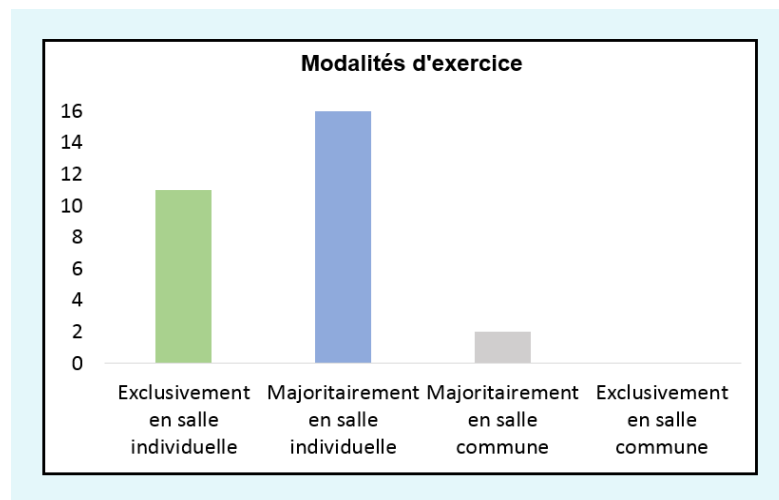


**Figure 10 : Formation du MK sur le thème de la santé mentale ou du burnout. (A) (B) MKL ayant reçu des informations sur le burnout, évoquées de façon succincte ou lors d'un enseignement dédié. (C) Outils et moyens privilégiés par les MKL pour se former sur le burnout.**

### 3.4.3. Dépendante des conditions d'exercices

#### 3.4.3.1. Choix d'exercice

La pratique des MKL interrogés se tourne majoritairement ou exclusivement vers une prise en charge en salle individuelle (Fig. 11).

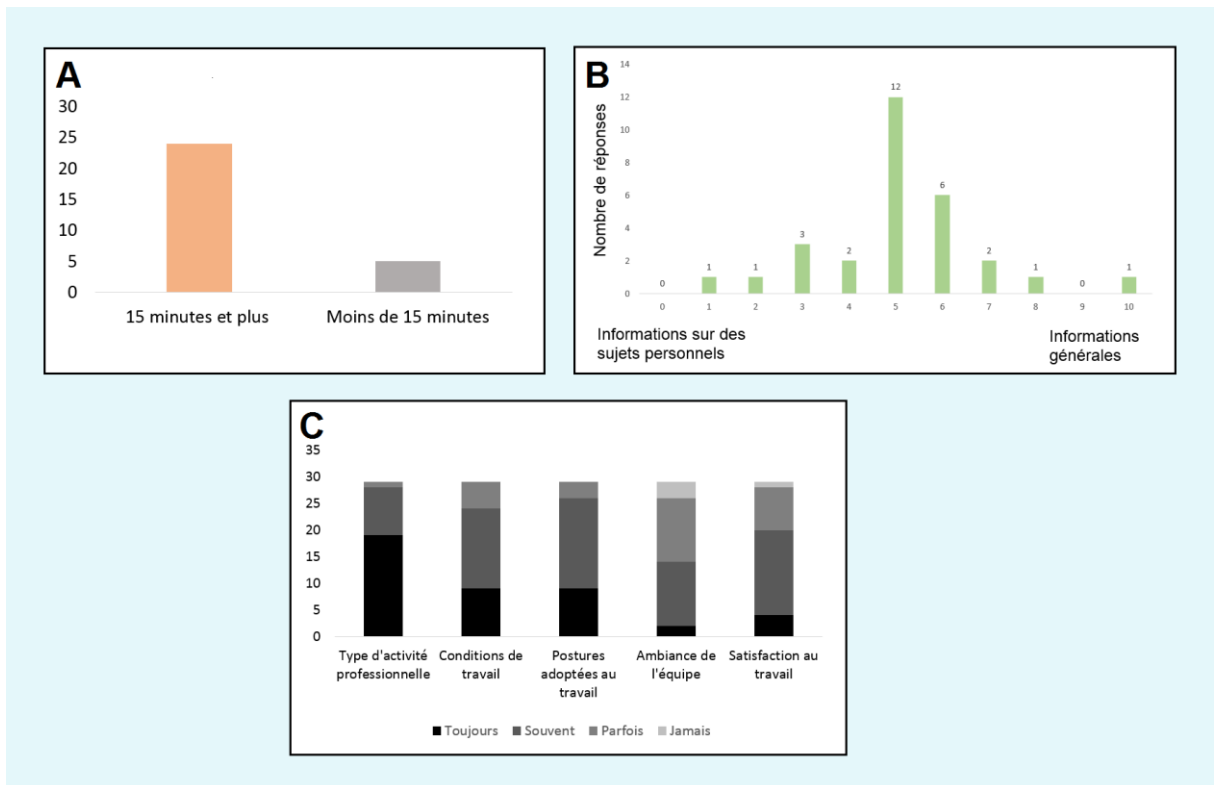


**Figure 11 : Comparaison des modalités d'exercice des MKL de l'échantillon entre une pratique en salle individuelle ou en salle commune.**

#### 3.4.3.2. Temps d'échanges

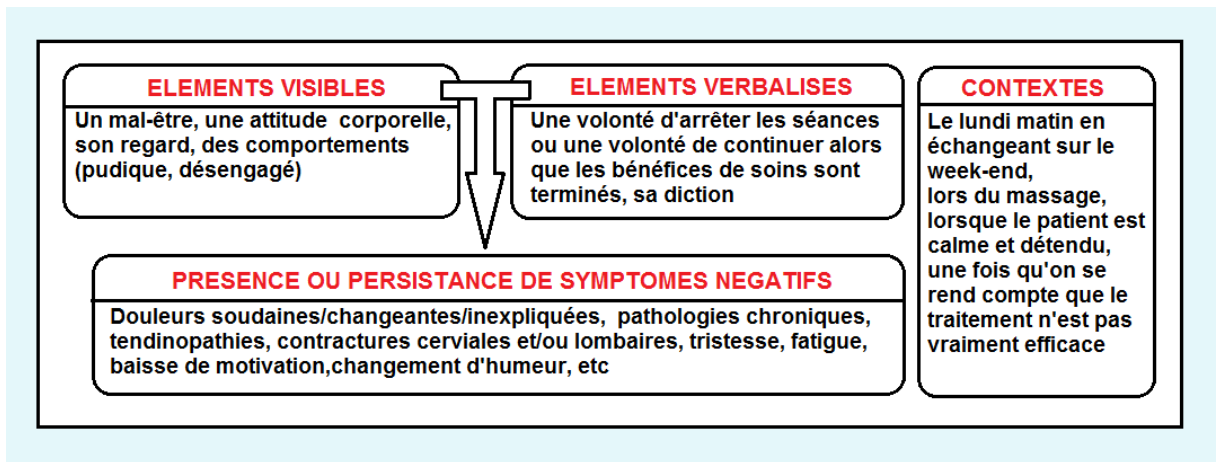
L'échange peut être source d'informations pour une potentielle détection. Le temps d'échange moyen durant le soin entre le MKL et le patient est de 16,5 minutes. Cependant, en analysant individuellement, les valeurs vont de 5 à 25 minutes. La majorité des MKL pensent échanger en moyenne plus de 15 minutes avec leurs patients (Fig. 12A). Nous n'observons pas de différence entre les MKL travaillant exclusivement en salle individuelle et ceux travaillant exclusivement en salle commune.

Les MKL répondent de façon quasiment égale échanger avec leurs patients de sujets personnels que généraux (Fig. 12B). Certains sujets se rapportant au travail sont néanmoins abordés. Le type d'activité professionnelle, les conditions de travail, les postures adoptées, et la satisfaction au travail et l'ambiance de l'équipe sont des éléments qui sont tous abordés mais à des régularités différentes (Fig. 12C). Le type d'activité professionnelle est le sujet qui est le plus évoqué au sein des échanges.



**Figure 12 : Durée et contenu des échanges lors du soin entre le professionnel et le patient.** (A) Comparaison du temps d'échange moyen entre le MK et les patients. (B) Types de sujets abordés au cours des échanges. (C) Régularité des échanges sur certains sujets concernant le travail.

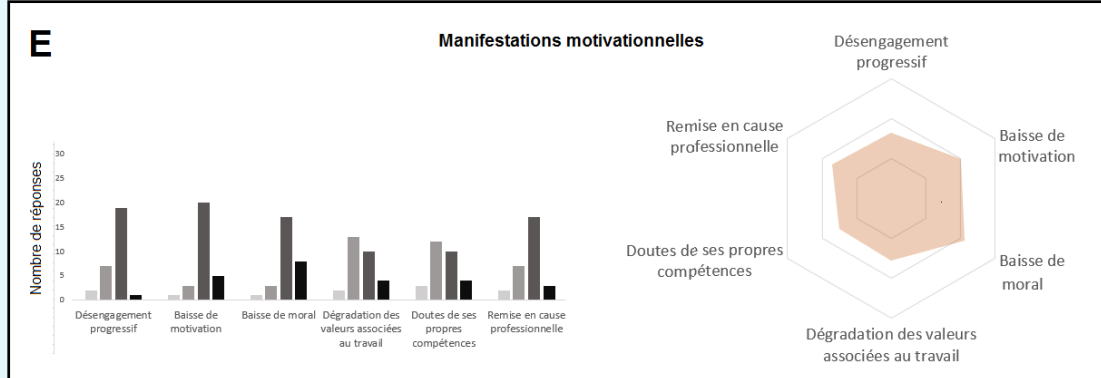
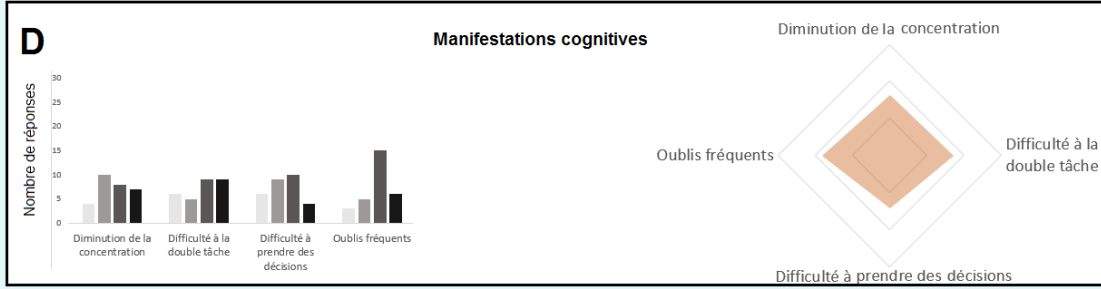
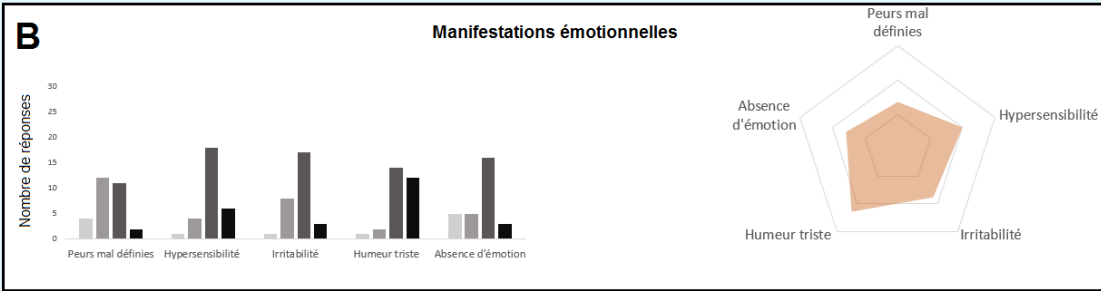
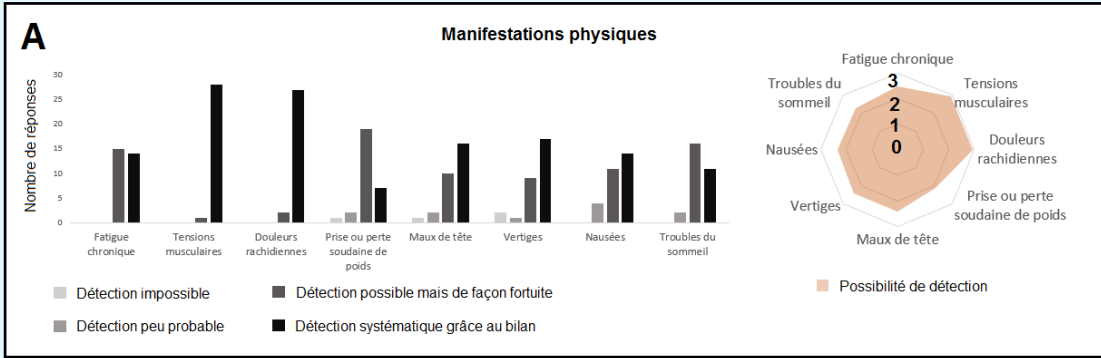
Certains éléments ou contextes déclencheurs peuvent amener les MKL à approfondir les échanges portant sur des sujets personnels (Fig. 13). Certains éléments peuvent être observés sur le patient par le MK qui va ensuite orienter la conversation vers des sujets portant sur la sphère privée pour affiner son bilan (Fig. 13). Tandis que d'autres éléments peuvent être verbalisés par le patient lui-même (Fig. 13). La présence ou la persistance de douleurs ou de symptômes peut être observée ou verbalisée et amène aussi à davantage parler de sujets personnels (Fig. 13). Il en est de même pour certains contextes (Fig. 13). Pour conclure, beaucoup d'éléments ou de contextes peuvent mener à approfondir des échanges plus personnels avec les patients. Il arrive que les MKL se tournent vers la sphère psycho-sociale de façon plus approfondie seulement en seconde approche ou lorsqu'ils s'aperçoivent que leurs traitements ne créent pas d'amélioration.



**Figure 13 : Éléments et contextes menant à lancer ou à approfondir une conversation portant sur des sujets personnels.** Regroupement des réponses aux questions ouvertes en quatre catégories. Certains éléments peuvent être visibles sur le patient et observés par le MKL, d'autres peuvent être verbalisés par le patient. La présence ou la persistance de symptômes négatifs peuvent être visibles ou verbalisés, ces éléments reviennent en nombre dans les réponses. Des contextes précis semblent amener à lancer des échanges sur des sujets personnels.

#### 3.4.3.3. Détection des symptômes

Pour pouvoir dépister précocement un burnout chez un patient, le MK devrait être en mesure de détecter les symptômes associés du burnout. Nous avons donc demandé avec quelle certitude les MKL pensaient pouvoir détecter une liste de symptômes relevant de l'ordre physique, émotionnel, comportemental, cognitif et motivationnel. Pour chacun des symptômes, le répondant avait le choix entre quatre niveaux de certitude « détection systématique », « détection possible mais de façon fortuite », « détection peu probable » et « détection impossible ».



**Figure 14 : Fiabilité de détection des symptômes du burnout.** Les symptômes sont réunis par catégories de manifestations, elles peuvent être physiques (A), émotionnelles (B), comportementales (C), cognitives (D) et motivationnelles (E). Le diagramme en barres présente la fiabilité de détection du burnout selon les MKL, avec en abscisse le nombre de réponse, en ordonnée les symptômes, et un dégradé de gris correspondant aux niveaux de fiabilités. Les quatre niveaux de certitude de détection sont « systématique » (noir), « possible mais de façon fortuite » (gris foncé), « peu probable » (gris clair) et « impossible » (gris pâle). Le graphique en radar présente une étendue beige correspondant à la fiabilité de détection, les résultats sont identiques au diagramme en barre mais apportent une vision plus globale. Le 0 au centre est la détection impossible, le 1 la détection peu probable, le 2 la détection possible et le 3 la détection systématique. Plus l'étendue est développée plus les manifestations ont une fiabilité de détection importante selon les MKL.

Concernant la détection des symptômes physiques, la majorité des MKL pensent pouvoir les détecter de façon systématique. Cela est mis en évidence par une surface beige étendue sur l'illustration radar (Fig. 14A). Les symptômes sont soit détectés lors du bilan de façon systématique, ou alors « possiblement détectés » au décours des séances. Les tensions musculaires et les douleurs rachidiennes sont les éléments que les MKL estiment pouvoir détecter de façon sûre lors de leurs bilans (Fig. 14A). Nous notons que les maux de tête, les vertiges et les nausées ont une certitude de détection presque similaire (Fig. 14A). Si nous comparons l'illustration radar du plan physique à celle des autres plans, nous nous apercevons que les éléments physiques sont les plus favorablement détectables lors des bilans (Fig. 14A).

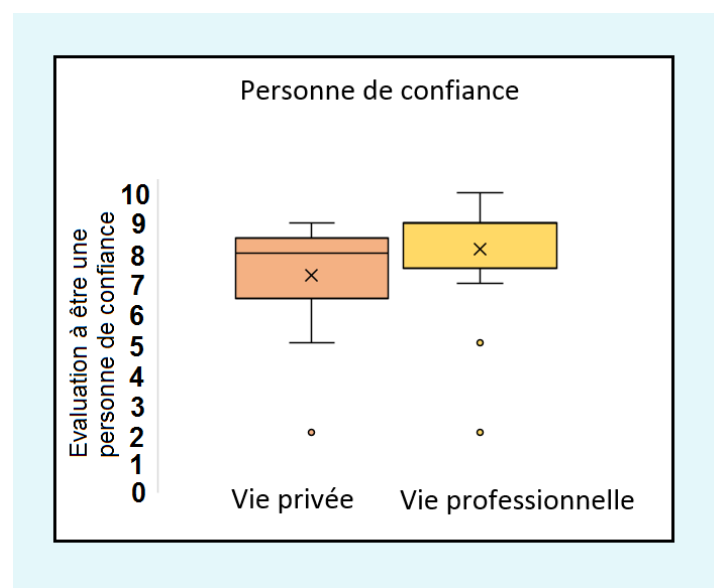
Les MKL pensent possiblement pouvoir détecter les symptômes émotionnels au décours des séances. L'humeur triste est le seul symptôme du plan émotionnel dont la détection systématique par le bilan est la plus propice (Fig. 14B). Pour les symptômes comportementaux, la détection est possible mais de façon fortuite. La diminution de l'empathie est le symptôme que les MKL pensent le moins pouvoir détecter (Fig. 14C). Pour les éléments du plan cognitif, les avis des MKL sont dispersés. La fiabilité de détection des manifestations cognitives va de « impossible » à « systématique ». Les symptômes cognitifs du burnout sont les moins favorables à être détectés par les MKL. Par rapport aux autres manifestations, les symptômes cognitifs sont ceux où l'on retrouve le plus grand nombre de

réponses déterminant la détection comme impossible (Fig. 14D). Les manifestations du plan motivationnel semblent avoir une fiabilité de détection possible (Fig. 14E). La détection lors des bilans est réduite mais présente. Certains éléments plus difficiles à aborder lors des échanges tels que la dégradation des valeurs associées au travail et le doute de ses propres compétences ont une plus faible fiabilité de détection que les autres éléments motivationnels. Finalement, tous les symptômes du burnout ont une prévalence de détection positive puisqu'aucun des résultats n'a présenté une fiabilité de détection majoritairement impossible.

### 3.4.4. Dépendante du MKL lui-même

#### 3.4.4.1. La personnalité du MKL

Concernant les répondants, la plupart se définissent comme étant quelqu'un à qui on se confie facilement dans la sphère privée mais aussi professionnelle avec une préférence pour la sphère professionnelle (Fig. 15). La plupart des MKL ont augmenté d'une graduation leur réponse à propos de la sphère professionnelle.



**Figure 15 : Le MKL, une personne de confiance dans la sphère privée mais également la sphère professionnelle.**

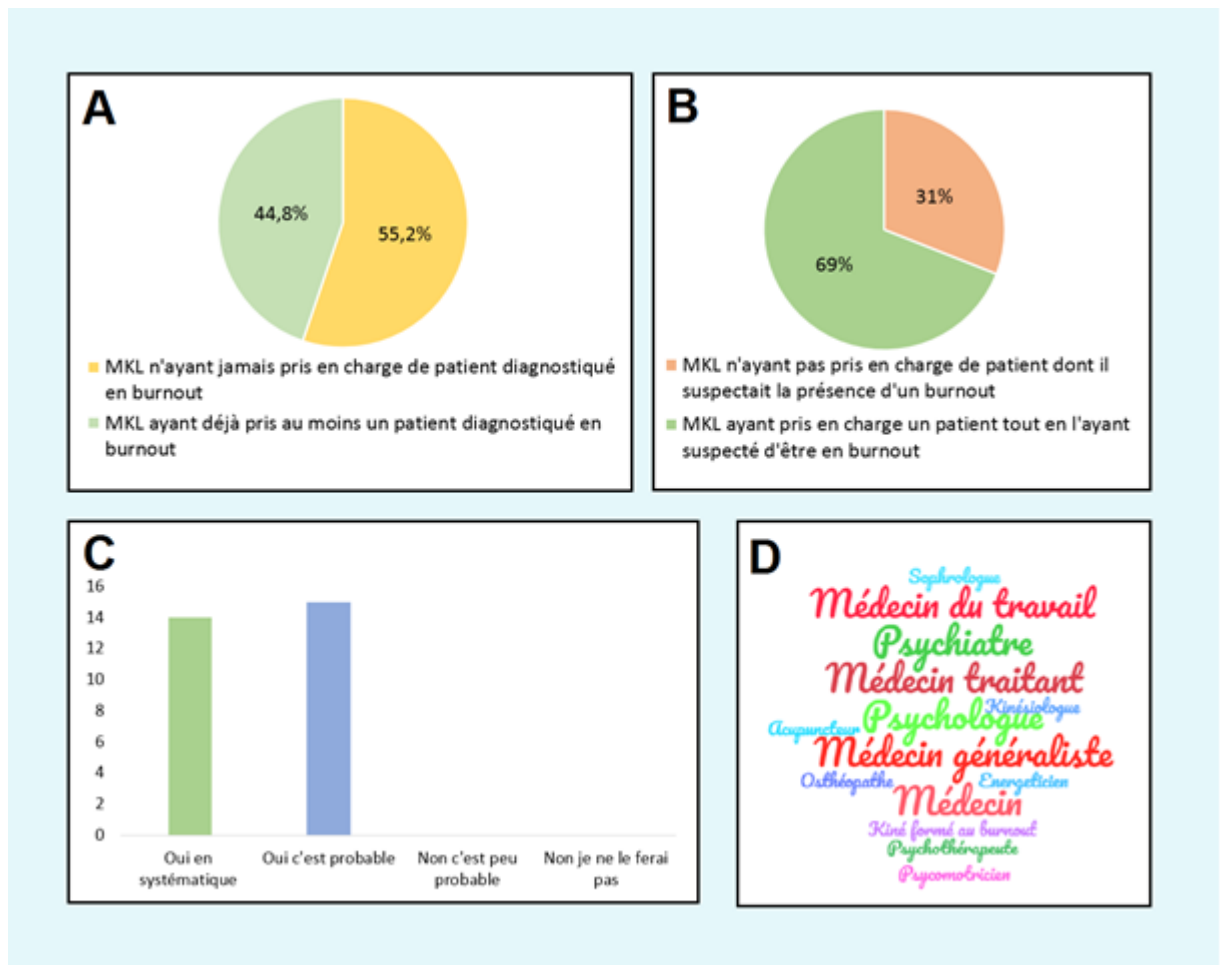


Toutefois, les participants peuvent se sentir en difficulté face aux personnes présentant une détresse psychologique. Les quelques répondants ayant répondu se sentir à l'aise, sont aussi celles qui ont suivi des formations dans le domaine de la santé mentale et du bien-être. Les MKL ne présentant pas d'intérêt particulier pour le domaine de la santé mentale semblent être mal à l'aise face aux patients en détresse psychologique. Cela pourrait présenter un frein à la détection du syndrome ou à une bonne relation thérapeutique. Concernant la relation thérapeutique entre le patient et le professionnel, les MKL la pensent très importante voir indispensable.

#### *3.4.4.2. Expérience face au burnout*

Avoir rencontré le burnout dans une situation personnelle peut sensibiliser le MK à cette pathologie. Ici, moins de 40 % des répondants ont connu un proche touché par le burnout. Dans la sphère professionnelle, seulement la moitié des MKL interrogés ont déjà pris en charge un patient diagnostiqué en burnout (Fig. 16A). Nous nous intéressons à la détection précoce du burnout chez des patients encore non diagnostiqués, 69 % des répondants disent avoir déjà pris en charge un patient dont ils suspectaient la présence d'un burnout (Fig. 16B).

Concernant la détection, quasiment la totalité des MKL ont suspecté un patient d'être en burnout durant ces six derniers mois. Plus précisément, 13 MKL ont suspecté en moyenne un à deux patients et 6 autres MKL ont suspectés en moyenne trois à cinq patients de subir un burnout au cours de cette période. Bien que les MKL n'aient pas été formés spécifiquement à la détection du burnout, certains parviennent à détecter ce qui leur semble être des symptômes du burnout.



**Figure 16 : Expérience du MKL face au burnout, détection précoce et réorientation.** (A) Pourcentage de MKL ayant déjà pris en charge au moins un patient diagnostiqué en burnout. (B) Pourcentage de MKL ayant déjà suspecté la présence d'un burnout chez l'un de leurs patients. (C) Réorientation des patients dont le MK suspecte la présence d'un burnout. (D) Professionnels vers qui les MKL réorienteraient les patients qu'ils suspectent. Nuage de mots, chaque couleur correspond à une catégorie de professionnels.

#### 3.4.4.3. Rôle de détection

Le MKL fait partie d'un contexte pluridisciplinaire mais l'interdisciplinarité est plus favorable pour le suivi des patients. Nous avons interrogé les MKL pour savoir s'ils redirigeraient les patients chez qui ils suspectaient un risque de burnout (ou une phase

précoce de burnout), vers un autre professionnel, et si oui, vers qui. La moitié des répondants disent réorienter ces patients de façon systématique (Fig. 16C).

Les MKL évoquent différents professionnels vers qui ils réorienteraient les patients (Fig. 16D). Finalement, les médecins traitants aussi mentionnés comme « médecins de famille » ou « généralistes » mais aussi les médecins du travail sont les professionnels privilégiés pour l'orientation du patient suspecté de burnout par les MKL (Fig. 16D). En second plan, les professionnels spécialisés dans la sphère psychologique (psychologue, psychiatre, psychothérapeute) reviennent beaucoup (Fig. 16D). Ensuite, les métiers orientés vers le bien-être ou les médecines alternatives sont cités (Fig. 16D). Les MKL proposent donc de réorienter ces patients vers des professionnels formés à établir un diagnostic ou à traiter certains symptômes.

#### 3.4.5. Éléments favorables et freins à la détection

Certains grands axes dans les réponses permettent de réunir les éléments favorables ou défavorables à la détection du burnout (Fig. 17). Le bilan est mis en avant comme un élément favorable avec une insistance sur l'anamnèse qui permet d'avoir les antécédents et le parcours de vie du patient (Fig. 11). Au contraire, un bilan peu approfondi serait donc un frein à la détection car cela engendrerait un manque d'informations pour le MK vis-à-vis du patient (Fig. 17).

La prise en charge est elle aussi un axe fortement cité. La prise en charge spécifiée comme individuelle est quant à elle mise au centre des éléments favorables à la détection puisqu'elle permet une communication (Fig. 17). En opposition, le soin dans une salle collective ou la présence réduite du MK due à certains choix de traitements comme la physiothérapie ou le « hand off » sont cités comme des situations défavorables (Fig. 17). Les soins tels que le massage sont mis en avant comme éléments positifs car ils permettent des échanges mais aussi et surtout une écoute (Fig. 17).

	ELEMENTS FAVORABLES	FREINS
<b>BILAN</b>	Anamnèse	
	Bilan structures/douleurs	<b>Bilan peu approfondi</b> , manque de prise en compte de la sphère psychologique
	Questions ouvertes	Questions fermées
<b>PRISE EN CHARGE</b>	Individuelle (Cadre calme)	<b>Collective</b> (Bruyant, défaut d'intimité)
	Massage (Détente, touché, échanges, écoute)	
	Communication	Manque de communication ( Parole monopolisée, crainte du jugement)
<b>CONNAISSANCES</b>	Temps consacré	<b>Présence réduite du MK</b> ( Hand off)
	Connaissances	<b>Manque de connaissances/formations/expériences</b>
	Formations	
<b>RELATION THERAPEUTIQUE</b>	Expériences	
	<b>Confiance</b>	Manque de confiance ( Absence d'anonymat)
	Proximité de soin (touché)	Pratique hand off
	<b>Régularité des séances</b>	
<b>PATIENT</b>		Homme
		<b>Déni</b>
		<b>Profil fermé</b>
<b>INTERDISCIPLINARITE</b>		

**Figure 17 : Éléments favorables et défavorables à la détection du burnout selon les MKL interrogés.** Réponses des MKL aux questions ouvertes, réunies en catégorie et classées selon si les éléments énoncés étaient exprimés en tant que freins ou éléments favorables. Chaque réponse présentant un élément favorable est en lien avec une réponse présentant un frein concernant le même sujet. Les cases vides correspondent à l'absence de réponse en rapport avec certains thèmes. Les mots en gras sont les éléments ayant été cités le plus de fois. Les grandes catégories proviennent des réponses également. L'interdisciplinarité a été citée sans être classée en frein ou en élément favorable.

Le manque de connaissances ou de formations au sujet du burnout sont des éléments cités comme des freins (Fig. 17). En effet, le MK n'aurait pas tous les atouts pour détecter les signes évocateurs du syndrome. La relation thérapeutique est aussi un grand axe cité par les MKL (Fig. 17). La régularité des séances est un élément important qui permettrait l'instauration d'un suivi et la mise en place d'une confiance partagée (Fig. 17). Concernant le patient, son profil ou ses comportements peuvent être des éléments défavorables pour le cheminement vers une détection (Fig. 17). En dernier lieu, l'interdisciplinarité est citée comme un point positif face à la détection du burnout chez les patients car cela optimiserait l'apport d'informations (Fig. 17).

## 4. DISCUSSION

### 4.1. Interprétation des résultats

Notre enquête avait pour objectif de recueillir l'avis des MKL concernant leur rôle dans la détection précoce de l'épuisement professionnel chez leurs patients. Elle a également montré quels avantages ou quels freins pouvaient comporter la prise en charge MK pour la détection du burnout.

L'analyse des résultats prouve que les participants ont une conception du burnout qui correspond à la définition de ce syndrome. Les réponses mettent en évidence un manque de formation au sujet de la santé mentale auprès des étudiants et des professionnels MK. Cependant, les MKL ont le désir de se former et préféreraient participer à une formation en ligne ou en présentiel, ou bien consulter des vidéos et des sites internet. La régularité des séances, la proximité durant le soin, des échanges réguliers et variés, et le massage sont des éléments qui favoriseraient la détection selon les MKL. Au contraire, la diminution du temps de présence du praticien, les traitements actifs, les prises en charges collectives et un profil de patient fermé sont des freins à la détection du burnout. Outre les éléments favorisant la détection, certains symptômes du burnout d'ordre physique, émotionnel, cognitif, comportemental et motivationnel peuvent être détectés lors des séances. Les symptômes cognitifs sont ceux ayant une plus faible fiabilité de détection tandis que les manifestations physiques semblent pouvoir être détectées en systématique lors du bilan.

#### 4.1.1. Population

L'échantillon est hétérogène et varié. En effet, concernant leurs profils, les genres sont proportionnels et quasiment tous les âges sont représentés. Les participants travaillent quasiment tous en zone urbaine. Leur lieu d'exercice est varié, hormis la Bretagne et l'Auvergne-Rhône-Alpes, toutes les régions de France sont représentées. Nous avons aussi eu des participants issus des Départements et Régions d'Outre-mer.

Pour calculer notre échantillon, nous avons utilisé les données de la population de MK selon le rapport de 2017 (41). Nous n'avons pas trouvé de rapport officiel plus récent. Il est donc évident que la population a évolué depuis et que notre comparaison n'est donc pas précise. Pour avoir une base de MKL dans laquelle réaliser le tirage au sort, nous avons utilisé l'annuaire du site Ameli.fr. Cet annuaire n'est pas complet, certains professionnels n'y sont pas référencés et tous les numéros de téléphone ne sont pas présents. Nous avons réalisé le tirage au sort dans cette base de données. Ainsi, nous n'avons pas fait un tirage au sort dans la population mère entière. Un biais de sélection est donc présent. De plus, dans nos résultats, la zone urbaine est sur-représentée. Cela s'explique par le fait que sur l'annuaire, les MK sont triés par villes et donc en utilisant une sélection parmi ces fichiers, nous avons tiré au sort des MKL en zone urbaine.

Il existe des biais méthodologiques. La prospection s'est faite en période de vacances de Noël, nous supposons que bon nombre de professionnels étaient en congés, ce qui explique le faible taux de réponse aux appels. De plus, bon nombre de MKL ont reconduit notre appel par un rendez-vous ultérieur car ils étaient en soin au cabinet ou à domicile. Nous supposons que certains MKL ne nous ont pas répondu du tout car ils n'avaient pas le temps durant le soin. Ces éléments expliquent le faible pourcentage de personnes ayant répondu. Il existe un biais de représentativité dû à notre échantillon correspondant à 0,04 % de la population mère.

#### 4.1.2. Bilan

Le bilan est une richesse d'informations pour le thérapeute si celui-ci est réalisé et approfondi. L'anamnèse permet de recueillir le contexte social, économique, familial et professionnel des patients. Des questions ouvertes et orientées permettent d'optimiser la qualité et la quantité des réponses obtenues selon les répondants. De plus, le bilan permet d'analyser les structures et la douleur. Les résultats démontrent que les MKL pensent pouvoir détecter les symptômes physiques du burnout de façon systématique grâce au bilan.

#### 4.1.3. Prise en charge

La majorité des participants énoncent réaliser au moins une partie de leurs soins en salle individuelle. D'après l'analyse des questions ouvertes, la pratique en salle individuelle permet une situation de calme où le patient est plus enclin à communiquer. L'écoute et les échanges sont des éléments favorables à la détection. Bien que les MKL disent échanger sur des sujets autant généraux que personnels, des échanges réguliers permettent de compléter le bilan initial et d'installer une relation thérapeutique de confiance. Nous notons également que les échanges sont conditionnés par la régularité des séances.

La durée des séances conditionne aussi la qualité des échanges. Il ressort que les professionnels interrogés passent en moyenne plus de quinze minutes à échanger avec leurs patients, en dehors des explications d'exercices, et que cela est un élément favorable à la détection. Malgré l'essor des soins « hands off », c'est-à-dire des exercices principalement actifs et en autonomie, les MKL s'accordent sur le fait que la présence du MKL durant la majeure partie de la séance permet le relevé d'éléments évocateurs du burnout. L'attention portée au patient est importante car certaines manifestations non verbalisées peuvent être observées par le MKL sur le patient. Bien que les symptômes physiques semblent être détectés systématiquement lors du bilan, les autres grands axes de symptômes peuvent être détectée au décours des séances. Ainsi, la présence du MKL, son attention envers les éléments verbalisés et visibles sur le patient par une analyse observationnelle régulière, le suivi et la régularité des séances permettent la détection des symptômes émotionnels, comportementaux, cognitifs et motivationnels.

#### 4.1.4. Connaissances et formations

Le burnout est connu de tous les MKL interrogés. La majeure partie a reçu des informations sur le thème de la santé mentale ou du burnout lors de leur formation initiale. Nous noterons que les répondants ont pour la plupart obtenu leur diplôme de masseur-kinésithérapeute avant la réforme, qui allonge la formation d'un an. Seule une faible partie se rappelle avoir reçu des cours spécifiques à ce sujet, pour les autres les informations étaient plutôt succinctes. Les MKL disent être intéressés si une formation au sujet du burnout était proposée.

Au vu de ces réponses, nous supposons la présence d'un biais de désirabilité sociale qui est le désir du répondant à se montrer sous son meilleur jour (44). Nous avons questionné sur leur intérêt à participer à une formation, le professionnel voulant montrer qu'il est volontaire et travailleur, va répondre positivement même s'il présente peu d'intérêt pour le sujet. Dans les enquêtes, le biais de désirabilité sociale est présent même si il a été prouvé qu'une collecte auto-administrée en ligne sans interlocuteur présent et sans recueil papier réduit le biais de désirabilité sociale (45). Ces réponses peuvent également correspondre à des artefacts de questionnement et donc présenter des biais. Les artefacts du questionnement correspondent à une « erreur de mesure résultant de l'adoption d'un comportement de réponse spécifique par le répondant en situation de questionnement s'il croit avoir discerné, même partiellement, l'objectif de ce questionnement » (46). Ce phénomène peut survenir dans le cadre d'une enquête comme la nôtre. Si le répondant modifie inconsciemment ses réponses pour qu'elles correspondent aux résultats qu'il pense que nous attendons, cela représente un biais majeur. Ici, certains participants ont pu affirmer vouloir entreprendre une formation sur le burnout s'ils pensaient que nous projetions d'en faire une. De même, lorsque nous demandons vers quels professionnels les MKL orienteraient les patients susceptibles de présenter un burnout, nous notons la réponse « kiné formé au burnout » ce qui nous semble être un artefact de réflexion.

#### 4.1.5. Profil du patient

Les MKL mettent en avant que la détection ne dépende pas que d'éléments propres à la prise en charge mais aussi à des caractéristiques du patient lui-même. Bien qu'une attitude fermée et une humeur triste ou changeante puissent être évocatrices d'un problème, ce sont également des freins à la relation thérapeutique et à la communication. Les échanges peuvent parfois tourner court si la personne ne souhaite pas se confier ni laisser le professionnel avoir plus d'informations à son sujet. De plus, certains patients, de par leur pathologie, doivent être accompagnés lors des soins. Ces aidants sont parfois présents lors des séances ou à proximité. Pour ces personnes, l'intimité n'est pas toujours respectée et les échanges sont alors peut-être différents que si le MK était seul avec le patient.



#### 4.2.6. Rôle du MK

La plupart des MKL interrogés sont intéressés par le sujet et volontaires pour en apprendre davantage. Certains MKL nous ont transmis leur enthousiasme quant au sujet de l'enquête lors des appels téléphoniques, nous retrouvons cette positivité face à notre travail lors des remarques en fin de questionnaire. D'autres ont été honnêtes en nous disant qu'ils ne trouvaient aucun intérêt au sujet avant même de répondre au questionnaire. Nous avons demandé directement aux répondants s'ils pensaient que la détection relevait de leur rôle. Plus de la majorité a répondu positivement. Certains ont ajouté que pour ce faire, la formation initiale ou continue devait se tourner sur la santé mentale.

Malgré tout, quelques MKL ne sont pas intéressés par les propositions de formation ou à la participation du MK à la détection du burnout. Nous relevons que certaines personnes ayant répondu négativement disent également ne pas savoir comment s'y prendre. D'autres énoncent que cela ne relève pas des compétences du MK et qu'ils n'ont pas été formés pour cela.

#### 4.2.7. Place du MKL dans la détection du burnout ?

Nous avons posé l'hypothèse que les prises en charge des MKL étaient des situations propices à la détection du burnout de par la relation de confiance qui s'instaure, la proximité de soin qui se crée notamment par le touché, le suivi et les bilans réguliers. Au final, les résultats des MKL s'accordent à dire que le contexte de prise en charge des patients par le MK possède d'importants atouts pour la réalisation d'une détection du syndrome. Les atouts que nous avons évoqués en hypothèses sont également cités par les MKL lors de questions ouvertes ce qui rejoint notre réflexion. Cependant, nous pensons que certains freins majeurs pouvaient apparaître comme le manque de formation des MKL au sujet de la santé mentale, des pathologies psychologiques et de leur détection. En effet, notre enquête a mis en évidence le manque d'informations sur la santé mentale transmises aux étudiants lors des formations initiales. De plus, nous pensons que les MKL ne seraient pas forcément favorables à détenir ce rôle de détection par manque de temps et d'intérêt. Finalement, malgré un groupe restreint de répondants qui ne souhaitent pas détenir ce rôle

ou ne sont pas intéressés, les autres MKL souhaitent se former, participer à cette détection et faire partie de cette chaîne interdisciplinaire.

Cette enquête nous a permis de définir l'avis des MKL sur leur place dans la détection du burnout. Mais également de savoir s'ils étaient capables et volontaires à la réaliser. Notre enquête a permis de faire porter leur attention sur ce syndrome parfois mis de côté. Les atouts de la prise en charge MK pour cette détection et la présence de freins ont été mis en évidence. Cette enquête vient compléter les nombreux écrits publiés sur le burnout. Elle met en lumière le MKL dans la détection alors que les écrits parus ne le citent pas explicitement dans la liste des professionnels de santé concernés mais l'inclut plutôt dans le contexte pluridisciplinaire de soin.

## 4.2. Limites des résultats

### 4.2.1. Limites

Tout au long de notre étude nous avons centré notre réflexion sur la détection du burnout par les MKL chez leurs patients. Nous pouvons désormais élargir nos réflexions en replaçant le MK au centre de celles-ci. Alors que les participants ont énoncé vouloir faire partie de cette détection, certains aspects de leur quotidien nous amènent à nous questionner sur la réelle possibilité d'action de ceux-ci.

Tout d'abord, les MKL sont soumis à une charge mentale de travail importante qu'ils ressentent et soulignent (47). Cette charge correspond à toutes les réflexions cognitives invisibles que ce soit pour l'organisation du bon déroulé du planning ou des soins. Cette adaptation continue, du fait de la variabilité des soins prodigués dans la même journée et d'une prise en charge personnalisée à chaque patient, demande une réflexion constante, énergivore mais nécessaire afin d'éviter des erreurs. Bien souvent, cette charge mentale ne se limite pas au cadre de travail mais survient également lors du temps personnel. Les MKL disent ne pas réussir à se couper totalement de leur travail une fois celui-ci terminé (47). Associé à de longues journées, des conditions de travail exigeantes (position debout

prolongée, actif) et une nécessité d'aller toujours plus vite, le manque de repos cognitif peut mener au mal-être mais aussi à des réactions de dépersonnalisation ou de deshumanisation.

Tous ces éléments rejoignent les différents axes de l'épuisement professionnel que nous avons évoqués tout au long de cette étude. Le MKL est un professionnel de santé soumis au risque de burnout de par les contraintes professionnelles auxquelles il fait face (47). D'après l'étude sur la pénibilité de l'exercice libéral en masso-kinésithérapie, plus de la moitié des MKL interrogés disent subir des manifestations du burnout (47). Nous nous demandons comment un professionnel de santé soumis à l'épuisement professionnel et potentiellement en chemin vers le burnout peut détecter d'autres personnes également en burnout. De quelle façon un MKL en détresse psychologique peut devenir un relais pour les patients tandis que lui-même se trouve en difficulté ?

De surcroît, la profession de MK ne cesse d'évoluer. Les professionnels demandent des changements et se voient confier de plus en plus de responsabilités. Dernièrement, l'accès direct pour les patients ayant eu une entorse de cheville ou subissant une lombalgie donne aux MKL de plus amples possibilités (48,49). La réalisation de test COVID-19 apparaît dans les possibilités des MKL (50). De nouveaux types de soins apparaissent comme la prise en charge des patients en post-hospitalisation suite au COVID-19 mais également la surveillance à domicile des patients positifs au virus (51,52). Le champ de compétences des MKL se diversifie sans cesse. Ils doivent rester compétents tandis que les demandes de soins sont croissantes et variées. Face à cela, la tarification des actes n'augmente que très peu depuis 10 ans. La rémunération n'évolue pas tandis que les responsabilités et les charges augmentent sans cesse. Le MKL a-t-il réellement l'envie et les moyens de participer à cette détection et de s'imposer davantage de responsabilités ? Nous restons optimistes et nous pensons que les réponses obtenues lors de notre étude reflètent plutôt un encouragement pour la profession à se tourner davantage vers le domaine de la santé mentale.

### 4.3. Perspectives d'approfondissement et ouvertures

Notre enquête a montré un besoin de formation des étudiants en masso-kinésithérapie mais également des MKL diplômés. Afin de compléter la formation des étudiants, nous proposons d'inclure au sein des Instituts de Formation en Masso-Kinésithérapie (IFMK) de renforcer les cours concernant la santé mentale et plus particulièrement le burnout. Ces cours pourraient être réalisés par des psychologues, des personnes ayant reçu un diplôme universitaire en santé mentale, des MK travaillant en secteur psychiatrique, des MKL ayant une approche particulière des patients aux troubles psychologiques. Pour les étudiants en formation initiale, la présentation de cours par des anciens étudiants ayant réalisé un travail de fin d'étude au sujet du syndrome pourrait être envisagée. De plus, des temps d'échanges entre un professionnel et un nombre d'étudiants restreint seraient bénéfiques afin d'échanger sur les conduites à tenir face à des patients présentant des troubles psychologiques. Ces cours et ces échanges pourraient être donnés en première année de formation en masso-kinésithérapie afin de familiariser les jeunes étudiants avant qu'ils ne réalisent leurs stages. Il serait intéressant que les IFMK favorisent la réalisation de stage MK en secteur psychiatrique. Les étudiants sont peu familiarisés avec ce secteur bien que les professionnels MK soient indispensables pour la réalisation des soins des patients hospitalisés.

Les MKL estiment que leurs connaissances sur le burnout sont insuffisantes mais ils sont cependant intéressés par des formations en présentiel ou en ligne. A ce jour, nous n'avons pas trouvé de formation en e-learning sur le burnout des patients à destination des MK. Ce thème est seulement abordé à destination des médecins. Il est pour nous intéressant de proposer l'ouverture des formations existantes aux MK ou la création de nouvelles formations sur le burnout destinées aux MK afin de parfaire les connaissances et les aider à adopter les bons comportements quand ils sont confrontés à des patients en épuisement professionnel. Dans le même but, la création d'une formation à distance de type Massive Open Online Course (MOOC) à destination des MK serait également bénéfique à la profession. Ce MOOC, avec des personnes qualifiées, pourrait par exemple faire l'objet d'un prochain mémoire étudiant. En complément, pour apporter et consolider les connaissances des MK, la création d'un livret sur le burnout des patients serait un élément utile pour les

professionnels qui y auront accès. Ce travail pourrait également être réalisé lors d'un prochain mémoire.

Notre étude a eu pour objectif de placer la détection du burnout par les MK au centre des préoccupations. Néanmoins, étant donné que les symptômes relèvent du champ de compétence du MK, nous nous demandons si ses connaissances et ses soins peuvent participer à l'amélioration de l'état de santé de ces patients en détresse. En d'autres termes, si le MK rentre dans le contexte interdisciplinaire non pas seulement par la détection du syndrome mais aussi par la prise en charge de celui-ci. Ce travail d'étude est réalisé par Marion Faviny, une autre étudiante de l'IFMK de Nancy, dans le cadre de ce projet collaboratif en santé mentale. L'ensemble de nos travaux une fois mis en commun, pourraient permettre de mettre en lumière la place globale du MK face au burnout des patients.

Notre étude a eu pour objectif de placer la détection du burnout par les MK au centre des préoccupations. Néanmoins, étant donné que certains symptômes relèvent aussi du champ de compétence du MK, nous pouvons nous demander si un traitement masso-kinésithérapique pourrait participer à l'amélioration de l'état de santé de ses patients en détresse. En d'autres termes, le MK entrerait-il dans l'équipe interdisciplinaire pour la prise en charge du patient, et pas uniquement pour la détection ? Ce travail est également réalisé cette année par Marion Faviny, une autre étudiante de l'IFMK de Nancy, dans le cadre de ce projet collaboratif en santé mentale.

Le burnout est un terme anglophone qui signifie littéralement en français « se consumer ». Même si le burnout « professionnel » est le plus connu et le plus étudié, d'autres formes de burnout jusque-là tabou apparaissent dans la littérature. C'est ainsi que le burnout parental étudié dès 1983 aux Etats-Unis fait désormais parler de lui, mis en lumière par les confinements répétés qui ont accentué la survenue de ce syndrome (53). Un autre type de burnout existe aussi, c'est le burnout du sportif, qui possède les mêmes manifestations cliniques que l'épuisement professionnel (54). Étant donné que le MKL est en lien régulier avec des sportifs de haut niveau, nous supposons qu'il pourrait détenir une place de choix pour la détection de ce syndrome.

Notre enquête a montré que les MKL pensent pouvoir participer à la détection du burnout professionnel notamment grâce à la détection des symptômes. Puisque les symptômes du burnout parental et du burnout sportif sont similaires, il pourrait être intéressant d'étudier le rôle que pourrait détenir le MKL dans la détection de ces autres types de burnout (59,61).

## **5. CONCLUSION**

Cette enquête a permis d'éclairer la place que pourrait avoir le MKL dans la détection du burnout par le recueil des avis d'une partie des MKL de France. Bien que les résultats de notre démarche ne puissent être extrapolés à l'ensemble de la population de MKL de France, ils ont permis d'identifier certains atouts et certains freins de la prise en charge MK concernant la détection du syndrome. Les MKL évoquent la difficulté à appréhender les patients ayant des troubles physiologiques, mais se montrent volontaires à participer à l'interdisciplinarité autour de la détection du burnout. Les éléments qui constituent la prise en charge MK comme la régularité des séances, les bilans réguliers et une relation thérapeutique développée sont évalués comme des atouts pour la détection. La détection des symptômes notamment physiques serait permise et bénéfique grâce aux bilans du MK. Le manque de formations en santé mentale est le frein mis en avant par les participants.

Ainsi, les résultats de l'étude montrent que le MKL détiendraient une place de choix dans la détection du burnout. Cette enquête vient compléter les nombreux écrits publiés sur le burnout. Elle vient également enrichir le projet de recherche collaboratif sur le thème de la santé mentale initié par des formateurs de l'Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie (IFMK) de Nancy. L'étude portant sur la détection va pouvoir être réunie avec les deux autres études incluses dans le projet collaboratif qui ont été réalisées au cours de cette année. Ces études portent sur les techniques MK pouvant être utilisées dans une prise en charge du burnout et une revue systématique sur les techniques relevant du champ de compétences du MK pour la réhabilitation des patients en burnout.

## Bibliographies

1. Repérage et prise en charge cliniques du syndrome d'épuisement professionnel ou burnout [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2017 [cité 22 oct 2020]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2769318/fr/reperage-et-prise-en-charge-cliniques-du-syndrome-d-epuisement-professionnel-ou-burnout](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2769318/fr/reperage-et-prise-en-charge-cliniques-du-syndrome-d-epuisement-professionnel-ou-burnout)
2. Syndrome d'épuisement professionnel ou burnout [Internet]. [cité 22 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.prst-pdl.fr/wp-content/uploads/2017/02/Burnout-mieux-comprendre-pour-mieux-agir.pdf>
3. Chevret-Castellani C. La médiatisation du burn out dans la presse écrite. Le cas du quotidien Le Monde. *Quest Commun.* 1 sept 2017;(31):335-53.
4. Sebaoun G et al. Rapport d'information en conclusion des travaux de la mission d'information relative au syndrome d'épuisement professionnel (ou burn out). 2017;137.
5. L'évolution des conditions de travail – L'emploi, nouveaux enjeux | Insee [Internet]. [cité 28 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1374396?sommaire=1374407>
6. Veil C. « Les états d'épuisement. "Primum non nocere" », *Concours médical*,. 1959;23:2675-81.
7. Souffrance psychique et épuisement professionnel [Internet]. [cité 24 avr 2021]. Disponible sur: </maladies-et-traumatismes/maladies-liees-au-travail/souffrance-psychique-et-epuisement-professionnel>
8. Freudenberger H, H J. Staff Burn Out. *J Soc Issue.* 1974;30(1):159-65.
9. Maslach C. Understanding burnout: Definitional issues in analyzing a complex phenomenon. In: *Job stress and burnout : Research, Theory, and intervention perspectives.* Whiton Stewart Paine. 1982. p. 29-40.
10. Perlman B, Hartman E. Burnout: Summary and future research. 1982;35(283-305).
11. Schaufeli W, Greenglass E. Introduction to special issue on burnout and health. *Psychol Health.* 1 sept 2001;16:501-10.
12. Rapport | Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser [Internet]. Ministère du Travail, de l'Emploi et de l'Insertion. 2020 [cité 22 oct 2020]. Disponible sur: <https://travail-emploi.gouv.fr/demarches-ressources-documentaires/documentation-et-publications-officielles/rapports/article/rapport-mesurer-les-facteurs-psychosociaux-de-risque-au-travail-pour-les>
13. Karasek R, Theorell T. Karasek R, Theorell T. *Healthy Work: Stress, Productivity, and the Reconstruction of Working Life.* New York: Basic Books; 1990.

14. J.K. Connor-Smith, C. Flachsbart. Relations between personality and coping: A meta-analysis. *J Pers Soc Psychol.* 2007;1080-107.
15. Alarcon G, Eschleman K, Bowling N. Relationships between Personality Variables and Burnout: A Meta-Analysis. *Work Stress - WORK STRESS.* 1 juill 2009;23:244-63.
16. van der Zee K, Lewig K, Dollard M. The Relationship Between the Big Five Personality Factors and Burnout: A Study Among Volunteer Counselors. *J Soc Psychol.* 1 mars 2006;146:31-50.
17. Langelaan S, Bakker AB, van Doornen LJP, Schaufeli WB. Burnout and work engagement: Do individual differences make a difference? *Personal Individ Differ.* févr 2006;40(3):521-32.
18. Plaisant O, Guertault J, Courtois R, Réveillère C, Mendelsohn GA, John OP. Histoire des " Big Five " : OCEAN des cinq grands facteurs de la personnalité. Introduction du Big Five Inventory français ou BFI-FR. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* août 2010;168(7):481.
19. Golonka K, Mojsa-Kaja J, Blukacz M, Gawłowska M, Marek T. Occupational burnout and its overlapping effect with depression and anxiety. *Int J Occup Med Environ Health.* 3 avr 2019;32(2):229-44.
20. Rolland JP, De Fruyt F. Inventaire de personnalité au travail. 2009;4.
21. Freudenberger H, Richelson G. *Burn-Out: How to Beat the High Cost of Success.* ., New York: Bantam books; 1980.
22. Qiao H, Schaufeli WB. The Convergent Validity of Four Burnout Measures in a Chinese Sample: A Confirmatory Factor-Analytic Approach: BURNOUT MEASURES IN CHINA. *Appl Psychol.* janv 2011;60(1):87-111.
23. Classification internationale des maladies (CIM) | CépiDc [Internet]. [cité 7 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.cepidc.inserm.fr/causes-medicales-de-deces/classification-internationale-des-maladies-cim>
24. American Psychiatric Association, American Psychiatric Association, éditeurs. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5.* 5th ed. Washington, D.C: American Psychiatric Association; 2013. 947 p.
25. Letondor V. *Burnout et Dépression.* Université de Poitiers; 2017.
26. Maslach C, Leiter MP. Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry.* juin 2016;15(2):103-11.
27. Ahola K, Hakanen J. Job strain, burnout, and depressive symptoms: A prospective study among dentists. *J Affect Disord.* 1 janv 2008;104:103-10.
28. Bianchi R, Laurent E. Emotional information processing in depression and burnout: an eye-tracking study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* févr 2015;265(1):27-34.
29. Bianchi R, Schonfeld IS, Laurent E. Burnout–depression overlap: A review. *Clin Psychol Rev.* mars 2015;36:28-41.



30. Lheureux F, Truchot D, Borteyrou X, Rasclé N. The Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey (MBI-HSS): Factor structure, wording effect and psychometric qualities of known problematic items. *Trav Hum.* 1 avr 2017;80:161-86.
31. Dion G, Tessier R. Validation de la traduction de l'Inventaire d'épuisement professionnel de Maslach et Jackson. *avr 1994;26(2):210-27.*
32. Copenhagen Burnout Inventory (CBI) (Inventaire de burnout de Copenhague). 2014;4.
33. Demerouti E, Bakker AB. The oldenburg burnout inventory: A good alternative to measure burnout and engagement. *Handbook of Stress and Burnout in Health Care.* Hauppauge, NY: Nova Science. 2008;
34. Shirom A, Melamed S. A comparison of the construct validity of two Burnout measures in two groups of professionals. *mai 2006;13(2):176-200.*
35. Sassi N, Neveu J-P. Traduction et validation d'une nouvelle mesure d'épuisement professionnel: Le shirom-melamed burnout measure. *Can J Behav Sci Rev Can Sci Comport.* juill 2010;42(3):177-84.
36. Masson E. L'évaluation du burnout de Pines : adaptation et validation en version française de l'instrument *Burnout Measure Short version (BMS-10)* [Internet]. EM-Consulte. [cité 22 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/65529/l-evaluation-du-burnout-de-pines-adaptation-et-val>
37. Article L1434-2 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 15 févr 2021]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000037289614/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000037289614/)
38. Article L1411-11-1 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 15 févr 2021]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000038886353/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000038886353/)
39. Décret n°96-879 du 8 octobre 1996 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute. *Journal Officiel n°0236 du 9 Octobre 1996.* [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000195448/>
40. Rapport démographique des kinésithérapeutes. CNOMK; 2017.
41. Décret n° 2017-884 du 9 mai 2017 modifiant certaines dispositions réglementaires relatives aux recherches impliquant la personne humaine. *Journal officiel n°0109 du 10 mai 2017.* [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000034634217/>
42. Perneger T. Le questionnaire de recherche : mode d'emploi à usage des débutants. *Rev Mal Respir.* sept 2004;21(4):71-4.
43. Javeau C. Enquête par questionnaire. Manuel à l'usage du praticien. Bruxelles : Ed. de l'Université de Bruxelles; Paris : Ed. d'Organisation. Paris; 1985. (Études de Méthodologie).
44. Crowne D, Marlowe D. A New Scale of Social Desirability Independent of Psychopathology. *J Consult Psychol.* 1 sept 1960;24:349-54.

45. Butori R, Parguel B. Les biais de réponse - Impact du mode de collecte des données et de l'attractivité de l'enquêteur. :20.
46. Herbert M. Que se passe-t-il lorsque les répondants à un questionnaire tentent de deviner l'objectif de recherche ? Le biais du répondant : conceptualisation, mesure et étude d'impact. 2007;26.
47. Cabinet Stimulus. Etude sur la pénibilité de l'exercice professionnel des praticiens de santé affiliés à la CARPIMKO. 2020 nov.
48. Arrêté du 6 mars 2020 relatif à l'autorisation du protocole de coopération « Prise en charge du traumatisme en torsion de la cheville par le masseur-kinésithérapeute dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle. Journal Officiel de la République Française.
49. Arrêté du 6 mars 2020 relatif à l'autorisation du protocole de coopération « Prise en charge de la douleur lombaire aiguë inférieure à 4 semaines par le masseur-kinésithérapeute dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle ». Journal Officiel de la République Française.
50. Les kinésithérapeutes peuvent désormais effectuer les prélèvements de dépistage Covid-19. [Internet]. Ordre des masseurs-kinésithérapeutes. 2020 [cité 21 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.ordremk.fr/actualites/kines/les-kinesitherapeutes-peuvent-desormais-effectuer-les-prelevements-de-depistage-covid-19/>
51. Covid-19 : le point sur les mesures dérogatoires pour les masseurs-kinésithérapeutes [Internet]. Assurance maladie. [cité 21 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/masseur-kinesitherapeute/actualites/covid-19-le-point-sur-les-mesures-derogatoires-pour-les-masseurs-kinesitherapeutes>
52. Le Goaster L. Réponses rapides dans le cadre de la Covid-19 – Prise en charge à domicile des patients atteints de la Covid-19 et requérant une oxygénothérapie. 2020;13.
53. Griffith AK. Parental Burnout and Child Maltreatment During the COVID-19 Pandemic. J Fam Violence. 23 juin 2020;1-7.
54. Isoard-Gauthier S, Lemyre P-N, Emma G descas. Le burnout sportif: états des connaissances et perspectives de prévention dans le milieu sportif (Burnout in sports: current state of knowledge and perspectives for prevention). In 2016. p. 363-82.

## **ANNEXES**

**ANNEXE I** : Trame du questionnaire en ligne.

**ANNEXE II** : Guide des entretiens téléphoniques pour les MKL issus de l'échantillon aléatoire.

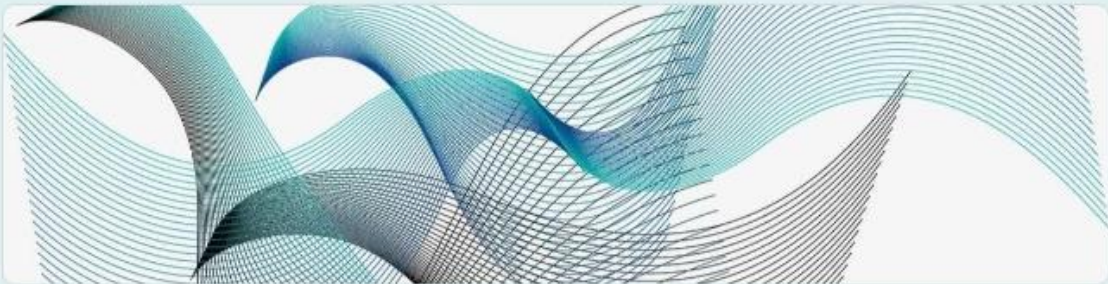
**ANNEXE III** : Capture d'écran de l'e-mail envoyé aux MKL ayant répondu favorablement.

**ANNEXE IV** : Capture d'écran de l'e-mail de relance envoyé aux MKL s'étant engagés

**ANNEXE V** : Répartition de l'échantillon dans la France et les DOM-TOM.

## **ANNEXE I :**

### **Trame du questionnaire en ligne.**



## Questionnaire en ligne

Bonjour,

Vous avez accepté de participer à notre enquête et nous vous en remercions.

Ce questionnaire est anonyme et s'intéresse à la place du MK libéral dans la détection précoce du burnout auprès de ses patients.

Ce travail s'inscrit dans un projet de recherche collaboratif et est en partie financé par le Conseil National de l'Ordre des Masseurs-kinésithérapeutes.

Ce questionnaire s'adresse aux masseurs-kinésithérapeutes DE travaillant en libéral en France.

Ce questionnaire vous prendra environ 15 min.

Nous vous remercions par avance pour le temps que vous y consacrerez.

Mélanie PEREIRA.

Marion FAVINI.

Mélanie JAMBEAU, MK, Ph.D.

Séverine BUATOIS, MK, Ph.D.

Thomas CLEMENT, MK, Ph.D.

[Suivant](#)



Page 1 sur 12

N'envoyez jamais de mots de passe via Google Forms.

Ce contenu n'est ni rédigé, ni cautionné par Google. [Signaler un cas d'utilisation abusive](#) - [Conditions d'utilisation](#) - [Règles de confidentialité](#)

Google Forms

# Questionnaire en ligne

\*Obligatoire

## Votre Profil

Nous allons tout d'abord nous intéresser à votre profil.

Vous êtes ? \*

- Un homme
- Une femme
- Autre

Actuellement, vous exercez principalement en zone ? \*

- Rurale (<2000 habitants)
- Urbaine (> 2000 habitants)
- Rurale et Urbaine

Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ? \*

- 20-29 ans
- 30-39 ans
- 40-49 ans
- 50-59 ans
- 60 ans et plus

Depuis combien d'années exercez-vous ? ( Répondez par le nombre uniquement ) \*

Votre réponse

---

Dans quelle région exercez-vous principalement ? \*

Sélectionner



Dans quel pays avez-vous obtenu votre diplôme ? \*

- France
- Belgique
- Allemagne
- Pologne
- Roumanie
- Espagne
- Hongrie
- Portugal
- Luxembourg
- Autre : \_\_\_\_\_

Avez vous déjà suivi une formation qui vous semble en lien, avec la santé mentale ou du burnout (Gestion du stress, des émotions, approche corporelle, etc). \*

- Oui
- Non

Retour

Suivant

Page 2 sur 12

### Concernant ces formations

Pouvez-vous préciser quel(s) type(s) de formation(s) était-ce ? \*

Votre réponse

## Concernant votre activité

Vos soins se passent : \*

- Exclusivement en salle individuelle/à domicile
- Majoritairement en salle individuelle
- Majoritairement en salle commune
- Exclusivement en salle commune

Dans votre sphère PRIVEE, pensez-vous être quelqu'un à qui on se confie facilement ? \*

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pas du tout d'accord             Tout à fait d'accord

De la même manière dans votre VIE PROFESSIONNELLE ? \*

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pas du tout d'accord             Tout à fait d'accord

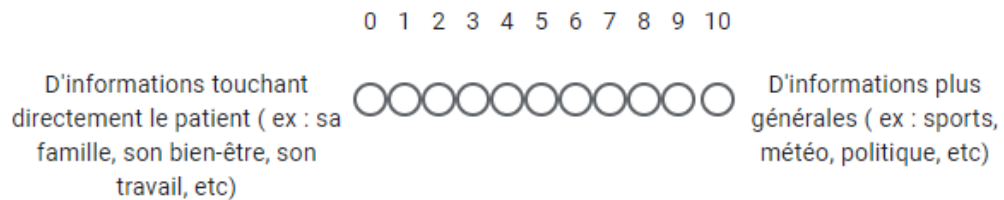
En moyenne, combien de temps passez-vous à échanger avec le patient durant chaque séance ? Nous entendons par là toutes sortes de discussions autres que les commodités d'accueil et les explications des exercices. ( Veuillez ne répondre que par un nombre) \*

Votre réponse \_\_\_\_\_

Durant vos SEANCES, abordez-vous les sujets suivants avec vos patients \*

	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
Le type d'activité professionnelle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les conditions de travail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les postures adoptées au travail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'ambiance de l'équipe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leur satisfaction au travail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

En général, les discussions avec vos patients durant les séances relèvent plutôt .. \*



Quels sont les contextes/situations/éléments déclencheurs qui vous amènent à approfondir davantage des sujets touchant la sphère privée du patient ( ex : famille, bien-être, travail, etc) ? Prenez un temps pour réfléchir aux différentes situations et patients que vous rencontrez. \*

Votre réponse

---

[Retour](#)

[Suivant](#)

 Page 4 sur 12



En quelques mots, que vous évoque le burnout ? \*

Votre réponse \_\_\_\_\_

Comment vous sentez-vous concernant vos connaissances sur le burnout ? \*

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pas du tout informé.e             Très informé.e

Dans vos souvenirs, lors de votre formation initiale (enseignements et stages), avez-vous reçu des informations concernant le burnout/santé mentale ? \*

Oui, pendant un enseignement dédié à la santé mentale/burnout

Oui, cela a été évoqué rapidement

Non, je n'en ai pas souvenir

Autre : \_\_\_\_\_

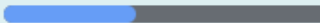
Si la formation "Le burnout chez les patients" vous était proposée, quel serait votre intérêt pour celle-ci ? \*

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pas du tout intéressé.e            Très intéressé.e

[Retour](#)

[Suivant](#)

 Page 5 sur 12

Pour bien appréhender la suite du questionnaire, merci de lire les explications suivantes qui vont vous présenter :

- Quelques informations sur le burnout.
- Les causes de son apparition et ses manifestations multiples.
- La différence entre le burnout et la dépression.

Que - ce - que le burnout ?

### Quelques informations !



**Le Burnout** est un risque psycho-social **lié au travail** et se nomme aussi **syndrome d'épuisement professionnel**.

C'est un processus de dégradation du rapport subjectif au travail qui se manifeste par trois dimensions :

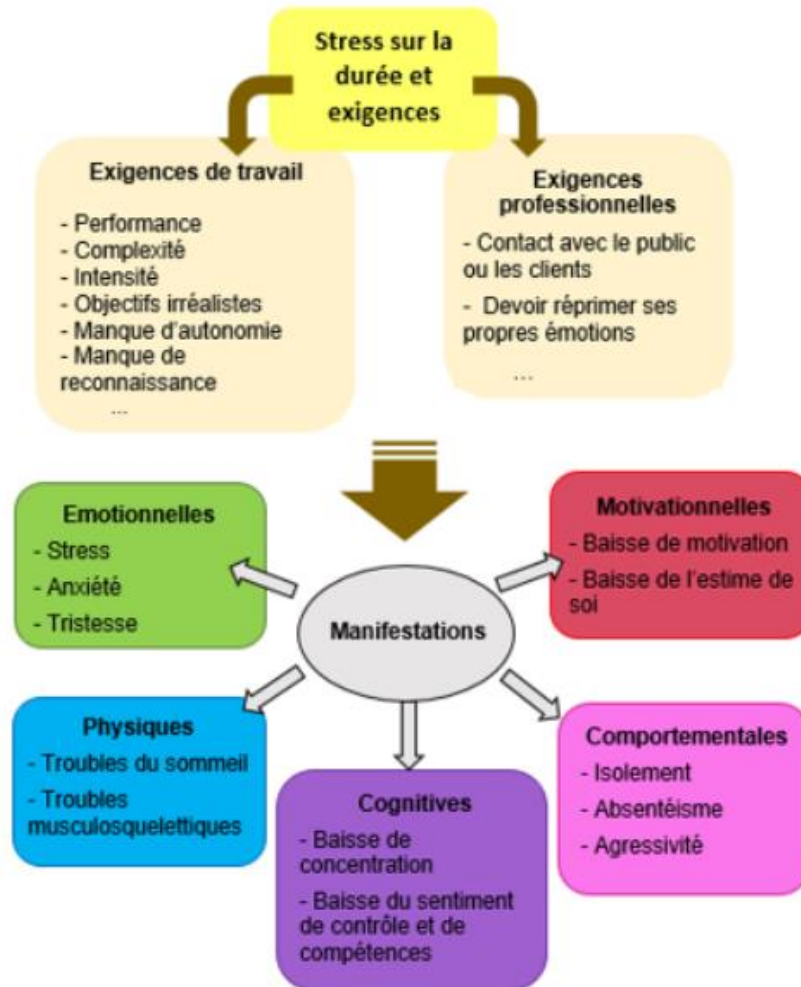
Un épuisement émotionnel, psychique et physique

Un cynisme vis-à-vis du travail ou une dépersonnalisation, cela se traduit par un retrait et une indifférence vis-à-vis du travail.

Un sentiment de perte de l'accomplissement personnel au travail, qui conduit à la dévalorisation de soi et à une réduction de l'efficacité professionnelle.

**Qui touche-t-il ?** Il peut toucher tous les travailleurs, quels que soient leurs métiers, leurs postes ou leurs qualifications.

Comment survient-il et comment se manifeste-il ?



Le burnout n'est pas une dépression !



### Burnout

Symptômes s'arrêtant progressivement après l'arrêt ou le changement d'activité professionnelle.

Trouve son origine au cœur de la **sphère professionnelle**.

**Conservation du goût des choses** dans les aspects de la vie autres que le travail.

### Dépression

Symptômes ne s'arrêtent pas avec la fin / un changement d'activité professionnelle.

S'étend à tous les aspects de la vie et **pas seulement au travail**

Caractérisée par une **perte du goût des choses et de la vie**.



Les antécédents de dépression peuvent favoriser l'apparition d'un syndrome d'épuisement professionnel.

Le burnout peut s'aggraver en dépression

[Retour](#)

[Suivant](#)

Page 6 sur 12

## Nous arrivons à une étape importante de l'enquête !

L'objectif est de déterminer si il vous semble possible de détecter les symptômes proposés. Si c'est le cas, à quel moment et dans quelle mesure cela est possible. Associez chaque symptômes avec la situation qui vous semble convenir.

Dans votre pratique, avec vos patients, toutes pathologies confondues, dans quelle mesure pensez-vous pouvoir détecter les symptômes suivants relevant du plan PHYSIQUE. \*

	Détection quasiment impossible	Détection peu probable	Détection possible mais de façon fortuite	Détection systématique grâce aux bilans
Fatigue chronique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tensions musculaires	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Douleurs rachidiennes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prise ou perte soudaine de poids	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Maux de tête	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vertiges	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nausées	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Troubles du sommeil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

De la même manière concernant le plan EMOTIONNEL. \*

	Détection quasiment impossible	Détection peu probable	Détection possible mais de façon fortuite	Détection systématique grâce aux bilans
Irritabilité/agressivité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Peurs mal définies	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hypersensibilité émotionnelle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Humeur triste ou manque d'entrain	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Absence d'émotion	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

De la même manière, concernant le plan COMPORTEMENTAL \*

	Détection quasiment impossible	Détection peu probable	Détection possible mais de façon fortuite	Détection systématique grâce aux bilans
Isolement social	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diminution de l'empathie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Comportement(s) addictif(s) : tabac, alcool, tranquillisants, drogues, etc.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

De la même manière, concernant le plan COGNITIF \*

	Détection quasiment impossible	Détection peu probable	Détection possible mais de façon fortuite	Détection systématique grâce aux bilans
Diminution de la concentration	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Difficulté à la double tâche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Difficulté à prendre des décisions	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Oublis fréquents	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

De la même manière, concernant le plan MOTIVATIONNEL \*

	Détection quasiment impossible	Détection peu probable	Détection possible mais de façon fortuite	Détection systématique grâce aux bilans
Désengagement progressif	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Baisse de motivation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Baisse de moral	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dégradation des valeurs associées au travail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Doutes de ses propres compétences	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Remise en cause professionnelle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

[Retour](#)

[Suivant](#)

## Concernant votre expérience

Face aux patients en détresse psychologique, comment vous sentez vous ? \*

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Complètement démuni

Tout à fait apte à les accompagner

Avez-vous déjà eu une personne de votre entourage ayant subi un burnout ? \*

- Oui
- Non
- Je ne souhaite pas répondre

Si vous repensez à vos prises en charge au sein de votre cabinet, avez-vous déjà pris en charge un patient **DIAGNOSTIQUE PAR SON MEDECIN** comme ayant un burnout ? (Ecrit sur l'ordonnance ou relaté par le patient) \*

- Oui
- Non

De la même manière, avez-vous déjà pris en charge un patient que **VOUS SUSPECTIEZ** de présenter un burnout ? \*

- Oui
- Non

[Retour](#)

[Suivant](#)

Page 8 sur 12

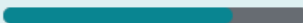


Si vous repensez aux patients que vous avez pris en charge durant les 6 DERNIERS MOIS, quel est le nombre approximatif de patients dont vous suspectiez qu'ils présentaient un burnout ? \*

- Aucun
- Entre 1 et 2 patients
- Entre 3 et 5 patients
- Entre 5 et 10 patients
- Plus de 10 patients

[Retour](#)

[Suivant](#)

 Page 9 sur 12

## Pour finir, nous recueillons votre avis

Les questions suivantes demandent un petit peu de réflexion.

Concernant votre exercice de MK, quel(s) élément(s) vous semble(nt) être favorable(s) à la détection du burnout de vos patients ? Pour vous aider, vous pouvez penser à des situations de soins particulières, des types de prises en charge et de soin, des lieux de soin, des profils de patient, etc. \*

Votre réponse

---

De la même manière, quel(s) peut(e)nt être le(s) frein(s) potentiel(s) ? \*

Votre réponse

---

Pour vous et de façon générale, quelle est l'importance que vous donnez à la relation thérapeutique patient/soignant dans la cadre de vos prises en charge ? \*

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pas d'importance

Très importante

Pensez-vous que la détection du burnout face partie de votre rôle de MK ?

Votre réponse

---

Si vous deviez améliorer vos connaissances au sujet du burnout, quels moyens choisiriez-vous ? \*

Votre réponse

---

Si vous détectiez chez un patient des signes évoquant le burnout, orienteriez-vous le patient vers un autre professionnel de santé ? \*

- Oui, systématiquement
- Oui, c'est probable
- Non, c'est peu probable
- Non, je ne le ferai pas

Retour

Suivant

Page 10 sur 12

Vers quel(s) professionnel(s) orienteriez vous le patient ? \*

Votre réponse

Retour

Suivant

Page 11 sur 12

Nous arrivons à la fin du questionnaire, merci d'avoir pris le temps d'y répondre; n'oubliez pas de le valider.

N'hésitez pas à utiliser cet espace pour toute remarque.

Votre réponse

Retour

Envoyer

Page 12 sur 12

# Questionnaire en ligne

Je vous remercie de tout le temps que vous avez dédié à répondre à ce questionnaire. Sachez que toute l'attention sera portée à l'étude de vos réponses et de vos suggestions.

N'hésitez pas à me contacter si vous avez d'éventuelles questions ou remarques à cette adresse : [memoireburnoutcontact@gmail.com](mailto:memoireburnoutcontact@gmail.com).

Si ce questionnaire a éveillé votre curiosité, voici plusieurs références intéressantes :

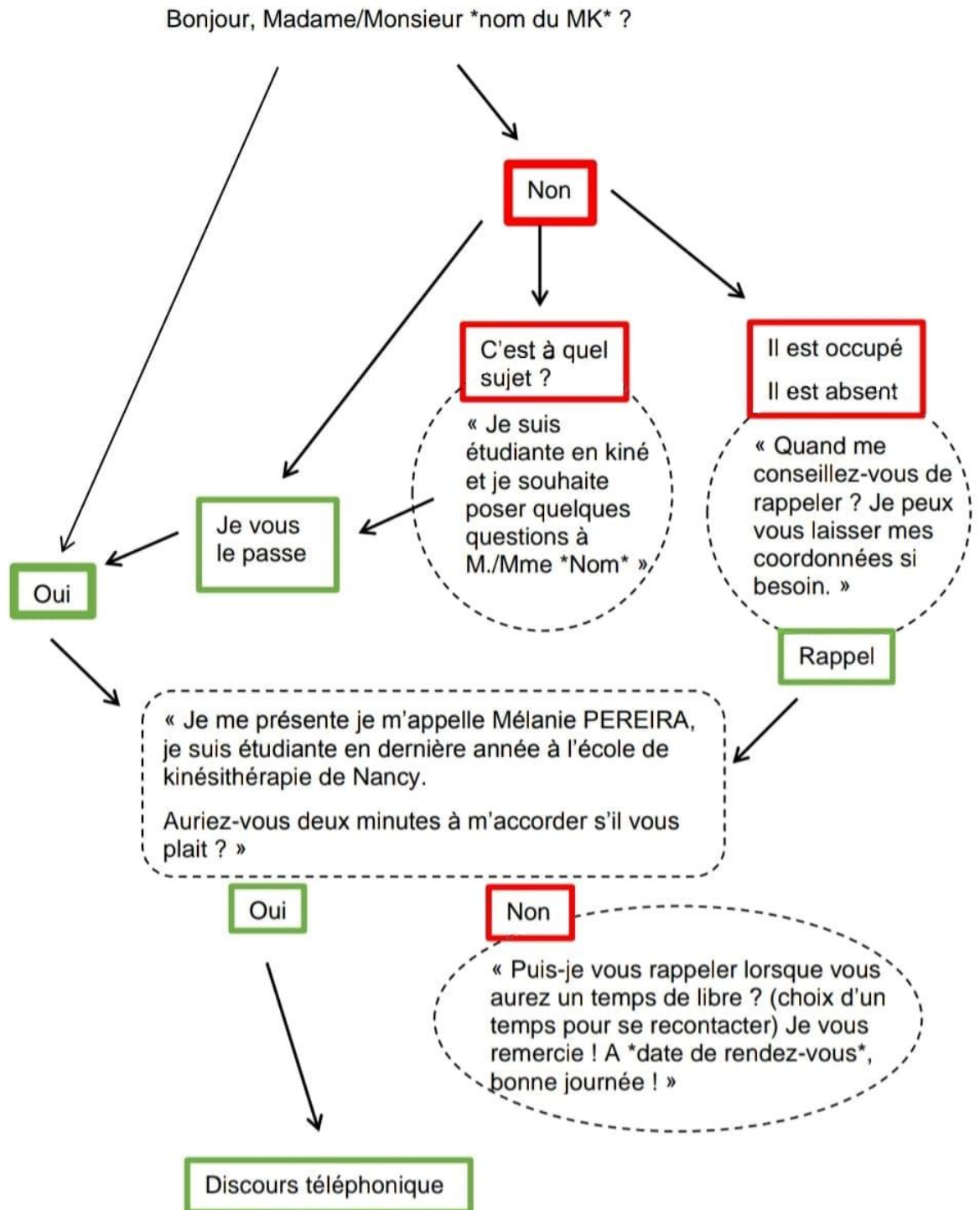
(1) HAS, fiche mémo : Repérage et prise en charge cliniques du syndrome d'épuisement professionnel ou burnout, 2017, 5p (Internet, consulté le 21 Fev. 2020), disponible à : [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-05/dir56/fiche\\_memo\\_burnout.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-05/dir56/fiche_memo_burnout.pdf)

(2) Le syndrome d'épuisement professionnel ou burnout, mieux comprendre pour mieux agir 2015, 31p. (Internet, consulté le 21 Fev.2020), disponible à : [https://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/Exe\\_Burnout\\_21-05-2015\\_version\\_internet.pdf](https://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/Exe_Burnout_21-05-2015_version_internet.pdf)

(3) Sebaoun G. Assemblée nationale, rapport d'information. En conclusion des travaux de la mission d'information relative au syndrome d'épuisement professionnel (ou burnout). :131p. (Internet, consulté le 21 Fev. 2020), disponible à <http://www.assemblee-nationale.fr/14/pdf/rap-info/i4487.pdf>

## ANNEXE II :

### Guide des entretiens téléphoniques pour les MKL issus de l'échantillon aléatoire.

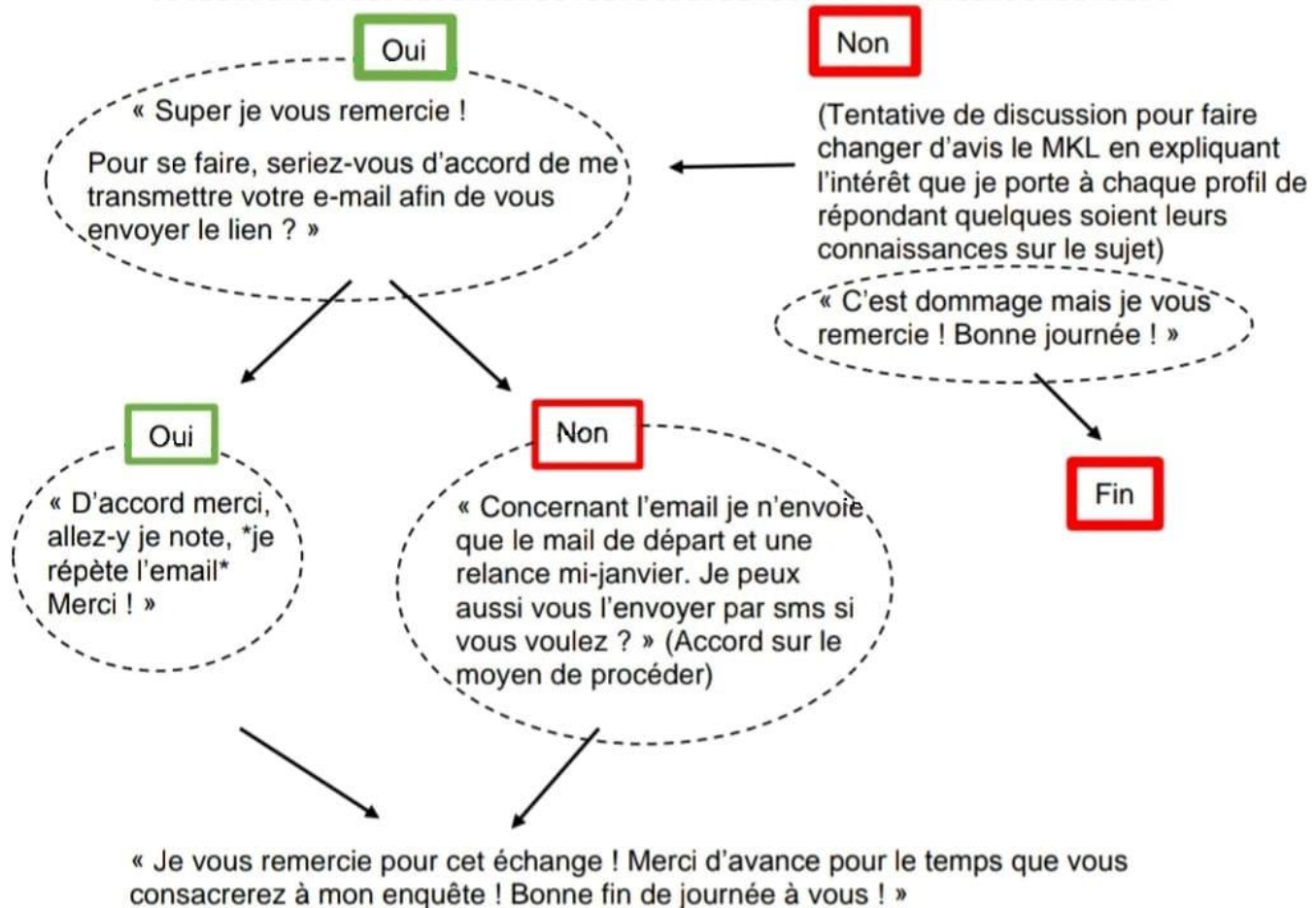


« Je réalise actuellement mon mémoire. Celui-ci s'inclut dans un **projet collaboratif** réalisé avec trois **professeurs de recherche** de mon école. Il est **en partie financé par le Conseil de l'Ordre** des MK. Ce projet a pour thème la santé mentale et plus précisément **le burnout** des patients.

J'ai tiré au sort **50 MKL** dans toute la France et **vous** faites partie de mon échantillon !

Je cherche à savoir si les MKL pensent avoir leur place dans la détection du burnout auprès de leur patient. Pour ce faire, j'ai mis au point un **questionnaire** anonyme, qui dure 15 minutes seulement ! Je clôture les réponses fin janvier donc ça laisse encore trois semaines pour le remplir quand vous en aurez l'occasion.

Est-ce que vous seriez volontaire à participer à mon enquête ? »



## ANNEXE III :

### Capture d'écran de l'e-mail envoyé aux MKL ayant répondu favorablement.



**Mel pera** <memoireburnoutcontact@gmail.com>

19:36 (il y a 3 minutes)



À

Bonjour,

Suite à notre échange téléphonique, je vous fais parvenir le lien qui vous mènera vers l'enquête sur le Burnout.

**Voici le lien :** <https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLScBwAl81ogqxafVQVIHp8BdTpp0Uf47o6iihgEW8CG0clmBdg/viewform?fbclid=IwAR3JhnsqgSHbiBCM43H0ZuMMqZk5HhHCc4FnWJAvW8CFbjjHL8Mc4UDoNw8>

Je vous remercie encore d'avoir accepté de participer à cette enquête. **Sans votre participation, notre projet ne pourrait pas aboutir !**

PS : Je vous rappelle que vous faite partie de l'échantillon de MK libéraux de France ayant été tiré au sort. Je vous demanderai donc de répondre à l'enquête en personne, et de ne pas la diffuser à une tierce personne.

**Merci encore !**

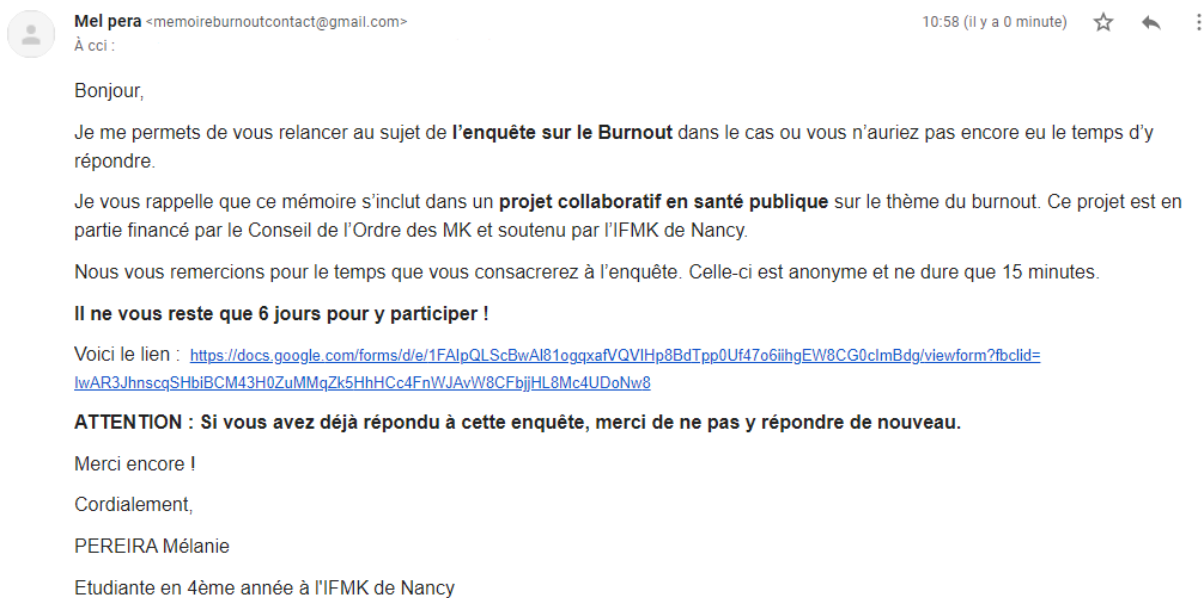
Cordialement,

PEREIRA Mélanie

Etudiante en 4ème année à l'IFMK de Nancy

## ANNEXE IV :

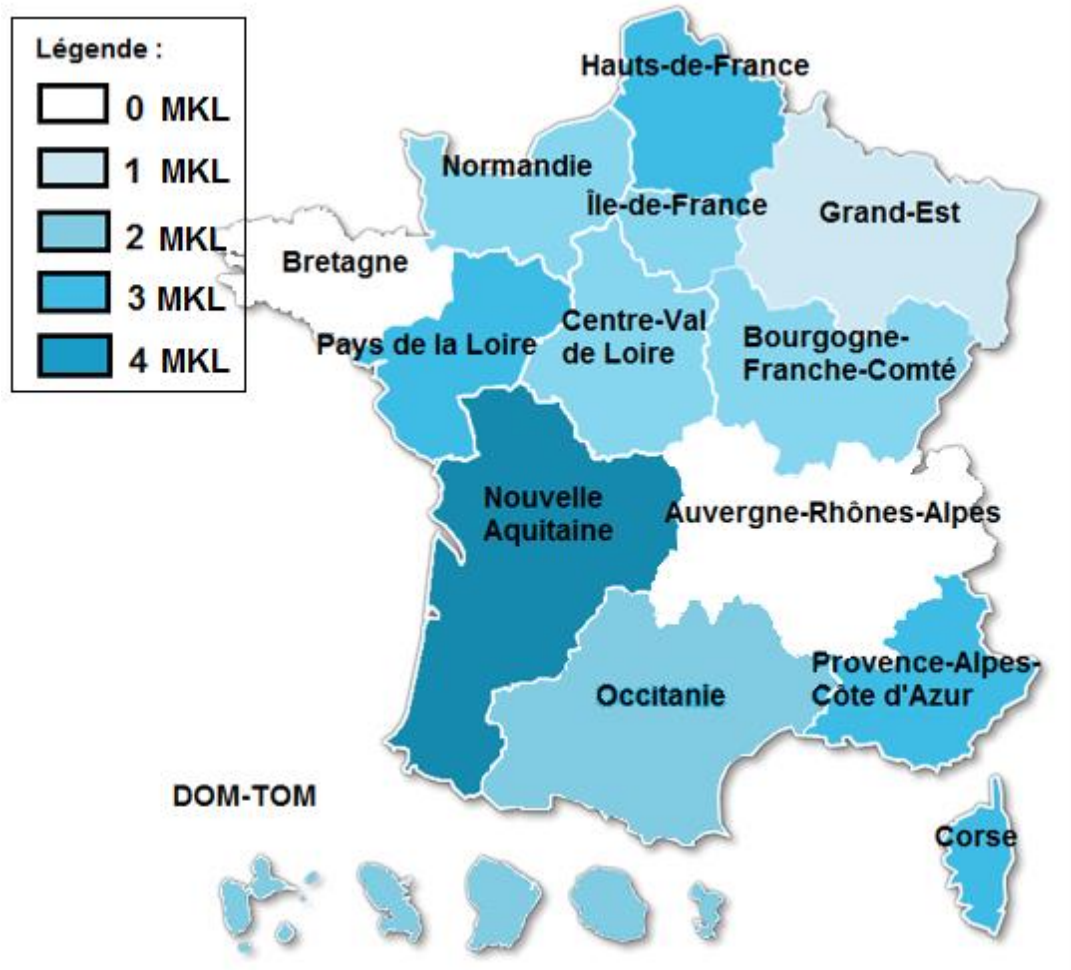
### Capture d'écran de l'e-mail de relance envoyé aux MKL s'étant engagés.





## ANNEXE V :

Répartition par région du nombre de MKL ayant répondu à l'enquête.



**« Brûler la chandelle par les deux bouts... » et si le masseur-kinésithérapeute avait sa place dans la détection du burnout ? Enquête auprès des masseurs-kinésithérapeutes libéraux.**

**Introduction :** Le syndrome d'épuisement professionnel aussi nommé « burnout » est un sujet majeur de santé publique. Le burnout est un syndrome qui se caractérise par de nombreuses manifestations physiques, émotionnelles, cognitives et motivationnelles. Les écrits scientifiques traitant du sujet sont de plus en plus nombreux. Bien que les manifestations semblent relever du champ de compétences du masseur-kinésithérapeute (MK), celui-ci reste absent des recommandations. Notre enquête propose d'apporter des précisions sur la place du MK dans la détection de ce syndrome auprès des patients en interrogeant les MK libéraux (MKL) de France.

**Matériel et méthode :** L'avis des MKL a été recueilli à l'aide d'un questionnaire. Les résultats des questions fermées ont été analysés par analyse statistique tandis que des analyses sémantiques et lexicales ont été faites pour les résultats des questions ouvertes.

**Résultats :** Parmi les 29 réponses reçues, les MKL pensent que la détection précoce du burnout relève de leurs compétences et souhaitent y prendre part. Les résultats montrent que les MKL sont particulièrement confiants concernant la détection des symptômes physiques du burnout. Concernant la détection des manifestations émotionnelles, motivationnelles, cognitives et comportementales, les MKL affichent des niveaux de certitudes variables allant de « systématique » à « peu probable ». Le suivi régulier, les prises en charge en salle individuelle et le temps d'échange seraient des facteurs favorisant la détection. La formation initiale au sujet du burnout et de la santé mentale ne semble pas être satisfaisante et les MKL sont désireux de se former sur ce sujet.

**Discussion et conclusion :** Les MKL interrogés sont volontaires à intégrer le contexte pluridisciplinaire de détection. Bien que l'échantillon restreint interrogé ne permet pas d'extrapoler les résultats à la population mère, les résultats mettent en évidence les avantages et les freins de la prise en charge du MKL pour la détection du syndrome. Les questions ont été choisies et formulées de façon à ne pas influencer le répondant, il subsiste néanmoins quelques biais à notre étude.

**Mots clés :** Détection – Masseur-kinésithérapeute – Syndrome d'épuisement professionnel

---

**“Burning the candle at both ends...” What if the physiotherapist could participate to the early detection process of the burnout syndrome ? Survey among french physiotherapists working in private practice.**

**Introduction :** Burnout syndrome is a major public health issue. It is a syndrome characterized by physical, emotional, cognitive and motivational symptoms. There is now a growing scientific literature on the subject. Although the clinical signs seem to fall within the physiotherapists' area of competence, they are not mentioned in the recent recommendations. By gathering opinions of self-employed French physiotherapists (PTL), our survey aimed to determine whether physiotherapists could play a role in the detection of this syndrome.

**Material and Method :** The opinions of the PTL were collected by means of a questionnaire. The results of the closed questions were analyzed by statistical analysis while semantic and lexical analyses were performed for the results of the open questions.

**Results:** Of the 29 responses received, PTL believe that early detection of burnout is within their competence and wish to be involved. The results show that PTL are particularly confident about detecting the physical symptoms of burnout. Regarding the detection of emotional, motivational, cognitive and behavioral manifestations, PTL show varying levels of certainty ranging from "systematic" to "unlikely". Regular follow-up, individual room management and time for discussion would be factors favouring detection. Initial training on the subject of burnout and mental health does not seem to be satisfactory and PTL are eager to learn more about this subject.

**Discussion and conclusion:** Physiotherapists interviewed are willing to integrate the multidisciplinary detection context. Although the small sample interviewed does not allow for extrapolation of the results to the original population, the results highlight the benefits and barriers of MKL management for detection of the syndrome. The questions were chosen and formulated so as not to influence the respondent; nevertheless, some bias remains in our study.

**Keywords :** Detection – Physiotherapist – Burnout