

Master of Science conjoint HES-SO – UNIL
en Sciences de la santé
Orientation Ergothérapie

ÉVALUATION DES BESOINS DE SANTÉ DE LA
POPULATION EN SITUATION D'ÉPUISEMENT
PROFESSIONNEL DANS LE CANTON DE VAUD

Fait par
Zoé Prisse

Sous la direction de
Julie Desrosiers
PhD, Prof. Associée, Haute école de travail social et de la santé Lausanne (HETSL)

Experts
Martine Bertrand Leiser
PhD, Prof. Ordinaire, Co-doyenne, responsable de la filière ergothérapie, HETSL

Olivier Mack
Coach indépendant, Chargé d'enseignement, Haute École Pédagogique Vaud

Lausanne, HES-SO Master, 2020

REMERCIEMENTS

J'aimerais tout d'abord remercier ma directrice de travail de master, Madame Julie Desrosiers, pour son encadrement, sa disponibilité et ses précieux conseils tout au long de l'élaboration de ce travail.

J'adresse mes remerciements les plus sincères à tous les professionnels qui ont participé au groupe de discussion focalisée et aux entretiens et m'ont permis de réaliser cette étude.

J'exprime ma gratitude envers le participant qui m'a fait découvrir la chanson d'Henri Salvador et Maurice Pon, « Le travail c'est la santé », qui m'a inspirée durant cette recherche.

Je tiens à remercier chaleureusement Monsieur François Hohenauer et Mesdames Anouk Gronchi, Elizabeth Pozgaj et Valentine Perrelet pour leur relecture et leurs pertinentes remarques qui m'ont aidée à finaliser ma rédaction.

Je remercie profondément chacun et chacune de mes ami-e-s qui m'ont encouragée, poussée dans mes réflexions et soutenue avec patience.

Du fond du cœur, merci à Florent pour sa présence, sa constance et son soutien indéfectible.

TABLES DES MATIERES

REMERCIEMENTS	i
LISTE DES TABLEAUX.....	iii
LISTE DES FIGURES.....	iii
LISTE DES ABRÉVIATIONS	iv
RÉSUMÉ.....	v
SUMMARY.....	vi
1 INTRODUCTION GÉNÉRALE.....	1
2 RECENSION DES ÉCRITS.....	3
2.1 Le burn-out	3
2.2 Étiologie	4
2.3 Outils d'évaluation	8
2.4 Conséquences.....	10
2.5 Facteurs associés à la problématique	11
2.6 Contexte Suisse : environnement socio-sanitaire et politique	16
2.7 État des connaissances sur les solutions	20
2.8 Ressources existantes dans le canton de Vaud.....	28
3 PROBLÉMATIQUE	31
4 OBJECTIFS DE L'ÉTUDE	33
4.1 But de l'étude.....	33
4.2 Question de recherche	33
5 MÉTHODE.....	34
5.1 Type d'étude	34
5.2 Participants.....	35
5.3 Position de l'étudiante chercheuse	36
5.4 Considérations éthiques	36
5.5 Collecte des données	37
5.6 Analyse des données	37
6 RÉSULTATS.....	39
6.1 Les forces actuelles du système suisse	41
6.2 Besoin d'être reconnu comme étant en situation d'épuisement professionnel.....	42
6.3 Besoin d'un accompagnement spécifique	44
6.4 Besoin de cohérence entre les différentes parties prenantes.....	49
6.5 Besoin que la société se transforme.....	51
7 DISCUSSION	54
7.1 Limites	60
7.2 Pistes d'amélioration pour de futures recherches.....	61
8 CONCLUSION.....	62
9 RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	64
10 ANNEXES.....	70

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Principaux outils d'évaluation	9
Tableau 2 : Distribution des résultats par thèmes et sous-thèmes.....	40

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : The Job Demands - Resources Model, par Bakker et Demerouti, 2018.....	6
Figure 2 : The Areas of Worklife model, par Maslach et Leiter, 2016b.	7

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AI	Assurance invalidité
APA	American Psychological Association
APG	Assurance perte de gain
Modèle AW	Areas of Worklife model
CAPRIT	Centre d'action en prévention et réadaptation en santé de l'incapacité au travail
CIM-11	Classification internationale des maladies, onzième révision
Modèle COR	Conservation of resources model
CSS	Conseil Supérieur de la Santé (Belgique)
DSM-V	5 ^e édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux
DPSP	Département de Promotion de la santé et préventions
GSE	Gestion de la santé en entreprise
HAS	Haute Autorité de Santé (France)
HETSL	Haute école de travail social et de la santé de Lausanne
IST	Institut universitaire romand de santé au travail
IUMSP	Institut universitaire de médecine sociale et préventive
Modèle JD-R	Job Demands-Resources model
KCE	Centre fédéral d'expertise des soins de santé (Belgique)
LAI	Loi fédérale sur l'assurance-invalidité
LAMal	Loi fédérale sur l'assurance-maladie
LPGA	Loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales
Ltr	Loi sur le travail
MBSR	Réduction du Stress par la Méditation en Pleine Conscience
NICE	National Institute for Health and Care Excellence (Royaume-Uni)
OFS	Office fédéral de la statistique
OMS	Organisation mondiale de la santé
PMU	Policlinique médicale universitaire
ProSV	Association Promotion santé Vaud
RESSORT	Réseau de Soutien et d'Orientation vers le Travail
SEB	Réseau suisse d'experts sur le burn-out
SECO	Secrétariat d'État à l'économie
SSPP	Société Suisse de psychiatrie et psychothérapie
TCC	Thérapie cognitivo-comportementale

RÉSUMÉ

Introduction : En Suisse, un peu plus d'une personne active sur cinq rapporte se sentir épuisée émotionnellement et est à risque de développer un épuisement professionnel (Galliker et al., 2018). Le burn-out a des répercussions importantes sur les personnes atteintes, leurs réseaux sociaux, l'économie des organisations et l'état socio-sanitaire du pays (Blum-Rüegg, 2018). Pour vérifier que les services offerts dans le canton de Vaud répondent aux besoins de santé des personnes en burn-out, il est nécessaire de faire une évaluation de leurs besoins de santé.

But : Le but de cette étude est de décrire les besoins de santé des personnes en situation d'épuisement professionnel du point de vue de différentes parties impliquées dans leur accompagnement dans le canton de Vaud.

Méthode : Il s'agit d'une étude qualitative descriptive interprétative. Un groupe de discussion focalisée et deux entretiens ont été menés avec six professionnels (n = 6).

Résultats : Les professionnels impliqués dans l'accompagnement des personnes en burn-out identifient 21 types de besoins non comblés. Ils ont été classés en cinq thèmes clés. Ces besoins non comblés indiquent qu'il existe un certain écart entre l'offre de services actuelle et les besoins de santé des personnes en situation d'épuisement professionnel dans le canton de Vaud. La discussion aborde trois idées générales : (a) les personnes en burn-out ont besoin d'être orientées vers un accompagnement spécifique ; (b) elles ont besoin d'échanger avec des personnes qui ont vécu la même réalité et (c) les professionnels souhaitent que la société se transforme pour tendre vers un modèle axé sur des valeurs plus humaines.

Conclusion : La description des besoins de santé peut mener à des pistes d'amélioration des services à offrir aux personnes en situation d'épuisement professionnel. Cette étude devrait être complétée par une évaluation des besoins perçus des personnes ayant vécu un burn-out.

SUMMARY

Introduction : In Switzerland, just over one in five working people report feeling emotionally exhausted and are at risk of developing burnout (Galliker et al., 2018). Burnout has significant repercussions on the people affected, their social networks, the economy of organizations and the country's social and health status (Blum-Rüegg, 2018). In order to verify that the services offered in the canton of Vaud meet the health needs of people suffering from burnout, it is necessary to carry out an assessment of their health needs.

Aim : The aim of this study is to describe the health needs of people in a burnout situation from the point of view of the different parties involved in their support in the canton of Vaud.

Method : This is a descriptive interpretative qualitative study. A focus group and two interviews were conducted with six professionals (n = 6).

Results : Professionals involved in the support of burn-out sufferers identify 21 types of unfulfilled needs. They have been classified into five key themes. These unmet needs indicate that there is a certain gap between the current range of services on offer and the health needs of people suffering from burnout in the canton of Vaud. The discussion addresses three general ideas : (a) people suffering burnout need to be oriented towards specific support ; (b) they need to talk to people who have experienced the same reality ; and (c) professionals want society to change towards a model based on more human values.

Conclusion : The description of health needs can lead to ways of improving the services to be offered to people suffering from burnout. This study should be complemented by an assessment of the perceived needs of people who have experienced burnout.

*« Le travail c'est la santé
Rien faire c'est la conserver
Les prisonniers du boulot
Font pas de vieux os »¹*

1 INTRODUCTION GÉNÉRALE

Dans les sociétés occidentales, les troubles liés au stress dont l'épuisement professionnel ou « burn-out » augmentent (Olsson, Erlandsson & Håkansson, 2020, p. 3). En Suisse, la part de personnes actives qui se sentent épuisées émotionnellement tend vers 30% en 2018 contre 24% en 2014 et ces personnes ont un risque accru de développer un burn-out (Galliker et al., 2018). L'épuisement professionnel, qui résulte d'une exposition prolongée au stress chronique, affecte fortement la santé de la personne, ses occupations et ses relations ainsi que le milieu de travail et la société (Salvagioni et al., 2017).

Pour accompagner la population en situation d'épuisement professionnel, il est pertinent de s'intéresser à ses besoins de santé. La réalisation d'une évaluation des besoins de santé est un processus qui permet de connaître les besoins et les problèmes qui affectent une population, d'établir leur priorité et de décider des solutions les plus appropriées (Paquette & Chagnon, 2000, p. 110).

A l'heure actuelle, il n'existe pas, à notre connaissance, d'écrits qui rapportent les besoins de santé des personnes en épuisement professionnel dans le canton de Vaud. Il semble donc nécessaire d'en faire l'étude et de vérifier dans le même temps si les offres de soins et de services du canton de Vaud permettent de répondre aux besoins identifiés.

Ainsi, la présente étude a pour objectif de décrire les besoins de santé des personnes en situation d'épuisement professionnel du point de vue de différentes parties impliquées dans leur accompagnement sur le canton de Vaud. Afin de répondre à cet objectif, l'étude utilise une méthode de recherche qualitative descriptive interprétative. Elle repose tout d'abord sur l'intégration et la mise en relation de diverses sources de données du terrain puis sur la réalisation d'un groupe de discussion focalisée et d'entretiens avec des informateurs clés impliqués dans l'accompagnement des personnes en situation de burn-out.

Ce travail est divisé en huit parties. Suite à l'introduction de l'étude, la recension des écrits définit le burn-out et présente les principaux facteurs associés. Elle est également composée

¹ Salvador & Pon, 1965, « Le travail c'est la santé »

d'une explication du contexte socio-sanitaire et politique suisse et d'une revue des solutions et ressources existantes. La troisième partie développe la problématique. La quatrième partie identifie les objectifs de la recherche. La cinquième partie décrit la méthode utilisée pour recruter les participants², récolter les données et analyser leur contenu. La sixième partie présente les résultats obtenus suite à l'analyse du contenu des données. La septième partie discute des liens entre les résultats et les études scientifiques recensées et présente les limites de l'étude et les pistes d'amélioration pour de futures recherches. Enfin, la dernière partie propose les implications pour la pratique et conclut l'étude.

² Dans le présent document, l'emploi du genre masculin est utilisé comme générique, dans le seul but d'alléger le contenu du texte.

« Ces gens qui courent au grand galop
En auto, métro ou vélo
Vont-ils voir un film rigolo ?
Mais non, ils vont à leur boulot ! »

2 RECENSION DES ÉCRITS

La recension des écrits présente les connaissances actuelles sur l'épuisement professionnel. Elle définit le burn-out, son étiologie, la manière de le repérer, et ses impacts sur l'individu et la société. Ensuite, l'épuisement professionnel est décrit plus spécifiquement dans le contexte suisse. Puis, un aperçu des solutions mises en œuvre pour y faire face et étudiées scientifiquement est présenté. Finalement, les ressources existantes pour les personnes en souffrance dans le canton de Vaud sont rapportées.

2.1 Le burn-out

Le terme *burn-out* apparaît dans les écrits scientifiques dans les années septante. Il est décrit par Freudenberger, un psychanalyste américain, suite à une recherche sur les travailleurs des secteurs de la santé et des services à la personne (Freudenberger, 1974). Puis le burn-out demeure un sujet de recherche actif dans un large éventail de disciplines inspirant l'élaboration de constructions théoriques et de méthodes pratiques pour atténuer le syndrome (Maslach & Leiter, 2016b, p. 351).

Maslach, une psychologue américaine et pionnière de la recherche sur l'épuisement professionnel, avec Leiter, un chercheur en santé au travail et professeur de psychologie et Schaufeli, un spécialiste en psychologie organisationnelle aux Pays-Bas, définissent le burn-out suite à leurs recherches empiriques systématiques, comme une réaction prolongée à des facteurs de stress chroniques au travail (Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001, p. 403). Pour ces auteurs, le burn-out est un syndrome qui peut survenir dans tous types d'emploi et qui entraîne un épuisement chronique, une attitude cynique et négative à l'égard du travail et une efficacité professionnelle réduite.

En 2018, la onzième révision de la Classification internationale des maladies (CIM-11) reprend cette définition et inclut le terme *burn-out* sous le code QD85. Sa description est la suivante : « *Le burn-out est un syndrome qui résulte d'un stress chronique en milieu de travail qui n'a pas été géré avec succès. Il se caractérise par trois dimensions :*

- 1) *un sentiment de perte d'énergie ou d'épuisement*
- 2) *une distance mentale accrue par rapport au travail, ou des sentiments négatifs ou de cynisme vis-à-vis de son travail*
- 3) *une efficacité professionnelle réduite.*

Le burn-out fait spécifiquement référence à un phénomène dans le contexte professionnel et ne devrait pas être utilisé pour décrire des expériences dans d'autres domaines de la vie. » (Organisation mondiale de la santé (OMS), 2019c). Cependant, dans la CIM-11, le burn-out n'est pas considéré comme une maladie au sens strict, mais se trouve dans les « facteurs influençant l'état de santé » et il est associé aux problèmes liés à l'emploi. Par ailleurs, le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux DSM-V (5^e édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux ; American Psychiatric Association, 2013) l'assimile aux troubles de l'adaptation ce qui n'en fait pas un diagnostic psychiatrique à proprement parler (Droz & Wahlen, 2018, p. 29).

2.2 Étiologie

La partie sur l'étiologie de l'épuisement professionnel présente les différents facteurs, notamment les facteurs contextuels, individuels et démographiques, qui amènent la personne jusqu'à une situation de burn-out.

2.2.1 Facteurs contextuels

Des modèles de références

Il existe plusieurs modèles théoriques qui expliquent comment les conditions de travail influencent de manière positives ou négatives la santé des employés. Une interaction optimale entre les facteurs ressource et contrainte crée de la motivation et de l'engagement alors qu'un déséquilibre amène du stress et de l'épuisement. Par exemple dans le modèle *Job Demand-Control* (Karasek & Theorell, 1990), c'est l'équilibre entre les exigences et le contrôle qui est déterminant. Dans le modèle *Effort-Reward Imbalance* (Siegrist, 1996), c'est l'équilibre entre les efforts et les récompenses qui est essentiel. L'approche transactionnelle pour sa part, explique que le stress est le résultat d'une transaction particulière entre la personne et l'environnement, dans laquelle la situation est évaluée par l'individu comme excédant ses ressources et pouvant menacer son bien-être (Lazarus & Folkman, 1984). Parmi ces théories, certaines ont été appliquées à la problématique du burn-out comme dans le modèle *Conservation of resources* (COR ; Hobfoll, 1989, cité dans Schaufeli, Maslach et Marek, 1993). Le COR présume que l'épuisement professionnel résulte de menaces persistantes sur les ressources disponibles (Hobfoll, 1989). Malgré le fait que ces modèles ont été consolidés par des recherches scientifiques, il existe deux modèles explicatifs spécifiquement construits pour comprendre le burn-out : le modèle *Job Demands-Resources* (modèle JD-R ; Demerouti, Bakker, Nachreiner & Schaufeli, 2001) et le modèle *Areas of Worklife* (modèle AW ; Leiter & Maslach, 2004). Ces deux modèles se sont imposés dans les écrits scientifiques, guident les interventions et sont décrites plus en détail ci-après.

Le modèle *Job Demands-Resources*, élaboré en 2001 par des psychologues du travail et de l'organisation allemands et néerlandais dont Demerouti, Bakker, Schaufeli, et Nachreiner, est un des cadres conceptuels les plus utilisés pour expliquer les causes du burn-out en fonction d'un déséquilibre entre les demandes et les ressources (voir Figure 1). Bakker et Demerouti (2018, p. 2) expliquent que les conditions de travail diffèrent énormément d'une organisation à l'autre. Néanmoins, la théorie du modèle JD-R propose de classer les caractéristiques de tous types d'emplois en deux grandes catégories à savoir les exigences professionnelles et les ressources professionnelles (Demerouti et al., 2001, p. 502). Le modèle JD-R s'est lui-même basé sur le modèle de Karasek et Theorell, celui de Siegrist et celui de Hobfoll avec l'innovation de ne pas limiter le nombre d'exigences lié à l'emploi (Bakker & Demerouti, 2017, p. 274). Dans le modèle JD-R, les exigences professionnelles sont définies comme étant les aspects physiques, psychologiques, sociaux ou organisationnels du travail qui coûtent de l'énergie (p.ex. la charge de travail, les tâches complexes, les contraintes de temps et les conflits) et ont une valeur prédictive sur l'épuisement professionnel. À l'inverse, les ressources professionnelles (p.ex. la rétroaction sur le rendement et la performance, le soutien social, l'autonomie et la variété des compétences) aident les employés à atteindre leurs objectifs et contribuent à leur engagement au travail. Ainsi ce sont les exigences professionnelles qui déclenchent un processus de détérioration de la santé si elles se transforment en surcharge chronique sur une longue période. Le burn-out survient lorsqu'une personne fait face à ces exigences persistantes et qu'elle ne dispose pas de ressources suffisantes pour y répondre ou les réduire.

Dans le modèle JD-R, l'impact des exigences professionnelles peut être atténué non seulement par les ressources professionnelles, mais également par le style de leadership et les ressources personnelles (p.ex. l'optimisme, l'auto-efficacité et l'estime de soi) des employés (Bakker & Demerouti, 2017, p. 275). Bakker et Demerouti (2018, p. 3), expliquent que le leadership a un effet direct sur l'employabilité, le rendement et l'engagement. Par ailleurs, les employés peuvent influencer leur travail de deux façons selon leur santé et leur bien-être au travail : (a) soit ils éprouvent des niveaux élevés de pression au travail et font preuve d'un comportement d'autodestruction qui par cercle vicieux influence négativement l'environnement de travail; (b) soit ils sont engagés dans leur travail et, par cercle vertueux, influencent positivement leur environnement au travers de ce que Bakker et Demerouti (2018, p. 4) appellent le *job crafting*. Ce concept est la manière dont l'employé est proactif, modifie sa vision du travail pour la rendre plus significative et stimulante, recherche des défis et des ressources pour obtenir de bonnes performances. Malheureusement, les employés sursollicités par des demandes professionnelles et qui éprouvent des niveaux élevés de pression au travail s'épuiseront et entameront un cercle de perte des ressources qui ne peut

être arrêté uniquement par un *job crafting* (Demerouti, 2014, cité dans Bakker & Demerouti, 2018, p. 4).

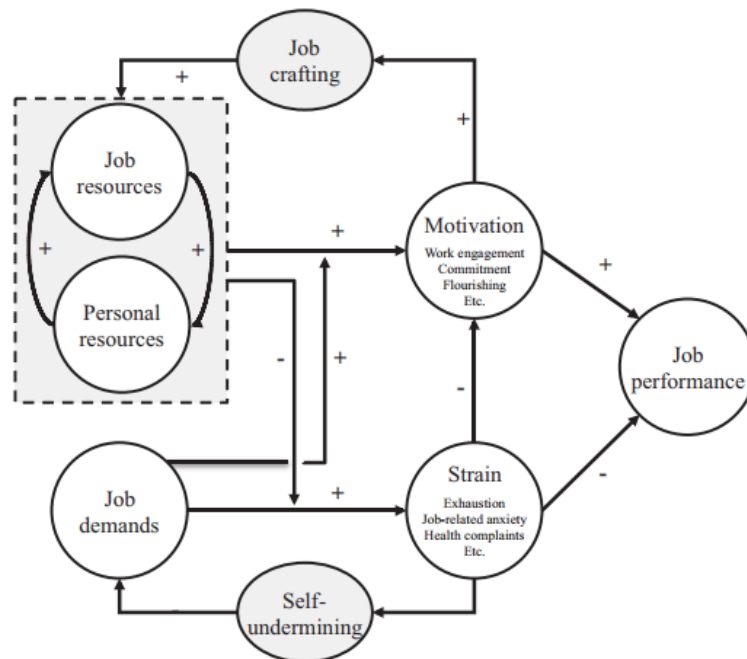


Figure 1 : The Job Demands - Resources Model, tirée de Bakker et Demerouti, 2018.

Le modèle *Areas of Worklife* a été construit par Maslach et Leiter (2016b, p. 354) qui ont constaté après de nombreuses recherches que les variables liées au travail ont plus d'impact que les variables personnelles sur l'épuisement professionnel. Cependant, selon ces auteurs, il est nécessaire de les considérer conjointement dans l'environnement organisationnel, car le degré d'adéquation entre la personne et l'emploi déterminera le degré d'engagement ou d'épuisement de la personne. Ces éléments sont décrits dans leur modèle AW présenté dans la Figure 2 (Maslach & Leiter, 2016b, p. 354). Ce modèle identifie six domaines de la vie professionnelle dans lesquels des déséquilibres peuvent se produire entre la personne et l'emploi (Maslach & Leiter, 2016a, p. 105) :

- la charge de travail (gérable, intéressant, significatif)
- le contrôle (autonomie, participation aux décisions, ressources)
- la récompense (financière, institutionnelle, sociale)
- la communauté (conflit, soutien)
- l'équité (justice sociale, respect)
- les valeurs (travail significatif, conflit éthique)

Cette modélisation permet d'estimer si la personne a plus de probabilité d'être épuisée ou d'être engagée suivant l'adéquation qu'elle a avec son environnement de travail.

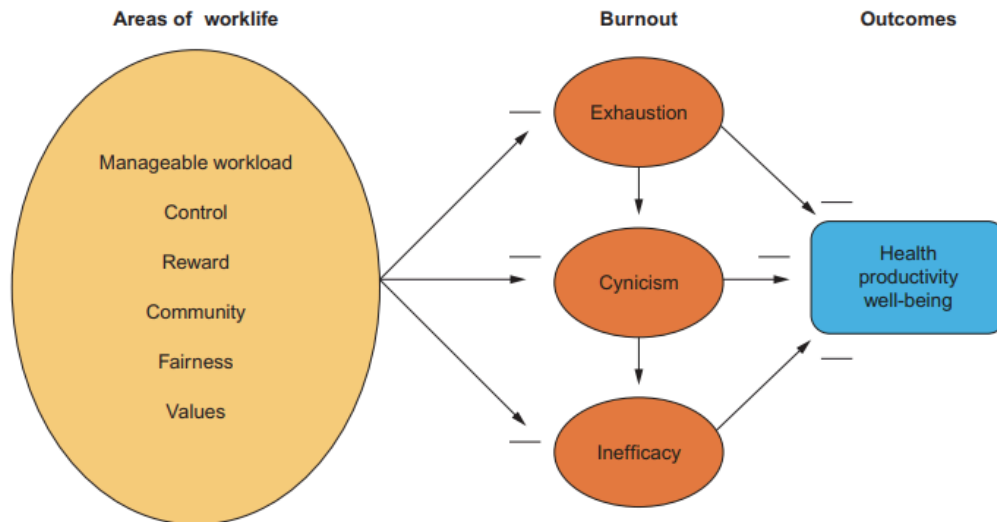


Figure 2 : The Areas of Worklife model, tirée de Maslach et Leiter, 2016b.

Les modèles présentés montrent à quel point les facteurs liés aux conditions de travail ont un impact important sur l'état de santé des travailleurs. Pour compléter ces facteurs contextuels, Dombrowski et Wagner (2014) abordent dans un article le sujet de la 4^e révolution industrielle. Ces auteurs signalent que le travail se complexifie avec l'apparition d'objets intelligents, de nouveaux concepts et solutions technologiques. Ainsi, il y a non seulement l'émergence de nouvelles manières de travailler et de communiquer, mais aussi une augmentation des facteurs de risque comme l'augmentation des exigences mentales (Dombrowski & Wagner, 2014, p. 101). Aydemir et Icelli (2013, p. 125) expliquent que l'utilisation élevée de technologie de l'information et de la communication produit de nouveaux facteurs de risque comme la surcharge mentale, l'interruption récurrente des tâches, une haute pression temporelle et la négligence des besoins personnels.

2.2.2 Facteurs individuels

Bien que les cadres théoriques montrent que les facteurs contextuels sont les principaux prédicteurs de l'épuisement professionnel, quelques facteurs individuels ressortent également des écrits scientifiques. Que ce soit Maslach et Leiter (2016b, p. 355) ou Droz et Wahlen (2018, p. 78), leurs écrits citent les personnalités qui ont un locus de contrôle plus externe (c'est-à-dire que les événements qui les affectent sont le résultat de facteurs sur lesquels ils ont peu d'influence) ; les personnes qui ont un comportement de type A³ ou qui ont tendance au perfectionnisme donnant le meilleur avec des attentes élevées envers elles-mêmes et leur travail. Aydemir et Icelli (2013, p. 128) et Maslach et al. (2001, p. 411) mentionnent aussi le

³ L'étiquette « comportement de type A » est utilisée pour décrire un modèle comportemental combinant l'ambition, la compétitivité, l'irritabilité, l'impatience et l'hostilité (Aydemir et Icelli, 2013, p. 132).

névrotisme (tiré du *Big Five personality dimensions*) qui se traduit par une tendance à éprouver des émotions négatives, de l'anxiété, une faible estime de soi et à mettre en place de stratégies d'évitement plutôt que d'adaptation.

2.2.3 Facteurs démographiques

Les hommes et les femmes ont une expérience assez similaire de l'épuisement professionnel (Aydemir & Icelli, 2013, p. 134). Néanmoins, dans certaines études les femmes ont tendance à éprouver plus d'épuisement émotionnel, tandis que les hommes sont plus susceptibles d'avoir des sentiments de cynisme (Maslach, 2003, cité dans Aydemir & Icelli, 2013, p. 134). Quant à l'état matrimonial, Aydemir et Icelli (2013, p. 135) indiquent que les célibataires seraient plus à risque de burn-out que les personnes divorcées et ces dernières plus que les mariées. Enfin, un plus jeune âge ou une personne en début de carrière semble pour Maslach et Leiter (2016b, p. 355) associé à un risque plus élevé de burn-out. Cependant, ce résultat est modéré par l'enquête de Droz et Wahlen (2018, p. 74) qui indique qu'en Suisse romande les tranches d'âge les plus représentées des personnes en situation de burn-out qui consultent un professionnel de la santé sont celle des 36 à 45 ans puis des 46 à 55 ans. En somme, les caractéristiques démographiques semblent avoir de faibles relations avec le burn-out.

En résumé, quels que soient les auteurs sur le sujet ou les modèles de référence, ce qui émane des écrits scientifiques c'est que le burn-out est le résultat de composantes multifactorielles issues des conditions du lieu de travail, des dispositions de la personne et du contexte social et personnel. Ces paramètres sont interdépendants, un seul ne pouvant amener au burn-out. C'est bien lorsqu'ils se retrouvent simultanément en déséquilibre qu'ils créent progressivement un basculement vers le burn-out (Droz & Wahlen, 2018, p. 54). L'avis du Conseil Supérieur de la Santé (CSS) belge appuie cette opinion : « *Le burn-out est le résultat de la rencontre entre un individu particulier (et des problèmes d'ordre privé) et une situation de travail dégradée, dans un environnement social spécifique* » (CSS, 2017, p. 16).

2.3 Outils d'évaluation

Le burn-out n'est pas reconnu comme une maladie et plusieurs symptômes dont l'épuisement ne sont pas spécifiques à ce syndrome (CSS, 2017, p. 12). Il est donc important d'exclure d'autres maladies psychiatriques ou organiques pour repérer le burn-out et y répondre par un accompagnement adéquat (CSS, 2017, p. 12). Il n'existe pas d'instruments diagnostiques spécifiques pour identifier l'épuisement professionnel, mais plusieurs instruments qui évaluent ses dimensions. Les principaux instruments d'évaluation présentés dans le Tableau 1 suivant

sont validés par de bonnes propriétés psychométriques et reflètent les différentes conceptualisations de l'épuisement (Maslach & Leiter, 2016a, p. 104).

Tableau 1 : *Principaux outils d'évaluation*

Nom de l'outil	Auteurs, année	Dimensions évaluées	Autres versions	Populations évaluées
Maslach Burnout Inventory (MBI) ^a	Maslach et Jackson, 1981	- Épuisement émotionnel - Dépersonnalisation - Sentiment d'accomplissement personnel	MBI-Human Service Survey MBI-Educators Survey MBI-General Survey	Professions d'aide et de soins Professions de l'enseignement Population générale au travail
Burnout Measure (BM) ^a	Pines et Aronson, 1988	- Épuisement physique - Épuisement émotionnel - Épuisement mental	BMS-10	Population générale au travail
Oldenburg Burnout Inventory (OLBI) ^a	Demerouti et Nachreiner, 1998	- Épuisement - Désengagement		Population générale au travail
Bergen Burnout Inventory (BBI)	Näätänen, Aro, Matthiesen et Salmela-Aro, 2003	- Épuisement au travail - Cynisme au travers du sens donné au travail - Inadéquation au travail	BBI-9	Population générale au travail
Copenhagen Burnout Inventory (CBI) ^a	Kristensen, Borritz, Villadsen et Christensen, 2005	- Épuisement physique - Épuisement psychologique		Professionnels de la santé
Shirom-Melamed Burnout Measure (SMBM) ^a	Shirom et Melamed, 2006	- Fatigue physique - Épuisement émotionnel - Lassitude cognitive		Population générale au travail
Burnout Assessment Tool (BAT) ^a	Schaufeli, De Witte et Desart, 2019	- Épuisement - Distance mentale, cognitive et émotionnelle - Plaintes psychiques et psychosomatiques		Population générale au travail

^a questionnaires dont la traduction francophone a été validée par de bonnes propriétés psychométriques (Kettani, Serhier, Othmani, Agoub & Battas, 2019 ; Schaufeli et al., 2019)

2.4 Conséquences

Le burn-out a des conséquences importantes sur la personne, ses proches, l'organisation du travail et la société (Blum-Rüegg, 2018). Dans leur revue systématique qui vise à résumer les preuves des conséquences physiques, psychologiques et professionnelles de l'épuisement professionnel, Salvagioni et al. (2017) décrivent largement les répercussions du burn-out sur la personne.

2.4.1 Conséquences sur la santé

Salvagioni et al. (2017, p. 21) expliquent que le stress a été essentiel pour la survie de l'homme. Par exemple, pour fuir un danger, l'organisme se met en alerte, suractive les fonctions vitales et est inondé d'hormones (p.ex. les glucocorticoïdes, dont le cortisol) et de glucose. Les réactions physiques et mentales du stress à court terme peuvent être bénéfiques pour passer un examen, par exemple, mais détériorent la santé lorsqu'elles se manifestent à long terme. Ces mêmes auteurs suggèrent que, comme le burn-out suit un état de stress chronique, les mécanismes biologiques résultant d'un stress prolongé peuvent dégrader la santé. Ainsi, l'érosion continue de l'énergie émotionnelle, physique et intellectuelle peut développer jusqu'à plus de 130 symptômes non spécifiques au burn-out. Droz et Wahlen (2018, p. 140) évoquent que cette multitude de manifestations en complique le diagnostic et dévoile le large impact du burn-out sur les individus. Les symptômes peuvent être divisés en catégories selon la nature de leurs expressions. La liste non exhaustive ci-dessous évoque des symptômes qui peuvent être engendrés par le burn-out en plus des trois dimensions que sont l'épuisement, la distance mentale accrue par rapport au travail et l'efficacité professionnelle réduite (Maslach & Leiter, 2016b ; Salvagioni et al., 2017) :

- symptômes psychiques tels la labilité émotionnelle, l'irritabilité, l'anxiété, des idées suicidaires, la démotivation ou la dépression
- symptômes physiques tels que des troubles du sommeil, des troubles musculo-squelettiques, des maux de ventre, de dos ou de tête
- symptômes végétatifs comme les troubles gastro-intestinaux, de l'hypertension et des troubles cardio-vasculaires, une vulnérabilité accrue aux infections
- symptômes cognitifs tels que des troubles de l'attention, de la concentration, de la mémoire
- changements de comportement comme le développement d'une activité accrue ou moindre, l'abus de substances, le repli social ou une tendance à faire des accidents

2.4.2 Conséquences organisationnelles et sociales

Le burn-out a des conséquences sur le travail comme l'absentéisme, le présentéisme⁴, l'intention de quitter le travail et le roulement du personnel (Maslach & Leiter, 2016b, p. 354 ; Salvagioni et al., 2017, p. 17). Le burn-out prédit également une diminution de la satisfaction et de l'engagement au travail et est associé avec des arrêts maladie de longue durée (Salvagioni et al., 2017, p. 17). De plus, le rendement individuel est compromis, parce que la personne épuisée doit investir du temps et des efforts supplémentaires dans l'exécution de son travail. La personne atteinte d'épuisement professionnel peut avoir un impact négatif sur ses collègues, que ce soit à cause des éléments cités ci-dessus ou en causant plus de conflits interpersonnels (Maslach & Leiter, 2016b, p. 354). Ces conflits peuvent aussi se produire dans la sphère familiale et sociale entraînant des effets négatifs dans la vie privée des gens (Maslach & Leiter, 2016b, p. 354). Par ailleurs, le burn-out peut être « contagieux » par le report des charges ou les interactions informelles au travail (Maslach & Leiter, 2016b, p. 354). Salvagioni et al. (2017, p. 22) ajoutent que les problèmes de santé amènent le plus souvent la personne à devoir arrêter son travail le temps de récupérer ses fonctions. Malheureusement, ces problèmes peuvent également amener à un déclin social avec l'exclusion du marché de l'emploi entraînant des conséquences économiques pour l'individu et les organisations.

Les coûts générés par le burn-out ne sont pas connus puisqu'il n'existe aucune donnée chiffrée de cette problématique. Ainsi, pour faire une estimation, il faut utiliser d'autres moyens comme les coûts liés au stress, facteur principal du burn-out. En Suisse, le stress provoquerait 6,5 milliards de francs de coûts pour les entreprises sous forme de pertes de productivité (Galliker et al., 2018). Cela correspond à 1% environ du produit intérieur brut (PIB) de la Suisse et à 13,8% de l'ensemble des pertes de productivité liées à la santé (Galliker et al., 2018). À cela s'ajoutent des problèmes de financement des retraites et l'augmentation des coûts de la santé. Donc, le stress impacte non seulement la santé et le bien-être des individus, mais également l'économie des organisations et l'état socio-sanitaire du pays (Blum-Rüegg, 2018).

2.5 Facteurs associés à la problématique

Les causes et les conséquences développées ci-dessus montrent que de nombreux facteurs sont associés au problème de l'épuisement professionnel. Certains de ces facteurs associés ne sont pas modifiables comme les caractéristiques démographiques. D'autres par contre sont modifiables comme les problèmes de santé physique ou mentale, les comportements

⁴ L'absentéisme est le fait d'être absent au travail alors que le présentéisme consiste à travailler même quand son état de santé est dégradé. Les deux sont liés à une perte de productivité (Salvagioni, 2017, p. 22).

de dépendance, le stress chronique ou la complexité à établir le diagnostic. Parmi ces multiples facteurs modifiables, cinq d'entre eux sont développés dans la suite du texte, car ils peuvent influencer le processus de rétablissement. Il s'agit du manque de marge de manœuvre, de la diminution du sentiment de cohérence, du déséquilibre occupationnel, de la diminution de l'ajustement social et de l'épuisement des ressources.

2.5.1 Manque de marge de manœuvre

Deux chercheurs canadiens du Centre d'action en prévention et réadaptation en santé de l'incapacité au travail (CAPRIT) expliquent que les nouvelles pratiques de gestion du travail comme l'augmentation des exigences de qualité et de quantité, la réduction des effectifs et la responsabilisation accrue des travailleurs causent un accroissement des tensions au travail et une diminution de la marge de manœuvre des employés (Corbière & Durand, 2011, p. 181). La marge de manœuvre est ce qui permet au travailleur d'adapter son activité professionnelle de manière à rester en bonne santé tout en répondant aux exigences de rendement (Durand et al., 2009, p. 195). Or, que ce soit Maslach et Leiter (2016b) dans le modèle AW ou Bakker et Demerouti (2018) dans le modèle JD-R, ces auteurs expliquent que les exigences professionnelles, telles que la surcharge de travail, le manque de contrôle et d'autonomie, sont une valeur prédictive de l'épuisement professionnel. La surcharge de travail aussi bien qualitative que quantitative favorise le burn-out en diminuant les aptitudes des personnes à répondre aux exigences de l'emploi. En effet, lorsqu'elle devient chronique, la surcharge de travail nuit aux possibilités des personnes de se reposer, de récupérer et de rétablir l'équilibre énergétique (Maslach & Leiter, 2016b, p. 354). Pour sa part, le manque de contrôle est en lien direct avec des niveaux de stress élevés et l'épuisement professionnel (Maslach & Leiter, 2016b, p. 355).

2.5.2 Diminution du sentiment de cohérence

Une personne dont le sentiment de cohérence vis-à-vis de son mode de vie diminue a un risque plus important d'épuisement professionnel. En effet, lorsque la personne ressent un écart se creuser entre ses valeurs et celles de l'organisation de travail et qu'elle ne fait plus le travail qu'elle veut faire, mais qu'elle doit faire, son sentiment de cohérence diminue (Maslach & Leiter, 2016b, p. 355). Le concept du sentiment de cohérence fait partie de la « salutogenèse » développée par Antonovsky entre 1979 et 1994 (Jenny, Bauer, Forbech Vinje, Vogt & Torp, 2017). Celle-ci est orientée sur la promotion de la santé à l'inverse des approches « pathogènes » centrées sur les facteurs de risques. Le sentiment de cohérence fait référence à une orientation globale qui vise à considérer la vie comme compréhensible, gérable et significative (Antonovsky, 1987, cité dans Jenny et al., 2017, p. 197).

Ainsi, lorsqu'il y a des conflits de valeurs, un déséquilibre survient entre la personne et l'emploi et son sentiment de cohérence s'effrite (Maslach & Leiter, 2016b, p. 355). C'est ce que confient les huit personnes en situation de burn-out sur leurs expériences vécues durant la période qui précède l'épuisement professionnel interrogées par Ekstedt et Fagerberg (2005) dans leur étude phénoménologique. Des participants décrivent comment leurs obligations et engagements au travail ont interféré avec leurs valeurs et leurs idéaux intérieurs. D'autres expliquent avoir été rejetés, exposés à la victimisation ou offensés par leurs supérieurs ou leurs collègues. Ces expériences d'injustice ont porté atteinte à leur intégrité, à leur estime d'eux-mêmes et à leur sentiment de compétence (Ekstedt & Fagerberg, 2005, p. 63). En effet, la personne peut développer des sentiments de cynisme, de colère et d'hostilité lorsqu'elle interprète les décisions prises comme partiales et qu'elle n'est pas traitée avec le respect qui découle d'un traitement équitable (Maslach & Leiter, 2016b, p. 355). De plus, la personne peut se sentir dévalorisée dans son travail lorsqu'elle manque de reconnaissance (p.ex. sociale, financière, institutionnelle) de la part de l'organisation de travail (Maslach & Leiter, 2016b, p. 355).

L'ensemble de ces conflits de valeurs et ces sentiments négatifs entre la personne et son milieu de travail concourent à l'épuisement professionnel et entraînent une crise dans la carrière professionnelle (Maslach & Leiter, 2017, p. 161) ainsi qu'une crise de sens (Hochstrasser et al., 2016, p. 566).

2.5.3 Déséquilibre occupationnel

L'épuisement professionnel bien qu'il soit considéré comme un syndrome lié aux exigences professionnelles est aussi lié aux difficultés de conciliation des limites et des rôles entre la vie professionnelle et la vie privée (Demerouti, 2015, p. 1109). Ce fait est aussi constaté par Hämmig qui a réalisé deux études dans des hôpitaux de Suisse alémanique pour examiner les prédicteurs de l'épuisement professionnel en utilisant deux modèles de stress lié au travail à savoir le déséquilibre effort-récompense et le déséquilibre travail-vie privée. Les résultats se rejoignent pour montrer que le déséquilibre entre le travail et la vie privée prédit plus fortement les symptômes de burn-out chez les professionnels de la santé (Hämmig, 2018 ; Hämmig, Brauchli & Bauer, 2012).

Cependant, Clouston (2015, p. 24) une ergothérapeute anglaise qui s'intéresse aux liens entre le capitalisme néolibéral et le déséquilibre occupationnel note que cette vision d'équilibre bidimensionnel entre le travail rémunéré opposé au domaine familial de la maison et des soins est un concept trop simpliste, façonné par les modèles fiscaux du capitalisme néolibéral occidental. Elle lui préfère le concept d'équilibre occupationnel développé notamment dans les sciences de l'occupation qui sont les fondements théoriques de la profession

d'ergothérapeute. Par équilibre occupationnel, Clouston (2015, p. 25) comprend la participation à des activités significatives entre plusieurs domaines de la vie marquée par l'interaction d'occupations axées sur *le faire* (actives et délibérées, ciblées sur des objectifs), *l'être* (consacrées à l'introspection, l'instant présent, l'expression créative), *le devenir* (qui favorisent la réalisation de soi et l'identité de soi) et *l'appartenance* (qui sont de nature relationnelle ou qui créent un sentiment d'appartenance). A contrario, être dans le déséquilibre occupationnel signifie « avoir un manque d'équilibre ou une disproportion d'occupations », c'est-à-dire être sur-occupé ou sous-occupé (Wilcock, 2006).

Deux ergothérapeutes, Håkansson et Ahlborg (2018) ont voulu déterminer si le déséquilibre occupationnel entre les activités de la vie quotidienne (p.ex. emploi rémunéré, tâches ménagères et familiales, loisirs) permet de prévoir les troubles liés au stress notamment le burn-out. Ils ont réalisé une étude de cohorte longitudinale sur 2223 employés d'un organisme public en Suède. Celle-ci révèle en effet que différents aspects d'un déséquilibre occupationnel prédisent des troubles liés au stress (Håkansson & Ahlborg, 2018, p. 283). Ainsi, le fait de n'avoir pas récupéré après quelques jours de congé laisse présager des troubles liés au stress chez les hommes et les femmes. De plus, pour les femmes, le manque d'énergie pour le travail domestique après le travail rémunéré, le déséquilibre entre les occupations de la vie quotidienne ainsi que le manque d'énergie pour les loisirs et les amis après le travail rémunéré prédisent également des troubles liés au stress. De ce fait un déséquilibre entre les occupations de la vie quotidienne, c'est-à-dire trop de travail et trop peu de temps libre pour la récupération et le plaisir, contribue aux troubles liés au stress notamment le burn-out (Håkansson & Ahlborg, 2018).

2.5.4 Diminution de l'ajustement social

Lorsque les relations interpersonnelles au travail sont caractérisées par un manque de soutien et de confiance ou par un conflit non résolu, alors le risque d'épuisement professionnel est plus élevé (Maslach & Leiter, 2016b, p. 354). À l'inverse, l'épuisement et les perturbations de l'humeur, comme les troubles dépressifs, l'irritabilité, la labilité émotionnelle ou l'anxiété que vit la personne en situation de burn-out influencent les relations sociales et conjugales. Il peut notamment y avoir une augmentation des conflits personnels dans le cadre du travail et dans le cercle familial (Maslach & Leiter, 2016b, p. 354). Par ailleurs, le burn-out parental qui est un type de burn-out de plus en plus reconnu peut amener à de la négligence, voire de la violence à l'égard des enfants (Mikolajczak, Brianda, Avalosse & Roskam, 2018, p. 139). De plus, des changements de comportement tels que le repli social et l'éloignement amènent la personne à s'isoler du soutien social (Hochstrasser et al., 2016, p. 561).

Par ailleurs, l'importance hégémonique du travail rémunéré dans les sociétés occidentales participe à la forte stigmatisation des personnes en situation d'épuisement professionnel (Clouston, 2015, p. 14). En effet, la stigmatisation a aussi un effet sur l'ajustement social, c'est-à-dire qu'il y a un risque pour la personne en burn-out d'être marginalisée soit par son réseau social soit par le contexte de travail (Corbière & Durand, 2011, p. 181). Les connaissances sur l'épuisement professionnel évoluent encore mais de fausses croyances axées sur la fragilité des personnes concernées par le burn-out persistent (Droz & Wahlen, 2018, p. 73).

2.5.5 Épuisement des ressources

Le stress élevé et prolongé, induit par les organisations de travail pour atteindre des objectifs de productivité et de croissance, contribue au processus de l'épuisement professionnel de certaines personnes au bout duquel, complètement vidées de leurs ressources, elles s'écroulent (Salvagioni et al., 2017, p. 2). Hakanen et Bakker (2017, p. 5) expliquent que pendant un temps souvent long, les personnes investissent davantage de ressources dans le travail pour s'adapter aux exigences professionnelles et compenser leur épuisement énergétique. Malheureusement cet investissement se fait souvent au détriment de la vie privée, notamment au détriment de la récupération, des besoins familiaux et du temps avec des amis. C'est ce qu'indiquent les participants de l'étude qualitative de Ekstedt et Fagerberg (2005) en parlant d'un processus de longue durée dans lequel leur énergie a été successivement drainée. Leur fatigue a été ressentie comme « totalement écrasante, pénétrante physiquement et mentalement » (Ekstedt & Fagerberg, 2005, p. 64).

L'épuisement est une des composantes principales du burn-out et renvoie la personne à la sensation d'être surmenée et vidée de ses ressources émotionnelles et physiques, sans aucune source de réapprovisionnement (Maslach & Leiter, 2016b, p. 351). Cet épuisement a un impact important sur la santé mentale et physique des personnes, mais aussi sur les dimensions sociales, éthiques et spirituelles de la santé (Clouston, 2015, p. 77). En effet, l'épuisement émotionnel contribue pour sa part à l'érosion de l'énergie psychologique nécessaire à la satisfaction de la personne pour sa situation de travail et de vie quotidienne (Clouston, 2015, p. 89). De surcroît, le stress chronique inonde d'hormones telles que les glucocorticoïdes ou cortisol le système nerveux autonome qui perd sa capacité de récupération et de stockage des informations ce qui impacte la mémoire et la concentration de la personne (Clouston, 2015, p. 87). D'autre part, le burn-out prédit de nombreux problèmes d'ordre physique comme des troubles musculo-squelettiques ou cardiaques (Salvagioni et al., 2017, p. 14). Finalement, l'épuisement de ces multiples ressources rend extrêmement difficile l'accomplissement des activités quotidiennes les plus élémentaires telles que les soins personnels comme dormir ou se nourrir (Ekstedt & Fagerberg, 2005, p. 64).

2.6 Contexte Suisse : environnement socio-sanitaire et politique

La description des causes et les conséquences de l'épuisement professionnel permet d'avoir une vue d'ensemble de la problématique à l'étude. La suite du chapitre la contextualise dans l'environnement socio-sanitaires et politique suisse. En effet, chaque pays à des politiques socio-sanitaires différentes qui influencent les conditions de santé des personnes en situation d'épuisement professionnel. C'est pourquoi, il est nécessaire de comprendre le contexte dans lequel elles évoluent. Ce chapitre présente donc des aspects législatifs, politiques, culturels de la Suisse ainsi que l'ampleur de la problématique du burn-out dans le pays.

2.6.1 Contexte fédéral

En Suisse, comme pour la majorité des pays occidentaux, l'épuisement professionnel n'est pas considéré comme une maladie en soi ni comme une maladie professionnelle (Eurofound, 2018). Malgré l'intégration du burn-out dans la CIM-11 en 2019, celui-ci reste un problème associé au travail qui influence l'état de santé. Par ailleurs, le 15 février 2019, la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national a refusé l'initiative « reconnaître le syndrome d'épuisement professionnel (burn-out) comme maladie professionnelle », déposée le 16 mars 2018 par le conseiller national Mathias Reynard. Cette initiative visait à ce que la Loi fédérale sur l'assurance-accidents et ses ordonnances d'application soient modifiées de sorte que le syndrome d'épuisement professionnel soit considéré comme maladie professionnelle. Cependant, la commission a décidé de ne pas donner suite à l'initiative, par 17 voix contre 7 (Conseil national, 2019). Cette initiative a néanmoins ouvert une discussion politique sur le sujet et la commission, malgré son refus, a souligné l'importance des programmes des entreprises en matière de prévention du burn-out (Promotion Santé Suisse, 2019).

2.6.2 Cadre législatif fédéral sur le travail

En 1966, l'entrée en vigueur de la Loi sur le travail (LTr) devient le fondement de la protection de la santé des travailleurs. Elle s'articule autour de deux axes : (a) la protection de la santé au sens large et (b) la durée du travail et du repos. Cette loi décrit les obligations des employeurs envers leurs employés et inversement. Par exemple, l'article 6 (822.11 LTr Art. 6²) mentionne que l'employeur doit notamment aménager ses installations et régler la marche du travail de manière à préserver autant que possible les travailleurs des dangers menaçant leur santé et du surmenage (Conseil fédéral, 2020d). Cependant, le burn-out n'étant pas reconnu comme une maladie professionnelle, l'employé n'a pas d'argument juridique pour inculper son employeur parce que ce dernier n'aurait pas géré les facteurs psychosociaux. Néanmoins, lorsque la situation d'un employé s'est dégradée jusqu'à l'épuisement

professionnel et qu'il est mis à l'arrêt de travail par son médecin pour cette raison, il est inscrit dans la loi que l'employeur ne peut pas résilier un contrat pendant une incapacité de travail résultant d'une maladie durant 30 jours au cours de la première année de service, durant 90 jours de la deuxième à la cinquième année de service et durant 180 jours à partir de la sixième année de service (Code civil, Art. 336c, cité dans Conseil fédéral, 2020a).

2.6.3 Trajectoire de services

La personne en burn-out est mise à l'arrêt de travail pour motif de « maladie ». Au sens de l'article 3 de la Loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) est réputée maladie « toute atteinte à la santé physique, mentale ou psychique qui n'est pas due à un accident et qui exige un examen ou un traitement médical ou provoque une incapacité de travail » (Conseil fédéral, 2020c). C'est pourquoi les frais liés aux soins médicaux qui vont être mis en place pour diagnostiquer ou traiter le burn-out (p.ex. médecin, ergothérapeute, etc.) vont être remboursés par l'assurance obligatoire de soins de la personne. En cas d'arrêt maladie, l'employeur est tenu de verser l'intégralité du salaire du travailleur pour un temps limité, trois semaines pendant la première année de service ou une période plus longue compte tenu de la durée des rapports de travail (Chancellerie fédérale, 2020). De nombreux employeurs contactent une assurance perte de gain (APG) pour verser à leurs employés le 80% du salaire en cas d'absence de longue durée. En cas d'incapacité de travail, ce salaire est versé jusqu'à ce que la personne soit de nouveau capable de travailler, mais au maximum pendant 720 jours. Cependant, si l'employé présente une incapacité de travail qui se prolonge au-delà de 30 jours, il est recommandé à la personne, son médecin ou l'employeur d'annoncer la situation à l'office de l'assurance-invalidité (AI) du canton en vue d'une détection précoce. L'office AI peut ainsi déterminer s'il y a risque d'invalidité ou si des mesures d'intervention précoces et appropriées permettraient de l'éviter (Chancellerie fédérale, 2020).

2.6.4 Trajectoire de soins

Puisqu'en Suisse, le burn-out n'est pas reconnu comme une maladie professionnelle, la trajectoire de soins d'une personne en situation de burn-out dépendra de la Loi sur le travail (LTr) et de la Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal). Concrètement, lorsqu'une personne ne peut plus aller travailler parce qu'elle est malade, elle doit en informer son employeur. À partir du troisième jour, l'employé doit présenter un certificat médical sans obligation de diagnostic, mais avec la durée de l'absence (Chancellerie fédérale, 2020). Selon les médecins de l'enquête menée par Droz et Wahlen (2018, p. 156) en Suisse romande, l'arrêt de travail pour un épuisement professionnel dure en moyenne de trois à six mois. L'employé, obligé de fournir à son employeur un certificat médical, voit automatiquement un

médecin. Celui-ci peut être un médecin généraliste ou un spécialiste comme un psychiatre. La suite de la prise en charge dépendra du jugement de ce médecin et des indications médicales qu'il choisira, car il n'existe aucune trajectoire de soins préétablie pour les personnes qui vivent un épuisement professionnel. Il y aurait en Suisse romande entre 25% et 75% de personnes en situation d'épuisement professionnel qui bénéficient d'un suivi psychologique pour répondre à leur détresse (Droz & Wahlen, 2018, p. 153). Cette large estimation montre à quel point, la réadaptation du burn-out est floue. De plus, pour organiser la reprise du travail, 67% des professionnels de la santé ne sont que rarement voire jamais consultés (Droz & Wahlen, 2018, p. 160). Droz et Wahlen (2018, p. 158) expliquent que le rétablissement est long et que la reprise progressive du travail en fonction de ses capacités fait partie intégrante du rétablissement. Même si la personne a repris le travail, il faut parfois des années pour que se rétablissent les divers systèmes métaboliques concernés, ainsi que l'équilibre psychique et occupationnel de la personne (Droz & Wahlen, 2018, p. 149).

2.6.5 Ampleur du problème en Suisse

En Suisse, de nombreuses statistiques font part d'informations essentielles pour connaître l'état de santé de la population. Néanmoins, comme le burn-out n'est pas reconnu, il n'existe actuellement aucune donnée officielle et complète qui indique l'incidence et la prévalence du burn-out en Suisse et les caractéristiques des personnes qui ont ce syndrome (âge, sexe, professions, etc.), ni la prévalence de ce syndrome. Cependant, les informations sélectionnées ci-après font part d'éléments statistiques qui peuvent être mis en relation avec le burn-out, car ils y contribuent. En effet, le stress et des facteurs psychosociaux sont fortement associés aux risques de burn-out et sont en augmentation dans le monde professionnel (l'Office fédéral de la statistique, OFS, 2019).

Pour ce qui est du stress, Promotion Santé Suisse relève depuis 2014 des indicateurs liés au stress chez les personnes actives en Suisse (Galliker et al., 2018). Les résultats des enquêtes montrent que la proportion des personnes qui sont stressées à leur travail augmente : 24,8% en 2014, 25,4% en 2016 contre 27,1% en 2018 (Galliker et al., 2018). La part des personnes stressées croît dans toutes les branches d'activité (OFS, 2019).

Concernant les facteurs psychosociaux, l'OFS (2019) a évalué que la moitié des personnes actives étaient exposées en 2017 à au moins trois types de risques psychosociaux (p.ex. demande et intensité de travail élevé, faible autonomie, conflit de valeurs). Certains de ces facteurs engendrent un stress particulier notamment lorsque la personne subit de fortes exigences émotionnelles, de la discrimination ou de la violence ou lorsqu'elle ne reçoit qu'un faible soutien social (OFS, 2019).

Ces constatations concordent avec la 6^e enquête européenne sur les conditions de travail qui montre l'évolution négative de la situation des travailleurs en Suisse entre 2005 et 2015 (Krieger, Graf & Vanis, 2017). Cette enquête indique qu'il y a une diminution du pourcentage de salariés qui font preuve d'autodétermination sur leur cadence de travail (2005 : 73,0% ; 2015 : 68,0%) ainsi que sur la façon d'effectuer les tâches (2005 : 80,3% ; 2015 : 72,1%). La marge de manœuvre des employés est donc de plus en plus réduite dans la majorité des emplois. La possibilité de participer en proposant ses idées dans le travail (2005 : 61,9% ; 2015 : 48,8%) ou de faire des pauses au moment souhaité (2005 : 54,1% ; 2015 : 42,2%) recule aussi. De plus, 35,2% des personnes interrogées déclarent se sentir la plupart du temps (22,2%) ou toujours (13,0%) épuisées à la fin de leur journée de travail. De ces personnes, un bon quart (25,5%) se sentent encore fatiguées ou épuisées le lendemain au réveil, ce qui représente 9% des employés (Krieger et al., 2017).

Promotion Santé Suisse évalue en 2015 déjà qu'un peu plus d'une personne active sur cinq (22,6 %) était épuisée (Ilgic et al., 2015). La part de personnes actives qui se sentent épuisées sur le plan émotionnel tend vers 30% en 2018 contre 24% en 2014 (Galliker et al., 2018). Cette sensation de se sentir vidé émotionnellement dans son travail est considérée comme une indication d'un risque accru de burn-out (OFS, 2019).

Ces statistiques indiquent clairement qu'un grand nombre de suisses ont davantage de contraintes que de ressources sur leur lieu de travail (Galliker et al., 2018). Elles montrent concrètement l'augmentation des facteurs de risques organisationnels (absence d'autonomie, rythme de travail élevé, manque de marge de manœuvre et de repos) et du nombre de personnes qui en subissent des répercussions négatives. Ces chiffres corroborent l'avis d'une centaine de professionnels de la santé, interrogés par Droz et Wahlen (2018), qui estiment qu'il y a une sensible voire une forte augmentation des situations de burn-out entre 2012 et 2017.

2.6.6 Contexte culturel

Il est intéressant de comprendre l'état d'esprit de la population suisse par rapport à l'économie, la santé et le travail. C'est notamment au travers des votations populaires, qu'il est possible d'entrevoir l'opinion de la majorité de la population suisse. Ci-dessous sont examinées quelques initiatives populaires de la dernière décennie en lien avec l'économie, la santé et le travail.

En 2002, l'initiative populaire fédérale *pour une durée du travail réduite* est refusée (Chancellerie fédérale, 2002). Dix ans plus tard, en 2012, l'initiative populaire qui demande *six semaines de vacances par année au minimum pour tous les travailleurs* est rejetée par la

population (Chancellerie fédérale, 2012). En 2013 et 2016, les initiatives populaires *pour des salaires équitables et pour un revenu de base inconditionnel* sont, elles aussi, toutes deux refusées (Chancellerie fédérale, 2013a ; Conseil fédéral, 2016).

A contrario, en 2007, la 5^e révision de l'AI pour maintenir davantage de personnes handicapées dans la vie active et réduire les dépenses de l'AI est acceptée (Chancellerie fédérale, 2007). En 2013, la modification de la Loi fédérale sur le travail dans l'industrie, l'artisanat et le commerce qui souhaite que les magasins de stations-service situés sur les aires d'autoroutes ou le long d'axes de circulation importants fortement fréquentés par les voyageurs emploient du personnel 24 h sur 24, est acceptée (Chancellerie fédérale, 2013b). Enfin, en 2018, la *modification de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales qui autorise la surveillance des assurés* est acceptée par le peuple (Conseil fédéral, 2018).

Ces votations montrent un aspect culturel significatif de la Suisse : le travail est une valeur importante. Malgré des initiatives qui montrent une préoccupation conséquente d'une partie de la population pour améliorer les conditions de travail et de vie de la population, la majorité des citoyens qui votent trouvent que les conditions actuelles conviennent. Ils ne souhaitent pas travailler moins, avoir des vacances supplémentaires ou un salaire de base garanti. À l'inverse, ils acceptent que les horaires d'ouverture des magasins augmentent et que les personnes qui sont à l'assurance soient surveillées pour éviter tout abus et puissent bénéficier d'une réadaptation au travail. Ainsi, une majorité du peuple suisse légitime un système dans lequel le travail rémunéré est la priorité ultime et devient le rôle le plus important dans la vie, comme l'expliquent le sociologue suisse Ziegler (2018, p. 99) ou Clouston (2015, p.73) en parlant des sociétés capitalistes néolibérales.

2.7 État des connaissances sur les solutions

Il y a une volonté de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) d'inviter ses États membres à mettre en place des actions pour la santé des travailleurs et pour la santé mentale en général. Les moyens proposés concernent la prévention et le contrôle, les services et la planification de santé. Elle a édité deux plans d'action qui vont dans ce sens : le plan d'action pour la santé mentale 2013-2020 et le plan d'action mondial pour la santé des travailleurs (OMS, 2019a et 2019b).

Des recommandations de bonnes pratiques pour la santé au travail à l'intention des employeurs, des cadres supérieurs, des équipes de ressources humaines et tous ceux qui sont chargés de la santé au travail sont éditées par l'Institut national pour l'excellence dans les soins et la santé (National Institute for Health and Care Excellence, (NICE)) du Royaume-Uni, comme *le Workplace health : management practices* (NICE, 2016) ou *la santé et maintien*

en emploi : prévention de la désinsertion professionnelle des travailleurs de la Haute Autorité de santé (HAS, 2019) en France. Dans cette même optique, l'OMS a réalisé une série de publication sur la salubrité au travail dont le N°3 sur *l'organisation du travail et stress* qui propose des approches systématiques du problème (Leka, Griffiths & Cox, 2004). De plus, l'OMS encourage les entreprises à agir de manière responsable en suivant cinq clés pour des lieux de travail sains (OMS, 2014).

Au plan international, il existe des guides cliniques qui sont conçus pour fournir des informations afin d'aider les médecins dans leur prise de décision et leur intervention. Cependant, ces guides, comme les lignes directrices cliniques pour le diagnostic et la gestion des problèmes de santé mentale liés au travail, approuvés par le National Health and Medical Research Council du gouvernement australien (Mazza et al., 2019) ou le guide d'intervention mhGAP pour lutter contre les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives dans les structures de soins non spécialisées de l'OMS (OMS, 2011), n'incluent que des études se rapportant aux maladies répertoriées dans le DSM-V comme la dépression, l'anxiété, les troubles de stress post-traumatique, etc. Ainsi, des directives pour la prise en charge du burn-out sont rares. Ni le NICE ni l'Association américaine de psychiatrie (American Psychological Association (APA)), qui sont des entités reconnues pour fournir des orientations et des conseils pour améliorer les soins de santé et les services sociaux, ne proposent de recommandations pour la réadaptation du burn-out. Ceci s'explique probablement par le fait que le burn-out n'est pas un diagnostic reconnu. Cette situation est regrettable parce que les recommandations destinées à d'autres pathologies mentales ne paraissent pas applicables à la prise en charge spécifique du burn-out.

Néanmoins, la HAS en France, le CSS et le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) en Belgique ont fait des recommandations sur le repérage, la prévention et le traitement du burn-out ainsi que sur le profil des compétences des professionnels. En Suisse, la Société Suisse de psychiatrie et psychothérapie (SSPP), au travers du réseau suisse d'experts sur le burn-out (SEB), a également proposé des recommandations pratiques pour le traitement du burn-out.

L'ensemble de ces organismes (HAS, 2017 ; CSS, 2017 ; Jonckheer et al. pour le KCE, 2011 ; Hochstrasser et al. pour le SEB, 2016) s'accordent sur trois directives prioritaires pour la prise en charge des personnes en situation de burn-out :

1. Les actions menées doivent relever d'une stratégie globale combinant des interventions orientées vers les individus et d'autres plutôt visant l'organisation.
2. Celles-ci doivent être réparties dans le temps.
3. Le retour au travail doit être progressif et préparé.

Dans la suite du présent chapitre, ces propositions sont reprises et étayées par des écrits scientifiques supplémentaires.

2.7.1 Interventions orientées sur l'individu

Ahola, Toppinen-Tanner et Seppänen (2017), qui ont comparé par une revue systématique et une méta-analyse les interventions visant à atténuer les symptômes de l'épuisement professionnel et à favoriser le retour au travail des employés souffrant d'épuisement professionnel, constatent que les interventions varient considérablement quant à leur contenu ce qui rend leur comparaison difficile. De plus, selon les mêmes auteurs (2017, p. 20), peu d'interventions sont menées et évaluées de manière cohérente ce qui contribue à des résultats variables.

Néanmoins, comme une personne en situation de burn-out est le plus souvent en arrêt de travail de trois à six mois (Droz & Wahlen, 2018) et que le burn-out affecte plusieurs aspects de sa vie, le CSS (2017, p. 24) propose d'agir de manière multidimensionnelle pour lui permettre de se reposer et récupérer son énergie, de se reconstruire et retourner au travail. Les mesures d'intervention doivent être activatrices et viser les solutions pour un retour à l'équilibre et la récupération du fonctionnement (CSS, 2017, p. 35).

Thérapie cognitivo-comportementale

La thérapie cognitivo-comportementale (TCC), qui est la plus documentée, a obtenu des résultats positifs pour réduire les symptômes de l'épuisement professionnel. Elle contribue à améliorer la manière de penser, de ressentir et de se comporter face à des situations de stress et d'épuisement professionnel (CSS, 2017, p. 27). Sur douze interventions comparées par Ahola et al. (2017), six étaient basées sur des thérapies cognitivo-comportementales et étaient liées à une diminution plus importante du score d'épuisement après six mois par rapport au groupe de contrôle (Ahola et al., 2017, p. 13). Maricuțoiu, Sava et Butta (2016, p. 22) ont indiqué, dans leur méta-analyse, que les interventions cognitivo-comportementales ont plus d'efficacité sur l'amélioration de l'épuisement émotionnel que de la dépersonnalisation ou l'accomplissement personnel. L'hypothèse de base de la TCC est que les émotions et le comportement sont influencés par la façon dont les individus perçoivent et comprennent le monde. C'est pourquoi en changeant ses croyances sur lui-même ou sur le monde, la personne peut avoir une action sur la prévention du stress et de l'épuisement professionnel (Kushnir & Milbauer, 1994, cité dans Maricuțoiu et al., 2016, p. 4).

Hygiène de vie

Verhavert et al. (2020) ont fait une revue systématique sur la relation entre le burn-out et le comportement lié à l'équilibre énergétique. Cette recherche montre que tout type d'activité

physique, d'une durée de 20 à 60 minutes et réalisée deux à cinq fois par semaine ainsi qu'une alimentation saine, joue un rôle pour réduire et prévenir l'épuisement professionnel (Verhavert et al., 2020, p. 20). En outre, Håkansson et Ahlborg (2018, p. 279) expliquent dans leur étude que les preuves des effets positifs de l'activité physique sur la santé sont fortes. Cependant, l'épuisement a aussi été signalé lorsque les gens font trop d'activité physique, c'est pourquoi il est nécessaire de trouver l'équilibre pour aller vers la récupération de l'énergie. Demerouti (2015, p. 1108) identifie également l'exercice, la bonne nutrition et le repos comme des stratégies qu'ont les individus pour se concentrer sur leur santé et lutter contre le stress. Le CSS (2017, p. 27) précise que les interventions corporelles (p.ex. relaxation musculaire progressive, qi gong, yoga) favorisent la relaxation tout en augmentant la conscience corporelle souvent réduite en cas de stress.

Méditation pleine conscience

Une étude randomisée réalisée par Grensman et al. (2018) compare les effets de la TCC, de la thérapie cognitive fondée sur la pleine conscience et de l'activité physique par le yoga traditionnel sur la qualité de vie des patients en congé maladie en raison d'un burn-out. Leur conclusion indique qu'après vingt semaines de thérapie, les trois thérapies ont des effets positifs similaires en particulier sur le bien-être émotionnel, la fonction cognitive et le sommeil des personnes en situation de burn-out (Grensman et al., 2018, p. 14).

La méditation pleine conscience est référencée par un grand nombre d'études comme le démontre la revue systématique de Luken et Sammons (2016). Cette dernière montre de solides preuves de la pratique de la méditation pleine conscience pour réduire les symptômes d'épuisement professionnel. La HAS et le CSS (2017) la recommandent également dans leur rapport. La pleine conscience est définie comme « la conscience qui émerge en prêtant attention, volontairement et sans porter de jugement, au déroulement de l'expérience moment par moment » (Kabat-Zinn, 2003, cité dans Luken & Sammons, 2016, p. 2). La pleine conscience peut se pratiquer au travers de programme comme la Réduction du Stress par la Méditation en Pleine Conscience (MBSR) développée par Jon Kabat-Zinn en 1970 qui se fait sous forme de cours de huit à 10 sessions en groupe hebdomadaires et d'une journée de retraite (Luken & Sammons, 2016, p. 2). La pleine conscience contribue à la relaxation, à la réduction durable du stress, au développement d'une plus grande sérénité et d'une meilleure acceptation de soi (Hochstrasser et al., 2016, p. 565).

Médication

Selon le CSS (2017, p. 29), la médication n'a en principe pas sa place dans le traitement du burn-out. Elle cite dans son rapport les directives multidisciplinaires néerlandaises (LVE, NHG, NVAB, 2011) qui n'ont pas trouvé de preuve de l'efficacité de l'utilisation d'antidépresseurs

pour traiter le burn-out (CSS, 2017, p. 29). La HAS (2017, p. 65) précise « le recours aux antidépresseurs (notamment les ISRS) et aux anxiolytiques est souvent la solution choisie par le prescripteur, alors que le burn-out ne semble être ni une dépression ni un syndrome de stress post-traumatique stricto sensu ». Néanmoins, elle explique que selon la sévérité du syndrome, une prise en charge associée à un antidépresseur est recommandée (HAS, 2017, p. 64).

Stratégies de gestion du stress

Les personnes en situation d'épuisement professionnel mettent souvent en place des stratégies individuelles pour faire face à la diminution des ressources liées aux tâches professionnelles, minimiser le burn-out et ses effets défavorables (Demerouti, 2015, p. 1107). Par stratégies individuelles, cette auteure comprend « les méthodes ou des plans que les gens choisissent pour atteindre un objectif ou résoudre un problème ». Le CSS (2017, p. 20) indique que l'apparition d'un burn-out invoque notamment des stratégies d'adaptation d'évitement ou passives aux situations stressantes plutôt que combatives ou actives. Demerouti (2015, p. 1107) précise que l'efficacité des stratégies dépend des situations dans lesquelles elles sont utilisées. C'est pourquoi connaître les stratégies individuelles efficaces peut aider au développement d'interventions ciblées pour gérer le stress. Néanmoins, le CSS (2017, p. 27) mentionne qu'il est inutile de former les personnes à faire face au stress si l'environnement de travail n'est pas lui aussi modifié. Demerouti (2015, p. 1110) indique que les stratégies venant de l'individu donc ascendantes sont là pour compléter les interventions mises en place par les organisations pour augmenter les ressources et réduire l'épuisement professionnel.

Ainsi, Demerouti (2015, p. 1107) identifie comme stratégies individuelles : l'adaptation et la récupération après un effort lié au travail pour réduire l'impact des facteurs de stress au travail soit en modifiant le facteur ou en réaction à celui-ci. Cette auteure (2015, p. 1107) précise que les stratégies d'adaptation peuvent être centrées sur le problème ou centrées sur les émotions et que c'est bien l'adaptation axée sur les problèmes qui permet de réduire l'épuisement professionnel. Les stratégies de récupération, c'est-à-dire se détacher mentalement du travail, se relaxer au travers d'activités qui ne nécessitent pas d'effort et passer du temps avec d'autres personnes dans des activités sociales pour échanger des émotions positives s'avèrent bénéfiques pour diminuer l'épuisement professionnel et augmenter la vitalité (Demerouti, 2015, p. 1107). Håkansson et Ahlborg (2018, p. 284) énoncent aussi l'importance de stratégies individuelles comme la flexibilité, le contrôle et la sensibilité à ses propres désirs et besoins pour faire face aux facteurs de stress. Ces stratégies individuelles pourraient renforcer ce que le modèle JD-R a appelé *job crafting* qui permettraient aux employés d'influencer et d'optimiser leurs conditions de travail (Bakker & Demerouti, 2018, p. 9).

Interventions psychologiques positives

Le CSS (2017, p. 28) relève qu'il y a de plus en plus d'appui scientifique pour les interventions psychologiques positives. Elle donne l'exemple de l'intervention structurée en huit sessions, basée sur un modèle de psychoéducation de Fava et Tomba (2009) qui vise à augmenter la confiance de l'individu en ses capacités pour faire des choix et atteindre des objectifs personnels significatifs. D'autres interventions éducatives et psychosociales, indiquées dans la HAS (2017, p. 79), regroupent des actions d'information et de formation aux compétences relationnelles telles que la communication, la compréhension et l'empathie. Celles-ci, à partir des forces de la personne, renforcent la conscience et la compétence de construire de manière proactive un environnement plein de ressources pour améliorer le bien-être et la santé (Jenny et al., 2017, p. 206).

2.7.2 Interventions orientées sur l'organisation du travail

Au-delà des interventions orientées sur l'individu, il est important de rappeler que les exigences professionnelles induites par les organisations de travail sont une des causes principales de l'épuisement professionnel. C'est pourquoi, la recommandation qui mentionne que les actions doivent relever non seulement d'interventions individuelles, mais également d'interventions organisationnelles est primordiale (CSS, 2017 ; HAS, 2017 ; Hochstrasser et al., 2016 ; Jonckheer et al., 2011). Ainsi, les solutions développées ci-dessus ne peuvent suffire à elles seules au rétablissement de l'épuisement professionnel de manière pérenne. Awa, Plaumann et Walter en 2010 (p. 188) indiquent, dans leur revue systématique, que les interventions orientées sur la personne ont réduit l'épuisement à court terme, tandis qu'une combinaison d'interventions individuelles et organisationnelles a eu des effets positifs plus durables. Pijpker, Vaandrager, Veen et Koelen en 2019 (p. 15) spécifient que les interventions combinées montrent des effets à long terme sur la réduction des plaintes liées à l'épuisement professionnel et sur la promotion d'un retour au travail complet. Dans le modèle JD-R, Bakker et Demerouti (2018, p. 9) proposent justement d'agir sur différents niveaux (a) celui de l'individu (*job crafting*) ; (b) de l'équipe (comportement des dirigeants, demandes et ressources de l'équipe) et (c) de l'organisation (pratiques en ressources humaines, climat organisationnel). Leur postulat étant que les conditions de travail influencent les employés et inversement, il est donc important d'intervenir de manière transversale pour renforcer les facteurs liés au bien-être et à l'engagement au travail (Bakker & Demerouti, 2018, p. 9).

Concrètement, la HAS (2017, p. 92) recommande que le retour au travail soit préparé et accompagné par le médecin du travail et l'équipe pluridisciplinaire. Ainsi, une collaboration entre les professionnels de la santé et les experts du travail (tout professionnel qui a des

compétences dans la conception d'interventions sur le lieu de travail) doit être mise en place le plus rapidement possible (CSS, 2017, p. 30). Une bonne collaboration est nécessaire pour augmenter la cohérence du suivi. De plus, chacun doit connaître les limites de son domaine de compétences pour pouvoir impliquer d'autres professionnels au moment opportun (CSS, 2017, p. 30). Perski, Grossi, Perski et Niemi (2017, p. 560) notent dans leur méta-analyse sur les interventions de réadaptation de l'épuisement professionnel que les interventions les plus efficaces sont celles qui comprennent des conseils d'experts du travail et permettent aux employés d'engager un dialogue sur le lieu de travail avec leurs employeurs. Ainsi, le professionnel de la santé doit soutenir la personne en situation de burn-out lors de la visite avant la reprise ou lors des entretiens avec l'employeur pour discuter de la réinsertion progressive et des actions à mettre en place au sein de l'organisation (CSS, 2017, p. 30).

Les ajustements du poste de travail (p.ex. aménagement du poste et des horaires de travail, temps partiel thérapeutique, suivi médical renforcé) peuvent être mis en place si le travailleur, le médecin du travail, les ressources humaines, les collègues, le responsable direct et l'employeur travaillent en réseau (HAS, 2017, p. 91). Le CSS (2017, p. 29) souligne l'importance des actions à effectuer pour modifier les facteurs de risques de l'entreprise, car la personne ne doit pas retourner dans un cadre de travail identique. C'est pourquoi il faut s'assurer que l'environnement de travail soit bienveillant et garantisse un espace et un temps intermédiaires sécurisants qui permettent à l'individu de reconstruire son identité professionnelle (CSS, 2017, p. 29). Le retour au travail, qu'il soit dans la continuité de l'emploi ou par un changement complet, doit être accompagné de manière très rapprochée au début puis ajustée pour réguler la charge de travail, les activités et les priorités (CSS, 2017, p. 30). De plus, Pijpker et al. (2019 p. 16) stipulent dans leur recherche systématique que la facilitation d'un retour au travail à temps partiel peut prédire la reprise à temps plein.

Les types d'interventions, étudiées par Perski et al. (2017) ou par Pijpker et al. (2019), varient dans leur durée et leur fréquence et diffèrent fortement en fonction des activités sur lesquelles elles sont basées.

Des huit interventions examinées par Perski et al. (2017), une seule intervention propose un programme complet qui intègre six semaines de suivi en emploi (Eklund & Erlandsson, 2011, cité dans Perski et al., 2017, p. 553). En effet, la première phase de 10 semaines de ce programme, appelé *Redesigning Daily Occupations*, est axée sur une auto-analyse occupationnelle, l'établissement d'objectifs et de stratégies pour obtenir les changements souhaités dans les schémas d'activités quotidiennes. Lorsque le schéma total des activités quotidiennes et l'équilibre entre celles-ci ont été mis en évidence, la personne commence la deuxième phase du programme de 6 semaines en reprenant progressivement son travail

(Erlandsson, 2013, p. 95). Les participants à l'intervention ont obtenu des résultats bénéfiques en termes d'équilibre entre leurs activités et de rétablissement tant dans la sphère privée que dans la reprise du travail (Perski et al., 2017, p. 559 et Olsson et al., 2020, p. 3).

Dans les interventions analysées par Pijpker et al. (2019, p. 5) il y a toujours une part de prestations orientées sur l'individu (p.ex. renforcement des capacités de la personne à faire face activement aux facteurs de stress) sur l'employeur (p.ex. établissement d'un dialogue de convergence entre l'employé et l'employeur afin de trouver des solutions pour faciliter le retour au travail), sur l'équipe (p.ex. création d'un groupe de soutien au personnel avec une approche participative et de la consolidation d'équipe) et sur l'organisation (p.ex. modification des heures de travail). Malgré l'orientation différente des activités proposées, les résultats principaux qui découlent de la mise en place de ces interventions et qui facilitent la réhabilitation sont :

- la participation des employés à la prise de décision (p.ex. la sélection des facteurs de stress)
- l'amélioration de leur sens de contrôle sur l'emploi (p.ex. le pouvoir de décision sur leur emploi)
- le soutien social (p.ex. l'attention et l'écoute du responsable direct)
- la réduction des facteurs de stress (p.ex. une charge de travail élevée ; Pijpker et al., 2019, p. 16).

L'étude de Kärkkäinen, Saaranen et Räsänen (2019), qui s'inscrit dans un vaste projet de recherche visant à développer un modèle de soutien au retour à l'emploi en cas d'épuisement professionnel, examine les pratiques de retour au travail en matière de soins de santé au travail pour les travailleurs souffrant d'épuisement professionnel en Finlande. Les chercheurs ont interrogé 25 professionnels de la santé au travail (médecins, infirmières, psychologues et physiothérapeutes) sur leur pratique et se basent sur l'approche conceptuelle de Young et al. (Kärkkäinen et al., 2019, p. 195). Cette approche propose de présenter le retour au travail comme un processus évolutif qui traverse quatre phases clés : (a) l'arrêt de travail ; (b) le retour au travail ; (c) le maintien et (d) l'avancement (Young et al., 2005, p. 564).

Les résultats de recherche de Kärkkäinen et al. (2019, p. 195) indiquent les différentes actions mises en place par les professionnels de la santé au travail durant les trois premières phases du retour au travail, car ils n'interviennent plus dans la phase d'avancement.

- 1) Durant la phase dite *hors travail* quand la personne est en arrêt maladie
 - définir l'épuisement professionnel
 - soutenir le désengagement du travail
 - soutenir le rétablissement
 - déterminer l'objectif de retour au travail
 - soutenir le réengagement dans le travail

- 2) Durant la phase de réinsertion professionnelle lorsque l'individu retourne au travail
 - surveiller l'adéquation entre l'emploi et la personne
 - réévaluer l'objectif de retour au travail mis en place dans la phase précédente
- 3) Durant la phase de maintien lorsque la personne a atteint son objectif de retour au travail
 - soutenir le maintien de l'objectif de retour au travail atteint, et, le cas échéant
 - soutenir un objectif alternatif de retour au travail

L'ensemble de ces interventions sont autant de solutions mises en pratique à l'international pour accompagner la personne en situation d'épuisement professionnel de manière holistique et spécifique.

2.8 Ressources existantes dans le canton de Vaud

L'état des connaissances sur les solutions est un condensé des résultats de multiples écrits scientifiques qui ont analysé les effets de diverses interventions mises en œuvre dans différents pays. Il est donc intéressant de connaître dans le canton de Vaud qu'elles sont les ressources, en termes de services ou de prestations de soins, auxquelles une personne en situation d'épuisement professionnel ou son employeur peuvent bénéficier.

2.8.1 Service social

Offices de l'assurance-invalidité

En 1959, entre en vigueur la Loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI) qui ambitionne par ses prestations de : (a) prévenir, réduire ou éliminer l'invalidité grâce à des mesures de réadaptation appropriées, simples et adéquates ; (b) compenser les effets économiques permanents de l'invalidité en couvrant les besoins vitaux dans une mesure appropriée ; (c) aider les assurés concernés à mener une vie autonome et responsable (Conseil fédéral, 2020b). Des offices de l'assurance-invalidité sont actifs dans chaque canton, notamment celui de Vaud. Ce dernier propose différentes mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle de l'article 14a de la LAI. Parmi celles-ci, il y a la détection et l'intervention précoces qui sont mises en application pour les personnes en burn-out qui en font la demande. En effet, l'objectif est de mettre en contact les personnes dont la capacité de travail est restreinte avec un spécialiste de l'AI (détection précoce) pour décider si une demande AI et un plan de réadaptation sont nécessaires (intervention précoce). Pour éviter que la personne ne sorte du monde du travail et du système social, le spécialiste AI peut proposer des cours de formation, des mesures de réinsertion professionnelle avec un entraînement progressif, une réorientation professionnelle, des mesures d'occupation, l'aménagement du poste de travail ou la recherche d'un poste adapté (Prestations de l'AI 4.12, 2020).

2.8.2 Services thérapeutiques

Étant donné qu'il n'existe pas de trajectoire de santé ou de service prédéfini, une personne en situation d'épuisement professionnel contacte le plus souvent son médecin généraliste ou un psychiatre. Ces derniers n'ont pas de ligne de conduite à tenir lorsqu'ils reconnaissent un burn-out. Ils peuvent proposer, selon leur jugement et par prescription médicale, un suivi dans le temps par des psychologues, des ergothérapeutes, des art-thérapeutes, etc. Ces divers professionnels de la santé peuvent accompagner une personne en situation de burn-out dans son rétablissement. Il existe par ailleurs des cliniques, souvent privées, qui proposent différentes prestations de soins pour répondre à la problématique du burn-out.

2.8.3 Services axés sur la réinsertion professionnelle

Services de coaching

Il existe différents services de coaching spécialisés notamment dans la réinsertion professionnelle. Les coachs collaborent le plus souvent avec le réseau de soins et les organisations. L'AI, de par les mesures de réinsertion professionnelle, peut mandater un coach pour soutenir le réengagement de la personne dans son emploi au travers d'un entraînement progressif (Prestations de l'AI 4.12, 2020).

Réseau de soutien et d'orientation vers le travail

Le Réseau de Soutien et d'Orientation vers le Travail (RESSORT), est un programme de soutien à l'emploi encouragé par la 5^e révision de la loi sur l'assurance-invalidité et le service de psychiatrie communautaire du CHUV (Dutoit, Besse, Hausmann, Spagnoli & Bonsack, 2014, p. 1712). Toute personne entravée dans sa formation ou son parcours professionnel par des difficultés psychologiques peut s'adresser ou être adressée à RESSORT. L'objectif est d'accompagner l'individu à s'insérer sur le premier marché de l'emploi ou à s'engager dans une formation en suivant le modèle *individual placement and support* qui favorise le placement en emploi puis l'entraînement des compétences sur la place de travail (Dutoit et al., 2014, p. 1712). L'intervenant de RESSORT collabore étroitement avec le réseau de soins et les services sociaux pour intégrer l'insertion professionnelle au traitement en santé mentale (Dutoit et al., 2014, p. 1713).

2.8.4 Services axés sur les organisations

Promotion Santé Suisse

Un des organismes ressources est Promotion Santé Suisse. C'est une fondation de droit privé soutenue par les différents cantons, dont le canton de Vaud, et les assureurs maladie. Sa mission est de promouvoir la santé de la population suisse au travers de différentes mesures

(Promotion Santé Suisse, 2020b). Une de ses mesures est la gestion de la santé en entreprise (GSE). Promotion Santé Suisse a développé, coordonné et continue d'évaluer cette approche qui vise la sécurité au travail et la protection de la santé, la promotion de la santé au travail, la gestion des absences et le retour au travail. Ce modèle, qui s'inspire du modèle JD-R, propose des mesures dont l'objectif est de réduire les contraintes au travail et de renforcer les ressources pour contribuer à la santé, à la motivation du personnel et au succès de l'entreprise (Blum-Rüegg, 2018, p. 28). Pour ce faire, la participation de toutes les personnes au sein de l'entreprise est nécessaire. La GSE est intégrée à la culture et à la gestion de l'entreprise. En 2016, 71% des entreprises suisses de plus de 50 collaborateurs, dont 20% en Suisse romande, mettent déjà en œuvre des mesures GSE soit partiellement soit de manière systématique (Blum-Rüegg, 2018, p. 138). Pour promouvoir sa diffusion, Promotion Santé Suisse a instauré : (a) un label de qualité pour les entreprises qui utilise une GSE systématique : le *Friendly Work Space* ; (b) plusieurs instruments de mesure : le *Friendly Work Space Check* qui vérifie le degré de développement de la GSE au sein d'une entreprise ou le *Friendly Work Space Job-Stress-Analysis* qui identifie les facteurs de stress et les ressources dans une entreprise ; et (c) des services de boîte à outils en ligne : *PME-vital* ou de formation continue : *Friendly Work Space Academy* (Promotion Santé Suisse, 2020a). Promotion Santé Suisse souhaite diffuser la GSE sur l'ensemble du territoire suisse notamment le canton de Vaud. Cette diffusion se fait par le biais de nombreux prestataires souvent regroupés en entreprise (experts en coaching, médecin du travail, psychologue du travail, etc.) qui proposent leur service pour mettre en œuvre la gestion de la santé au sein des entreprises (Promotion Santé Suisse, 2020a).

Unisanté

Par ailleurs, sur le canton de Vaud, un organisme important dans le domaine de la médecine générale et de la santé publique est Unisanté qui depuis 2019 regroupe la Policlinique médicale universitaire (PMU), l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP), l'Institut universitaire romand de santé au travail (IST) et l'association Promotion santé Vaud (ProSV). Plus spécifiquement, l'IST fait de la recherche en santé au travail, donne des formations en sciences de l'environnement et la médecine du travail, propose des consultations aux patients et des prestations aux entreprises dans la gestion de la santé au travail (Unisanté, 2019). Les activités de l'association Promotion Santé Vaud (ProSV) sont reprises sous le Département de Promotion de la santé et préventions (DPSP) pour mettre en œuvre la politique cantonale de promotion à la santé et de prévention. Ces champs d'action sont axés sur les comportements des individus au travers de cours (p.ex. MBSR) et de formations ou sur leurs environnements de vie (p.ex. conseils, évaluation en entreprise).

*« Ils bossent 11 mois pour les vacances
Et sont crevés quand elles commencent
Un mois plus tard ils sont costauds
Mais faut reprendre le boulot »*

3 PROBLÉMATIQUE

En Suisse, comme pour la majorité des pays occidentaux, l'épuisement professionnel également appelé burn-out n'est pas considéré comme une maladie en soi ni une maladie professionnelle (Eurofound, 2018). Puisque ce problème n'est pas reconnu, l'Office fédéral de la statistique suisse ne recense pas le nombre de personnes en burn-out. Néanmoins, l'épuisement émotionnel est considéré comme une indication de risque de burn-out et Promotion Santé Suisse estime qu'en 2018, 30% des personnes actives se sentent épuisées sur le plan émotionnel contre 24% en 2014 (Galliker et al., 2018 ; OFS, 2019). A l'image de nombreux autres pays occidentaux, les pourcentages liés aux indicateurs montrant une souffrance au travail ont tendance à augmenter d'année en année (Eurofound, 2020).

La majorité des auteurs reconnaissent que l'épuisement professionnel est le résultat d'une dégradation progressive de l'interaction entre des facteurs liés à l'organisation du travail et à l'individu dans un contexte social particulier (CSS, 2017). Cette situation a des conséquences importantes sur différentes sphères de vie de la personne notamment professionnelle, sociale, personnelle et familiale (Salvagioni et al., 2017).

La HAS en France, le CSS et le KCE en Belgique ainsi que le SEB en Suisse ont fait des recommandations sur le repérage, la prévention et le traitement du burn-out. Cependant, en Suisse romande en 2017, selon les médecins qui ont participé à l'enquête menée par Droz et Wahlen (2018), il n'y aurait qu'entre 25% et 75% de personnes en situation d'épuisement professionnel qui bénéficient d'un suivi psychologique pour répondre à leur détresse. De plus, 67 % des professionnels de la santé impliqués dans la prise en charge du burn-out ne sont que rarement voire jamais consultés pour la reprise du travail (Droz & Wahlen, 2018). Ainsi, malgré les conseils scientifiques de plusieurs organismes sur les interventions multidimensionnelles à mettre en place, il semble qu'en Suisse elles ne sont pas ou que partiellement appliquées. Ces lacunes dans l'intervention peuvent entraîner des risques d'arrêt de travail prolongé, de perte d'emploi et d'isolement social qui ont des répercussions importantes sur la santé et le bien-être des individus, l'économie des organisations et l'état socio-sanitaire du pays (Blum-Rüegg, 2018).

Ces lacunes peuvent aussi constituer un risque d'inadéquation ou d'un écart entre l'offre de services proposée et les besoins de santé des personnes en situation d'épuisement professionnel. De plus, il n'existe pas d'information sur les besoins de santé de cette population pas dans la littérature national ou international. De ce fait et pour vérifier à quel point l'écart entre ce qui est offert et ce qui est souhaité est conséquent, il importe d'évaluer quels sont les besoins non comblés des personnes en burn-out. Ainsi, il est nécessaire de faire une description des besoins de santé des personnes en situation d'épuisement professionnel dans le canton de Vaud.

*« Dire qu'il y a des gens en pagaille
Qui courent sans cesse après le travail
(Faut être fou !)
Moi le travail me court après
Il n'est pas prêt d'me rattraper ! ha ha ha »*

4 OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

4.1 But de l'étude

Le but de cette étude est de décrire les besoins de santé des personnes en situation d'épuisement professionnel du point de vue de différentes parties impliquées dans leur accompagnement dans le canton de Vaud.

4.2 Question de recherche

Comment les différents intervenants impliqués dans l'accompagnement des personnes en situation d'épuisement professionnel dans le canton de Vaud décrivent l'offre de services actuelle et les besoins non comblés de ces personnes ?

*« Le travail c'est la santé
(Tu parles !)
Rien faire c'est la conserver
Les prisonniers du boulot
Font pas de vieux os »*

5 MÉTHODE

5.1 Type d'étude

La méthode utilisée pour répondre au but de l'étude est une évaluation des besoins de santé. Une évaluation des besoins de santé est un processus systématique qui permet de connaître les besoins et les problèmes qui affectent une population, de vérifier leur adéquation avec l'offre de services à disposition et de déterminer des solutions à mettre en place si nécessaire (Paquette & Chagnon, 2000, p. 110).

Ce processus systématique se fait par étape :

- décrire la problématique-cible
- identifier la clientèle-cible
- analyser les causes du problème
- faire un état de connaissance sur les solutions
- faire un inventaire des ressources existantes
- déterminer l'étendue des besoins (Paquette & Chagnon, 2000, p. 65).

Les premières étapes de l'évaluation des besoins de santé ont été décrites dans la partie recension des écrits. La dernière étape qui est la détermination des besoins de santé est particulièrement complexe. En effet, la notion de besoins est un concept qui varie selon le point de vue des personnes, ce qui en fait une notion difficile à objectiver (Paquette & Chagnon, 2000, p. 115). La notion de besoin de santé est décrite par plusieurs auteurs comme la traduction d'un manque, d'un écart entre un état de santé constaté et un état de santé souhaité (Estellat, 2004, p. 4 ; Paquette & Chagnon, 2000, p. 111).

Pour faciliter la reconnaissance et la traduction des besoins, ils sont souvent classés par catégories :

- les besoins satisfaits et exprimés qui correspondent à la consommation de soins en termes d'utilisation ou de demandes de services
- les besoins diagnostiqués qui reposent sur le jugement d'experts à partir de la connaissance qu'ils ont du problème et des caractéristiques de la clientèle-cible
- les besoins ressentis qui s'apparente aux attentes et à la satisfaction perçues par les personnes qui sont atteintes par le problème (Estellat, 2004, p. 5 ; Paquette & Chagnon, 2000, p. 112).

Pour englober ces différentes catégories de besoins, une évaluation des besoins de santé utilise des données provenant de plusieurs sources d'informations et doit intégrer le point de vue de multiples informateurs concernés par le problème (Paquette & Chagnon, 2000, p. 115). Pour respecter une ampleur d'étude correspondant à un travail de master, le choix des informateurs clés s'est porté sur les professionnels accompagnant des personnes en situation d'épuisement professionnel dans le canton de Vaud. Ainsi, cette évaluation des besoins de santé s'oriente principalement sur la description des catégories des besoins exprimés et diagnostiqués.

Pour recueillir la description de ces besoins, le devis d'étude le plus indiqué est la recherche qualitative descriptive interprétative (Gallagher, 2014, p. 11). En effet, ce devis est souvent utilisé pour explorer et comprendre les besoins de santé par le recueil des diverses perceptions d'une problématique, (Gallagher, 2014, p. 9). Il permet de produire des descriptions holistiques d'un problème humain dans son contexte naturel selon la perspective des participants (Gallagher, 2014, p. 7). Ce devis permet donc de répondre au but de l'étude qui vise à décrire les besoins de santé des personnes en situation d'épuisement professionnel du point de vue de différentes parties impliquées dans leur accompagnement dans le canton de Vaud.

5.2 Participants

Les informateurs clés choisis pour l'étude devaient correspondre aux critères d'inclusion suivant :

- accompagner des personnes en situation d'épuisement professionnel dans le canton de Vaud
- posséder une expertise reconnue auprès de la population en situation de burn-out, expertise opérationnalisée par le fait d'être auteur de publications sur le burn-out ou avoir plus de cinq ans d'expérience professionnelle auprès de cette population.

Le choix d'interroger des professionnels est orienté par le fait qu'ils sont en première ligne dans l'accompagnement des personnes avec un burn-out. Ils connaissent la multiplicité des services et des ressources du système. Ils sont confrontés aux lacunes et savent les identifier. Ils ont aussi connaissance du volume des demandes. Par ailleurs, la sélection d'un large panel d'intervenants est appuyée par la nécessité d'avoir la plus grande représentativité possible des acteurs en lien avec la problématique du burn-out (Paquette & Chagnon, 2000, p. 115).

Le type d'échantillonnage pour le recrutement des participants a commencé par un échantillonnage intentionnel puis complété par un échantillonnage par réseaux ou boule de neige (Elo et al., 2014, p. 4). C'est-à-dire qu'un premier recrutement intentionnel d'informateurs

clés a été fait par courriel, et pour compléter le nombre de participants, il a été demandé à chaque participant de proposer un intervenant d'une profession différente qui exerce auprès de la population à l'étude. Ces deux types d'échantillonnage permettent d'avoir les informateurs qui ont les meilleures connaissances concernant le sujet de recherche (Elo et al., 2014, p. 4). Au total, dix professionnels ont été invités à participer à l'étude avec le but d'en inclure un minimum de six.

5.3 Position de l'étudiante chercheuse

Ayant elle-même vécu un épuisement professionnel quelques années auparavant, l'étudiante chercheuse se sentait concernée par le problème à l'étude. Afin d'assurer la distanciation nécessaire à la prise en compte des perceptions des participants à l'étude, l'étudiante chercheuse a pris des notes dans un journal de bord. Elle y a inscrit ses impressions suscitées par le contenu des entrevues pour pouvoir approfondir la réflexion et prendre du recul sur les différents points de vue exprimés par les participants. Cette manière de prendre de la distance par un autoexamen continu pour garantir la validité des interprétations est recommandée par plusieurs auteurs (Gallagher, 2014, p. 11).

5.4 Considérations éthiques

Les mesures pour respecter les exigences éthiques, juridiques et scientifiques d'une étude ont été multiples : premièrement, un contact téléphonique avec la commission cantonale d'éthique de la recherche sur l'être humain du canton de Vaud a confirmé que la loi fédérale relative à la recherche sur l'être humain ne s'appliquait pas à cette étude. En effet, les données qui ont été récoltées pendant le groupe de discussion focalisée ne concernaient pas directement les maladies, la structure et le fonctionnement du corps humain et ne cherchaient pas à produire des connaissances généralisables (Commission cantonale d'éthique de la recherche sur l'être humain du canton de Vaud, 2019).

Deuxièmement, chaque participant a reçu une lettre d'explications avant la récolte de données pour avoir le temps de prendre connaissance des différentes caractéristiques de l'étude et de demander des précisions si certains éléments n'étaient pas clairs (cf. Annexe A). De plus, un formulaire de consentement libre et éclairé a été envoyé pour être signé par chacun (cf. Annexe B).

Troisièmement, le respect de la vie privée des participants est protégé par le fait qu'aucune donnée nominative n'est présente dans les différents documents écrits. L'anonymat des participants est préservé. L'étudiante chercheuse est la seule personne à avoir accès aux données nominatives recueillies au cours des entrevues et celles-ci resteront confidentielles.

Toutes les données seront détruites un an après la diffusion des résultats, mais dans un délai maximum de 7 ans, suite à la participation à l'étude.

Dernièrement, le principe de justice qui vise à réduire les inconvénients et optimiser les avantages (Fortin & Gagnon, 2016, p. 156) a été mis en œuvre au travers du choix de la date et l'heure par les participants eux-mêmes.

5.5 Collecte des données

Un canevas d'entrevue (cf. Annexe C) a été construit pour collecter des données. Il a ensuite été prétesté pour en assurer la crédibilité. En effet, la crédibilité est la confiance dans la manière dont les données répondent à l'objet visé (Polit & Beck, 2012, cité dans Elo et al., 2014). Le prétest a été réalisé auprès d'une ergothérapeute qui accompagne des personnes en situation d'épuisement professionnel. Suite à ce test préalable, des modifications ont été faites pour approfondir et clarifier certaines questions. Les questions ouvertes abordent trois sujets principaux : (a) l'appréciation de l'offre de services actuelle ; (b) les besoins non comblés des personnes en situation d'épuisement professionnel ; (c) les pistes d'amélioration à mettre en place pour combler un éventuel écart entre l'offre de services actuelle et les besoins non comblés.

Pour répondre aux questions tout en provoquant des interactions, les informateurs clés ont été rassemblés en un groupe de discussion focalisée. Cette méthode de collecte de données permet d'ouvrir le sujet à l'étude grâce à l'échange de différents points de vue des participants (Desrosiers & Larivière, 2014, p. 258). Le groupe de discussion focalisée avait une durée prévue de 120 minutes. Ce temps de rencontre est idéal pour obtenir des informations tout en laissant les participants discuter de leurs positions (Desrosiers & Larivière, 2014, p. 261). La rencontre a été animé par l'étudiante chercheuse et coanimé par sa directrice de recherche. Elle s'est déroulée à la Haute école de travail social et de la santé Lausanne à une date convenue par la majorité des participants. Pour les participants ne pouvant pas de libérer à la date fixée, des entretiens individuels basés sur le même canevas d'entrevue étaient prévus.

5.6 Analyse des données

Les données collectées lors du groupe de discussion focalisée et durant les entretiens individuels ont été enregistrées par dictaphone et transcrites en format verbatim.

À la fin du groupe de discussion focalisée, une discussion informelle entre l'animatrice et la coanimatrice a permis d'identifier les points de convergences et de divergences de vécus ou de perceptions entre les participants.

Ensuite, une analyse de contenu qualitative s'est faite en suivant les recommandations de Pyett (2003, cité dans Elo et al., 2014, p. 5). En effet, les données ont été lues et relues à

plusieurs reprises pour favoriser l'immersion dans les données et vérifier que l'interprétation réalisée restait fidèle aux données collectées. Un codage des données a été réalisé au fur et à mesure des lectures et du dépouillement du contenu. Ce processus a permis de faire émerger plusieurs thèmes qui reflètent les différentes idées retrouvées dans le discours des participants.

*« Maintenant dans le plus p'tit village
Les gens travaillent comme des sauvages
J'les ai vu ! ha ha
Pour se payer tout le confort
Quand ils ont tout peint, ils sont morts ! ha ha ha »*

6 RÉSULTATS

Un total de sept informateurs clés, accompagnant des personnes en situation d'épuisement professionnel dans le canton de Vaud, ont accepté de participer à l'étude. De ceux-ci, six professionnels (n = 6, nommés P1 à P6) ont effectivement participé à la recherche (un conseiller de l'Office d'Assurance-Invalidité, un coach, un psychiatre, un psychologue, deux ergothérapeutes dont un travaille aussi comme job coach). Un seul professionnel n'a pu participer à l'étude pour des motifs personnels. Il y avait quatre femmes et deux hommes avec une expérience médiane de 14 ans (allant de 5 à 20 ans) auprès d'une clientèle en situation d'épuisement professionnel. Ils travaillaient pour quatre d'entre eux en cabinet privé et deux au sein d'institutions. Cette multiplicité de pratiques a permis d'avoir une grande représentativité d'experts en lien avec la problématique du burn-out (Paquette & Chagnon, 2000, p. 115). Le groupe de discussion focalisée a réuni quatre participants et a duré 120 minutes. Les deux autres intervenants, n'ayant pas pu se libérer à la date convenue, ont été vus en entretien individuel.

L'analyse de contenu qualitative de l'ensemble des discussions échangées lors du groupe de discussion focalisée et des entretiens a permis de dégager cinq thèmes clés et vingt et un sous-thèmes (voir Tableau 2).

Tableau 2 : *Distribution des résultats par thèmes et sous-thèmes*

Thèmes	Sous-thèmes
1. Les forces actuelles du système suisse	
2. Besoin d'être reconnu comme étant en situation d'épuisement professionnel	Besoin de visibilité Besoin de recherches scientifiques Besoin d'être reconnu comme atteint d'une maladie professionnelle Besoin d'être reconnu par son entreprise Besoin d'être diagnostiqué correctement Besoin d'être orienté correctement
3. Besoin d'un accompagnement spécifique	Besoin d'être suivi rapidement Besoin de comprendre son vécu Besoin de comprendre les aspects administratifs Besoin d'un soutien renforcé durant la phase de crise Besoin d'un accompagnement par phases progressives Besoin d'un accompagnement pour reprendre le travail Besoin de consolider le nouvel équilibre Besoin d'échanges avec des pairs
4. Besoin de cohérence entre les différentes parties prenantes	Besoin de former les professionnels au problème du burn-out Besoin d'être suivi de manière coordonnée
5. Besoin que la société se transforme	Besoin de prévention au sein de la société Besoin de prévention au sein des entreprises Besoin de promotion de la santé dès l'enfance Besoin de promotion de pratiques bienveillantes Besoin d'un changement de paradigme sociétal

6.1 Les forces actuelles du système suisse

En réponse à la première question posée sur l'appréciation de l'offre de services actuelle, les participants relèvent tous quelques forces du système suisse qui répondent à la problématique du burn-out.

Deux participants notent l'importance des médias.

« Ils font passer énormément d'informations. [...] c'est une bonne prévention au dépistage et aussi pour faire connaître la problématique autant du côté entreprise qu'individuel » (P4)

Les participants indiquent que les médias et l'augmentation de la littérature sur le sujet ont permis d'accroître la sensibilité sociale et sanitaire au burn-out par rapport à une vingtaine d'années. Cependant, cette opinion est pondérée par la nécessité de poursuivre le travail de sensibilisation, d'information et de conscientisation.

Deux participants trouvent que les entreprises contribuent de plus en plus à améliorer les risques psychosociaux du lieu de travail. Un participant ajoute qu'elles le font souvent par obligation soit pour respecter la loi soit parce qu'elles ont été contrôlées par des inspecteurs du travail mandatés par le Secrétariat d'État à l'économie (SECO).

Un participant mentionne comme ressource supplémentaire l'existence de cliniques privées spécialisées dans la prise en charge du burn-out sur le canton de Vaud.

Toutefois, la force principale du système suisse relevée par l'entier des participants est l'assurance-invalidité et son offre de prestations.

« Notre système d'assurance avec l'AI et les détections précoces permet, quand il y a une absence de longue durée, d'interpeler l'individu et le réseau de l'individu sur son absence et peut-être de proposer, si le médecin traitant travaille aussi dans ce sens, des prises en charge particulières. » (P1)

Cette ressource est d'ailleurs représentée par le conseiller de l'Office AI et selon lui ce système n'a pas d'équivalent ailleurs dans le monde.

« On peut tout de suite évaluer la situation et fonctionner comme une caisse outil à savoir sélectionner parmi toutes les prestations qu'on a celles qui répondent le mieux à son besoin. » (P2)

De plus, il explique que l'AI, face à la recrudescence de personnes en situation d'épuisement professionnel, a mis en place, depuis deux ans environ, un projet pilote de mesures d'intervention précoce externalisée. C'est-à-dire une cellule qui s'occupe des gens en burn-out en emploi pour essayer de les maintenir dans leur travail en les dirigeant directement vers des prestataires externes.

6.2 Besoin d'être reconnu comme étant en situation d'épuisement professionnel

Les participants rencontrés estiment que les personnes en situation d'épuisement professionnel manquent de reconnaissance de la part de l'État, au sein de leur entreprise et par le système de santé.

« Il y a une partie qui évidemment estime qu'il y a un manque de volonté de la part des gens. » (P5)

6.2.1 Besoin de visibilité

En Suisse, l'épuisement professionnel n'étant pas reconnu comme une maladie, son incidence n'est pas connue. Pour trois participants, ce manque de visibilité et de reconnaissance du burn-out au niveau étatique est une lacune qui ne permet pas de prendre conscience de l'ampleur réelle du problème.

« [...] qu'est-ce qu'il se passe au juste avec le burn-out en Suisse ? On n'a aucune idée de savoir s'il y a plus de burn-out aujourd'hui qu'il y a 20 ans en arrière et ça c'est grave. [...] On est peut-être en face d'un grave problème de santé publique. » (P4)

6.2.2 Besoin de recherches scientifiques

Un participant se révolte du manque de moyens mis en œuvre dans la recherche, pour étudier le problème de l'épuisement professionnel, par un pays pour qui la valeur du travail est importante.

« C'est vraiment inadmissible qu'en Suisse, on soit à ce point-là pauvre en prévention et pauvre en recherche [...] pour inventer de nouveaux processus, pour développer des manières de faire, évaluer ce qu'il se passe, voir les effets positifs, négatifs. » (P4)

Un autre intervenant appuie le fait qu'il y aurait tout à gagner à faire des projets pilotes avec des procédures claires pour montrer ce qui fonctionne.

6.2.3 Besoin d'être reconnu comme atteint d'une maladie professionnelle

Tous les participants savent que faire reconnaître le burn-out comme une maladie professionnelle est une chose compliquée notamment d'un point de vue législatif. Néanmoins, un participant propose de continuer à débattre de la question pour intensifier les discussions sur le sujet, les prises de position, la mise en évidence des manques et des conséquences.

« Il faudrait que ça soit remis sur le tapis comme en France pour que ça soit de nouveau débattu parce que c'est dans ces débats que vont peut-être émerger encore d'autres solutions et d'autres manières de faire. » (P4)

6.2.4 Besoin d'être reconnu par son entreprise

Les participants trouvent que le manque de reconnaissance de la personne qui fait un burn-out se présente dans deux situations particulières au sein de l'entreprise : avant l'apparition des symptômes et durant l'arrêt de travail.

« C'est surtout dans les entreprises. C'est-à-dire qu'elles ne voient pas ou ne veulent pas voir ou profitent des situations qui mènent au burn-out. » (P2)

« Il y a des entreprises où il n'y a absolument aucune conscience, puis même c'est tabou, on n'en parle pas, c'est la honte et il y a beaucoup de jugement. » (P4)

« Je vois des patients qui sont un peu rejetés (par leur lieu de travail) et mis sur le banc de touche quand ils sont en arrêt. On ne se soucie pas trop d'eux et ça n'aide pas à avoir envie de revenir, à se sentir valorisés dans le fait qu'on aura sa place après ou des choses comme ça. » (P5)

Ainsi, plusieurs participants soutiennent leurs patients dans le fait de ne pas expliquer les raisons de leur arrêt de travail à leur employeur pour les préserver de réactions violentes comme la stigmatisation et le licenciement.

6.2.5 Besoin d'être diagnostiqué correctement

La majorité des participants évoquent le fait que de nombreux médecins ne sont pas encore « ouverts » au syndrome d'épuisement professionnel. Ils pensent que c'est probablement lié au fait qu'il n'est pas reconnu comme une maladie ou parce qu'ils ne le différencient pas d'autres diagnostics comme la dépression par exemple.

« Est-ce qu'il va repérer déjà ? Parce qu'encore aujourd'hui j'ai des gens qui arrivent en me disant "le médecin a décrété que j'étais en dépression, etc.". Moi je ne suis pas amenée à remettre en question les diagnostics, mais il y a un certain nombre de médecins qui aujourd'hui ne sont pas encore (soupir)... Qui sont encore pleins de préjugés, on va le dire comme ça, par rapport à cette notion de burn-out. » (P3)

Cet aspect est pourtant essentiel, car, comme le signalent cinq participants, la personne en souffrance a besoin de pouvoir créer un lien de confiance, d'être validée dans son vécu et d'être entendue sans être stigmatisée.

« [...] créer le lien de confiance ça passe souvent par le fait de valider leur vécu comme quelque chose "c'est OK, vous n'êtes pas cassés, ça va revenir, vos compétences elles n'ont pas disparu, elles ne sont juste plus accessibles pour l'instant." En très peu de temps ça permet de créer ce : "on va faire des petits pas dans le sens de vous mettre en action, on va y aller, mais sachez déjà que vous n'êtes pas foutus. Voilà, vous n'êtes pas de grands malades. C'est très logique ce que vous

vivez. Finalement votre corps suit son processus vu la dose d'hormone de stress que vous vous êtes pris pendant tellement longtemps". » (P3)

6.2.6 Besoin d'être orienté correctement

L'entier des participants exprime leurs inquiétudes pour les personnes en situation d'épuisement professionnel qui ne sont pas reconnues par le professionnel de la santé qu'elles rencontrent ou si ce dernier n'a pas de bonnes connaissances de la problématique et ne les orientent pas correctement.

« Il ne sait pas quel suivi il peut avoir. Il ne sait pas où aller, si ce n'est chez son médecin et faut-il encore que le médecin soit ouvert. Du coup ce qu'il lui manque, c'est toutes les possibilités qui lui sont offertes par les professionnels de la santé. Qu'est-ce qu'un professionnel de la santé, un professionnel du social aussi, pourrait lui apporter pour envisager sereinement de retourner au travail et de ne pas retourner dans la même "mouise" de laquelle il est parti ? » (P1)

L'orientation est un point crucial pour la suite du rétablissement. L'ensemble des participants est catégorique sur le fait qu'il est essentiel d'orienter la personne vers un accompagnement pluridisciplinaire, car un arrêt de travail seul ne résout pas le problème.

« Si on n'envisage pas en pluridisciplinarité, avec un suivi important la reprise du travail, l'arrêt de travail ne suffit pas. [...] il peut revenir à mi-temps, il peut revenir à quart de temps, si rien n'a changé, ni chez l'individu, ni dans l'environnement, ni dans les occupations et les tâches, c'est foutu quoi. » (P1)

6.3 Besoin d'un accompagnement spécifique

Un point primordial sur lequel s'accordent tous les intervenants est le besoin pour une personne en situation d'épuisement professionnel d'être accompagnée de manière spécifique.

« Ils ont déjà fait un burn-out et n'ont pas du tout été suivis ! Ce que je trouve encore lamentable aujourd'hui parce qu'il me semble, nom de bleu, que ça fait quand même des années maintenant que ça se répète qu'il faut de l'accompagnement avec un burn-out. » (P3)

6.3.1 Besoin d'être suivi rapidement

Trois participants mettent l'accent sur la nécessité de mettre en place le plus vite possible un accompagnement adéquat. Ils trouvent que trop peu de personnes sont orientées rapidement vers des professionnels compétents. Selon les participants, un suivi tardif ou pas de suivi du tout entraîne des conséquences néfastes pour la personne en burn-out notamment

l'impossibilité de récupérer ses diverses fonctions, la perte de son emploi ou le risque de rechute.

« Parce que plus on attend plus ça se cristallise » (P2)

Un participant ajoute qu'il est nécessaire de mettre des priorités dans la manière d'accompagner la personne. Au contraire d'autres pathologies, il ne faut pas perdre du temps dans une anamnèse approfondie par exemple, mais agir rapidement en donnant à la personne des moyens concrets pour améliorer son état de santé.

6.3.2 Besoin de comprendre son vécu

Les six participants rapportent le besoin des personnes en burn-out de comprendre ce qui leur arrive, d'être informées de ce qui est en train de se passer pour elles, de savoir que ce qu'elles ressentent est normal compte tenu de ce qu'elles ont traversé.

« Les gens ne comprennent pas bien en fait pourquoi est-ce que, tout d'un coup, ils ont des trous de mémoire monstrueux, ils font des black-out devant leur PC et pourquoi ils font des attaques de panique devant l'ascenseur. » (P3)

En effet, ils spécifient que les personnes vivent une crise dans leur existence. Elles vivent des traumatismes physiques et psychologiques importants sans accéder à la compréhension de leurs troubles.

« Parce que son corps va lui dire plein de choses. Il peut avoir l'impression d'avoir une crise cardiaque, d'avoir un AVC, de devenir complètement, euh, atteint de folie, enfin il peut être complètement anéanti. Le corps peut passer dans différents états et comprendre ce qu'il se passe c'est comprendre que finalement le corps parle pour dire : STOP. Et que ce n'est pas un cancer, une tumeur au cerveau, etc., etc. » (P1)

6.3.3 Besoin de comprendre les aspects administratifs

La pression liée aux aspects administratifs notamment celle induite par les assurances pertes de gain (APG) est citée par l'ensemble des participants. Ceux-ci observent souvent que les personnes sont mises sous pression par l'APG pour qu'elles retournent à leur travail. Par ailleurs, elles ne connaissent pas leurs droits et ne savent pas à qui s'adresser pour gérer ces courriers ce qui amplifie leur affliction.

« Tout à coup, elles reçoivent des courriers, elles paniquent, car elles ne savent pas comment traiter ça. [...] Ces problèmes administratifs qui sont... Il n'y avait pas besoin de ça en gros. Elles se prennent encore ça sur le coin de la figure. » (P2)

« La personne n'est pas en état à ce moment-là de comprendre ce qui lui arrive et ça va l'enfoncer un peu plus quoi. Et donc je pense que là, il y a une explication à donner sur ce que c'est que ce courrier, ce qu'elle peut en faire, qui peut le gérer. Est-ce que

c'est l'employeur qui peut le gérer ? Est-ce que c'est l'employeur et le salarié ? Est-ce que c'est le médecin et le salarié ? » (P1)

6.3.4 Besoin d'un soutien renforcé durant la phase de crise

Cinq participants précisent que certaines personnes épuisées et sans énergie ne sont pas en état au moment de la phase précoce de la crise de gérer les liens avec l'employeur ou les assurances. Ces cinq participants pensent que ces personnes ont besoin qu'un professionnel du réseau, un case manager ou un intermédiaire prenne le relais durant cette période précoce.

« Durant la phase précoce, de pouvoir avoir quelqu'un qui soutient, qui prend le relais dans certains cas, dans la communication avec les différents acteurs. Ça serait bénéfique. » (P6)

Cet intermédiaire pourrait aussi faire le lien entre la personne et le monde du travail lorsque la personne a été traumatisée par un contexte hostile et agressif. Par ailleurs, comme le précise un participant, ce soutien permettrait à la personne déjà en détresse de se rétablir plus rapidement, car cette problématique de devoir gérer des aspects administratifs et le lien entre les différentes parties prenantes sans en avoir la force empêche ou retarde le recouvrement de l'énergie.

6.3.5 Besoin d'un accompagnement par phases progressives

Concrètement, chaque participant formule par des éclaircissements différents que la personne en situation d'épuisement professionnel a besoin d'un accompagnement pluridisciplinaire par phases progressives. C'est-à-dire que les professionnels qui vont suivre la personne doivent proposer un suivi adapté suivant ses atteintes.

« Pas du n'importe quoi, mais on va prendre la personne là où elle est, dans l'état dans lequel elle est pour l'amener, pour la guider sur un chemin où elle va commencer à pouvoir réenvisager d'aller au boulot. Et pour ça, il faut déjà prouver qu'elle est capable de sortir du lit, qu'elle est capable de remettre un petit schéma avec des petits succès... mais on commence tout petit quoi. » (P3)

Au début du rétablissement, il est suggéré que les objectifs soient petits et se poursuivre de manière cohérente dans la progression. Un participant résume bien les phases à suivre pour guider la personne :

« Il y a 3 phases dans le traitement si je synthétise : première phase, c'est remonter le niveau d'énergie ; deuxième phase, c'est analyser ce qu'il s'est passé et mettre en place un plan d'action de changement dans le concret ; et puis troisième phase, c'est le retour au travail qui fait partie du traitement, qui doit absolument être guidé et préparé. » (P4)

Pour remonter son niveau d'énergie, ce participant spécifie que la personne doit prendre soin d'elle par le repos donc retrouver un sommeil réparateur, une alimentation saine, de l'activité physique en fonction de sa fatigue et des occupations régénératrices comme être en contact avec la nature. Ensuite, dans la phase de changement, il rapporte qu'il faut adapter la prise en charge en fonction des troubles pour remettre la personne en action. Par exemple par un réentraînement intellectuel si la mémoire et la concentration sont plus particulièrement touchées. Un autre participant mentionne qu'il faut travailler avec la personne sur ses comportements, ses motivations, ses envies, ses besoins et sa manière de faire ses activités pour trouver un équilibre. Un participant précise que c'est important pour la personne de retrouver un sens à sa vie, à ses choix de vie et à ce qui ait de la valeur pour elle. Deux participants évoquent aussi la nécessité pour la personne d'apprendre à être consciente de ses limites et de ses forces et à détecter les signaux d'alerte qu'elle a ignorés pour savoir comment y répondre.

Ces deux premières étapes ont pour objectifs d'amener un changement en vue de la reprise du travail qui fait partie intégrante de l'accompagnement.

« Le changement il est absolument nécessaire. Si la personne retourne à son travail comme avant, il y a 100% de risque de rechute. » (P4)

6.3.6 Besoin d'un accompagnement pour reprendre le travail

Tous les participants rapportent que la préparation pour le retour au travail est une phase indispensable de l'accompagnement des personnes en burn-out.

« On ne peut pas traiter le burn-out si on ne traite pas le côté retour au travail qui est fondamental dans la réussite de l'évolution du burn-out. » (P1)

Cet aspect, qui permet un retour pérenne au travail, paraît souvent oublié ou mal compris dans la prise en charge.

« Il y a encore beaucoup, malheureusement, de professionnels dans les soins qui attendent que la personne soit guérie pour se dire " ah faut retourner au travail" alors qu'en fait, c'est juste pour plein de maladies, mais pas pour le burn-out. On a besoin que la personne retourne à son travail pour qu'elle puisse guérir. » (P4)

Cette dernière phase se fait peu et un participant insiste sur le fait que travailler en collaboration avec les ressources humaines, le responsable, les collègues directes et l'ensemble du contexte favorise le retour de la personne avec plus de sérénité. Cet échange permet aussi d'expliquer au milieu de travail ce qu'est le burn-out et ce qu'il faudrait faire pour soutenir la reprise de l'employé. Un autre participant dit qu'il faut soutenir la personne à retourner au travail même si c'est en tremblant. Il précise que la mise en place de stratégies,

d'un réseau avec l'employeur pour organiser le retour et d'un accompagnement pas à pas durant la reprise progressive sont des éléments importants pour un retour stable.

Néanmoins, un participant explique que pour certaines personnes le retour dans un contexte toxique ou dans lequel les conditions qui ont fait que la personne a fait un burn-out sont toujours présentes et inchangeables est difficile. Il observe dans sa pratique que ces personnes doivent changer d'entreprise, de secteur ou de postes pour reprendre dans de bonnes conditions loin des facteurs pathogènes. Ce participant ajoute que certaines personnes ne reprennent souvent pas leur temps de travail à 100% et que cette diminution de pourcentage leur convient mieux.

6.3.7 Besoin de consolider le nouvel équilibre

À partir du moment où la personne reprend son travail, que ce soit le même ou un nouveau, cinq participants notent qu'elle a besoin d'être accompagnée dans le maintien de ses nouveaux acquis. Un participant l'illustre par la métaphore suivante :

« Quand on s'éloigne du feu, on ne sent plus la chaleur, mais la brûlure si on a été brûlé elle reste quand même. » (P2)

Il sous-entend que la personne qui a eu un burn-out est marquée à vie et qu'il peut subsister des séquelles qui peuvent être pénalisantes. Ce serait pourquoi il faut rester vigilant, apprendre à faire avec soi et poursuivre ce qui a été mis en place jusque-là.

« Puis après quand elle est de retour à son travail, elle a besoin d'être guidée pour consolider le nouvel équilibre, pour continuer ce travail de conscience et de changement » (P4)

Un troisième participant indique que les rechutes sont possibles et que ce qui a été mis en place chez certaines personnes s'effrite au fil du temps. Il proposerait dans un monde idéal de pouvoir faire des piqûres de rappel après une année ou cinq ans pour que les gens se remémorent les stratégies qu'ils avaient mises en place.

6.3.8 Besoin d'échanges avec des pairs

Un intervenant offre dans sa pratique de l'accompagnement en groupe pour soutenir les gens qui sont en déséquilibre occupationnel et qui vont devoir retourner au travail. Cependant, cette forme de réadaptation en groupe est rare alors que cinq participants suggèrent qu'elle est très adéquate pour créer du lien et des échanges entre des personnes qui vivent la même réalité.

« Ce n'est pas facile de trouver des espaces dans lesquels il y a des groupes. Dans lequel la personne peut se laisser aller à quelque chose d'autre sans forcément commencer à travailler, mais retrouver un sens à faire quelque chose. Il y a peu de

lieux pour être en groupe et ça je pense que ça serait le plus efficace parce qu'il y a un grand isolement qui se fait. » (P5)

Ce participant évoque le bienfait d'être à plusieurs pour éviter l'isolement social. Il indique aussi que la dynamique et la force du groupe permettent de réduire la culpabilité et le sentiment de faute que peuvent ressentir certaines personnes. Cet échange entre pairs est repris par un autre participant qui précise qu'il permet une dé-stigmatisation du problème. En effet, un troisième participant ajoute qu'au travers du groupe, la personne peut en rencontrer d'autres qui ont vécu la même chose, les mêmes souffrances et elles se reconnaissent dans les échanges. Ainsi, elles peuvent reprendre confiance par le partage de leurs expériences.

6.4 Besoin de cohérence entre les différentes parties prenantes

Les participants relèvent unanimement qu'il y a un besoin de cohérence entre les intervenants. C'est-à-dire que certains besoins cités précédemment ne peuvent pas être comblés à cause de certains manques notamment la formation des professionnels à la problématique du burn-out et la collaboration entre les différentes parties impliquées.

« Il n'y a pas une espèce d'algorithme que tout le monde suit. C'est du bricolage. [...] il y a des fois des manques de chaînons et de liens. » (P2)

6.4.1 Besoin de former les professionnels au problème du burn-out

Les participants expriment un manque de formations des professionnels pour répondre à deux besoins cités précédemment : orienter correctement et accompagner spécifiquement les personnes en burn-out.

« Je n'ai pas l'impression que dans ma formation on m'ait expliqué comment prendre en charge le burn-out » (P5)

Parmi les participants, trois donnent des formations sur la prise en charge du burn-out et elles confient leur désolation par rapport aux personnes qui ne sont pas ou partiellement accompagnées ou traitées comme si elles souffraient uniquement de dépression. Elles expliquent qu'un mauvais suivi entraîne des prises en charge plus longues voire inutiles, car elles ne répondent pas aux besoins spécifiques des gens.

« Ça faisait x temps qu'ils étaient suivis par tel psychiatre, tel psychologue, etc., et puis j'entends dire "oui, ben à ma première séance, on me fait travailler, je suis complètement épuisé, on me fait travailler sur le suicide de mon père. Ça m'a affecté, etc.". C'est un désastre dans la prise en charge si on travaille comme ça, ça n'a rien à voir et c'est criminel de faire ça. On fait que l'enfoncer encore plus en fait. » (P4)

Un autre participant relate le manque de connaissance du monde de l'emploi par le monde des soins. D'autres valident sa remarque par le fait qu'ils observent que certains soignants ne

se sentent pas aptes à aider la personne et la guider dans sa reprise du travail et ses relations avec l'employeur, les ressources humaines ou les collègues.

6.4.2 Besoin d'être suivi de manière coordonnée

La collaboration et la communication entre les différentes parties impliquées, le travail en partenariat pour coordonner le suivi des personnes en situation d'épuisement professionnel sont des éléments évalués par les participants comme insuffisants. Ce sont des manques qui, selon eux, préteritent le rétablissement de la personne en burn-out.

Les participants rapportent qu'ils travaillent le plus possible en collaboration. Toutefois, ils remarquent que des professionnels ne connaissent pas certains services existants ou ne les reconnaissent pas à leur juste valeur.

« En tout cas en tant que coach je souffre de temps en temps de pas pouvoir avoir de contacts avec les thérapeutes. 50% des gens que je suis, j'ai des contacts avec des thérapeutes et 50% "non c'est des coachs". » (P3)

Un participant souhaite que les différents acteurs, que ce soit du côté des soins ou du travail, se connaissent mieux, communiquent mieux et aient moins de préjugés les uns sur les autres. En effet, lorsqu'il y a des collaborations, les prises en charge sont enrichies par les échanges.

« Souvent je vais d'abord avec le patient chez le psychiatre puis on discute. Puis j'explique aussi au psychiatre parce qu'il est partie prenante et que la thérapie est enrichie par ces démarches. » (P2)

Un point sombre, relevé par l'entier des participants, dans la coordination entre les parties prenantes est souvent lié aux assurances pertes de gains.

« Les assurances pertes de gain ont des objectifs radicalement différents de l'AI, c'est de couper le plus vite les prestations, même s'ils s'en défendent. Ça je peux le voir tout le temps. Ils mettent la pression sur les gens et ça fait l'effet contraire. » (P2)

Cette pression, pour que l'employé en arrêt maladie retourne au travail ou qu'il reçoive une médication (p.ex. antidépresseur) comme condition au prolongement des prestations financières, est constatée par tous. Ces incitatifs du système et l'arrêt des prestations financières mettent les personnes déjà en souffrance dans des situations extrêmement compliquées. Si la personne n'est pas bien informée sur les aspects administratifs comme décrit plus haut, elle risque de se faire éjecter du système.

« La perte de gain s'empresse de dire "notre médecin-conseil a dit que..." donc elle coupe les prestations et la personne doit s'inscrire au chômage. Mais si elle n'est pas par l'AI ou si elle n'est pas informée, elle arrive au chômage avec un certif et elle est inapte, donc elle finit au revenu d'insertion et ça c'est une catastrophe. » (P2)

C'est pour éviter de telles situations et protéger la personne en burn-out que plusieurs participants essayent d'informer et de collaborer avec les assurances pertes de gains. De plus, un participant trouve que les patrons devraient aussi jouer un rôle en contestant les décisions des APG pour préserver leur collaborateur.

6.5 Besoin que la société se transforme

Les participants mentionnent tous le besoin que la société se transforme, d'une part en mettant en place des actions concrètes comme de la prévention et de la promotion de la santé, d'autre part en modifiant le modèle actuel axé sur la performance par un modèle axé sur les valeurs humaines qui viserait l'épanouissement des individus.

« On est dans une société où le burn-out c'est un peu le reflet de quelque chose qui est à plus large échelle, un dysfonctionnement sociétal. » (P5)

6.5.1 Besoin de prévention au sein de la société

Les six participants appuient le fait qu'il y a besoin de plus de prévention dans la société. Il faudrait sensibiliser et informer le public en amont de l'épuisement professionnel. Un participant en particulier exprime sa crainte face aux nouvelles technologies, qui accessibles à tout instant ne permettent plus une coupure nette avec le travail, et la sédentarité, qui a des conséquences catastrophiques sur la santé.

« C'est (les nouvelles technologies et la sédentarité) une bombe à retardement pour l'organisme. Parce qu'il n'y a pas de porte de sortie pour le stress » (P4)

Il aimerait mettre en place une campagne de prévention du burn-out au niveau national en mentionnant ces deux facteurs de risque pour que la société prenne conscience de ce qu'il se passe. Un autre participant souhaiterait favoriser ce travail de conscientisation à travers l'enseignement et des conférences.

6.5.2 Besoin de prévention au sein des entreprises

Plusieurs participants, qui accompagnent une personne en burn-out, profitent de cette porte d'entrée pour faire de la prévention au sein de l'entreprise.

« La meilleure manière de prévenir c'est finalement de profiter qu'il y ait des cas à l'interne et qu'on fasse appel à nous pour dire "voilà ce qu'on peut faire, appelez-nous s'il y a un problème, n'attendez pas !" » (P2)

Cependant, ce participant émet aussi l'idée d'édicter des normes plus strictes sur la protection des employés pour éviter d'arriver après l'atteinte à la santé. Un autre intervenant soutient qu'il faut informer à tous les échelons de l'entreprise sur ce qu'est le burn-out, ce qu'il implique, les

signaux d'alerte, etc., pour que chacun puisse réagir et aménager le travail différemment en restant dans du « gagnant-gagnant ».

« Je pense qu'il y a une sensibilisation à faire dans les entreprises à différents échelons pour que la prévention soit concrète, réaliste et mise en application [...] il faut que les entreprises soient conscientes que c'est important et que c'est du gagnant-gagnant. [...] c'est bon pour les employés et c'est bon pour la productivité et le rendement. » (P1)

Néanmoins, deux participants racontent qu'ils sont parfois appelés par des entreprises pour donner des cours de sensibilisation sur le burn-out parce que celles-ci savent que dans les six prochains mois elles vont mettre beaucoup de pression sur leurs employés et qu'il faut les préparer.

6.5.3 Besoin de promotion de la santé dès l'enfance

Quatre participants pointent la pression de l'éducation scolaire sur les enfants.

« Une éducation qui est compétitive, qui met la pression sur les enfants, de performance, de productivité. C'est à l'école que ça se passe déjà. » (P4)

Les participants s'attristent du stress, au travers de la compétitivité et de la performance, imposé aux enfants, car cette manière d'éduquer influence ces adultes en devenir. Les participants souhaiteraient que le système apprenne aux enfants à devenir conscients, à se poser des questions sur leur manière de faire les choses et à être à l'écoute de qui ils sont en mettant en avant leurs intérêts et leurs besoins personnels.

Un participant spécifie que la notion d'équilibre occupationnel est importante à transmettre aux jeunes pour qu'ils apprennent à gérer leurs temps et leurs occupations.

« Je pense que cette notion d'équilibre, y a aussi un équilibre de vie : travail-loisirs, travail-vie privée, etc., devrait être vu chez les jeunes dans le parcours scolaire pour leur montrer qu'il y a toujours un équilibre occupationnel à avoir et qu'il faut être vigilant » (P1)

6.5.4 Besoin de promotion de pratiques bienveillantes

Un participant aimerait que les actions positives et bienveillantes qui se mettent en place à différents niveaux d'une entreprise soient valorisées.

« Je ferais un film "Demain", mais pour le travail avec toutes les pratiques émergentes qui seraient bienveillantes et positives dans l'organisation des entreprises » (P4)

Son envie est que chacun se dise qu'il peut changer certaines choses, à son échelle, dans sa manière de travailler, d'organiser son temps ou d'aménager son lieu de travail sans attendre que l'ensemble de la société ou de l'entreprise change.

6.5.5 Besoin d'un changement de paradigme sociétal

Cinq participants émettent le souhait de repenser le système en profondeur.

« C'est plus facile d'éjecter l'élément qui n'a pas tenu que de remettre en cause le système qui fait qu'il y a des éléments qui ne tiennent pas. » (P2)

Un participant trouve que les piliers qui fondent la société ne sont pas justes, qu'ils sont basés sur des valeurs, comme le matérialisme et l'objectivité, qui vont à l'encontre de l'épanouissement de l'être humain. Un participant rebondit sur le fait que le travail est culturellement très important en Suisse. Il fait le lien avec ce qu'apprennent les enfants à l'école.

« "Si tu n'as pas le temps de prendre soin de toi, on s'en fout, ce qui est important, c'est que tu fasses tes devoirs". » (P4)

Il avance que ce message influence la façon dont les gens s'impliquent dans leur travail par la suite, comment ils se traitent au travail. Il estime qu'il est important de prendre du recul sur le lien qui existe avec le travail en Suisse pour le changer, pour amener les gens à prendre soin d'eux.

Par ailleurs, la notion du sens, d'une société plus significative est aussi discutée par les participants.

« Plus on est dans un pays qui offre des potentialités de développement, d'études, de tout ce qu'on veut, plus on a cette recherche de sens. On s'éloigne aussi de la nature [...] plus on est à risque de perdre le sens. » (P3)

Pour les participants, la société a besoin de sortir de ses œillères pour s'orienter sur de nouvelles valeurs qui ne placent pas la pensée et la raison au sommet de la hiérarchie. Un participant précise que les valeurs actuelles, basées sur la réussite et la performance, sacrifient la santé des gens pour obtenir les résultats escomptés. Il évoque cette expression ancrée dans les valeurs modernes « le travail c'est la santé ». Pour lui, cette représentation de la santé est en contradiction avec ce qui permet à l'individu de s'épanouir. Il souhaiterait aller vers une société idéale dans laquelle les individus connaissent leurs besoins, ont les moyens de se faire confiance et de se sentir vivant, ancrés dans leur « âme » et leur « être ».

« La réussite est alors vue comme un accomplissement plutôt que comme un équilibre qui permettrait à l'individu de "se sentir bien dans sa peau". » (P5)

*« Allez !
Encore une fois bande de feignants là !
Le travail c'est la santé
Rien faire c'est la conserver
Les prisonniers du boulot
Font pas de vieux os »*

7 DISCUSSION

Dans la présente étude qualitative descriptive interprétative, l'objectif était de décrire les besoins de santé des personnes en situation d'épuisement professionnel du point de vue des différentes parties impliquées dans leur accompagnement sur le canton de Vaud. Plus précisément, cette étude visait à évaluer l'offre des services actuels et les besoins non comblés des personnes. Les échanges entre les informateurs clés durant le groupe de discussion focalisée et les entretiens ont permis de mettre en lumière 21 types de besoins non comblés. Ceux-ci ont ensuite été classés en cinq thèmes. Ces besoins non comblés indiquent qu'il existe un certain écart entre l'offre de services actuelle et les besoins de santé des personnes en situation d'épuisement professionnel.

La discussion qui vise à mettre en lien les résultats avec les écrits scientifiques abordera trois idées générales. Premièrement, les professionnels expriment que les personnes en situation d'épuisement professionnel ne sont pas ou rarement orientées vers un accompagnement spécifique à leur problématique. Deuxièmement, les professionnels remarquent un besoin d'échanges avec des personnes qui ont vécu la même réalité. Troisièmement, les professionnels souhaitent que la société se transforme pour tendre vers un modèle axé sur des valeurs plus humaines.

Besoin des personnes en situation d'épuisement professionnel d'être orientées correctement

Les participants à l'étude relèvent un manque d'orientation des personnes en situation d'épuisement professionnel. Ils observent que certaines personnes qu'ils accompagnent ont déjà fait un premier burn-out et n'ont pas été suivies, d'autres arrivent chez eux tardivement. De plus, ils connaissent des personnes à qui leur médecin n'a rien proposé d'autre qu'un arrêt de travail. Cette constatation les inquiète, car une personne en situation d'épuisement professionnel, comme le nom du syndrome l'indique est arrivée à un stade d'épuisement total de ses ressources émotionnelles et physiques et doit être accompagnée. Ce point fait écho aux écrits scientifiques qui, comme la HAS (2017, p. 90), mentionnent que l'orientation vers une prise en charge des aspects médico-socioprofessionnels et psychologiques est indispensable. L'accompagnement est essentiel, cependant les professionnels interrogés

expliquent qu'actuellement l'offre des services pour orienter la personne vers cet accompagnement est insuffisante en nombre, méconnue ou utilisée de manière inadéquate. En effet, ils expliquent qu'il y a un manque d'accès aux professionnels de la santé (p.ex. médecin, psychiatre). Puis quand la personne arrive à avoir un rendez-vous, ces professionnels n'ont souvent pas de formation spécifique par rapport à la problématique (p.ex. diagnostic, expertise en matière de santé au travail) et surtout par rapport aux possibilités d'interventions proposées par d'autres professionnels sur le territoire. Pour finir, les différentes parties (p.ex. personne en burn-out, assurances, professionnels, milieu de travail) ne se coordonneraient pas pour amener la personne vers le rétablissement.

Pour améliorer de l'offre de services actuelle, les participants proposent plusieurs pistes d'amélioration : (a) les professionnels de la santé pourraient avoir accès à des formation sur à la problématique du burn-out ; (b) les procédures de prise en charge pourraient être améliorées et (c) la collaboration interprofessionnelle pourrait être renforcée. Ces différents éléments sont largement discutés dans les articles scientifiques pour réduire les conséquences de l'épuisement professionnel. A cet effet, concernant la formation, le CSS (2017, p. 33) recommande de donner plus de place aux pathologies psychosociales dans les programmes de formation de base et continue des professionnels de la santé. De plus, elle a établi un profil de compétences *d'intervenant burn-out* que devraient avoir tout professionnel de la santé qui identifie et accompagne les personnes en burn-out. Concernant les procédures de prise en charge, le CSS (2017, p. 31) propose de prévoir des trajectoires de soins pour évaluer leur impact sur le retour au travail et elle donne en exemple l'Agence fédérale des risques professionnels (FEDRIS) de Belgique qui propose des trajectoires de retour au travail pour faciliter la reprise du travail et prévenir les rechutes des personnes atteintes ou menacées par le syndrome du burn-out. Au sujet de l'interprofessionnalité, Schmitz, Atzeni et Berchtold (2017) décrivent justement dans leur étude qualitative sur « les défis de l'interprofessionnalisme dans les soins de santé en Suisse », qu'il y a une attention croissante portée à la collaboration interprofessionnelle au cours des dernières années notamment en Suisse. Le but de l'interprofessionnalité est le partenariat entre des professionnels, une personne et ses proches dans une approche participative, de collaboration et de coordination en vue d'une prise de décision partagée concernant l'atteinte de résultats optimaux en matière de santé et de services sociaux (Canadian Interprofessional Health Collaborative, 2010). Dans leur recherche, Schmitz et al. (2017) identifient trois formes de collaboration interprofessionnelle dont la collaboration *co-créative* ou *en réseau* qui correspondrait le mieux à la problématique du burn-out, car elle rassemble diverses compétences professionnelles et individuelles organisées de manière interactive pour chercher des solutions et de prendre des

décisions en concertation suivant les valeurs du patient et les différentes perspectives professionnelles.

Besoin d'échanges avec des pairs

Les professionnels interrogés perçoivent que les échanges avec des personnes qui ont vécu la même réalité est un besoin non comblé. En effet, la majorité des participants accompagnent les personnes en situation d'épuisement professionnel de manière individuelle. Or, ils ressentent un besoin de soutien chez leur client qui ne viendrait pas uniquement d'un professionnel, mais d'autres personnes qui ont traversé les mêmes difficultés. Le constat de ce besoin d'échanges avec des pairs découle de plusieurs éléments, dont la diminution de l'ajustement social (p.ex. isolement, stigmatisation) qu'éprouvent les personnes en situation d'épuisement professionnel, l'incompréhension de leur vécu et des symptômes qu'ils subissent et le manque de reconnaissance de leur situation par leur entreprise, leur entourage ou le système de santé (Maslach & Leiter, 2016b, p. 355).

Dans le canton de Vaud, des ressources existent pour répondre à ce besoin d'échanges entre pairs, mais elles sont très insuffisantes en nombre. En effet, il n'existe que quelques prestations de groupe spécifique au burn-out (p.ex. groupe de soutien « Efficace et bienveillant au travail », séjour de traitement du burn-out « Un retour à soi » (noburnout, 2020) ou à son traitement (p.ex. groupe de MBSR). De surcroît, ces prestations ne sont pas considérées comme un accompagnement thérapeutique à la charge de l'assurance maladie, mais comme une prestation à la charge de l'individu. Cet obstacle financier peut limiter l'accès à ces ressources. Par ailleurs, au travers de l'intervention précoce, l'AI propose aux personnes qui ne pourraient pas reprendre le travail par manque d'énergie des mesures d'occupation qui se font parfois en groupe. Néanmoins, ces personnes doivent déjà être entrées dans un processus de détection précoce auprès de l'AI. Ainsi, des espaces et des interventions qui permettent à une personne en situation d'épuisement professionnel de créer des liens et des échanges avec des pairs sont une ressource rare dans le canton de Vaud.

Pourtant, dans leur méta-analyse sur l'efficacité d'interventions contrôlées sur l'épuisement professionnel des employés, Maricuțoiu et al. (2016) ont constaté que les interventions de groupe (p.ex. TCC, relaxation) avaient des effets modérateurs plus importants sur l'épuisement par rapport aux interventions individuelles. Ces effets qui ont conduit à des niveaux plus faibles d'épuisement autodéclaré seraient liés au climat du groupe de travail, à l'apprentissage en commun de nouvelles stratégies et à la perception du soutien des pairs (Maricuțoiu et al., 2016, p. 20). La HAS (2017, p. 66) recommande pour sa part d'agir au niveau collectif dès le début du processus de burn-out en proposant des groupes de soutien de pairs en parallèle d'un bilan médical et psychologique pour identifier le burn-out. Les groupes

permettent aux personnes en burn-out d'avoir une occupation *d'appartenance* décrite par Clouston (2015) lorsqu'elle aborde l'équilibre occupationnel. C'est-à-dire que la personne au travers de ses relations interpersonnelles au groupe développe son réseau de soutien social et son sentiment d'appartenance en se reconnectant à une dimension collective (Clouston, 2015, p. 37). Avec un constat plus pratique, Grensman et al. (2018 p. 3) indiquent, dans leur étude sur les effets de la TCC, de la thérapie cognitive fondée sur la pleine conscience et du yoga traditionnel sur la qualité de vie des patients en congé maladie en raison de burn-out, que les thérapies en groupe sont avantageuses, car elles peuvent réduire les coûts de la thérapie et permettent de combler la pénurie de thérapeutes formés.

Dans le canton du Valais, il existe un autre type de groupe. Celui-ci prend la forme d'un *café partage* sur le thème du burn-out réservé aux personnes souffrant ou ayant souffert d'un burn-out et leurs proches (Savioz, 2019). Ce groupe est né de l'initiative d'une femme qui a vécu un burn-out, car elle-même aurait voulu partager son vécu avec d'autres personnes en situation d'épuisement professionnel. Dans ce groupe mensuel, les témoignages sont libres et aucun professionnel de la santé n'est présent (Savioz, 2019). Ces rencontres pourraient être apparentées à l'aide mutuelle de soutien par les pairs informels développée au sein des groupes en douze étapes des Alcooliques anonymes (Suissa, 2014). En effet, le non-recours à un thérapeute professionnel, la pratique d'entraide non hiérarchique, le parrainage, la spiritualité et la solidarité sont autant de principes qui permettent aux gens d'avancer dans leur processus de rétablissement (Suissa, 2014, p. 84).

Par conséquent, que ce soit au travers de groupes d'aide mutuelle sans professionnel de la santé ou par le biais de groupes de thérapie, Suissa (2014, p. 87) explique que le processus de rétablissement est plus facile avec un groupe de support que sans. En effet, il précise que « découvrir des gens qui nous ressemblent soulage immédiatement d'un certain poids, de la honte, de l'image de soi intérieure et sociale qui fait souvent obstacle à la réhabilitation. Le groupe peut donc constituer une force puissante contre l'isolement et la faiblesse des liens sociaux, augmenter une acceptation de soi par le biais des échanges communs avec les autres » (Suissa, 2014, p. 87).

Les participants à l'étude ont identifié un besoin d'échanges avec des pairs et cet aspect concorde avec les écrits scientifiques qui documentent les effets positifs des groupes et des activités de partage entre pairs. Ainsi, dans une idée d'amélioration de l'offre de services dans le canton de Vaud, la mise en place de groupes de diverses formes ou d'activités impliquant des pairs pourrait être développée.

Besoin que la société se transforme

Les participants à l'étude souhaiteraient que la société se transforme pour tendre vers un modèle plus centré sur des valeurs humaines. En effet, ils constatent qu'une partie des entreprises sont peu disposées à agir sur les facteurs de risque au sein de leur organisation de travail et ont peu d'égard par rapport aux personnes arrivées à un stade d'épuisement professionnel. En outre, ils se rendent compte dans leur pratique professionnelle des dégâts infligés à leurs clients par une société orientée sur la performance, la réussite et le matérialisme. Ils se font d'ailleurs du souci pour les enfants qui sont déjà soumis à de fortes pressions dès l'enfance par un système scolaire axé sur la compétitivité et la productivité. Leurs observations apparaissent également dans les écrits scientifiques. Blum-Rüegg (2018, p. 134) indique que la Suisse est l'un des pays les plus compétitifs au monde, mais que ses entreprises ne sont pas au même niveau en matière de gestion de la santé. Cette auteure précise que dans une comparaison internationale, sur des critères comme la prévention du stress ou l'évaluation des risques psychosociaux, la Suisse est classée en 17^e position sur 31 pays (Blum-Rüegg, 2018, p. 139). Ce constat est d'autant plus négatif qu'il est reconnu que les systèmes de travail à haute performance, qui visent à créer un avantage concurrentiel pour les organisations, le font au détriment des travailleurs (Bakker & Demerouti, 2018, p. 7). Dans les sociétés occidentales, le travail est un but en soi et tient une valeur sociosymbolique importante qui commence déjà très tôt (Olsson et al., 2020, p. 6). La revue de la littérature de Lebert-Charron, Boujut, Beaudoin et Quintard (2019) qui étudie le burn-out scolaire révèlent que les enfants et adolescents en France subissent un stress scolaire en constante augmentation. Le manque de soutien par les camarades, les enseignants ou les parents, la charge de travail grandissante, les exigences pédagogiques, les notes, mais aussi les choix à faire en matière d'orientation scolaire sont autant de facteurs de stress scolaire qui amènent les jeunes au burn-out (Lebert-Charron et al., 2019, p. 5). Ainsi comme le résume bien le CSS (2017, p. 24) « Le burn-out doit être vu comme une alarme qui permet d'arrêter un mode de vie qui n'est pas durable ».

Pour entraîner des transformations durables et significatives pour l'ensemble de la collectivité, les participants à l'étude pensent à plusieurs pistes d'amélioration : (a) des actions de prévention au sein des entreprises et dans la société pourraient être menées ; (b) des actions de promotion de la santé au sein du système éducatif pourrait apprendre aux enfants à vivre ensemble, à prendre soin d'eux et à se questionner sur leurs comportements ; (c) la promotion des pratiques de travail bienveillantes permettrait d'inspirer chacun à modifier sa manière d'agir. Ces actions sont également préconisées par des écrits scientifiques. En effet, concernant la prévention, la HAS (2017, p. 64) propose de sensibiliser les entreprises à l'importance de la problématique du burn-out pour qu'elles agissent sur les facteurs de risque,

oriente les travailleurs dès les premiers signaux d'alerte et limite leurs pertes économiques. Les entreprises ont un rôle considérable sur l'émergence de l'épuisement professionnel, néanmoins il est difficile pour des professionnels qui accompagnent un employé en burn-out d'agir sur les facteurs de risque de l'entreprise pour laquelle il travaille. C'est ce qu'indique le chapitre sur l'état des connaissances sur les solutions proposées pour accompagner les personnes en situation d'épuisement professionnel. En effet, il apparaît que l'entier des solutions proposées pour traiter le burn-out est orienté sur l'individu. Bien que les auteurs décrivent des interventions orientées sur l'organisation, leurs résultats reflètent tout de même des solutions qui visent à augmenter l'adéquation et l'adaptation de l'individu à son travail plutôt que l'inverse. C'est pourquoi les entreprises doivent se rendre compte de leur rôle et mettre en œuvre des solutions pour améliorer la santé et le bien-être de leurs collaborateurs (Blum-Rüegg, 2018, p. 3). Dans ce sens, Bakker et Demerouti (2018, p. 6) proposent que les entreprises agissent à tous les niveaux de leur organisation en favorisant des pratiques en ressources humaines, un leadership transformationnel et le soutien social entre collègues car ces éléments influencent positivement l'engagement professionnel et le rendement au travail. Néanmoins, selon Périlleux et Vendramin, (2017, p. 6) ces propositions ne remettent pas en cause le modèle de performance ni la vision de l'organisation de travail qui sont considérés comme sources potentielles de burn-out. Ces auteurs ajoutent que « prévenir le burn-out, ou le soigner, ne peut reposer sur des solutions adaptatives pour faire taire le mal et la plainte, par la médication ou la psychologisation, en renvoyant sur le front de la « guerre économique » des professionnels mis à mal dans leurs performances, dont on aurait « rechargé les batteries ». Car si rien ne change dans le modèle économique, la clinique risque de devenir un emplâtre sur une jambe de bois. » (Périlleux & Vendramin, 2017, p. 5).

Pour aller dans le sens de la promotion de la santé, le CSS (2017, p. 21) recommande que les enfants scolarisés soient sensibilisés au bien-être et à un mode de vie saine, à la gestion du stress et au surinvestissement de l'activité professionnelle pour prévenir le burn-out. De plus, Lebert-Charron et al. (2019, p. 5) mentionnent que dans les pays anglo-saxons et scandinaves la promotion du bien-être scolaire est au centre de la conception pédagogique. Pour concrétiser cette mission, ils ont par exemple élaboré un programme *Penn Resiliency Program* basé sur la psychologie positive. Ce programme prône la coopération entre pairs et encourage les élèves à développer une vision plus positive d'eux-mêmes, des autres, de l'avenir et du monde en général. Les résultats de sa mise en place sont positifs : le nombre de cas de dépression scolaire a diminué et la qualité des relations sociales des enfants s'est améliorée (Lebert-Charron et al., 2019, p. 8).

Pour ce qui a trait à la promotion de pratiques bienveillantes, Blum-Rüegg (2018, p. 143) est convaincu de la nécessité d'un recueil de scénarios qui renforcerait la communication autour

de la mise en œuvre de bonnes pratiques montrant des solutions efficaces pour la santé psychosociale des collaborateurs. L'auteure cite aussi « Le Grand Prix Suisse *Santé-Entreprise* de Citizen@Work-Swiss » qui recense et récompense depuis longtemps l'engagement des entreprises en faveur de la santé et de la sécurité des travailleurs (Blum-Rüegg, 2018, p. 143).

Il n'empêche que cette même auteure précise aussi qu'il est bon de remettre de temps en temps en question la place du travail comme source de sens (Blum-Rüegg, 2018, p. 67). Cette réflexion est soutenue par Clouston (2015, p. 98) qui explique que le travail ne devrait pas être perçu comme une finalité en soi mais comme une activité *de faire* qui participe à l'équilibre occupationnel et à une meilleure qualité de vie. Elle stipule aussi que nos vies sont si remplies que nous oublions de rechercher le sens de soi et le sens de la vie, que ce genre de questions existentielles est mis de côté pendant que nous courons partout en faisant ce que nous croyons absolument devoir faire (Clouston, 2015, p. 98). Ainsi, le semi-confinement ou confinement mondial provoqué par le COVID-19 durant lequel ce travail de master se réalise semble être un moment idéal pour chacun de se questionner sur ce qui est significatif pour lui, sur ses choix de mode de vie et sur la manière de gérer la dynamique de son équilibre occupationnel entre le faire, l'être, l'appartenir et le devenir. En effet, l'épuisement des ressources des individus provoqué par les sociétés capitalistes peut être mis en parallèle de l'épuisement des ressources que ces mêmes sociétés font subir à la planète. Cette pandémie met à l'épreuve l'idée même du système capitaliste occidental porté sur la croissance et le matérialisme. Ainsi, cette occasion permettra peut-être de faire émerger de nouvelles idées ou d'appliquer celles qui visent à traiter plus respectueusement et dignement l'humanité et l'environnement duquel elle est interdépendante.

7.1 Limites

Bien que les résultats de cette recherche fassent échos à ceux d'autres écrits scientifiques, certaines limites sont identifiées.

- 1) Bien que dans toute étude qualitative il y ait une empreinte subjective du chercheur parce que celui-ci s'engage dans le processus de recherche (Tong, Sainsbury, & Craig, 2007, p. 351), l'étudiante chercheuse s'est assurée de diminuer le risque de biais personnel. En effet, elle a fait un compte rendu de son expérience personnelle par rapport au sujet à l'étude. De plus, elle a tenu un journal de bord avant et après la collecte de données par souci de transparence (Tong et al., 2007, p. 353)
- 2) Comme décrit dans la méthode, une évaluation des besoins de santé doit inclure tous les groupes ayant des intérêts liés à la problématique afin d'identifier l'ensemble des catégories de besoins (Paquette & Chagnon, 2000, p. 115). Dans cette étude, la

catégorie des besoins ressentis par les personnes atteintes par la problématique a peu été explorée. En effet, sur les six participants, deux ont dévoilé spontanément le fait qu'ils avaient eux-mêmes déjà vécu un burn-out. Bien que la voix de la clientèle-cible ait eu une certaine représentation, il aurait fallu évaluer leurs besoins ressentis pour traduire avec fidélité la complexité des dimensions de cette catégorie.

7.2 Pistes d'amélioration pour de futures recherches

Afin de respecter le principe d'inclusion de l'ensemble des parties prenantes liées à la problématique et de documenter la catégorie des besoins ressentis, il serait intéressant dans une future étude de favoriser l'intégration d'un plus large panel de personnes en situation d'épuisement professionnel. Ce groupe, atteint par la problématique, représente la clientèle-cible de cette étude et sa perception des besoins de santé serait nécessaire à la compréhension globale du problème. La réalisation d'une telle étude permettrait également de vérifier la concordance et la pertinence des résultats de cette future étude avec les résultats de l'étude actuelle.

Comme les résultats décrits dans cette étude montrent une proportion importante de besoins non comblés pour la population en situation d'épuisement professionnel, il semble cohérent d'offrir plus de services à cette clientèle et il serait pertinent de développer des programmes spécifiques. Ainsi, le développement de programmes de promotion, de prévention ou de réadaptation, avec la contribution active des usagers, des professionnels et des gestionnaires responsables, répondrait aux besoins décrits dans cette recherche.

*« Allez encore un effort !
Le travail c'est la santé
Rien faire c'est la conserver
Les prisonniers du boulot
(Plus fort !)
Font pas de vieux os »*

8 CONCLUSION

Cette évaluation des besoins de santé des personnes en situation d'épuisement professionnel dans le canton de Vaud a permis d'identifier et de décrire plusieurs besoins non comblés. On peut en déduire qu'il existe un certain écart entre l'offre des services actuels et les besoins de santé des personnes en burn-out dans le canton de Vaud. Ainsi, il y aurait lieu d'améliorer les services offerts à cette population sur le canton de Vaud.

A partir des résultats, des pistes d'amélioration des services ont émergés à différents niveaux : (a) celui des professionnels ; (b) des personnes ayant vécu un burn-out qui deviennent expertes de la problématique ; (c) des entreprises et (d) de la société.

En effet, les professionnels interrogés souhaiteraient que des ressources se développent pour les professionnels en matière de formation, d'informations de terrain et de collaboration. Ces ressources permettraient d'une part d'engager le processus d'accompagnement des personnes en burn-out de manière rapide et cohérente. D'autre part, elles pourraient permettre de réduire les impacts majeurs d'un manque de suivi pour la personne en burn-out, sa famille, son milieu de travail et la société.

Ce qui a été dit par les informateurs clés entre en résonance avec les écrits scientifiques et pourrait servir d'inspiration pour la mise en place de programmes multidimensionnels qui faciliteraient la promotion et la prévention de la santé par rapport au travail ou la réadaptation des personnes en situation d'épuisement professionnel. Ces programmes pourraient être construits en pluridisciplinarité pour prioriser les solutions par rapport aux besoins perçus.

Enfin, cette étude pourrait servir de canevas pour de nombreux professionnels du canton de Vaud et probablement de Suisse romande qui souhaitent s'adresser aux personnes en situation d'épuisement professionnel. Étant donné que les résultats ciblent les besoins de santé des personnes en burn-out, tout professionnel du monde politique, économique ou socio-sanitaire, a des pistes de solution pour agir en amont de l'épuisement professionnel ou pour réduire l'écart entre ce qui est offert et ce qui est souhaité. En effet, il a l'opportunité de

se baser sur les recommandations de promotion, de prévention et de réadaptation spécifiques émises par des organismes compétents et par les professionnels interrogés, experts du sujet.

9 RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Ahola, K., Toppinen-Tanner, S., & Seppänen, J. (2017). Interventions to alleviate burnout symptoms and to support return to work among employees with burnout : Systematic review and meta-analysis. *Burnout Research*, 4, 1-11. <https://doi.org/10.1016/j.burn.2017.02.001>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Aydemir, O., & Icelli, I. (2013). Burnout : Risk Factors. In S. Bährer-Kohler (Ed.), *Burnout for experts : Prevention in the context of living and working* (pp. 119-143). Boston : Springer. doi : https://doi.org/10.1007/978-1-4614-4391-9_8
- Awa, W. L., Plaumann, M., & Walter, U. (2010). Burnout prevention : A review of intervention programs. *Patient Education and Counseling*, 78(2), 184-190. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2009.04.008>
- Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2017). Job demands–resources theory : Taking stock and looking forward. *Journal of Occupational Health Psychology*, 22(3), 273-285. <https://doi.org/10.1037/ocp0000056>
- Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2018). Multiple levels in job demands-resources theory : Implications for employee well-being and performance. In E. Diener, S. Oishi, & L. Tay (Eds.), *Handbook of wellbeing*. Salt Lake City : DEF Publishers. doi : nobascholar.com
- Blum-Rüegg, A. (Ed.). (2018). *Gestion de la santé en entreprise : principes de base et tendances*. Rapport 7. Berne et Lausanne : Promotion Santé Suisse.
- Canadian Interprofessional Health Collaborative. (2010). *Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme*. Récupéré de https://www.rcpi.ulaval.ca/fileadmin/media/Coffre_a_outils/CIHC_IPCompetencies-FrR_Sep710.pdf
- Commission cantonale d'éthique de la recherche sur l'être humain du canton de Vaud. (2019). *Soumission*. Récupéré de <http://cer-vd.ch/soumission/premiers-pas.html>
- Chancellerie fédérale. (2002). *Votation populaire du 3 mars 2002*. Récupéré de <https://www.bk.admin.ch/bk/fr/home/dokumentation/volksabstimmungen/volksabstimmung-20020303.html>
- Chancellerie fédérale. (2007). *Votation populaire du 17 juin 2007*. Récupéré de <https://www.bk.admin.ch/bk/fr/home/dokumentation/volksabstimmungen/volksabstimmung-20070617.html>
- Chancellerie fédérale. (2012). *Votation populaire du 11 mars 2012*. Récupéré de <https://www.bk.admin.ch/bk/fr/home/dokumentation/volksabstimmungen/volksabstimmung-20120311.html>
- Chancellerie fédérale. (2013a). *Votation fédérale du 24 novembre 2013*. Récupéré de <https://www.bk.admin.ch/bk/fr/home/documentation/votations/votation-federale-du-24-novembre-2013.html>
- Chancellerie fédérale. (2013b). *Votation fédérale du 22 septembre 2013*. Récupéré de <https://www.bk.admin.ch/bk/fr/home/dokumentation/volksabstimmungen/volksabstimmung-20130922.html>
- Chancellerie fédérale. (2020). *Incapacité de travail pour cause de maladie / grossesse - droits et obligations*. Récupéré de <https://www.ch.ch/fr/incapacite-travail/>
- Clouston, T. J. (2015). *Challenging stress, burnout and rust-out : finding balance in busy lives*. London : Jessica Kingsley Publishers.
- Conseil fédéral. (2016). *Votation populaire du 5 juin 2016*. Récupéré de <https://www.admin.ch/gov/fr/accueil/documentation/votations/20160605.html>
- Conseil fédéral. (2018). *Votation populaire du 25 novembre 2018*. Récupéré de <https://www.admin.ch/gov/fr/accueil/documentation/votations/20181125.html>
- Conseil fédéral. (2020a). *Loi fédérale complétant le Code civil suisse*. Récupéré de <https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19110009/index.html>

- Conseil fédéral. (2020b). *Loi fédérale sur l'assurance-invalidité*. Récupéré de <https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19590131/index.html#id-1-1>
- Conseil fédéral. (2020c). *Loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales*. Récupéré de <https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/20002163/index.html>
- Conseil fédéral. (2020d). 822.11. *Loi fédérale sur le travail dans l'industrie, l'artisanat et le commerce*. Récupéré de <https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19640049/index.html#a6>
- Conseil national. (2019). *Rapport de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du 15 février 2019*. Récupéré de [https://www.parlament.ch/centers/kb/Documents/2018/Rapport de la commission CSSS-N 18.416 2019-02-15.pdf](https://www.parlament.ch/centers/kb/Documents/2018/Rapport%20de%20la%20commission%20CSSS-N%2018.416%202019-02-15.pdf)
- Conseil Supérieur de la Santé. (2017). *Burnout et travail*. Bruxelles : CSS. Avis n° 9339.
- Corbière, M., & Durand, M.-J. (2011). *Du trouble mental à l'incapacité au travail. Une perspective transdisciplinaire qui vise à mieux saisir cette problématique et à offrir des pistes d'intervention*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Demerouti, E. (2015). Strategies used by individuals to prevent burnout. *European Journal of Clinical Investigation*, 45(10), 1106-1112. <https://doi.org/10.1111/eci.12494>
- Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F., & Schaufeli, W. B. (2001). The job demands-resources model of burnout. *Journal of Applied Psychology*, 86(3), 499-512. doi :10.1037/0021-9010.86.3.499
- Demerouti, E., & Nachreiner, F. (1998). Zur Spezifität von Burnout für Dienstleistungsberufe: Fakt oder Artefakt? [The specificity of burnout in human services: Fact or artifact?]. *Zeitschrift für Arbeitswissenschaft*, 52, 82-89.
- Desrosiers, J., & Larivière, N. (2014). Le groupe de discussion focalisée : application pour recueillir des informations sur le fonctionnement au quotidien des personnes avec un trouble de la personnalité limite. In M. Corbière., & N. Larivière (Eds.), *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes : dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé* (pp. 257-281). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Dombrowski, U., & Wagner, T. (2014). Mental strain as field of action in the 4th industrial revolution. *Procedia CIRP*, 17, 100-105. <https://doi.org/10.1016/j.procir.2014.01.077>
- Droz, N., & Wahlen, A. (2018). *Burnout la maladie du XXI^e siècle ?*. Lausanne : Éditions Favre SA.
- Durand, M. J., Vézina, N., Baril, R., Loisel, P., Richard, M. C., & Ngomo, S. (2009). Margin of manoeuvre indicators in the workplace during the rehabilitation process : A qualitative analysis. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 19(2), 194-202. <https://doi.org/10.1007/s10926-009-9173-4>
- Dutoit, M., Besse, C., Hausmann, P., Spagnoli, D., & Bonsack, C. (2014). Une expérience de soutien à l'emploi pour les personnes souffrant de troubles psychiques en Suisse romande. *Rev Med Suisse*, 10, 1711-1714.
- Ekstedt, M., & Fagerberg, I. (2005). Lived experiences of the time preceding burnout. *Journal of Advanced Nursing*, 49(1), 59-67. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03264.x>
- Elo, S., Kääriäinen, M., Kanste, O., Pölkki, T., Utriainen, K., & Kyngäs, H. (2014). Qualitative Content Analysis : A Focus on Trustworthiness. *SAGE Open*, 4(1), 215824401452263. <https://doi.org/10.1177/2158244014522633>
- Estellat, C. (2004). *Revue des méthodes d'évaluation des besoins de santé*. Rapport DGOS (Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins). Paris : Ministère de la santé et de la protection sociale. P.1-25. Récupéré de : https://www.google.fr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwj8uZLf4anqAhVJqxoKHWbrDK0QFjABegQIAxAB&url=https%3A%2F%2Fwww.reseauspsychologues.eu%2Ffile%2F6641%2F&usg=AOvVaw1Ah0PyDjCh8Ostta5iQPs_
- Erlandsson, L.-K. (2013). The Redesigning Daily Occupations (ReDO)-Program : Supporting women with stress-related disorders to return to work-knowledge base, structure, and

- content. *Occupational Therapy in Mental Health*, 29(1), 85-101. <https://doi.org/10.1080/0164212X.2013.761451>
- Eurofound. (2018). *Burnout in the workplace : A review of data and policy responses in the EU*. Luxembourg : Publications Office of the European Union.
- Eurofound. (2020). *Country profiles*. Récupéré de <https://www.eurofound.europa.eu/country>
- Fava, G. A., & Tomba, E. (2009). Increasing psychological well-being and resilience by psychotherapeutic methods. *Journal of Personality*, 77(6), 1903-1934. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2009.00604.x>
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondement et étapes du processus de recherche. Méthode quantitative et qualitatives* (3^e ed.). Québec : Chenelière Éducation.
- Freudenberger, H. J. (1974). Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues*, 30(1), 159-165. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x>
- Gallagher, F. (2014). La recherche descriptive interprétative : description des besoins psychosociaux de femmes à la suite d'un résultat anormal à la mammographie de dépistage du cancer du sein. In M. Corbière., & N., Larivière (Eds.), *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes : dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé* (pp. 5-28). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Galliker, S., Igic, I., Elfering, A., Semmer, N., Brunner, B., & Wieser, S. (2018). *Job Stress Index 2018. Enquête sur des indicateurs en matière de santé psychique et de stress dans la population active en Suisse*. Feuille d'information 34. Berne : Promotion Santé Suisse.
- Grensman, A., Acharya, B. D., Wändell, P., Nilsson, G. H., Falkenberg, T., Sundin, Ö., & Werner, S. (2018). Effect of traditional yoga, mindfulness-based cognitive therapy, and cognitive behavioral therapy, on health related quality of life : A randomized controlled trial on patients on sick leave because of burnout. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 18(1), 80. <https://doi.org/10.1186/s12906-018-2141-9>
- Haute Autorité de Santé. (2017). *Repérage et prise en charge cliniques du syndrome d'épuisement professionnel ou burnout*. Récupéré de https://www.has-sante.fr/jcms/c_2769318/fr/reperage-et-prise-en-charge-cliniques-du-syndrome-d-epuisement-professionnel-ou-burnout#toc_1_9
- Haute Autorité de Santé. (2019). *Santé et maintien en emploi : prévention de la désinsertion professionnelle des travailleurs. Méthode recommandations pour la pratique clinique*. Récupéré de https://www.has-sante.fr/jcms/c_2903507/fr/sante-et-maintien-en-emploi-prevention-de-la-desinsertion-professionnelle-des-travailleurs
- Hakanen, J. J., & Bakker, A. B. (2017). Born and bred to burn out : A life-course view and reflections on job burnout. *Journal of Occupational Health Psychology*, 22(3), 354-364. <https://doi.org/10.1037/ocp0000053>
- Håkansson, C., & Ahlborg, G. (2018). Occupational imbalance and the role of perceived stress in predicting stress-related disorders. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 25(4), 278-287. <https://doi.org/10.1080/11038128.2017.1298666>
- Hämmig, O. (2018). Explaining burnout and the intention to leave the profession among health professionals – a cross-sectional study in a hospital setting in Switzerland. *BMC Health Services Research*, 18(1), 785. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3556-1>
- Hämmig, O., Brauchli, R., & Bauer, G. (2012). Effort-reward and work-life imbalance, general stress and burnout among employees of a large public hospital in Switzerland. *Swiss Medical Weekly*. <https://doi.org/10.4414/smw.2012.13577>
- Hobfoll, S. E. (1989). Conservation of resources : a new attempt at conceptualizing stress. *Am. Psychol.* 44, 513–524. doi : 10.1037/0003-066x.44.3.513
- Hochstrasser, B., Brühlmann, T., Cattapan, K., Hättenschwiler, J., Holsboer-Trachsler, E., Kawohl, ... Keck, M. E. (2016). Le traitement du burnout, partie 2 : Recommandations pratiques. *Forum Med Suisse*, 16(2627), 561-566. <https://doi.org/10.4414/fms.2016.02698>
- Igic, I., Keller, A., Luder, L., Elfering, A., Semmer, N., Brunner, B., & Wieser, S. (2015). *Job Stress Index 2015. Enquête sur des indicateurs en matière de santé psychique et de*

- stress dans la population active en Suisse*. Feuille d'information 10. Berne et Lausanne : Promotion Santé Suisse.
- Jenny, G. J., Bauer, G. F., Forbech Vinje, H., Vogt, K., & Torp, S. (2017). The application of salutogenesis to work. In M. B. Mittelmark, S. Sagy, M. Eriksson, G. F. Bauer, J. M. Pelikan, B. Lindström, & G. A. Espnes (Eds.), *The handbook of salutogenesis* (pp. 197-210). New York : Springer. doi : <https://doi.org/10.1007/978-3-319-04600-6>
- Jonckheer, P., Stordeur, S., Lebeer, G., Roland, M., De Schampheleire, J., De Troyer, M., ... Kohn, L. (2011). *Le Burnout des médecins généralistes : prévention et prise en charge*. Health Services Research (HSR). Bruxelles : Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE). KCE Reports 165B. D/2011/10.273/54
- Kärkkäinen, R., Saaranen, T., & Räsänen, K. (2019). Occupational health care return-to-work practices for workers with job burnout. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 26(3), 194-204. <https://doi.org/10.1080/11038128.2018.1441322>
- Karasek, R. A., & Theorell, T. (1990). *Healthy work : Stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York : Basic Books.
- Kettani, A. E., Serhier, Z., Othmani, M. B., Agoub, M., & Battas, O. (2019). French language questionnaires assessing burnout among caregivers : a literature review. *Journal of Medical and Surgical Research*, Vol VI, N°1, 622-626.
- Krieger, R., Graf, M., & Vanis, M. (2017). *Sixième Enquête européenne sur les conditions de travail. Résultats choisis, tirés de l'Enquête sur les conditions de travail des travailleurs salariés en Suisse*. Secrétariat d'État à l'économie.
- Kristensen, T. S., Borritz, M., Villadsen, E., & Christensen, K. B. (2005). The Copenhagen Burnout Inventory : A new tool for the assessment of burnout. *Work & Stress*, 19(3), 192-207. <https://doi.org/10.1080/02678370500297720>
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York : Springer.
- Lebert-Charron, A., Boujut, E., Beaudoin, M., & Quintard, B. (2019). Du stress au burnout scolaire : définitions, déterminants psychosociaux, évaluation et pistes de prévention. *Pratiques psychologiques*. <https://doi.org/10.1016/j.prps.2019.02.002>
- Leiter, M.P., & Maslach, C. (2004). Areas of worklife : a structured approach to organizational predictors of job burnout. In P. L. Perrewe, & D. C. Ganster (Eds.), *Research in occupational stress and well-being* (pp. 91-134). Oxford : Elsevier.
- Leka, S., Griffiths, A., & Cox, T. (2004). Organisation du travail et stress : approches systématiques du problème à l'intention des employeurs, des cadres dirigeants et des représentants syndicaux. Récupéré de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42809/9242590479.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Luken, M., & Sammons, A. (2016). Systematic review of mindfulness practice for reducing job burnout. *American Journal of Occupational Therapy*, 70(2), 7002250020p1. <https://doi.org/10.5014/ajot.2016.016956>
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior*, 2, 99-113.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422. <http://dx.doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397>
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2016a). Understanding the burnout experience : Recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*, 15(2), 103-111. <https://doi.org/10.1002/wps.20311>
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2016b). Burnout. In G. Fink (Ed.), *Stress : Concepts, cognition, emotion, and behavior* (pp. 351-357). Cambridge, MA : Academic Press. doi : <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-800951-2.00044-3>
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2017). New insights into burnout and health care : Strategies for improving civility and alleviating burnout. *Medical Teacher*, 39(2), 160-163.
- Maricuțoiu, L. P., Sava, F. A., & Butta, O. (2016). The effectiveness of controlled interventions on employees' burnout : A meta-analysis. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 89(1), 1-27. <https://doi.org/10.1111/joop.12099>

- Mazza, D., Brijnath, B., Chakraborty, S. P., & the Guideline Development Group. (2019). *Clinical guideline for the diagnosis and management of work-related mental health conditions in general practice*. Melbourne : Monash University.
- Mikolajczak, M., Brianda, M. E., Avalosse, H., & Roskam, I. (2018). Consequences of parental burnout : Its specific effect on child neglect and violence. *Child Abuse & Neglect*, 80, 134-145. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.03.025>
- Näätänen, P., Aro, A., Matthiesen, S., & Salmela-Aro, K. (2003). *Bergen Burnout Indicator-15*. Edita.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2016). *Workplace health : management practices*. Récupéré de <https://www.nice.org.uk/guidance/ng13>
- Noburnout. (2020). *Retraite et groupe de soutien*. Récupéré de <https://www.noburnout.ch/formations/>
- Office fédéral de la statistique. (2019). *Conditions de travail et état de santé, 2012-2017. Enquête suisse sur la santé*. Récupéré de <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/etat-sante/psychique.assetdetail.9366233.html>
- Olsson, A., Erlandsson, L.-K., & Håkansson, C. (2020). The occupation-based intervention REDO™-10 : Long-term impact on work ability for women at risk for or on sick leave. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 27(1), 47-55. <https://doi.org/10.1080/11038128.2019.1614215>
- Organisation mondiale de la santé. (2011). *Guide d'intervention mhGAP*. Récupéré de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44501/9789242548068_fre.pdf?sequence=1
- Organisation mondiale de la santé. (2014). *Cinq clés pour des lieux de travail sains*. Récupéré de https://www.who.int/occupational_health/5_keys_fr_web.pdf?ua=1&ua=1
- Organisation mondiale de la santé. (2019a). *Plan d'action mondial pour la santé des travailleurs*. Récupéré de https://www.who.int/occupational_health/WHO_health_assembly_fr_web.pdf?ua=1
- Organisation mondiale de la santé. (2019b). *Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020*. Récupéré de https://www.who.int/mental_health/in_the_workplace/fr/
- Organisation mondiale de la santé. (2019c). QD85 Burn-out. In *International statistical classification of diseases and related health problems* (11th ed.). Récupéré de <https://icd.who.int/browse11/l-m/en/#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f129180281>
- Paquette, F., & Chagnon, F. (2000). *Cadre de référence pour le développement et l'évaluation des programmes aux Centres jeunesse de Montréal*. Montréal, QC : Centres Jeunesse de Montréal.
- Pérelleux, T., & Vendramin, P. (2017). *Le travail est-il devenu insoutenable ?* Récupéré de https://cdn.uclouvain.be/groups/cms-editors-iacchos/actes-et-publications/01_sociétés%20en%20changement_burnout_mars2017depliant.pdf
- Perski, O., Grossi, G., Perski, A., & Niemi, M. (2017). A systematic review and meta-analysis of tertiary interventions in clinical burnout. *Scandinavian Journal of Psychology*, 58(6), 551-561. <https://doi.org/10.1111/sjop.12398>
- Pijpker, R., Vaandrager, L., Veen, E. J., & Koelen, M. A. (2019). Combined interventions to reduce burnout complaints and promote return to work : A systematic review of effectiveness and mediators of change. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(1), 55. <https://doi.org/10.3390/ijerph17010055>
- Pines, A. M., & Aronson, E. (1988). *Career burnout*. New York: Free Press.
- Prestations de l'AI 4.12. (2020). *Détection et intervention précoces*. Récupéré de <https://www.ahv-iv.ch/p/4.12.f>
- Promotion Santé Suisse. (2019). *Reconnaissance du burn-out en tant que maladie professionnelle : Le burn-out - il existe un lien évident avec le travail*. Récupéré de <https://promotionsante.ch/qui-sommes-nous/medias/communiques-de->

10 ANNEXES

Annexe A : lettre d'explications du projet

Annexe B : formulaire de consentement

Annexe C : guide d'entrevue

Annexe A : lettre d'explications du projet

Lettre d'informations destinée aux personnes accompagnant la population en situation d'épuisement professionnel

Titre du projet de recherche

Évaluation des besoins de santé de la population en situation d'épuisement professionnel dans le canton de Vaud.

Responsables du projet

- Étudiante au Master responsable du projet : Zoé Prisse, ergothérapeute, étudiante au Master en Sciences de la Santé (HES-SO/UNIL).
Courriel : zoe.prisselattion@master.hes-so.ch
- Directrice de recherche : Julie Desrosiers, PhD, Professeure associée dans la filière ergothérapie, HES-SO, EESP
Courriel : julie.desrosiers@eesp.ch

But de l'étude

Cette étude a pour but d'évaluer les besoins de santé des personnes en situation d'épuisement professionnel par les experts de l'épuisement professionnel du canton de Vaud.

Nature et déroulement de votre participation

Si vous participez à l'étude, votre collaboration consistera en une entrevue de groupe en compagnie d'autres experts accompagnant aussi des personnes en situation d'épuisement professionnel. Ce groupe de discussion sera animé par Zoé Prisse, responsable du projet. Il s'agira d'un groupe de discussion d'une durée d'environ 120 minutes. Vous serez appelé(e) lors du groupe à donner votre opinion sur la problématique du burn-out et l'accès aux soins des personnes atteintes. Nous désirons connaître quels sont les forces du système de soins, les éléments à améliorer pour la promotion de la santé, en prévention, au moment du traitement, ou en prévention d'une rechute. L'entrevue sera enregistrée pour nous assurer de ne rien perdre de vos propos et commentaires.

Confidentialité et anonymat

Tous les renseignements recueillis au cours du projet de recherche demeureront strictement confidentiels dans les limites prévues par la loi.

Les groupes de discussion seront enregistrés sur magnétophone numérique, sous format MP3. Lors des transcriptions de l'entrevue, votre nom sera changé par le numéro de code, afin d'assurer votre anonymat. Aucune donnée nominative ne sera présente dans les écrits qui émaneront du projet d'étude. Toutes les données seront détruites un an après la diffusion des résultats, c'est-à-dire après un maximum de 7 ans, suite à votre participation.

Risques et inconvénients

Le seul inconvénient de participer à cette étude est de prendre le temps pour participer à une entrevue de groupe (120 minutes).

Bénéfices

Votre participation à l'étude contribuera à mieux comprendre les besoins de santé des personnes concernées par la problématique de l'épuisement professionnel. Ce projet de recherche permettra de faire avancer les connaissances dans ce domaine.

Participation volontaire et droit de retrait

Votre participation à cette étude est entièrement volontaire. En tout temps, vous pouvez vous retirer en faisant connaître votre décision à la responsable du projet sans craindre de

préjudices quelconques. Si vous décidez de vous retirer de l'étude, les données obtenues de votre participation seront immédiatement détruites à votre demande.

Compensation

Vous ne recevrez aucune compensation financière ou sous une autre forme pour votre participation à ce projet.

Clause de responsabilité

En acceptant de participer aux entretiens, vous ne renoncez à aucun de vos droits légaux ni ne libérez les chercheurs impliqués de leurs responsabilités légales et professionnelles.

Personne-ressource

Si vous désirez vous retirer de la recherche, si vous avez des questions ou si vous jugez que les informations reçues ne sont pas assez claires, veuillez contacter la responsable du projet, Zoé Prisse, par courriel : zoe.prisselattion@master.hes-so.ch ou téléphone : 0774624537.

Annexe B : formulaire de consentement

Formulaire de consentement destiné aux personnes accompagnant la population en situation d'épuisement professionnel

Titre de l'étude

Évaluation des besoins de santé de la population en situation d'épuisement professionnel dans le canton de Vaud.

Signature requise pour la personne participant au groupe de discussion

- Je reconnais avoir lu le présent formulaire.
- Je comprends l'information qui m'a été communiquée afin que je puisse donner un consentement éclairé.
- J'ai obtenu des réponses satisfaisantes à mes interrogations au sujet des différents aspects du projet de recherche.
- Je comprends et accepte que les entrevues de groupe auxquelles je vais participer seront enregistrées.
- J'ai disposé de suffisamment de temps pour réfléchir à ma décision quant à ma participation ou non à cette étude.

Je, soussigné, accepte volontairement de participer à l'étude proposée. Il est entendu que je peux me retirer en tout temps et ce, sans aucun préjudice.

En signant ce formulaire d'information et de consentement, je comprends que l'on me remettra un exemplaire dûment signé de celui-ci que je conserverai jusqu'à la fin de ma participation à cette étude.

Je comprends qu'on me remettra une copie signée du présent formulaire d'information et de consentement après sa signature.

Nom du participant (en lettres moulées) : _____

Signature : _____ Date _____ / _____ / _____
(Jour) (Mois) (Année)

Téléphone :

Courriel :

Je désire recevoir une copie du travail de master

Signature requise pour l'étudiante chercheuse

- J'atteste avoir expliqué aux parents tous les termes du présent formulaire, avoir répondu au meilleur de ma connaissance aux questions éventuelles et leur avoir souligné la possibilité de se retirer à tout moment du projet de recherche.
- Je m'engage à m'assurer que les participants reçoivent un exemplaire de ce formulaire d'information et de consentement.

Signature de Zoé Prisse, étudiante : _____

Date : _____ / _____ / _____

Annexe C : guide d'entrevue

(120 min)

MOT D'INTRODUCTION (10 min)

Bonjour à tous,

Tout d'abord, je vous remercie de votre intérêt pour ce projet. Je suis Zoé Prisse, ergothérapeute et étudiante au master en sciences de la santé. Pour mon travail de fin d'étude, je m'intéresse aux besoins de santé des personnes en situation d'épuisement professionnel évalués par les experts du domaine dans le canton de Vaud. Le but étant de connaître quel est l'écart entre un état de santé constaté et un état de santé souhaité pour déterminer des priorités de santé et faire des propositions d'interventions les plus adéquates possibles.

Dans le cadre de cet entretien de groupe, je souhaite essentiellement connaître votre expérience en tant qu'experts de l'épuisement professionnel. Les échanges vont durer environ deux heures. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, uniquement des points de vue différents. Il n'est pas nécessaire non plus de parvenir à un consensus. Tout le monde doit se sentir à l'aise d'émettre son opinion.

Pour faciliter la discussion, je vous demande de parler assez fort et une seule personne à la fois. J'enregistre parce que je ne veux perdre aucune des opinions émises lors de la retranscription. A la fin de la discussion, vos prénoms seront remplacés par des noms fictifs pour préserver votre anonymat.

N'hésitez pas à m'interrompre ou me solliciter pour toutes questions ou demandes d'éclaircissement.

- QUESTION 1** *Quelles sont les forces du système actuel, en Suisse pour le canton de Vaud, pour répondre à la problématique du burn-out ? (Appréciation de l'offre de services actuelle)*
20 minutes
- QUESTION 2** *Quels sont les besoins des personnes en situation d'épuisement professionnel auxquels on ne répond pas ?
Quels sont les écarts à combler ?*
20 minutes
- QUESTION 3** *Pour aller plus en détail, lorsqu'une personne fait un burn-out, elle passe par trois phases principales : celle de l'érosion de son énergie jusqu'à la rupture, puis celle de l'arrêt maladie avec la nécessité de se reposer et de se rétablir et la dernière avec la reprise progressive du travail. Pouvez-vous décrire plus précisément les besoins non-comblés des personnes en situations de burn-out lors de ces 3 phases ? (Besoins de soins ou de services)*
20 minutes
- QUESTION 4** *Dans un monde idéal, sans contrainte financière par exemple, que proposeriez-vous pour répondre à ces besoins-là ?
Quels seraient vos propositions de solutions ou d'interventions pour atteindre un état de santé (soins-services) désiré ?
Quelles actions peuvent-être mise en place ?*
20 minutes

- *En promotion de la santé (en amont)*
- *En prévention (actions préventives)*
- *Au moment du traitement*
- *En prévention d'une rechute*
- *A long terme lorsque la personne retrouve son énergie*

QUESTION 5

15 minutes

Ces solutions pour un monde idéal diffèrent-elles des solutions concrètes que vous mettriez en pratique dans votre pratique actuelle ?

RESUME DES ECHANGES

5 à 10 minutes

Le résumé de la discussion peut être fait par l'animateur.

CONCLUSION

5 à 10 minutes

Est-ce que quelque chose a été oublié ?

Est-ce que quelqu'un parmi vous souhaite ajouter autre chose, apporter une précision ?

FIN

Je vous remercie infiniment pour le temps que vous avez accordé à cette recherche, pour votre participation active et votre investissement.