

## Les facteurs bloquants ou facilitants la réintégration au travail chez les personnes en burnout

**Auteur :** Lehaen, Cloé

**Promoteur(s) :** Hansez, Isabelle

**Faculté :** Faculté de Psychologie, Logopédie et Sciences de l'Éducation

**Diplôme :** Master en sciences psychologiques, à finalité spécialisée en psychologie sociale, du travail et des organisations

**Année académique :** 2020-2021

**URI/URL :** <http://hdl.handle.net/2268.2/12349>

---

### *Avertissement à l'attention des usagers :*

*Tous les documents placés en accès ouvert sur le site le site MatheO sont protégés par le droit d'auteur. Conformément aux principes énoncés par la "Budapest Open Access Initiative"(BOAI, 2002), l'utilisateur du site peut lire, télécharger, copier, transmettre, imprimer, chercher ou faire un lien vers le texte intégral de ces documents, les disséquer pour les indexer, s'en servir de données pour un logiciel, ou s'en servir à toute autre fin légale (ou prévue par la réglementation relative au droit d'auteur). Toute utilisation du document à des fins commerciales est strictement interdite.*

*Par ailleurs, l'utilisateur s'engage à respecter les droits moraux de l'auteur, principalement le droit à l'intégrité de l'oeuvre et le droit de paternité et ce dans toute utilisation que l'utilisateur entreprend. Ainsi, à titre d'exemple, lorsqu'il reproduira un document par extrait ou dans son intégralité, l'utilisateur citera de manière complète les sources telles que mentionnées ci-dessus. Toute utilisation non explicitement autorisée ci-avant (telle que par exemple, la modification du document ou son résumé) nécessite l'autorisation préalable et expresse des auteurs ou de leurs ayants droit.*

---



Faculté de Psychologie, Logopédie et Sciences de l'Education

**Les facteurs bloquants ou facilitants la  
réintégration au travail chez les personnes en  
burnout**

**Réalisé par Cloé LEHAEN**

Mémoire de fin d'études présenté en vue de l'obtention du grade de Master en Sciences Psychologiques, à finalité spécialisée en psychologie sociale, du travail et des organisations

Promotrice : **Isabelle Hansez**

Lecteurs : **Sylvie Blairy et Stéphanie Peters**

**Année académique 2020-2021**



## Remerciements

Tout d'abord, je remercie ma promotrice, Isabelle Hansez, ainsi qu'Audrey Babic et Julie Laurent, pour leur temps mais aussi pour leur encadrement et leurs conseils durant ce projet.

Je tiens à remercier mes deux lectrices, Sylvie Blairy et Stéphanie Peters pour l'intérêt porté à mon travail.

Ma reconnaissance va également à ma famille pour m'avoir encouragée et soutenue durant la réalisation de ce mémoire. Une attention particulière pour ma mère, qui a passé de nombreuses heures à la relecture de mon mémoire.

Merci à mes amis pour leurs encouragements et leur présence, et notamment à Florence et Justine, qui ont relu mon travail et prodigué leurs conseils. Je remercie aussi Catherine, qui a m'accompagnée tous les jours à la bibliothèque afin de me soutenir durant la rédaction.

A Serge, qui m'a aidée à définir mon projet il y a déjà deux ans mais aussi à constituer mon échantillon grâce à ses années d'expériences.

Enfin, merci à tous les participants que j'ai pu rencontrer, pour leur confiance, le partage de leurs ressentis mais aussi leur temps, qui ont permis à ce projet d'aboutir.

<b>REMERCIEMENTS.....</b>	<b>2</b>
<b>1 INTRODUCTION ET MISE EN CONTEXTE.....</b>	<b>5</b>
<b>2 REVUE DE LA LITTÉRATURE .....</b>	<b>7</b>
2.1 LE BURNOUT.....	7
2.1.1 Définitions .....	7
2.1.2 Facteurs influençant le burnout .....	10
2.1.3 Manifestations .....	17
2.1.4 Conséquences .....	18
2.1.5 Les différents types de prévention .....	19
2.2 LA RÉINTÉGRATION AU TRAVAIL .....	23
2.2.1 Définitions .....	23
2.2.2 Modèles .....	23
2.3 LES FACTEURS FACILITANTS ET BLOQUANTS LE RETOUR AU TRAVAIL.....	33
2.3.1 Les modèles dans la réintégration.....	33
2.3.2 Les différentes catégories de facteurs .....	36
2.3.3 Les interventions.....	40
2.4 SYNTHÈSE .....	42
2.5 QUESTION DE RECHERCHE ET HYPOTHÈSES .....	43
<b>3 MÉTHODOLOGIE.....</b>	<b>45</b>
3.1 CONTEXTE .....	45
3.2 PARTICIPANTS.....	53
3.2.1 Description de l'échantillon.....	53
3.2.2 Modalités de recrutement .....	53
3.2.3 Critères d'inclusion, d'exclusion .....	54
3.3 ENTRETIEN.....	55
3.3.1 Modalités de passation.....	55
3.3.2 Matériel.....	56
3.4 TRAITEMENT DES DONNÉES .....	56
<b>4 RÉSULTATS.....</b>	<b>58</b>
4.1 LES DIFFÉRENTES ÉTAPES DU BURNOUT.....	58
4.2 LES FACTEURS FACILITANTS LA RÉINTÉGRATION .....	60
4.2.1 Le rapport au travail : facteur lié au travail.....	60
4.2.2 Les interventions visant à réduire ou gérer le stress : facteur individuel.....	61
4.2.3 Le maintien et l'amélioration de la communication avec le superviseur et le lieu de travail : facteur lié au travail .....	63
4.2.4 L'adaptation du travail : facteur lié au travail.....	65
4.2.5 Le traitement des maladies cooccurrentes : facteur lié au burnout.....	67
4.3 LES FACTEURS BLOQUANTS LA RÉINTÉGRATION.....	67

4.3.1	<i>Les comorbidités : facteur lié au burnout</i> .....	67
4.3.2	<i>Le stress : facteur lié au travail</i> .....	68
4.3.3	<i>Le mauvais climat de travail : facteur lié au travail</i> .....	68
4.3.4	<i>Une longue absence (plus de six mois) : facteur lié au burnout</i> .....	69
4.4	FACTEURS SUPPLÉMENTAIRES .....	69
4.5	LES CATÉGORIES DE FACTEURS.....	70
<b>5</b>	<b>DISCUSSION</b> .....	<b>71</b>
5.1	INTERPRÉTATIONS DES RÉSULTATS EN LIEN AVEC LES HYPOTHÈSES .....	71
5.2	INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS SUPPLÉMENTAIRES .....	77
5.3	PERSPECTIVES.....	82
5.4	LIMITES.....	83
<b>6</b>	<b>CONCLUSION</b> .....	<b>85</b>
<b>7</b>	<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	<b>89</b>
<b>8</b>	<b>ANNEXES</b> .....	<b>100</b>
8.1	ANNEXE 1 : DESCRIPTION DE L'ÉCHANTILLON .....	100
8.2	ANNEXE 2 : MESSAGE D'INFORMATIONS-RÉSEAUX SOCIAUX .....	102
8.3	ANNEXE 3 : MESSAGE D'INFORMATIONS-AGENCE DE CONSULTANCE .....	103
8.4	ANNEXE 4 : MESSAGE D'INFORMATIONS-PARTICIPANTS VIA AGENCE DE CONSULTANCE .....	104
8.5	ANNEXE 5 : CANEVAS D'ENTRETIEN.....	105
<b>9</b>	<b>RÉSUMÉ</b> .....	<b>108</b>

# 1 Introduction et mise en contexte

Depuis la loi du 4 août 1996, le bien-être au travail s'est imposé comme une composante essentielle et dès lors, a fait l'objet de diverses études. Cette notion a évolué depuis son apparition en raison des changements se produisant dans le monde du travail. Cependant, de nombreuses entreprises n'investissent pas ce volet ou ne poursuivent pas la démarche jusqu'au bout. Aussi, malgré l'importance de cette question, certains ne la prennent pas en compte.

Le monde du travail est en perpétuelle évolution, impliquant une adaptation rapide des travailleurs. Les entreprises exigent des salariés plus de travail, de meilleure qualité sans adaptation du temps et/ou des ressources. Cette surcharge de travail provoque stress, tensions, dangers, ... pouvant déboucher notamment sur le burnout.

L'INAMI estime qu'il y a eu une augmentation de 39, 23% de burnouts et de dépression en 4 ans. En 2020, 19,37% des salariés et demandeurs d'emploi ainsi que 25, 42% des indépendants souffrent de burnout. En ce qui concerne le coût, l'assurance indemnités en 2019 chiffre à plus d'un 1,5 milliards d'euros. Ainsi, le burnout est une problématique coûteuse et répandue dans le monde du travail.

En Belgique, les lois du 28 février 2014 et du 28 mars 2014 ainsi que l'Arrêté Royal du 10 avril 2014 traitent la question des aspects psychosociaux dans le bien-être au travail, ce dernier devant être assuré par les employeurs. Il y a une obligation pour les employeurs de prévenir les risques psychosociaux, dont le burnout, au travail afin d'éviter les dommages causés ou, le cas échéant, les limiter.

Cependant, il n'est pas toujours possible d'intervenir avant que le burnout ne se déclare, amenant le travailleur à se retirer de son poste pendant une période plus ou moins longue afin de prendre du temps pour se ressourcer. Il semble important, au vu de la tendance au burnout présente dans la société, de savoir comment soutenir au mieux le travailleur dans sa démarche de guérison mais aussi de réintégration de son emploi. Cependant, plusieurs recherches font part de manquements concernant ce secteur, tant au niveau des facteurs influant sur ce processus que du processus en lui-même (Kärkkäinen et al., 2017, 2018a, 2018b ; Gragnano et al., 2017).

Cette étude a pour but d'aider à déterminer quels sont les éléments impliqués dans le retour au travail après un burnout afin d'avoir une meilleure conception de ce qui est aidant ou pas. A terme, les informations récoltées par les diverses études investiguant ce sujet pourraient favoriser la mise en place des interventions adaptées à cette problématique et ainsi fournir un support aux travailleurs dans ce cas de figure.



## 2 Revue de la littérature

Dans cette partie, nous allons poser un cadre théorique en s'attardant sur trois axes : le burnout, la réintégration au travail et les facteurs bloquants et aidants dans ce processus. La première partie investigate les définitions existantes sur le burnout ainsi que les thématiques s'y référant telles que ses manifestations, ses conséquences ou encore les facteurs y contribuant. La seconde partie vise à définir ce qu'est la réintégration au travail puis se penche sur les modèles théoriques existants déjà dans la littérature. Enfin, la troisième partie s'attache à recenser diverses études qui se sont intéressées aux différents éléments influençant ce processus.

### 2.1 Le Burnout

#### 2.1.1 Définitions

Donner une définition unique du burnout à l'heure actuelle n'est pas aisé. En effet, il n'y a pas encore de consensus entre les auteurs. En conséquent, il existe diverses définitions du burnout, souvent complémentaires.

La définition la plus répandue du burnout est celle formulée par Maslach et Jackson (1986). Selon cette définition, « *le burnout est un état d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et de diminution des performances, susceptible d'apparaître chez des individus qui travaillent avec d'autres individus* ».

Trois notions centrales se démarquent dans cette définition :

- L'épuisement émotionnel : fatigue, manque d'énergie, sensation d'un manque de résistance émotionnelle. Les travailleurs n'ont plus l'impression de pouvoir donner d'eux-mêmes psychologiquement parlant. Les symptômes se manifestent tant au niveau physique, émotionnel que cognitif. Il s'agit d'une dimension clé, nécessaire du burnout sans qu'elle ne soit suffisante. Bien que certains auteurs considèrent que le burnout pourrait se définir par cette seule dimension, faisant alors du burnout un concept unidimensionnel.
- La dépersonnalisation : il s'agit d'une réponse négative envers les autres, avec déshumanisation, pouvant s'accompagner d'irritabilité, d'un repli sur soi, de cynisme ainsi que d'une perte d'idéalisme. Selon Maslach et Leiter (2016a), le burnout implique

aussi une perte de connexion avec son travail, ayant un effet sur la motivation mais également sur l'identité du travailleur en souffrance. Le développement de la dépersonnalisation semble relié à l'épuisement émotionnel, ces deux aspects étant corrélés dans le burnout.

- La diminution des performances : ou une tendance à s'autoévaluer négativement. Les travailleurs ne sont ni contents, ni satisfaits d'eux-mêmes et du travail qu'ils ont fourni. Cette dernière notion n'est pas toujours prise en compte dans les recherches scientifiques.

Dans certaines études, les deux dernières dimensions sont réunies en une seule.

Aux trois dimensions mises en avant par la définition du burnout de Maslach et Jackson (1986), Guidetti et al. (2017) ont ajouté une quatrième dimension : la culpabilité se développant envers les collègues.

Schaufeli et al. (2017) ont également élaboré une définition du burnout. Celle-ci le décrit de la façon suivante :

*« En raison d'une surcharge au travail, souvent accompagnée d'une vulnérabilité personnelle et/ou de difficultés dans la vie privée, l'énergie nécessaire à la régulation de certains processus cognitifs et émotionnels ne peut plus être mobilisée. Cette perte de contrôle s'associe à l'épuisement pour aboutir à une réaction d'autoprotection dans laquelle est adoptée une distance mentale par rapport à la source d'épuisement (dans le cas d'un burnout: le travail). Il s'agit alors principalement d'une attitude négative, par exemple sous forme de cynisme. Néanmoins, cette attitude peut également se traduire par une distance physique prise par rapport au travail (par exemple en évitant le contact avec les collègues). La perte de contrôle engendre en outre une humeur dépressive chez la personne. Cette humeur est donc la conséquence d'une réaction émotionnelle et ne doit pas être assimilée à une dépression en tant que trouble psychologique indépendant.*

*Les symptômes de tension nerveuse (stress) sont considérés comme des symptômes secondaires et peuvent être utilisés pour obtenir une image plus complète du burnout. Ils constituent souvent le premier motif pour lequel une aide est sollicitée et peuvent être le signe avant-coureur d'un burnout sous forme de surmenage ».* (source <https://kuleuvenblogt.be/2017/02/20/op-zoek-naar-een-nieuwe-definitie-van-burnout/>).

Selon cette définition établie par Schaufeli et al. (2017), le burnout comporte cinq symptômes :

1. L'épuisement, autant physique que psychologique.
2. La perte de contrôle cognitif comme les problèmes de mémoire, les troubles de l'attention et de la concentration.
3. La perte de contrôle émotionnel comme des réactions émotionnelles intenses non contrôlées.
4. Des symptômes dépressifs comme une humeur plus sombre.
5. Une distanciation mentale par rapport à son travail.

Cependant, en 2020, Schaufeli et al. identifient sept dimensions : quatre principales et trois secondaires. Les quatre constitutives du burnout sont l'épuisement, la distance mentale, le contrôle émotionnel altéré ainsi que le contrôle cognitif altéré. Les trois symptômes secondaires sont, quant à eux, la détresse psychologique, les plaintes psychosomatiques ainsi que l'humeur dépressive.

Dans les définitions précédentes (Maslach & Jackson, 1986 ; Schaufeli et al., 2017), le burnout est conceptualisé comme un état, c'est-à-dire qu'il est évalué à un instant donné selon les différents symptômes manifestés par le travailleur en souffrance. Cependant, il existe d'autres définitions dans lesquelles le burnout est considéré comme un processus qui s'étale dans le temps.

Le conseil Supérieur de la santé en Belgique (2017) a proposé une définition du burnout dans laquelle l'accent est mis sur les étapes qui y conduisent :

*« Un processus multifactoriel qui résulte de l'exposition prolongée (plus de 6 mois) en situation de travail à un stress persistant, à un manque de réciprocité entre l'investissement (exigences du travail, demandes) et ce qui est reçu en retour (ressources), ou à un déséquilibre entre des attentes et la réalité du travail vécue, qui provoque un épuisement professionnel (à la fois émotionnel, physique et psychique), une fatigue extrême que les temps de repos habituels ne suffisent plus à soulager et qui devient chronique ainsi qu'un sentiment d'être totalement vidé de ses ressources. Cet épuisement peut aussi avoir un impact sur le contrôle de ses émotions (irritabilité, colère, pleurs...) et de ses cognitions (attention, mémoire, concentration) et peut à son tour provoquer des changements dans les comportements et les attitudes. La personne*

*se détache et devient cynique (distanciation mentale). Il s'agirait en fait d'une mesure d'adaptation (inefficace) face aux exigences auxquelles la personne ne sait plus faire face. Progressivement, elle se désengage de son travail, diminue son investissement et met son entourage à distance, voire développe des conceptions péjoratives à propos des personnes avec qui elle travaille. Ce qui résulte en un sentiment d'inefficacité professionnelle (diminution de l'accomplissement au travail, dévalorisation de soi, la personne ne se sent plus efficace dans son travail). Cet état d'esprit n'est par ailleurs souvent pas remarqué par le travailleur pendant un long moment » (p.11).*

Selon Périlleux et Vendramin (2017), le processus menant au burnout comporte trois étapes :

1. Accumuler : un fait de trop va venir s'ajouter à une série d'incidents mineurs qui ont été précédemment accumulés sans avoir été traités. L'addition de ces événements va mener à un effondrement. C'est après-coup que le travailleur va constater des incohérences dans ce qui lui est demandé, comme des buts inatteignables, des contradictions entre la qualité et la quantité, la sécurité et la productivité,... Certains patients font également part d'un rythme effréné de travail qui les a aspirés et dans lequel ils ont pu se satisfaire.
2. Chuter : à force de constater des erreurs qui sont tolérées par les supérieurs hiérarchiques et qui mettent à mal la qualité du travail, le travailleur va finir par souffrir. Les repères se brouillent, la volonté de réaliser du bon travail est atteinte. Il finit alors par se détacher progressivement de ses tâches. Ce détachement peut même aller jusqu'à un état de confusion, voire de semi-conscience, avec une anesthésie des pensées et sentiments.
3. Riposter : parfois, le burnout se manifestera suite à un épisode critique et suppose la traversée de sentiments négatifs, tels que du cynisme ou un sentiment d'échec, la prise de temps pour soi, avant de pouvoir se concentrer à nouveau sur l'essence même du travail.

### 2.1.2 Facteurs influençant le burnout

Différents facteurs peuvent être à l'origine du burnout. Cependant, il ne s'agit pas de causes mais plutôt d'éléments augmentant la probabilité de déclarer un burnout. Parmi ceux-ci, nous pouvons observer des facteurs sociétaux, organisationnels, relationnels ou individuels (Hansez et al., 2019).

### *2.1.2.1 Facteurs sociétaux*

Dans un premier temps, trois éléments ont permis l'apparition du burnout dans les secteurs de services à la personne (Schaufeli, 2017) :

1. En 1960, après de multiples tentatives pour essayer de faire face à la pauvreté, les jeunes motivés voient leur idéalisme de plus en plus abîmé et leurs désillusions grandir, tournant progressivement au désespoir et cynisme.
2. En 1950, les petites organisations se développent, adoptant une façon de travailler plus bureaucratique.
3. L'autorité des docteurs, infirmiers, enseignants, travailleurs sociaux,... diminue de plus en plus.

En plus de ces trois facteurs spécifiques au secteur des services, d'autres ont un impact plus large, pouvant causer le burnout dans différents métiers (Schaufeli, 2017). Dans un premier temps, l'importance et le rôle des communautés et des réseaux traditionnels (église,...) s'étiolent petit à petit, encourageant une « fragmentation sociale ». Parallèlement, la société devient de plus en plus narcissique avec des individus devenant égocentriques et manipulateurs, cherchant à être satisfaits immédiatement sans y parvenir.

Ensuite, d'autres changements s'en sont suivis, pouvant également influencer l'apparition du burnout (Hansez et al., 2019). Les nouvelles technologies changent la manière de travailler : on peut plus facilement entrer en contact avec les employés, ramener le travail à la maison,... ce qui peut causer du stress. Il y a de plus en plus de compétition sur le marché, amenant les entreprises à modifier leur manière de travailler, trouver des nouvelles idées pour se démarquer de la concurrence,...

Dès lors, plusieurs facteurs socio-culturels peuvent amener un travailleur à développer un burnout (Schaufeli, 2017).

### *2.1.2.2 Facteurs organisationnels*

Selon Hansez et al. (2019), ces facteurs reprennent différents éléments dont les caractéristiques organisationnelles (règles de l'entreprise, changements dans l'organisation,...), les caractéristiques propres au travail et plus particulièrement les demandes, le manque de ressources au travail et enfin, les caractéristiques du métier.

Truchot (2004) a mis en avant qu'une surcharge aussi bien quantitative (charge de travail) que qualitative (conflits de rôle, ambiguïté de rôle) va générer du stress et peut conduire au burnout. Une méta analyse (Alcaron, 2011) a démontré que les demandes excessives au travail sont plus fortement liées à l'épuisement puis au cynisme et la réduction de l'accomplissement personnel. Tandis que les ressources montraient une corrélation plus forte avec la réduction de l'accomplissement, le cynisme et puis l'épuisement. Selon Baka (2015), le manque de ressources au travail, et plus particulièrement les contraintes organisationnelles telles que des équipements en mauvais état ou un manque d'informations, peut également mener au burnout.

Schaufeli et Buunk (2003) ont mis en évidence plusieurs ressources ayant une relation négative avec le burnout comme le manque de support social de la part de la hiérarchie et des collègues, le manque de feedback sur le travail et le manque de sentiment de contrôle sur le travail et l'autonomie. Picart et al. (2019) ont, quant à eux, souligné que le manque ou l'absence de soutien, de latitude ou de récompenses de la part du supérieur hiérarchique, de l'ambiguïté au niveau des rôles, une perte de pouvoir, ainsi qu'une justice interactionnelle absente sont tous des facteurs pouvant conduire au burnout.

En 2008, Zanotti et Thibodeau se sont penchés sur les facteurs organisationnels liés au burnout, qu'ils ont classé en différentes catégories :

- Les facteurs liés directement à la tâche : les exigences quantitatives et qualitatives, les caractéristiques de la tâche (répétition, routine,...), les horaires de travail (stabilité des heures de travail, heures supplémentaires,...), l'isolement au travail, les nuisances physiques (bruits, température,...), la mauvaise organisation du lieu de travail et les risques du métier.
- Les facteurs liés à l'organisation du travail : l'absence de contrôle sur l'organisation du travail, la faible participation aux décisions, le manque de contrôle et de prise de décisions, l'ambiguïté du rôle et de la fonction, la contradiction dans les exigences du poste,...
- Les facteurs liés aux perspectives de carrière : l'incertitude, l'insécurité, l'absence de promotions ou de formations,...
- Les facteurs liés aux relations de travail : le manque de soutien de la part des collègues ou de la hiérarchie, le style de management, la violence, le harcèlement, la mauvaise communication,...

- Les facteurs liés à l'environnement socio-économique : l'incertitude financière, environnement compétitif.

Selon Kenworthy et al. (2014), les caractéristiques du métier jouent aussi un rôle. En effet, le fait de cacher ou étouffer ses émotions peut mener le travailleur à développer un burnout.

Les valeurs implicites de l'organisation ont également un impact sur le développement du burnout car elles influencent les relations cognitives et émotionnelles qui vont être développées vis-à-vis de l'entreprise (Hansez et al., 2010).

Une recherche (Gardner et al., 2018) a également mis en avant que les médecins souffrent de stress suite à l'utilisation des technologies de l'information liées à la santé (TIH). Plus particulièrement, trois dimensions de stress lié à la TIH ont été évaluées : le temps suffisant ou non pour se documenter, l'importance du temps passé sur les dossiers de santé électroniques à la maison ainsi que l'augmentation ou non du taux de frustration sur un journée suite à l'usage de ces dossiers. Chacune de ces trois variables prédit de façon indépendante le burnout.

Hulsegge et al. (2020) se sont intéressés à l'impact de l'horaire en roulement sur le burnout. Il est apparu que le travail en roulement est associé au burnout chez les travailleurs qui ne sont pas satisfaits de leur horaire ou qui perçoivent de tels horaires comme ayant un impact sur leur vie privée.

### *2.1.2.3 Facteurs relationnels*

Les relations avec les autres membres du personnel ou même les bénéficiaires peuvent mener les travailleurs au burnout ou, au contraire, les préserver.

Les relations avec les clients jouent un rôle dans le développement du burnout. En effet, les agressions répétées ont été identifiées comme ayant un impact (Winstanley & Hales, 2014 ; Karsavuran & Kaya, 2015).

Les relations négatives avec les collègues peuvent aussi mener à développer un burnout. Effectivement, le harcèlement est corrélé avec le burnout selon une étude menée par Allen et al. (2014).

Une étude menée par Qian et al. (2019) a également mis en évidence que l'ostracisme sur le milieu de travail pouvait mener au burnout. Cette relation dépendait de deux facteurs : l'autodétermination et l'orientation future. En effet, plus l'auto-détermination ou l'orientation future était élevée chez les travailleurs, moins ils étaient sujets à développer un burnout suite à l'ostracisme.

En 2020, Kim et al. ont déterminé que la dissonance émotionnelle, la satisfaction de compassion et la fatigue de compassion sont corrélées au burnout chez les thérapeutes travaillant dans les hôpitaux de réadaptation. De plus, la satisfaction et la fatigue de compassion sont retrouvées dans la relation entre dissonance émotionnelle et burnout. Ainsi, la dissonance émotionnelle semble avoir un impact direct et indirect sur le développement de l'épuisement.

Lorsque les travailleurs doivent faire face à des problèmes dans l'exercice de leur métier, ils ont tendance à se comparer socialement à leurs collègues et supérieurs en mettant en relation leurs expériences avec celles des autres. Ce phénomène se produit principalement avec les collègues occupant un même poste. Cette pratique a des conséquences pour le développement et la persistance du burnout (Buunk & Schaufeli, 1993).

#### *2.1.2.4 Facteurs individuels*

Certaines variables démographiques ont un impact sur le développement du burnout (Maslach et al., 2001). L'âge est la variable qui est la plus corrélée au burnout : les plus jeunes travailleurs, comptabilisant moins d'expérience, sont plus touchés par le burnout.

Le genre ne paraît pas avoir d'impact particulier.

Les célibataires, et plus particulièrement les hommes, sont plus à risque de souffrir d'un burnout.

Les personnes avec un meilleur niveau d'éducation semblent plus enclines à développer un burnout.

La personnalité a également une influence sur le développement du burnout. Ainsi, les personnes ayant une faible résistance au travail (implication dans le travail, sentiment de contrôle, ouverture au changement), une attribution de l'occurrence des événements à des causes externes, des stratégies d'adaptation passives aux situations stressantes plutôt qu'actives et une faible estime de soi sont plus susceptibles de développer un burnout (Maslach et al., 2001 ; Schaufeli & Buunk, 2003).



Une étude réalisée par Allwood et al. (2020) sur les psychologues cliniciens s'est intéressée aux facteurs influençant le burnout et plus particulièrement deux dimensions de celui-ci : l'épuisement et le désengagement. La rumination affective du travail ainsi que le « brooding<sup>1</sup> » sont de forts prédicteurs du désengagement et de l'épuisement. Concernant l'épuisement, le conflit entre la vie privée et professionnelle est un prédicteur prégnant. Cette équipe a également mis en avant une différence entre les sexes. En effet, les femmes se sont montrées plus enclines que les hommes à ressentir de l'épuisement, mais pas du désengagement.

De plus, les personnes qui ont tendance à s'isoler ou à se surinvestir dans le travail sont plus à risque de vivre un burnout (Picart et al., 2019).

Selon une étude menée par Virga et al. (2019), le style d'attachement a également un impact sur le développement du burnout. En effet, l'attachement de type anxieux a été associé de manière négative au développement du burnout. En outre, ce type d'attachement est également lié à de moins bonnes performances au travail en raison d'une fatigue plus importante. Cependant, concernant l'attachement de type évitement, les preuves d'un impact sur le burnout étaient moins évidentes.

#### *2.1.2.5 Le Job Demands-Resources Model (Bakker & Demerouti, 2017)*

Il s'agit d'un modèle s'intéressant au burnout et plus particulièrement une explication de l'apparition de ce phénomène. La première version a été publiée en 2001 par quatre auteurs : Evangelia Demerouti, Arnold B. Bakker, Friedhelm Nachreiner et Wilmar B. Schaufeli. Depuis cette première parution, le modèle a bien évolué. En 2017, Bakker et Demerouti publient alors le « Job Demands-Resources Theory », qui fait état de l'évolution de leur premier modèle et des modifications qui y ont été apportées.

Le modèle comprend actuellement huit propositions (Bakker & Demerouti, 2017) :

1. Tous types de conditions de travail peuvent être rangés selon deux catégories : les demandes et les ressources.

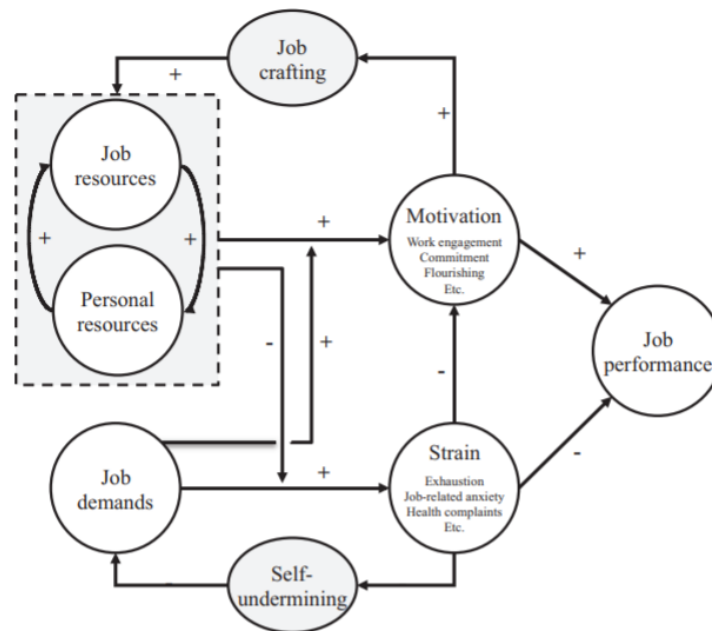
---

<sup>1</sup> Le «brooding» est un aspect de la personnalité consistant en une tendance à s'engager dans une rumination négative et autocentrée.

- Les demandes sont définies comme les aspects physiques, psychologiques, sociaux ou organisationnels du travail demandant un effort physique et/ou psychologique soutenu(s) et sont associées à certains coûts physiologiques et/ou psychologiques.
  - Les ressources font référence aux aspects physiques, psychologiques, sociaux ou organisationnels de l'emploi qui permettent d'atteindre les objectifs professionnels, de réduire les demandes ainsi que les coûts physiologiques et psychologiques associés ou de stimuler la croissance, l'apprentissage et le développement personnel.
2. Les exigences du travail et les ressources déclenchent deux processus très différents : l'altération de la santé et la motivation.  
 Concernant l'altération de la santé, les demandes sont des prédicteurs de l'épuisement, de la durée d'absence.  
 Pour ce qui touche à la motivation, le manque de ressources peut amener à un désengagement. Les ressources ont également un impact sur la fréquence d'absence.
  3. Les ressources peuvent amortir l'impact des demandes d'emploi sur la tension. Ainsi, les employés qui ont plusieurs ressources disponibles peuvent mieux faire face au burnout.
  4. Les ressources influencent particulièrement la motivation et l'engagement quand les demandes au travail sont élevées.
  5. Les ressources personnelles (optimisme,...) peuvent jouer un rôle similaire que les ressources au travail. Les ressources personnelles se réfèrent au fait que les individus croient qu'ils ont du contrôle sur leur environnement de travail. Le postulat de base est que ce type de ressources a un effet positif direct sur l'engagement au travail.
  6. La motivation a un impact positif sur la performance au travail tandis que la pression a un impact négatif. De plus, la motivation aide s'orienter vers les objectifs et se concentrer sur les tâches. Les travailleurs engagés ont également de l'énergie et de l'enthousiasme dans leurs activités. A l'opposé, les travailleurs avec un haut niveau de fatigue ou des problèmes de santé n'ont pas suffisamment d'énergie pour atteindre leurs objectifs.
  7. Les employés qui sont motivés par leur travail sont plus susceptibles d'utiliser des comportements de « job-crafting », amenant à des niveaux plus élevés de ressources professionnelles et personnelles et, par conséquent, à des niveaux plus élevés de motivation. Ils optimiseront leur propre environnement de travail.
  8. Les employés qui sont stressés par leur travail sont plus susceptibles d'adopter des comportements d'autodestruction et de commettre des erreurs, qui entraînent des

exigences professionnelles plus élevées, et des niveaux encore plus élevés de stress au travail. Cela peut alors mener à un cycle de pertes car le travailleur perçoit plus de demandes et en crée plus.

Figure 1 : Le JDR Model. Reproduit à partir de “ Job Demands-Resources Theory : Taking Stock and Looking Forward” , Bakker, A., & Demerouti, E. (2017).



### 2.1.3 Manifestations

Le burnout se manifeste au travers différents symptômes. Il n'est pas aisé de déterminer si ces symptômes sont des éléments constitutifs du burnout ou des conséquences de celui-ci. Différentes catégories sont identifiées : les symptômes physiques, les symptômes émotionnels/affectifs, les symptômes cognitifs et les symptômes comportementaux (Hochstrasser et al., 2016 ; Hansez et al., 2019).

- Les symptômes physiques : il s'agit principalement de troubles du sommeil et une fatigue chronique en raison d'un sommeil qui n'est plus réparateur ainsi que des tensions musculaires. Des troubles de l'appétit avec prise ou perte de poids, des maux de tête, nausées, vertiges, vulnérabilité accrue aux infections peuvent également apparaître.
- Les symptômes affectifs/émotionnels : anxiété, irritabilité, tensions nerveuses, baisse de la motivation, humeur dépressive, frustration, baisse de l'estime de soi, agressivité, incertitude,... L'individu peut aussi ne manifester aucune émotion.

- Les symptômes cognitifs : baisse de la concentration et de la mémoire, difficultés à réaliser plusieurs tâches simultanément, indécision,... pouvant mener le travailleur à commettre des erreurs mineures.
- Les symptômes comportementaux : changement d'attitude envers autrui avec cynisme, indifférence ou distanciation, tendance à s'isoler, agressivité, absentéisme, comportement de dépendance, moindre résistance au stress, tendance à avoir des accidents, ...

Selon Hochstrasser et al. (2016), le burnout doit être envisagé comme un processus qui évolue avec des symptômes associés à chacune des trois étapes :

1. Stress accru : nervosité, irritabilité, troubles de l'attention, hyperactivité, troubles irréguliers du sommeil ... ces symptômes peuvent prendre fin si le travailleur entre dans une phase de récupération prolongée.
2. Burnout léger ou moyennement grave : épuisement, troubles réguliers du sommeil, repliement social, démotivation, récupération réduite, troubles de la concentration et de la mémoire, douleurs multiples, dépression,... la personne garde cependant la capacité de se réjouir ainsi que de l'intérêt.
3. Burnout grave avec dépression clinique : insomnies, perte d'intérêt et de joie, dépression, symptômes cognitifs forts, désespérance, troubles de l'appétit,... dans le cas où ce stade se prolonge, la personne en difficulté peut manifester des tendances suicidaires.

#### 2.1.4 Conséquences

Les conséquences du burnout peuvent être sérieuses pour les travailleurs mais aussi pour leur entourage professionnel et familial, ou encore, pour la société.

Actuellement, on constate une croissance de l'absentéisme ainsi que du coût qui s'y rapporte. En 2010, 19 000 travailleurs souffrant d'un burnout étaient recensés en Belgique contre 28 000 personnes en 2018 selon l'INAMI (BELGA, 2018). Soit 9 000 de plus qu'en 2010. Les principales raisons évoquées sont les problèmes psychiques et les affections musculo-squelettiques.

Une étude non exhaustive de Salvagioni et al. (2017) a identifié différentes conséquences pouvant découler du burnout : au niveau physique, on peut retrouver le diabète de type 2, une maladie coronarienne, des troubles cardiovasculaires, des douleurs musculo-squelettiques, une fatigue prolongée, des maux de tête, des problèmes gastro-intestinaux, des problèmes respiratoires, des blessures graves voire même mortelles en-dessous de 45 ans.

Au niveau psychologique, le travailleur peut garder des séquelles telles que l'insomnie, des symptômes dépressifs, une hospitalisation pour troubles mentaux et mauvaise santé mentale. Une utilisation de psychotropes et antidépresseurs peut également démarrer.

Au niveau professionnel, la méta-analyse de Salvagioni et al. (2017) a mis en avant l'insatisfaction au travail, l'absentéisme, le présentéisme, la nouvelle pension d'invalidité, les exigences professionnelles et les ressources professionnelles.

### 2.1.5 Les différents types de prévention

Il existe trois niveaux d'intervention : la prévention primaire, la prévention secondaire et la prévention tertiaire. Chacune poursuit un objectif différent, relatif au développement des problématiques dans le milieu de travail mais également chez le travailleur. Les interventions peuvent également se différencier selon qu'elles concentrent leurs efforts sur les individus et les effets sur ce dernier ou sur un grand groupe d'employés et les résultats organisationnels.

#### 2.1.5.1 *La prévention primaire*

Dans ce cas, aucun dommage n'est encore à déplorer mais on agit sur la situation, les conditions de travail afin d'éviter l'apparition de problématiques. Il existe tout de même une situation risquant de causer des dommages si elle venait à persister.

#### 2.1.5.2 *La prévention secondaire*

Ce niveau vise à identifier le burnout en début de processus et à gérer ses manifestations. Les premiers symptômes sont en train d'apparaître ; il s'agit déjà d'une certaine forme d'accompagnement.

#### **La prévention primaire et secondaire**

Selon le Conseil Supérieur de la Santé (2017), il est important d'apporter des changements au niveau de la société plutôt que mettre uniquement en place des solutions adaptatives, des séances chez un psychologue ou la prise de médicaments. Ces interventions doivent viser à

replacer au centre le bien-être individuel et collectif ainsi que la qualité plutôt que la quantité de travail, qui amène une augmentation du rythme et de la charge de travail.

Les résultats des interventions organisationnelles montrent des conclusions assez mitigées. Une méta-analyse (Van Hoof et al., in preparation, cités par le Conseil Supérieur de la Santé, 2017) va aussi dans ce sens. Si des effets positifs ont parfois été mis en avant concernant l'absentéisme et la satisfaction des employés, ils n'ont pas été détectés dans d'autres études. Cela pourrait cependant s'expliquer par la manière dont les interventions ont été conduites. En effet, la plupart des études n'expliquait pas toujours clairement le déroulement des interventions mises en place ainsi que leurs effets au niveau des employés et des dirigeants.

De plus, cette méta-analyse met en évidence le fait que les interventions individuelles démontrent des effets plus importants et positifs que les interventions organisationnelles ou mixtes.

Il est à noter que d'autres auteurs s'opposent à ce point de vue en raison du manque de contrôle individuel au sein des organisations. En effet, d'après Public Health England (2016), les interventions organisationnelles sont plus efficaces et durables que les interventions individuelles. Cependant, ils mettent également en avant que des interventions individuelles, telles que la formation du personnel, des ateliers et programmes cognitivo-comportementaux contribuent à réduire l'épuisement professionnel.

Une autre méta-analyse (de Oliveira et al., 2019) s'est également intéressée à l'efficacité de différentes interventions pouvant réduire le niveau de burnout dans le milieu hospitalier. Des interventions individuelles, de groupe ou organisationnelles se sont avérées efficaces et ce, grâce à la répétition de la méthode envisagée par chacune.

Une étude menée par Otto et al. (2019) s'est penchée sur les comportements proactifs mis en place par les employés afin de prévenir le burnout. Les participants ont souligné que parfois, les actions mises en place par l'entreprise ne sont pas suffisantes, les amenant à intervenir eux-mêmes en augmentant ou maintenant leurs ressources et/ou en réduisant les exigences. Cependant, d'autres recherches devraient être menées afin de confirmer ou non les résultats présentés.

Une combinaison des interventions organisationnelles et individuelles serait plus efficace d'après le CSS (2017).

Concernant le niveau organisationnel, les stratégies mises en place sont celles de prévention des risques psychosociaux. Il est important d'identifier dans un premier temps les risques psychosociaux encourus par les travailleurs dans une entreprise afin de mettre en place ultérieurement les stratégies de prévention adéquates.

Concernant le niveau individuel, les interventions visent surtout à apporter des ressources en quantité suffisante aux travailleurs en vue de contrecarrer les effets négatifs des facteurs de risque ; il s'agit alors de prévention secondaire. On va, par exemple, aider les individus à gérer le stress, les former à détecter des signaux, mettre en place des groupes ou des formations,...

Public Health England (2016) propose également de combiner des modifications organisationnelles à des interventions individuelles afin d'agir plus efficacement sur la prévention de l'épuisement professionnel.

### *2.1.5.3 La prévention tertiaire*

A ce stade, le burnout est déjà installé chez le travailleur. Il doit être considéré comme une alarme attirant l'attention sur un style de vie qui ne peut plus perdurer. Le but poursuivi est la réduction des conséquences du burnout et la promotion du retour au travail. Dans ce niveau, nous pouvons retrouver un travail plus individuel, axé sur la réflexion concernant les moyens de remédier à la perte de sens du travail, le soutien individuel, l'accompagnement de carrière mais également la préparation de la reprise de l'emploi. Il y a une prise en charge d'un point de vue médical des travailleurs en souffrance.

Le CSS (2017) recommande de combiner « *un changement ou une réorganisation au niveau de l'environnement de travail, à diverses formes de counseling et de psychothérapie de réhabilitation (Ahola, et al., 2007 ; Schaufeli & Buunk., 2003, as cited in Conseil Supérieur de la Santé, 2017) qui visent une reprise du travail* » (p. 24).

Toujours selon le CSS (2017), intervenir auprès d'un travailleur en burnout nécessite un arrêt de travail d'une durée de deux à trois mois assorti d'un accompagnement réalisé par un professionnel de la santé, ayant les connaissances et les compétences requises pour répondre à la demande. Le temps consacré à ce processus ainsi que le processus lui-même peuvent varier en fonction de l'état de la personne au début de la procédure mais aussi de la personne en elle-même.

Dans l'idéal, diverses interventions thérapeutiques peuvent également prendre place, les meilleures étant celles suivant une approche multidimensionnelle. Cependant, devant la diversité des cas, recommander un seul type d'interventions pour tous n'est pas possible.

La thérapie cognitivo-comportementale est tout de même renseignée car elle a démontré des effets positifs concernant la conception négative de soi, les attitudes et stratégies d'adaptation dysfonctionnelles ainsi que les problèmes interpersonnels dans plusieurs études.

Des thérapies corporelles (relaxation, perception du corps,...) ou d'autres interventions psychothérapeutiques (formations à l'affirmation de soi, aux aptitudes relationnelles,...) ont montré des résultats encourageant mais davantage de recherches sont nécessaires pour confirmer cette tendance.

Toujours dans la méta-analyse de Van Hoof et al. (in preparation, as cited in Conseil Supérieur de la Santé, 2017), il y a un engouement croissant autour des interventions psychologiques positives, qui auraient un impact positif sur l'absentéisme.

Une approche systémique pourrait être bénéfique en raison du fait que le burnout et son évolution peuvent aussi causer des problèmes dans la sphère privée (Hochstrasser et al., 2016).

Hochstrasser et al. (2016) recommandent également de prendre le temps d'écouter le patient ainsi que les questions qu'il peut se poser. En effet, les personnes atteintes d'un burnout peuvent s'interroger sur le sens et considérer que leur orientation vers la performance et le succès n'est pas adaptée à la transposition de leurs valeurs et leurs objectifs propres.

Ils mettent également en avant le bienfait de certaines mesures complémentaires comme une activité sportive modérée adaptée aux capacités physiques du patient, des exercices d'attention ou de relaxation et de thérapies corporelles.

Enfin, le CSS (2017) pointe le fait qu'un traitement neuropsychologique peut être utile pour faire face à des problèmes de concentration, de mémoire,... mais qu'une médication n'a pas sa place dans le traitement du burnout. L'équipe de Hochstrasser et al. (2016) estime cependant qu'une pharmacothérapie adaptée, avec des anti-dépresseurs dans le cas d'un trouble dépressif, est utile pour combattre le burnout. Elle souligne cependant que le traitement doit se faire selon des doses progressives et surveillées par un médecin.



Nous allons davantage explorer dans les points suivants des processus pouvant aider le travailleur en burnout à retourner travailler, ainsi que des thérapies, des activités, des actions qui ont également un rôle à jouer dans la prévention tertiaire.

## 2.2 La réintégration au travail

Nous allons maintenant nous pencher sur la période d'arrêt de travail consécutive au burnout. Au terme de celle-ci, la question de savoir si la personne retournera travailler et dans quelles conditions, se pose. Si le travailleur en est capable, le but poursuivi est le retour à l'emploi.

### 2.2.1 Définitions

Dans une étude menée par Gragnano et al. (2017), le **retour au travail** a été défini comme « *la probabilité d'être de retour au travail au moment [...] du retour au travail, c'est-à-dire la durée de l'absence du travail depuis le premier jour d'absence en raison de la maladie* ». (p. 216-217)

En Belgique, selon le code du bien-être au travail, l'objectif de la réintégration au travail (art. I.4-72, alinéa 1<sup>er</sup>) est de promouvoir la réintégration du travailleur qui ne peut plus exécuter son travail convenu, en donnant à ce travailleur :

- soit, temporairement, un travail adapté ou un autre travail en attendant d'exercer à nouveau son travail convenu,
- soit, définitivement, un travail adapté ou un autre travail si le travailleur est définitivement inapte à exercer son travail convenu.

Il existe, pour parvenir au retour au travail, des trajets de réintégration des malades, permettant d'accompagner les travailleurs en incapacité de travail. Parcourir ce trajet de réintégration exige un effort et/ou un engagement, tant de la part de l'employeur que de celle du travailleur.

### 2.2.2 Modèles

Il existe plusieurs modèles soit traitant de la réintégration au travail après une incapacité soit utilisé pour prédire les comportements de retour au travail ainsi que les facteurs influençant ce processus.

### *2.2.2.1 Théorie du comportement planifié (Ajzen, 1991)*

Commençons avec le modèle de la théorie du comportement planifié. Cette théorie se base sur la théorie de l'action raisonnée établie par Ajzen et Fishbein (1980) pour prédire l'intention d'un individu à s'engager dans un comportement à un moment et un lieu précis. La théorie du comportement planifié, quant à elle, vise à étudier les facteurs influençant la décision d'un individu à s'engager dans un comportement. Elle a été utilisée et appliquée avec succès dans un vaste panel de situations en lien avec les comportements et les intentions en matière de santé tels le retour au travail, l'absentéisme au travail, l'arrêt du tabac, la sécurité routière etc.

Ce modèle comprend quatre construits qui, mis ensemble, représentent le contrôle d'une personne sur un comportement (Ajzen, 1991 ; Dunstan et al., 2013):

- L'intention comportementale (BI) : il s'agit de la motivation ou des attentes influençant la réalisation d'un comportement. Plus l'intention d'exécuter un comportement est élevée, plus il aura de chance de se réaliser. C'est le facteur ayant le plus grand pouvoir déterminant la performance comportementale.
- Les attitudes : il s'agit de la mesure dans laquelle une personne a une évaluation favorable ou non du comportement. Cette évaluation est déterminée par les conséquences du comportement exécuté.
- Les normes subjectives : il s'agit des croyances de l'individu concernant l'approbation, ou non, de ses pairs si jamais il venait à adopter ce comportement. C'est la pression sociale sur le fait de réaliser un comportement.
- Le contrôle comportemental perçu : il s'agit de la perception de l'individu concernant la facilité ou la difficulté du comportement à adopter et de sa capacité à adopter le comportement. La perception du contrôle comportemental varie selon le comportement à adopter mais aussi selon la situation dans laquelle il faut l'adopter. C'est l'ajout de cette composante qui a fait évoluer la théorie de l'action raisonnée à la théorie du comportement planifié.

Les normes subjectives, les attitudes et le contrôle comportemental perçu vont avoir une influence entre eux mais également sur l'intention. L'intention, à son tour, va agir sur le comportement.

Ainsi, cette théorie propose qu'une personne s'engagera dans un comportement si elle a une attitude favorable vis-à-vis de celui-ci, si elle perçoit que ses pairs désirent la mise en place de

ce comportement et enfin, si elle estime qu'elle possède les ressources et les opportunités nécessaires pour le mettre en place. Si les deux premières conditions sont remplies sans que la troisième ne le soit, le comportement ne sera pas mis en place. En effet, dans le cas d'un contrôle limité, le contrôle comportemental perçu aura une influence directe augmentée sur le comportement.

Cette théorie s'avère intéressante dans le cadre de ce mémoire en raison de son explication concernant la mise en place d'un comportement. En effet, le travailleur pourrait ne pas retourner travailler parce qu'il ne s'estime pas capable d'agir de la sorte, s'il considère que les opportunités manquent ou encore, parce qu'il n'en a ni l'intention, ni la motivation. Il pourrait également prolonger son incapacité de travail ou éprouver des réticences à sa réintégration dans le cas où il perçoit que son retour n'est pas souhaité par ses collègues, son superviseur ou même sa famille. Ainsi, si l'un de ces quatre construits venait à manquer, le comportement n'aboutira pas ou ne sera pas mis en place. Il paraît dès lors important de prendre le travailleur en compte ainsi que son ressenti vis-à-vis de la réintégration au travail afin de ne pas négliger l'impact des quatre composants de ce modèle sur la mise en place d'un tel processus.

#### *2.2.2.2 Le modèle de Sherbrooke (Loisel et al., 1994)*

Un autre modèle de retour au travail est celui de Sherbrooke. Il s'agit d'un modèle multidisciplinaire, orienté vers le travailleur mais aussi vers le milieu de travail. Il se compose d'une phase d'identification et de trois interventions successives qui ne se mettent en œuvre que si le patient n'a pas encore recommencé à travailler (Loisel et al., 1994 ; Fassier et al., 2009). Jusqu'à présent, il a principalement été mis en place pour prendre en charge les maux de dos.

Tout commence avec l'identification et le signalement du travailleur qui présente un risque d'une certaine chronicité, à partir du moment où il est en arrêt de travail au-delà de quatre semaines. Cette première étape est cruciale pour le reste du modèle car c'est elle qui permet au travailleur d'accéder aux interventions suivantes.

La seconde étape prend place après six ou huit semaines d'incapacité de travail. Un médecin du travail examine le patient tandis qu'un ergonome se rend sur le lieu de travail. Lorsque les informations concernant les douleurs de dos du travailleur et les conditions du lieu de travail sont collectées, elles sont envoyées au médecin généraliste du travailleur. Suivant l'état clinique

du patient, la difficulté de ses tâches et la disponibilité de tâches moins exigeantes, le généraliste peut proposer des façons d'améliorer la situation ou le traitement mais aussi un retour partiel ou complet au travail. Pendant ce temps, une intervention d'ergonomie participative est mise en place dans le milieu de travail en collaboration avec le travailleur blessé. Cette intervention implique également la participation de représentants du management et des syndicats qui vont mettre au point, avec l'aide de l'ergonome, des améliorations tant au niveau du travail quotidien qu'au niveau de la satisfaction au travail. Une formation va être menée auprès de cette équipe qui deviendra, par la suite, le groupe consultatif sur le mal de dos de l'entreprise.

Commencera alors la mise en place de l'intervention d'ergonomie participative et s'en suivront les étapes suivantes :

1. La nature précise des tâches du travailleur blessé est déterminée via la description séparée du patient et de son employeur.
2. L'ergonome observe les tâches réalisées par le travailleur, souvent en présence de celui-ci. Les données collectées concernent le processus de travail, les caractéristiques des autres tâches liées à la tâche observée, les caractéristiques des équipements, la conception du lieu de travail,...
3. Un diagnostic ergonomique est réalisé après ces observations et est discuté avec le travailleur, le superviseur et le groupe consultatif.
4. Des solutions sont émises et présentées au management. L'employeur peut décider de ne pas tenir compte de ces recommandations. L'ergonome sera mis au courant de sa décision car celle-ci pourra influencer le délai de retour au travail.

Le rôle de l'ergonome est de trouver et d'accompagner le groupe de travail dans la recherche de solutions tant que le dos est concerné, mais l'implémentation de celles-ci ne le concerne pas.

La troisième intervention prend place après neuf à douze semaines d'absence. Le travailleur est examiné par un spécialiste médical pour déterminer les raisons de sa souffrance et exclure des conditions sous-jacentes sérieuses qui pourraient être à l'origine des maux. Si aucune explication n'est trouvée, le travailleur suit une école du dos pendant quatre semaines, à raison d'une heure par jour. Ces cours comprennent des séances d'informations, des séances d'éducation posturale mais aussi des séances d'éducation concernant la gestion de la douleur ainsi que du stress.

La quatrième intervention, appelée thérapie de réadaptation fonctionnelle, débute après trois mois d'arrêt de travail et implique un ergonome, un psychologue, un éducateur physique et un

ergothérapeute. A ce stade, la douleur persistante au dos est considérée comme chronique. Cette thérapie débute par une semaine d'évaluation de la forme physique, des capacités physiques et de l'état psychologique du travailleur. Après cette évaluation, un programme spécifique d'éducation physique, de renforcement du travail et de soutien cognitivo-comportemental est mis en œuvre pour trois à cinq semaines. Des attentes plus réalistes en fonction de l'état du dos et les compétences en matière de gestion de la douleur sont également enseignées. Ce développement progressif des capacités globales est suivi d'une réintégration au travail graduelle, réalisée sur mesure, nommée « retour au travail progressif ». Cela implique une alternance entre des jours de travail et de traitement avec une augmentation modérée du temps de travail. Ce retour croissant est décidé entre le superviseur du patient et l'ergothérapeute en prenant en compte une évolution réaliste et adaptée.

Si jamais un retour au travail originel ne semble pas probable pour l'équipe multidisciplinaire pour diverses raisons, le travailleur est alors réorienté rapidement vers un programme de réadaptation professionnelle (Loisel et al., 1994 ; Fassier et al., 2009).

Ce modèle repose sur des étapes qui prennent place l'une après l'autre, inscrivant ainsi le processus dans une temporalité. Il envisage une solution alternative, à savoir la réorientation, dans le cas où le retour à l'emploi exercé avant l'arrêt de travail n'est plus envisageable.

Cette procédure peut s'avérer intéressante en cas de réintégration au travail après un burnout. En effet, au cours du trajet de réintégration, il peut s'avérer possible qu'un travailleur ne puisse reprendre ses fonctions telles qu'avant son incapacité pour diverses raisons ( manque d'envie, ne lui convient plus,...). Il est alors possible que celui-ci se réoriente vers un nouvel emploi, un nouvel employeur,... comme prévu dans ce modèle. De plus, en fonctionnant par étape, le modèle de Sherbrooke offre la possibilité aux personnes en souffrance de prendre le temps de réintégrer petit à petit leur travail, en évitant le risque d'une rechute si jamais elles se retrouvaient d'emblée plongées dans le même emploi, avec les mêmes tâches dès le début. Ce modèle prend également en compte une équipe multidisciplinaire, qui va interagir aussi bien auprès du patient que du milieu de travail. Cette équipe collabore afin de dégager une solution de retour au travail convenant à l'employé. Ce point met en avant la nécessité de traiter le maux dont souffre le patient afin de lui offrir la possibilité, ou non, de reprendre son emploi, de façon adaptée.

Comme dit précédemment, les deux modèles ci-dessus, bien qu'ils ne s'appliquent pas nécessairement aux affections mentales, nous permettent de récolter des informations

intéressantes concernant le processus que les travailleurs peuvent traverser dans le cadre d'une réintégration au travail après une absence de longue durée.

### *2.2.2.3 Le modèle de Young et al. (2005)*

Le modèle de Young et al. établi en 2005 a été utilisé dans des recherches portant sur la réintégration dans l'emploi. Ces auteurs ont mis au point un modèle conceptuel dans lequel le processus de retour au travail est vu comme étant développemental et dynamique, comptant plusieurs phases et plusieurs actions aboutissant à des résultats.

Il comporte quatre phases : la phase de repos, la phase de retour au travail, la phase de maintenance et la phase de progression.

1. Phase de repos : cette phase débute dès le premier jour d'absence au travail de l'employé en raison de son état de santé. D'autres circonstances peuvent faire en sorte, durant cette période, que le patient ne puisse pas retourner à son travail comme l'absence d'un poste convenable ou une retraite anticipée. Cette phase prend fin lorsqu'une option de retour au travail adaptée est trouvée. Le travailleur sera alors prêt à retourner à son poste.
2. Phase de retour au travail : le patient recommence à travailler, que ça soit à son ancien lieu de travail ou à un nouveau. Il s'agit de déterminer la façon la plus appropriée pour tous de reprendre le travail. Le rendement fera probablement l'objet d'une surveillance et l'objectif de retour au travail pourra être réévalué si nécessaire. L'adaptation au rôle fait partie de cette phase. Elle s'achève lorsque le travailleur commence à travailler en respectant l'objectif de réintégration visé.
3. Phase de maintenance : le travailleur s'efforce de maintenir son objectif et peut envisager son désir d'avancement. Elle prend fin lorsque le travailleur décide de poursuivre sa progression.
4. Phase de progression : le travailleur cherche à poursuivre son évolution en se qualifiant pour d'autres tâches et responsabilités d'un niveau supérieur et en obtenant éventuellement une promotion. Le travailleur peut quitter son emploi ou son employeur initial ou retourner en phase 1 pour obtenir d'autres compétences qui pourront lui permettre de progresser.

Il est possible de passer de phase en phase, il ne s'agit pas d'un processus linéaire.

Au fur et à mesure que l'employé progresse dans ce schéma, les points d'intérêts changent. Au début, on s'intéresse principalement à la capacité de l'individu à recommencer à travailler. Tandis qu'à la seconde phase, l'accent est principalement placé sur l'adéquation entre les capacités du travailleur et les exigences de l'emploi. Dans la phase de maintenance, la pérennité du poste est de première importance. Enfin, dans la phase de progression, la réussite à long terme ainsi que l'atteinte d'un haut potentiel constituent l'objectif principal (Wasiak et al., 2007 ; Young et al., 2005)

Ce modèle rassemble des points communs avec la théorie du comportement planifié mais également avec le modèle de Sherbrooke (1994). En effet, l'envie du patient de retourner travailler, ses capacités ainsi que des solutions adaptées sont investiguées afin de favoriser un retour au travail suffisamment armé pour faire face aux difficultés qu'il risque de rencontrer. Tout au long du processus, divers acteurs sont également impliqués, notamment pour discuter de la reprise du travail mais aussi pour vérifier que la réintégration se déroule correctement, y compris les semaines suivantes. Enfin, dans ce modèle aussi, il est question de diverses étapes successives, chacune centrée sur un point d'intérêt et un objectif spécifique.

#### *2.2.2.4 Le modèle de S. Bataille (2014)*

Bataille s'est intéressée aux différents axes interagissant entre eux lors de l'après burnout, et plus particulièrement durant la phase de repos, afin de permettre ou non un retour au travail. Ces trois axes sont le temps, l'espace et l'identité professionnelle.

Concernant le temps, différentes positions peuvent se succéder de façon séquentielle mais selon des rythmes et des fréquences diverses : le retrait (marque le burnout avec l'arrêt de travail), l'arrêt, le repos, le stockage, la réflexion, le désir, le risque, l'agir, le pouvoir, le vouloir-agir et le pouvoir-agir (mise en mouvement orientée vers le but). Le travailleur va s'engager dans une recherche de temps qualitatif individuel plutôt que dans le temps quantitatif collectif.

L'espace est pointé comme un axe important. Trois dimensions caractérisent cet espace : l'espace qui répare (self-care et repair), celui qui protège (l'aire et les repaires/repères) et l'espace qui jalonne la construction (les repères, les frontières). Le premier espace est un espace hors du travail et orientant vers l'espace suivant. La reconstruction commence ainsi dans un espace protecteur pouvant servir de repaire et permettant de retisser du lien social selon un

rythme propre à chacun. Le dernier espace est bâti sur un processus de jalons remplissant une double fonction : baliser le chemin et mettre en avant le chemin parcouru jusqu'à présent.

L'espace se séquence en neuf étapes se développant de façon linéaire avec retours en arrière possibles s'il est nécessaire de consolider une position : lieu du soin, espace de convalescence, aire de repos, repaire/repère, aire de réflexion, aire de projection, aire d'intégration, aire de jeu, ère du « Je ».

Les interactions du temps et de l'espace permettent à l'identité professionnelle de se construire doucement. Certains travailleurs peuvent cependant rester bloqués sur des paliers durant une longue période. Afin de parvenir à une reconstruction, le travailleur peut viser comme objectif l'atteinte d'une identité professionnelle de bien-être, de bonne santé ainsi que d'inspiration. Ce seuil d'épanouissement est le plus difficile à atteindre, dépasser et conserver. La reconstruction va surtout se faire à un niveau moins visible, plus intime : le privé, la valeur de soi, la mission de vie, la fatigue, les émotions, les doutes personnels concernant le professionnel, ... Durant ce laps de temps, l'affolement, des incompréhensions peuvent également surgir alors que le travailleur aspire à la paix.

Bataille souligne le fait que durant la période d'arrêt de travail, la majorité des travailleurs va transiter par différentes étapes déterminantes favorisant sa reconstruction et d'envisager une réintégration au travail. Ces étapes, influencées par les trois axes, vont interagir et évoluer ensemble : le temps, l'espace et l'identité professionnelle. Ce modèle met également en avant le fait que chacun avance à son propre rythme et qu'il peut y avoir des retours en arrière si nécessaire. Ainsi, la chercheuse propose un schéma permettant de nuancer davantage la phase de repos du modèle de Young et al. (2005).

#### *2.2.2.5 Le modèle de St-Arnaud et al. (2011)*

Cette équipe a mis en place un programme de retour au travail dans une entreprise québécoise afin d'intervenir auprès du personnel absent en raison de problèmes liés à la santé mentale. Afin d'y parvenir, l'équipe a travaillé avec le comité-conseil de l'entreprise, représentatif de l'ensemble des acteurs concernés. Ils ont commencé par produire un cadre de référence pour préciser les rôles et responsabilités ainsi que les valeurs soutenues mais aussi pour affirmer leur soutien au projet. Le comité a communiqué les différentes informations du cadre de référence au personnel et a également proposé d'engager une personne pour coordonner les différentes activités de soutien.



La démarche d'accompagnement, de soutien au rétablissement et au retour au travail en santé mentale comporte six étapes, menées par l'agent de soutien :

1. Procédures administratives et invitation à participer à la démarche d'accompagnement : après cinq jours d'absence consécutifs, un dossier d'absence est ouvert. Le travailleur est contacté afin de faire remplir par le médecin traitant un formulaire d'invalidité. Le dossier est transmis à l'agent de soutien qui prend contact avec la personne afin de vérifier sa volonté ou non de participer, préciser les objectifs, rassurer et répondre aux questions. La participation se fait sur base volontaire.
2. Établissement du premier contact avec les participants : un autre appel permettait de repréciser les objectifs, les modalités de la participation, rassurer quant au rythme individualisé, à la neutralité de l'agent ainsi qu'à la confidentialité. Le travailleur peut partager ses préoccupations, donner un aperçu de son état,... Une première rencontre est fixée. De plus, le supérieur immédiat du participant est informé de sa participation ainsi que les implications que cela engendrera pour lui.
3. Accompagnement et inventaire des obstacles et leviers liés au rétablissement et au retour au travail : lors d'une première rencontre avec l'agent de soutien, organisée dans un endroit neutre et assurant la discrétion, le travailleur est invité à parler de son histoire professionnelle jusqu'à son arrêt de travail, des facteurs personnels et organisationnels ayant joué dans son arrêt, de son arrêt de travail, de ses démarches de consultation, de son état actuel et éventuellement de son travail de façon plus ou moins approfondie s'il se sent en mesure de le faire. Cela permettait au travailleur de penser son travail et de préciser ses besoins. L'entretien offre également la possibilité de clarifier les ressources et besoins du travailleur en terme de soutien clinique et social hors du travail. Le principal objectif est de construire un lien de confiance entre l'agent de soutien et le travailleur et de favoriser la construction d'un nouveau lien positif avec le travail, sans que le retour au travail ne soit abordé afin que la personne puisse se recentrer. Des contacts entre l'agent de soutien et le travailleur sont maintenus jusqu'au retour au travail afin de connaître l'évolution des réflexions, de la reconstruction, des besoins, des appréhensions et d'en discuter.
4. Préparation du retour au travail et du plan de retour : une seconde rencontre individuelle avait lieu lorsqu'une date de retour au travail officielle est fixée. Son but est de préparer l'entretien éventuel avec le supérieur direct. Cette entrevue permettait de préciser les préoccupations principales du travailleur, d'agir sur l'anticipation des conditions de retour au travail et de consolider le sentiment d'efficacité personnelle. L'agent de soutien, grâce à

ces diverses informations, prépare une première de projection de réintégration au travail qui servirait lors des discussions avec le supérieur.

Lors de la rencontre, l'agent, le travailleur et le supérieur définissaient un plan de retour au travail écrit, englobant si nécessaire des éléments du travail pouvant être adaptés afin de soutenir la réintégration et le maintien au travail. L'élaboration de ce plan se base sur une écoute active, orientée sur la recherche de solutions et pistes d'action, en tenant compte des préoccupations et contraintes de chacun. Cette rencontre permet de réfléchir aux activités d'accueil prévues pour soutenir le travailleur lors de son retour. De son côté, le supérieur reçoit également un soutien dans son rôle d'accompagnement de retour au travail grâce à cette rencontre.

5. Retour au travail et mise en œuvre du plan de retour : contenant la date, les modalités d'accueil, le rôle, ...
6. Suivi du retour et réajustement : une à trois semaines après le retour au travail, l'agent de soutien s'assure auprès du travailleur et du supérieur du bon déroulement de la réintégration, des ajustements nécessaires,... Le travailleur et/ou le supérieur peuvent également prendre contact avec l'agent si il y avait besoin de discuter de certaines préoccupations ou de certains points.

Ce modèle reprend de nombreux points discutés précédemment : remplacement du travailleur au centre, évolution par étapes, mise en place d'une équipe multidisciplinaire, succès de plusieurs phases : repos, reprise du travail et maintien au travail. De plus, il dégage de nouveaux paramètres à prendre en compte : implication et soutien de l'entreprise ainsi que la mise en place d'un agent de liaison. Cependant ce dispositif a été imaginé et construit de concert avec une entreprise qui était demandeuse d'un tel processus. Il ne s'agit pas d'un modèle mis en place dans toutes les entreprises, rendant ainsi difficile son utilisation s'il n'y a pas d'engagement actif de leur part. En outre, un agent de liaison n'est pas régulièrement intégré or il s'agit d'un élément crucial du modèle assurant neutralité, confiance, confiance ainsi qu'une aide pour les acteurs impliqués.

## 2.3 Les facteurs facilitants et bloquants le retour au travail

Différentes études ont été menées afin d'identifier des mécanismes associés à la réintégration au travail dans le cadre d'un burnout. Au travers ces recherches, des facteurs aidants ont pu être mis en avant ainsi que des facteurs bloquants.

Une étude menée par Gagnano et al. (2017) a défini les facilitateurs comme des « *variables permettant de diminuer la durée de l'absence ou d'augmenter les chances d'être de retour au travail* » (p. 216). Les barrières, quant à elles, sont les « *facteurs augmentant la durée de l'absence ou diminuant les chances d'être de retour au travail* » (p. 216).

Nous allons parcourir ces différentes recherches afin de prendre connaissance de leurs résultats et conclusions mais aussi de leurs recommandations pour les recherches futures.

### 2.3.1 Les modèles dans la réintégration

Une étude de Kärkkäinen et al. (2018a) menée en Finlande sur les pratiques de retour au travail des professionnels de la santé appliquées dans le cas de patients souffrant d'un burnout a identifié différentes phases lors du retour au travail. Elle se concentre principalement sur les professionnels de la santé car il y a peu de recherches concernant les pratiques de retour au travail dans le burnout du point de vue de ces travailleurs.

Lors de la procédure d'analyse des données, les chercheurs ont utilisé le modèle conceptuel de Young et al. (2005).

Kärkkäinen et al. (2018a) ont mis en évidence que trois des quatre phases du modèle de Young et al. (2005) se retrouvaient dans les pratiques mises en place par les professionnels de la santé. Seule la phase de progression n'a pu être identifiée.

#### 1. Phase de repos :

- Définir le burnout : reconnaître le burnout, mentionner le burnout dans le diagnostic additionnel.
- Soutenir le désengagement : recommander un congé maladie, surveillance proche au début du congé maladie .
- Soutenir la guérison : soutenir la gestion du stress, fournir un support psychologique, traiter les maladies co-occurentes.

- Déterminer l'objectif de retour au travail : évaluer le retour au travail en temps utile, déterminer l'option de retour au travail adaptée.
- Supporter le réengagement au travail : surveillance proche avant le retour au travail, améliorer l'auto-efficacité de retour au travail, améliorer la communication entre le travailleur et le superviseur.

2. Phase de retour au travail :

- Surveillance de l'adéquation entre l'emploi et la personne : surveillance proche après la reprise au travail, consultations individuelles avec les professionnels de la santé au travail, réunions à plusieurs en incluant le superviseur, mesurer le niveau des symptômes au moyen de mesures valides.
- Réévaluer l'objectif de retour au travail : réévaluer le retour au travail en temps utile, re- déterminer l'option de retour au travail adaptée.

3. Phase de maintien :

- Supporter le maintien des buts atteints : continuer la surveillance après que les objectifs aient été atteints, fournir un soutien pour aider le travailleur à s'adapter à son travail actuel
- Supporter un but alternatif : soutenir le travailleur dans un changement de lieu de travail, soutenir le retrait du monde du travail.

Une autre recherche menée par Kärkkäinen et al. (2018b) sur les pratiques des coordinateurs de retour au travail pour les personnes en burnout en Finlande a identifié des facteurs impliqués dans le processus de réintégration au travail chez les individus en burnout. Dans cette étude, les auteurs soulignent plusieurs points : les recherches sur le burnout se sont principalement basées sur la prévention primaire. Les études sur les facteurs associés au retour au travail sont, quant à elles, rares. Par ailleurs, il existe peu de recherches sur les pratiques des coordinateurs de retour au travail dans le cadre du burnout ainsi que sur leur expérience concernant les facteurs permettant la réintégration des personnes en burnout sur le marché du travail.

Kärkkäinen et al. (2018b) ont groupé les activités réalisées en trois phases :

1. Phase d'intervention précoce :

- Surveiller le bien-être de l'équipe : surveiller les enquêtes de bien-être des équipes,
- Surveiller les statistiques sur les congés maladie, discuter des risques de santé avec les professionnels de la santé au travail et les acteurs de la sécurité au travail,

contacter les superviseurs dans les communautés de travail dont ils n'ont pas eu de nouvelles récentes.

- Initier le processus de retour au travail : fournir des interventions au niveau de la communauté de travail, aider les superviseurs dans leur support au travailleur en burnout en respectant les règles en vigueur concernant les absences et le retour au travail, suggérer des réunions à plusieurs.

## 2. Phase de repos :

- Planification du retour au travail : informer les autres intervenants à propos des règles de la gestion des absences dans l'organisation et des pratiques et politiques de retour au travail, discuter les options de retour au travail, informer à propos des conditions de paiement, renforcer la confiance de l'employé en l'employeur, ajuster sa communication avec le travailleur.
- Fournir les outils permettant le retour au travail : permettre l'usage de services supplémentaires de professionnels de la santé au travail, guider l'employé sur des stratégies pour gérer le stress, offrir des conseils personnalisés de travail.
- Surveiller le progrès du processus de retour au travail : garder contact avec le travailleur durant son absence, surveiller l'évolution du processus de retour au travail dans les compagnies d'assurance et auprès des professionnels de la santé au travail.
- Supporter le réengagement au travail : faciliter la communication entre le travailleur et le superviseur, améliorer l'auto-efficacité de retour au travail de l'employé, guider le superviseur sur la manière d'informer les autres travailleurs à propos du retour au travail de leur collègue et des modifications de travail.

## 3. Phase de reprise du travail :

- Surveiller l'adaptation au travail : appeler le travailleur et lui demander comment il se sent, discuter de modifications supplémentaires éventuelles au travail dans une réunion commune.

Cette étude met également en avant les étapes menées pour favoriser le retour au travail. Deux de ces étapes - la phase de repos ainsi que la phase de reprise au travail - ont été identifiées dans le modèle de Young et al. (2005) dont nous avons discuté auparavant.

Dans les études précédentes, les chercheurs (Kärkkäinen et al. 2018a, 2018b) ont mis en évidence l'importance d'une réintégration au travail structurée en différentes étapes et ce, en suivant principalement le modèle de Young et al. (2005). A l'intérieur de ces différentes étapes, on peut également remarquer que des facteurs aidants, ou non, à la réintégration au travail sont identifiés, tels que la communication entre l'employeur et l'employé ou l'amélioration du sentiment d'auto-efficacité. Ainsi, ces deux recherches mettent en évidence l'importance de facteurs intervenant dans le processus de retour au travail dans un schéma structuré, pouvant laisser sous-entendre le fait qu'ils semblent prendre place à un moment défini du processus.

### 2.3.2 Les différentes catégories de facteurs

Kärkkäinen et al. (2017) ont mené une étude visant à déterminer quels étaient les facteurs facilitants et bloquants le retour au travail chez les personnes en burnout. Celle-ci a été menée en raison du manque de recherche sur le sujet.

Kärkkäinen et al. (2017) ont regroupé ces facteurs en trois catégories différentes :

1. Les facteurs liés à l'individu :

Le genre masculin (positivement associé), la stratégie d'évitement de conflits (négativement associé), le grand engagement dans le travail (positivement associé sauf si retour au travail trop tôt), les interventions cognitivo-comportementales (pas d'association positive), les interventions visant à réduire le stress (positivement associé).

2. Les facteurs liés au burnout :

Le niveau de symptôme et la déficience cognitive (restent non-clairs), un sommeil non-troublé (positivement associé), l'incapacité de travail supérieure à six mois (négativement associée), l'incapacité de travail à mi-temps comme prédicteur de retour au travail (positivement associé).

3. Les facteurs liés au travail :

L'amélioration de la communication (positivement associé), le pauvre contrôle au travail (négativement associé), le soutien du superviseur (positivement associé), la modification de la charge de travail (positivement associé).

Cette recherche nous offre des pistes sur les facteurs à prendre en compte lors du retour au travail des personnes ayant souffert d'un burnout. Elle met en valeur le fait qu'il n'y a pas un seul type mais plutôt une conjonction de facteurs qui entrent en jeu. Les chercheurs soulignent

la nécessité de mener des recherches supplémentaires afin de confirmer et expliquer les associations potentielles entre les facteurs liés au travail, à l'individu et au burnout avec le retour au travail dans le burnout.

Cette catégorisation de facteurs se retrouve dans une autre étude de Kärkkäinen et al. (2018b). En effet, ils ont déterminé différents facteurs influençant le support offert par les coordinateurs de retour au travail en ces trois catégories:

1. Les facteurs liés au burnout :

La compréhension commune du burnout, les maladies co-occurentes, les dimensions du burnout, l'imprévisibilité de la guérison.

2. Les facteurs liés à l'individu :

Les caractéristiques de la personnalité, les facteurs psychosociaux de la vie privée.

3. Les facteurs liés au travail :

Les conflits dans la communauté de travail, l'ouverture à propos du burnout et de ses causes.

La réintégration des personnes en burnout a aussi été abordée dans une étude menée par Gragnano et al. (2017) qui porte sur les facteurs psychosociaux communs qui facilitent ou bloquent le retour au travail suite à un congé maladie dû à un cancer, une maladie cardiovasculaire ou un trouble mental. Des recherches avaient déjà été menées pour améliorer la compréhension des facteurs influençant le retour au travail pour des pathologies spécifiques. Néanmoins, une majorité d'entre elles s'étaient concentrées sur les troubles musculo-squelettiques avec peu d'investigations pour le cancer, les maladies cardiovasculaires ou les troubles mentaux (comprenant le burnout). Cette étude souligne que le retour au travail est actuellement vu comme un processus multidimensionnel, principalement influencé par des facteurs psychosociaux et des variables « macro-systèmes ». Jusqu'à présent, le retour au travail était basé sur le diagnostic et la sévérité des symptômes. Mais, de plus en plus, on reconnaît les similarités existants entre les diverses populations dans ce processus.

Gragnano et al. (2017) ont mis en avant plusieurs prédicteurs ayant une influence significative pour les troubles mentaux, tous étant des freins : la dépression, des comorbidités, une précédente absence pour maladie ainsi qu'un âge plus avancé. Ils ont mis en avant d'autres facteurs ayant une influence plus modérée :

- Facilitateurs : support des collègues et du superviseur, aptitude au travail, attentes positives en matière de retour au travail et statut socio-économique.
- Freins : exigences psychologiques du travail, stress au travail, exposition à de la violence ou du harcèlement au travail, conduites nocives pour la santé (fumer, absence d'exercices physiques,...) et anxiété.

Ils ont également identifié des facteurs communs aux trois pathologies (cancer, maladies cardiovasculaire et trouble mental) :

- Facilitateurs : contrôle au travail, habilité au travail, état de santé perçu et haut statut socio-économique.
- Freins : stress au travail, anxiété, dépression, comorbidité, personne plus âgée et bas niveau d'éducation

A nouveau, nous pouvons retrouver des facteurs appartenant aux trois sphères précédemment identifiées : les facteurs liés à l'individu, les facteurs liés au burnout et les facteurs liés au travail. Cette étude offre en outre la possibilité d'affiner les facteurs facilitants et bloquants le retour au travail.

Ekberg et al. (2015) ont investigué tant les facteurs individuels que ceux liés au milieu de travail associés à un retour au travail précoce (moins de trois mois) et tardif (entre trois et douze mois) après un congé maladie chez des personnes ayant des troubles mentaux courants. La base de leur étude repose sur les connaissances actuelles tendant à démontrer que les prédictors de congé maladie ainsi que les prédictors de retour au travail pour ces personnes peuvent être trouvés parmi une combinaison de facteurs individuels et liés au travail. Cependant, les recherches sont actuellement rares et les résultats sont peu concluants. D'avantage de connaissances sont nécessaires concernant les facteurs contribuant au retour au travail en général mais aussi à un retour au travail précoce. L'étude se déroule en Suède et comporte 354 travailleurs en congé maladie depuis au moins deux semaines suite à un diagnostic lié à un des troubles mentaux courants tels que la dépression, l'anxiété, le stress ou encore le burnout.

Elkberg et al. (2015) ont été à même de mettre des différences entre les retours au travail précoces et tardifs en avant. Au niveau des facteurs démographiques, seul le niveau d'éducation a été pointé. En effet, le niveau d'éducation, pouvant donné lieu à une estimation de la position socio-économique, est associé à un retour au travail plus tardif. De même qu'un niveau d'éducation plus bas est associé à un retour au travail plus précoce. De plus, il est à noter qu'un



niveau socio-économique moins élevé peut être un facteur à l'origine des troubles mentaux. Cela pourrait s'expliquer par le fait que des positions socio-économiques plus basses sont associées à des emplois plus physiques.

Concernant l'influence des facteurs associés à la santé, on observe que les travailleurs en mauvaise santé et/ou ayant des habiletés fonctionnelles et des capacités de travail plus basses retournent au travail plus tardivement. Une étude de Brouwers et al. (2016) a mis en avant que la sévérité des problèmes de santé est un important prédicteur de retour au travail. Un autre facteur influençant la durée de l'incapacité de travail est l'importance des ressources personnelles, facilitant ou non la réintégration au travail. En effet, des attentes positives concernant le traitement amène à un retour au travail plus rapide. Cependant, les ressources personnelles sont influencées par la santé.

Concernant le stress, l'équipe d'Elkberg (2015) n'a pas constaté de différences entre les deux groupes : tous expérimentaient un mauvais rapport entre les efforts et les récompenses, pouvant mener à des émotions négatives telles que de l'injustice. De façon surprenante, une moins bonne justice interactionnelle avec le superviseur a été associée à un retour au travail plus précoce. Des intentions plus marquées de démissionner ainsi qu'un besoin de réduire les exigences au travail sont associées à un retour au travail plus tardif.

Nous avons pu observer dans les recherches précédentes qu'un retour au travail endéans les six mois était un facteur facilitant une réintégration réussie. Cette étude nous permet d'en apprendre davantage sur les facteurs jouant tant sur un retour au travail précoce que lors d'un retour au travail tardif. De plus, elle met en avant le fait qu'une moins bonne entente avec le superviseur est associée à un retour au travail plus précoce, contrastant avec les conclusions précédentes selon lesquelles une meilleure entente est un facteur facilitant le retour au travail.

Kärkkäinen et al. (2018a) ont identifié des points d'attention qui peuvent nuire à la réintégration réussie des travailleurs en burnout comme le fait que le burnout n'est pas toujours évalué au moyen d'une mesure valide, le travailleur ne reste pas toujours en congé maladie ou ne retourne pas toujours au travail au moment opportun. Ils pointent le traitement qui se focalise parfois sur des maux co-occurrents ou qu'il dépend des compétences et intérêts de chacun. Au niveau du lieu de travail, il existe un manque d'outils pour accompagner le superviseur et les collègues ainsi qu'un manque de réunion impliquant le superviseur. Enfin, il est important de

surveiller le maintien des buts atteints au moyen de réunions impliquant le superviseur ou de consultations individuelles avec les professionnels des soins de santé.

### 2.3.3 Les interventions

Une étude menée par Ahola et al. (2017) s'est penchée sur les interventions visant à réduire les symptômes d'épuisement professionnel et à appuyer le retour au travail des employés souffrant d'épuisement professionnel. En effet, malgré les nombreuses recherches sur les facteurs prédisposant au burnout ainsi que ses conséquences, il n'y a pas de consensus sur la façon de le traiter. Des études ont été menées concernant l'efficacité des approches primaires et secondaires dans le cas du burnout mais l'équivalence n'est pas applicable concernant les interventions tertiaires. De ce fait, un résumé d'analyse d'interventions tertiaires et leur efficacité concernant le burnout et ses conséquences est nécessaire.

Quatorze études examinant l'effet de dix-huit interventions ont été retenues dans cette méta-analyse. Parmi ces interventions, quatorze ont utilisé une méthode unique, focalisée sur l'individu afin de diminuer le burnout. Les quatre autres interventions ont utilisé une approche multiple, soit en combinant une approche individuelle et focalisée sur le travail, soit en combinant plusieurs méthodes individuelles.

Les interventions individuelles font le plus souvent appel à la thérapie cognitivo-comportementale. Ce programme spécifique de TCC de groupe est reconnu pour avoir contribué à une diminution du score de burnout après six mois comparativement à un groupe contrôle recevant des soins classiques. Néanmoins, cet effet s'atténuait après douze mois. Aucune différence n'a été trouvée dans la situation de travail après le suivi. Des résultats similaires ont été observés dans une étude combinant cette thérapie avec du Qigong et un support de réhabilitation au travail quand le groupe contrôle recevait uniquement le Qigong et le support à la réhabilitation. Une formation sur la gestion du stress basée sur la TCC, qu'elle soit menée individuellement ou en groupe, démontre qu'il n'y a pas plus d'effet sur la diminution de la fatigue et du cynisme ainsi que sur le nombre d'heures de congé maladie que dans le groupe contrôle. Des résultats similaires ont été obtenus avec une TCC structurée. Néanmoins, un programme de TCC de groupe associé à une orientation professionnelle ainsi que des mesures de prévention auto-initiées entraînent une diminution de la fatigue émotionnelle et une augmentation de l'accomplissement professionnel, contrairement au groupe contrôle.

La thérapie de groupe, qu'elle soit analytique ou expérimentale, basée sur des méthodes psycho et sociodramatiques induit une diminution du score de burnout. De plus, un atelier psychodidactique sur les processus expérimentaux de réflexion et le développement des compétences favorise la diminution des symptômes du burnout. La participation à un entraînement d'adaptation cognitive ou à un groupe de support social est liée à une diminution du score de fatigue émotionnelle immédiatement après. Cependant, cet effet ne se maintient pas dans la durée. Après la participation à des groupes de support social avec des pairs, la fatigue et le cynisme diminuent tant dans le groupe contrôle que dans le groupe expérimental.

Des exercices physiques sur la posture, la respiration, la concentration mentale amélioraient la diminution de la fatigue émotionnelle et de la dépersonnalisation immédiatement après la participation. Un programme d'activité physique n'a pas d'effet sur le score burnout ou l'état de burnout. Une thérapie de lumière artificielle n'a pas diminué le niveau de symptômes mais par contre, la gravité des plaintes a baissé.

Au travers des interventions combinées, l'un des dénominateurs communs est la rencontre avec les représentants du milieu de travail pour favoriser les changements qui devraient être opérés dans la situation de travail. Combiné à une réhabilitation traditionnelle ou avec un programme de groupe pour les problèmes de santé liés au stress, une diminution des symptômes de burnout est observée. Dans cette dernière combinaison, le nombre de congés maladie avait décliné dans les deux groupes. Quand la rencontre avec des experts est combinée avec une brève TCC basée sur la gestion du stress, il n'y a pas d'effets de l'intervention concernant les symptômes du burnout mais le temps mis pour retourner au travail est plus court. Dans les 80 semaines qui s'en suivaient, la totalité des congés maladies diminue après une intervention combinant le dialogue, une évaluation de la santé, un entretien avec le superviseur et un séminaire de groupe.

Une fois de plus, cette étude permet de mettre en avant que le support des superviseurs, des collègues ainsi que des modifications du travail permettent un retour au travail réussi. Elle souligne également un point relevé dans l'étude menée par Kärkkäinen et al. (2017) : la TCC ne semble pas être un support efficace lorsqu'elle est pratiquée seule.

## 2.4 Synthèse

Parmi ces articles, nous remarquons que certaines tendances se dégagent. Les conclusions issues de ces différentes études convergent dans le même sens ou, au contraire, ne semblent pas en accord. De plus, si certains facteurs sont discutés dans une étude, ils n'en est pas toujours question dans d'autres.

Certaines étapes semblent se distinguer dans le processus de réintégration au travail. Chacune de ces étapes comportent des aides et des freins. Une étude menée par Kärkkäinen et al. (2018a) a utilisé le modèle de Young et al. (2005) mettant en avant l'adéquation de ce modèle dans le cadre d'un burnout. De plus, ces différents stades ont également été identifiés, de façon indirecte, dans d'autres études.

Afin d'apporter plus de clarté, le tableau suivant reprend les résultats mis en avant par les diverses études détaillées précédemment ainsi que la connexion qui existe entre ces facteurs et les différentes étapes du modèle de Young et al. (2005).

Tableau 1 : Synthèse des facteurs

Phase de repos	Phase de retour au travail	Phase de maintenance	Phase de progression
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intervention visant à réduire et gérer le stress</li> <li>• Traitement des maladies co-occurentes</li> <li>• Maintien et amélioration de la communication avec le superviseur et lieu de travail</li> <li>• Rapport au travail</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Maintien et amélioration de la communication avec le superviseur et le lieu de travail</li> <li>• Rapport au travail (contrôle perçu, aptitude, habileté)</li> <li>• Adaptation du travail</li> <li>• Stress</li> <li>• Mauvais climat de travail</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Surveillance du bon déroulement de la réintégration</li> </ul>	Phase non-identifiée dans les recherches précédentes

(contrôle perçu,  
aptitude,  
habileté)

- Adaptation du travail
- Comorbidités
- TCC
- Longue absence (plus de six mois)

## 2.5 Question de recherche et hypothèses

Ainsi, afin de favoriser un retour au travail réussi, il faudrait intervenir dès la phase de repos. Durant cette première phase, les chercheurs ont identifié les facteurs facilitant la réintégration tels qu'un soutien pour gérer le stress, le traitement de maladies co-occurentes mais aussi la définition d'objectifs de retour au travail (modification du travail,...) ou encore le maintien et l'amélioration de la communication avec le superviseur. En outre, le rapport au travail de la personne joue un rôle important : Se sent-il capable ? Comment évalue-t-il ses capacités? Lorsque le travailleur va entrer dans la phase de reprise de travail en réintégrant son emploi, il faut surveiller le bon déroulement de son retour au travail ainsi que l'adéquation de l'objectif de travail qui a été déterminé au préalable. En parallèle, il est nécessaire d'informer l'environnement de travail des modifications de la situation de travail pour favoriser la bonne réintégration, ainsi qu'un climat de travail sain (stress, conflits,...). Lors de l'entrée dans la phase de maintenance, il est nécessaire de soutenir les objectifs atteints ou de les redéfinir si nécessaire.

Ce modèle peut être critiqué car il ne rend pas totalement compte des facteurs intervenants dans le processus de retour au travail. En effet, il existe des facteurs liés à l'individu influençant le processus de réintégration au travail. Si certains sont compris dans le modèle de Young et al. (2005), comme les interventions visant à réduire le stress, d'autres tels que les facteurs psychosociaux de la vie privée ne le sont pas.

Enfin, ces études soulignent un manque de connaissances concernant les facteurs intervenant dans la réintégration au travail chez les personnes en burnout. Aussi, la question de recherche suivante s'impose: « Quels sont les facteurs bloquants ou facilitants la réintégration au travail chez les personnes en burnout ? ».

Au vu des résultats obtenus lors des précédentes recherches, les hypothèses suivantes se posent :

- Les facteurs soutenant le retour au travail vont s'échelonner sur différentes périodes : la phase de repos, de retour au travail et de maintenance.
- Les facteurs facilitants et bloquants le retour au travail vont se répartir selon trois axes : l'individu, le burnout et le travail.
- Le rapport au travail (engagement, aptitude au travail, contrôle perçu,...), les interventions visant à réduire et gérer le stress, le maintien et l'amélioration de la communication avec le superviseur et le lieu de travail, l'adaptation du travail, le traitement des maladies cooccurrentes vont constituer des facteurs facilitants le retour au travail.
- Les comorbidités, le stress, le mauvais climat de travail, ainsi qu'une longue absence (plus de six mois) vont constituer des barrières du retour au travail.

## 3 Méthodologie

Afin de poser le cadre relatif aux procédures de retour au travail en Belgique, une description de ce processus se trouve dans les pages suivantes. La méthodologie adoptée dans le cadre de cette enquête sera ensuite exposée en s'attachant à décrire l'échantillon. Les canaux utilisés, les critères d'inclusion ou d'exclusion sont également expliqués. Ensuite les modalités de passation ainsi que le matériel qui a servi dans ce travail sont passés en revue. Enfin, le traitement des données est abordé.

### 3.1 Contexte

Comme dit précédemment, il existe des trajets de réintégration au travail pour des maladies de longue durée afin d'encourager la reprise du travail, détaillés par le SPF Emploi, Travail et Concertation sociale (2018). L'objectif est de permettre aux personnes qui ne sont plus en état d'effectuer leur travail, temporairement ou définitivement, de retrouver un travail qui leur convient et ce, dans les meilleures conditions possibles.

Cette brochure se base notamment sur le chapitre VI du livre I, titre 4, articles 1.4-72 à 1.4-82 du code du bien-être au travail, décrivant le trajet de réintégration d'un travailleur qui ne peut plus exercer le travail convenu temporairement ou définitivement. De plus, elle prend en compte la loi du 3 juillet 1978 (articles 31, 31/1 et 36) portant sur les contrats de travail déterminant les conséquences pour le contrat de travail dans le cas d'une incapacité de travail, d'une reprise partielle du travail ou d'une incapacité de travail définitive.

Toutefois, la réintégration n'est pas toujours possible et peut éventuellement mener à la rupture du contrat de travail pour cas de force majeure médicale. Néanmoins, ce n'est qu'après avoir suivi jusqu'au bout l'ensemble du processus du trajet qu'un cas de force majeure médicale peut être considéré.

Hormis ce trajet, il existe d'autres procédures pouvant mener à la réintégration du travailleur :

1. La visite de pré-reprise du travail : elle a lieu durant l'incapacité de travail. Il s'agit d'une visite du médecin du travail qui n'est pas un examen médical et n'amène pas à une décision concernant la capacité. Chaque travailleur peut en faire la demande afin de

retrouver un poste adapté à son état de santé et ce, dès son retour au travail. Grâce à cette visite, l'employeur pourra procéder plus tôt à l'adaptation du travail.

2. L'examen de reprise du travail : c'est un examen obligatoire. Il est prévu lorsqu'un travailleur reprend son emploi après une absence d'au moins 4 semaines, notamment suite à un accident ou un accouchement. L'employé est soumis à la surveillance de santé obligatoire. Cet examen permet au médecin du travail de constater si le travailleur est capable de reprendre son travail ainsi que les conditions dans lesquelles il peut le reprendre.

Le trajet de réintégration est uniquement prévu pour les travailleurs en incapacité de travail. Autrement dit, il est effectif pour tout travailleur ayant un certificat médical valable, délivré par son médecin traitant et stipulant qu'il est incapable de travailler durant une période déterminée. Dans le cas où le travailleur est reconnu comme apte par le médecin-conseil de la mutualité, il pourra quand même prendre part au trajet de réintégration. En effet, le médecin-conseil utilise des critères différents pour déclarer une incapacité de travail.

Il existe trois voies d'entrée pour ce trajet et chacune de ces voies détermine l'entrée dans le processus par rapport à l'incapacité de travail.

Nous allons maintenant passer en revue le trajet de réintégration prévu en Belgique selon le code du bien-être au travail. Il s'agit d'un plan composé de différentes étapes :

1. Le démarrage du trajet
2. L'évaluation des possibilités de réintégration
3. Le plan de réintégration
4. La mise en œuvre du plan de réintégration
5. La fin du trajet de réintégration.

- *Le démarrage du trajet*

Le trajet démarre suite à une demande adressée au médecin du travail. Trois personnes peuvent être à l'origine de cette demande : le travailleur, le médecin-conseil de la mutuelle ou l'employeur. Aucune formalité n'est à respecter concernant le canal utilisé pour faire parvenir la demande. Cependant, il est recommandé de faire parvenir la demande par écrit afin de conserver une trace de son émission en vue d'être en mesure de prouver qu'elle a été introduite ainsi que le moment où elle l'a été.



La demande est envoyée au conseiller en prévention-médecin du travail, pouvant appartenir au service interne ou externe de la prévention et de la protection du travail.

Dès que le médecin du travail a reçu une demande, il se doit d'informer les autres acteurs de la démarche entreprise.

Nous allons maintenant passer en revue les trois canaux par lesquels débiter ce processus : le travailleur ou le médecin traitant, le médecin conseil de la mutuelle et l'employeur.

- Travailleur ou médecin traitant (avec ou sans accord du travailleur) : ces personnes peuvent faire la demande à n'importe quel moment de l'incapacité de travail, même pendant la période de salaire garanti.

Le travailleur ou son médecin-traitant demande un trajet de réintégration au médecin du travail.

- Médecin conseil mutuelle : il peut faire cette demande au plus tard deux mois après la remise de la déclaration d'incapacité de travail à la mutuelle. Le médecin-conseil fera une première analyse et classera le travailleur dans une des quatre catégories définies ci-dessous :
  - Reprise spontanée du travail prévue dans les six mois. Si le travailleur n'a pas repris son emploi dans ce délais et que le médecin-conseil estime la reprise possible, le médecin-conseil demande un trajet au médecin du travail.
  - Pas de réintégration possible.
  - Situation à revoir tous les deux mois (traitement médical) : quand le médecin-conseil considère la réintégration au travail possible, il demande un trajet au médecin du travail.
  - Reprise du travail possible pour un travail adapté ou un autre travail. Le médecin-conseil demande un trajet au médecin du travail.

Pour les personnes sans contrat de travail et après avoir réalisé la première analyse, le médecin-conseil peut proposer de démarrer un trajet de réinsertion socio-professionnelle sur le marché de l'emploi. Une collaboration éventuelle des organismes régionaux pour l'emploi est également possible.

- Employeur : il peut faire cette demande après quatre mois ininterrompus d'incapacité de travail ou lorsque le travailleur lui remet un certificat d'incapacité de travail définitif.

L'employeur demande un trajet de réintégration au médecin du travail.

Ainsi, la demande peut être introduite via 3 canaux : le travailleur/le médecin traitant, le médecin-conseil ou l'employeur. A la fin de cette première étape, le travailleur sera classé dans l'une des quatre catégories par le médecin-conseil.

- *L'évaluation des possibilités de réintégration*

Toujours selon le SPF Emploi, Travail et Concertation sociale (2018), suite à la demande introduite lors de l'étape précédente, le médecin du travail procède à une évaluation de réintégration, consistant en un examen médical du travailleur.

Cette évaluation poursuit un double questionnement :

- *Est-ce que le travailleur pourra reprendre son travail convenu, avec une éventuelle adaptation de son poste de travail ?* Le travail convenu est le travail que la personne exerçait avant son incapacité de travail, correspondant au travail décrit dans son contrat de travail.
- *Sur base des capacités restantes, quelles sont les possibilités de réintégration ?* (Autre travail ? Travail adapté ? Adaptation temporaire ou définitive ?). Le travail est adapté lorsqu'on modifie le rythme de travail : volume de travail différent, horaire différent, ... Le travailleur effectue le travail convenu moyennant ces adaptations.  
On parle d'un autre travail lorsqu'on modifie le contenu du travail. Le travailleur change de travail ainsi que les volumes, horaires, ...

L'évaluation de réintégration prend uniquement en compte le point de vue médical et les capacités restantes du travailleur. Le médecin du travail ne prend pas en compte les possibilités concrètes dans l'entreprise.

Pour compléter cet examen, le médecin du travail peut s'entretenir avec d'autres personnes, à la condition que le travailleur concerné donne son accord. Ces personnes peuvent être : le médecin-traitant, le médecin-conseil de la mutuelle, d'autres conseillers en prévention ou d'autres personnes pouvant contribuer à la réussite du trajet de réintégration.

Le médecin du travail procède également à un examen du poste de travail, voire de l'environnement de travail si nécessaire. Ce n'est pas toujours lui qui se rend sur place. Il peut, par exemple, solliciter l'expertise du conseiller en prévention en ergonomie.

Après ces divers examens et concertations, le médecin du travail rédige un rapport contenant ses constatations. Ce rapport est joint au dossier de santé du travailleur.

Enfin, le médecin traitant prend une décision concernant la réintégration du travailleur et l'indique sur le formulaire prévu à cet effet. Un exemplaire de ce formulaire d'évaluation de réintégration est remis à l'employeur et au travailleur.

Ces démarches doivent être réalisées dans les 40 jours ouvrables suivant la réception d'une demande de réintégration.

### Les différents trajets

L'évaluation de réintégration est conclue par une des décisions qui correspondent aux différents trajets. Il existe 5 décisions possibles :

1. Trajet A : le travailleur est temporairement inapte pour le travail convenu mais un travail adapté est possible entretemps. La décision est communiquée au médecin du travail qui fixe les modalités du travail adapté ou de l'autre travail. Un délai est fixé afin de réévaluer le travailleur.
2. Trajet B : le travailleur est temporairement inapte pour le travail convenu mais il n'y a pas de possibilité de travail adapté ou d'un autre travail entretemps. La décision est communiquée au médecin du travail qui fixe un délai pour réévaluer le travailleur. Il avertit également le médecin-conseil.
3. Trajet C : le travailleur est définitivement inapte pour le travail convenu mais un travail adapté ou un autre travail est possible. La décision est communiquée au médecin du travail qui fixe les modalités du travail adapté ou de l'autre travail.
4. Trajet D : le travailleur est définitivement inapte pour le travail convenu mais il n'y a pas de possibilité de travail adapté ou d'un autre travail. La décision est communiquée au médecin du travail. Le médecin-conseil est averti si un travailleur entre dans ce trajet.
5. Trajet E : la réintégration n'est pas (encore) opportune. La décision est communiquée au médecin du travail qui réexamine le travailleur tous les deux mois. Il avertit également le médecin-conseil.

### Les possibilités de recours

Dans le cas d'un trajet C ou D, le travailleur peut introduire un recours contre la décision du médecin de travail. Pour ce faire, il doit envoyer une lettre recommandée au médecin inspecteur social du Contrôle du bien-être au travail dans un délai de sept jours ouvrables après la remise

du formulaire d'évaluation de réintégration par le médecin du travail. Le médecin inspecteur social du Contrôle du bien-être au travail, le médecin du travail et le médecin traitant se réunissent alors, parfois en présence du travailleur, afin de prendre une décision à la majorité.

Le travailleur ne peut introduire un recours qu'une seule fois par trajet.

Si le recours est accepté, le médecin du travail doit revoir sa décision. Si le recours est rejeté, l'inaptitude définitive (trajet C ou D) est confirmée.

- *Le plan de réintégration*

Lorsque le médecin du travail estime que le travailleur peut réaliser un travail adapté ou un autre travail, l'employeur prépare un plan de réintégration. Ces cas de figure se présentent dans le trajet A ou C.

Dans le cas d'un trajet A, les démarches doivent directement être entamées par l'employeur.

Dans le cas d'un trajet C, l'employeur doit prendre en compte le droit de recours du travailleur.

Si le travailleur utilise son droit de recours, l'employeur doit attendre que la décision de recours confirmant le trajet C lui soit communiquée. Si le travailleur n'en fait pas usage, l'employeur doit tout de même attendre que le délai des sept jours ouvrables se soit écoulé.

L'employeur doit préparer le plan de réintégration en collaboration avec le travailleur, le médecin du travail et d'autres personnes pouvant contribuer à la réussite du processus. Si une reprise progressive est envisagée, le médecin du travail doit prendre contact avec le médecin-conseil qui décidera dans les trois semaines si le travail adapté ou l'autre travail permet au travailleur de conserver ses indemnités.

Après concertation, l'employeur rédige le plan qui comprendra une ou plusieurs des mesures suivantes : aménagement(s) du poste de travail, description du travail adapté, description de l'autre travail, la nature de la (ou les) formation(s) éventuellement nécessaire(s) pour acquérir de nouvelles compétences ainsi que la durée de validité du plan de réintégration. Ces mesures doivent être détaillées et complètes. L'employeur dispose de 55 jours ouvrables après réception de l'évaluation pour remettre le rapport dans le cas d'un trajet A. Il dispose d'un an dans le cas d'un trajet C.

Après réception de la proposition de plan, le travailleur dispose de cinq jours ouvrables pour donner son avis. S'il accepte, il signe le plan pour accord. S'il refuse, il doit mentionner les

raisons de son refus. Ensuite, l'employeur envoie un exemplaire au médecin du travail, qui remet à son tour une copie au médecin-conseil.

Si l'employeur estime qu'un plan de réintégration n'est pas possible, il doit rédiger un rapport dans lequel il détaille les raisons pour lesquelles il n'est pas possible de le mettre en place. Si un tel rapport est remis dans le cadre d'un trajet C, le trajet prend définitivement fin.

Ce rapport sera envoyé au travailleur ainsi qu'au médecin du travail. Ce dernier avertit le médecin-conseil qui regarde si un autre trajet est possible.

- *La mise en œuvre du plan de réintégration*

Lorsque le travailleur accepte et signe le plan de réintégration, la mise en œuvre de celui-ci peut débuter.

Le médecin du travail devra suivre régulièrement l'évolution du plan. Afin de remplir cette mission, il sera en contact avec le travailleur et l'employeur pour surveiller le bon déroulement du travail adapté ou de l'autre travail. Si des problèmes sont constatés, le Commission des Partenaires du Marché du Travail (CPMT) peut amener des idées pour adapter le plan.

Durant l'exécution du plan, le travailleur a le droit de demander une consultation spontanée au médecin du travail dans le cas où il pense que les mesures prévues ne correspondent plus à son état de santé actuel.

S'il se sent mieux, il peut augmenter son temps de travail. D'un autre côté, si son état de santé se dégrade, il peut demander à ce que son temps de travail soit revu à la baisse, faire davantage de télétravail ou encore adapter des tâches qu'il ne se sent pas capable d'assumer.

Suite à une concertation avec l'employeur et le travailleur et éventuellement une consultation spontanée de la part du travailleur, le médecin du travail peut proposer d'adapter le plan.

S'il s'agit d'un trajet A, le plan de réintégration prend fin lorsque le travailleur est apte à reprendre son travail convenu, c'est-à-dire lorsque le certificat médical est arrivé à expiration.

S'il s'agit d'un trajet C, le plan prend fin lorsque les parties adaptent le contrat de travail existant grâce à une annexe ou lorsqu'elles s'accordent sur un nouveau contrat de travail remplaçant le précédent.

- *La fin du trajet de réintégration*

Enfin, toujours selon le SPF Emploi, Travail et Concertation sociale (2018), le trajet ne prend définitivement fin que dans trois cas de figure. Ceux-ci sont :

1. Trajet C : le médecin du travail a estimé que le travailleur était définitivement inapte à reprendre le travail convenu et est en état de réaliser un autre travail ou un travail adapté. Néanmoins, dans le rapport rédigé par l'employeur, celui-ci explique qu'il n'est pas possible de proposer un plan de réintégration pour le travailleur.
2. Trajet C : le médecin du travail a estimé que le travailleur était définitivement inapte à reprendre le travail convenu et est en état de réaliser un autre travail ou un travail adapté. Le plan de réintégration proposé par l'employeur a été refusé par le travailleur.
3. Trajet D : le médecin du travail a estimé que le travailleur était définitivement inapte à reprendre le travail convenu et qu'un autre travail ou un travail adapté ne sont pas possible. De plus, le travailleur a épuisé toutes ses demandes de recours.

Si l'un de ces trois cas de figure se présente, l'employeur ou le travailleur peut invoquer un cas de force majeure médicale pour mettre fin au contrat de travail.

Ce plan s'étale sur plusieurs mois, avec des délais à respecter. Différents acteurs interviennent à différents moments mais le travailleur est inclus à chaque étape du processus. Celui-ci a la possibilité d'accepter, de s'opposer ou de refuser les décisions qui ont été prises à son égard. Il garde la possibilité d'avoir une influence sur le plan de réintégration.

- *Quels avis sur le trajet ?*

Si l'INAMI n'a encore publié aucun chiffre officiel permettant d'objectiver les résultats de ce trajet, les avis diffèrent tout de même concernant l'efficacité de ce trajet de réintégration (Falcinelli, 2020). En effet, les syndicats tendent plutôt à voir ce programme comme une « machine à licencier » en raison du nombre élevé de départs qui font suite à ce trajet (67%). Selon eux, les mesures prises n'atteignent donc pas l'objectif fixé. Cependant, la Fédération des Entreprises de Belgique (FEB) a une autre vision. Pour elle, seulement 5% des travailleurs ont perdu leur emploi pour cas de force majeure médicale. Cette disparité pourrait s'expliquer par le fait que la FEB prend également en compte la reprise à temps partiel, les contacts directs et

informels entre employeurs et employés,... contrairement aux syndicats qui perçoivent la réintégration au travail comme étant la reprise des fonctions telles qu'avant l'arrêt de travail.

De plus, si les syndicats soutiennent que ce sont les employeurs qui licencient principalement, cet avis n'est pas partagé par la FEB. En effet, elle rappelle que dans beaucoup de cas, ce sont les travailleurs qui émettent ce désir parce qu'ils ont trouvé un nouvel emploi ailleurs.

## 3.2 Participants

Maintenant que le cadre concernant la procédure de réintégration au travail en Belgique est posé, nous allons nous pencher davantage sur les méthodes utilisées pour réaliser ce travail.

### 3.2.1 Description de l'échantillon

20 participants, dont 15 femmes et 5 hommes, ont pris part à cette recherche. Ils étaient âgés de 35 à 67 ans, avec une moyenne de 48 ans. 15% ont entre 35 et 40 ans, 25% entre 41 et 45 ans, 35% entre 46 et 50 ans et 25% sont âgés de plus de 50 ans. Concernant la durée d'occupation de la fonction menant au burnout, 30% l'occupaient depuis moins de 5 ans, 30% l'ont occupé entre 5 et 10 ans, 20% entre 11 et 15 ans, 5% entre 16 et 20 ans et 15% l'occupaient depuis plus de 20 ans. Les différents secteurs représentés sont : le public (30%), le privé (15%), la santé (10%), l'industriel (10%), le conseil/support (5%), l'informatique (5%), la construction (5%), le commerce (5%), l'associatif (5%), l'administratif (5%) et l'enseignement (5%). Les participants étaient majoritairement des employés (70%) mais on peut retrouver des fonctionnaires (15%) et des ouvriers (5%). 10% ont un statut mixte indépendant-employé.

Un tableau comprenant le sexe, l'âge, le poste occupé lors du burnout ainsi que le nombre d'années dans la fonction avant le burnout des vingt participants se trouve en annexe 1.

### 3.2.2 Modalités de recrutement

Les participants ont été recrutés au moyen de plusieurs canaux, dont notamment les réseaux sociaux. Une annonce (annexe 2) reprenant le but de la recherche, les conditions de passation, les conditions d'inclusion et d'exclusion ainsi que la garantie de la protection des données du participant a été publiée et relayée par plusieurs comptes. Si les personnes étaient intéressées, elles pouvaient prendre contact via les réseaux sociaux ou via l'adresse mail étudiante ou le numéro de téléphone indiqué.

Afin de recruter des sujets, une agence de consultance en ressources humaines a été contactée. Un message (annexe 3) avec la requête a été envoyé aux professionnels travaillant pour cette entreprise, détaillant le but de la recherche, les conditions de passation, d'admission et d'exclusion. L'assurance de la protection des données des participants était également donnée dans ce mail ainsi qu'une note explicative (annexe 4) s'adressant aux participants potentiels. Il a été convenu avec les professionnels de l'agence qu'ils prendraient contact avec les candidats éventuels pour leur faire part de la recherche et leur communiquer la note explicative. Si le travailleur était d'accord de participer à l'étude, les consultants en ressources humaines nous communiquaient alors leurs coordonnées afin de permettre une prise de contact. Dans le cas où ils n'étaient pas intéressés, la procédure s'arrêtait là.

Enfin, le bouche à oreille a été d'une grande aide durant le recrutement. En effet, certains participants ont parlé de la recherche à d'autres connaissances ayant elle-même fait un burnout, qui ont accepté d'y prendre part. Des médecins ont également relayé l'annonce ou contacté des patients à eux se trouvant dans ce cas de figure.

### 3.2.3 Critères d'inclusion, d'exclusion

Afin de participer à l'étude, les participants devaient avoir fait un burnout dans les cinq dernières années. Celui-ci devait avoir été reconnu par une mesure valide, comme un test validé et/ou par un médecin du travail. De plus, les participants devaient impérativement avoir effectué un retour au travail réussi après cette incapacité de travail. En Belgique, un retour au travail est considéré comme un succès lorsque :

- L'employé reprend son poste initial, comme convenu dans le contrat de travail.
- L'employé reprend son poste qui a été adapté : moins de charge, temps partiel, répartition horaire différente.
- L'employé commence un nouveau poste.

Enfin, le participant devait être revenu au travail depuis au moins six mois, afin de recueillir son ressenti sur une période suffisamment longue et permettre d'évaluer son évolution.



## 3.3 Entretien

### 3.3.1 Modalités de passation

Il s'agissait d'un entretien semi-directif, dont la durée pouvait varier entre 45 minutes et 1 heure 15. La présence d'une structure aide à maintenir une orientation lors du déroulement de l'interview (Pole & Lampard, 2002) et à s'assurer que les thématiques importantes ont été abordées durant la conversation. De plus, cette forme offre aussi la possibilité d'investiguer d'autres sujets. En raison de la crise sanitaire, les entretiens se sont déroulés via vidéo-conférence pour éviter tout contact et risque de transmission. Plusieurs logiciels ont été utilisés, selon la préférence du candidat : Zoom, Messenger ou Teams. Chaque entretien s'est déroulé dans une pièce fermée afin de garantir la confidentialité des données et d'instaurer un climat de confiance, permettant au travailleur de s'ouvrir et se sentir suffisamment bien que pour répondre aux questions. Deux participants ont cependant souhaité me rencontrer en présentiel, permettant ainsi de les mettre davantage à l'aise. Le nécessaire a dès lors été mis en place afin de respecter les gestes barrières. Un seul entretien par participant suffisait pour la récolte d'informations. Les données ont été récoltées sur une période allant de Octobre 2020 à Mars 2021.

Le participant était informé lors du recrutement et de la prise de contact du but poursuivi par la recherche et des protections mises en place afin de maintenir son anonymat. Avant chaque entretien, les documents prévus à la protection des données ainsi qu'aux droits du participant (participation volontaire, confidentialité, retrait de l'étude) lui étaient envoyés afin qu'il en prenne connaissance et pose ses questions au début de l'entretien. Au commencement de chaque rencontre, le but de la recherche était rappelé et le travailleur était invité à faire part de ses interrogations éventuelles.

L'entretien commençait avec des questions visant à déterminer le cadre dans lequel le burnout a pris place, le poste qui était occupé à ce moment-là et le nombre d'années qui se sont écoulées depuis. Ensuite, le participant était spécifiquement interrogé sur la période d'arrêt de travail, la réintégration au travail ainsi que le maintien de l'emploi. Des questions supplémentaires pouvaient être posées afin de clarifier certaines informations.

Le participant était encouragé à parler de son expérience et de son ressenti, des facteurs qui l'avaient aidé ou pas ainsi que la façon dont le burnout et la reprise du travail s'étaient déroulés

selon lui. Les réponses données faisaient l'objet d'un résumé afin de s'assurer de la bonne compréhension des données ainsi que pour offrir la possibilité au candidat de rajouter ou de corriger certains éléments.

Chaque candidat a accepté d'être enregistré, à condition que la confidentialité de l'audio soit assurée. Les enregistrements ont été effectués au moyen de l'application « dictaphone » sur un téléphone. De plus, pour optimiser la sécurité, les entrevues qui se déroulant via la plateforme Zoom ont également été enregistrées grâce à l'option « enregistrer » du logiciel.

### 3.3.2 Matériel

L'entretien a été construit sur base du modèle de réintégration au travail établi par Young et al. (2005) en raison des études de Kärkkäinen et al. (2018a, 2018b) qui ont pu le mettre en lien avec le trajet de réintégration des travailleurs en burnout, comme énoncé auparavant.

Le questionnaire, que vous pouvez retrouver en annexe 5, comporte quatre parties :

1. Pré-burnout : comme dit précédemment, cette partie visait à établir le cadre dans lequel le burnout prenait place afin d'avoir une idée du contexte dans lequel il se déclarait. En effet, certaines composantes des éléments ayant joué un rôle déclenchant dans la souffrance au travail pourraient s'avérer problématique lors d'un retour au travail et constituer un frein.
2. Arrêt de travail : l'objectif était de comprendre quelles étaient les moments, les ressentis, les démarches que le travailleur vivait durant cette période et comment il était impacté
3. La reprise du travail : l'objectif était de comprendre comment le retour au travail était vécu, préparé, construit par le travailleur et quel était l'impact sur celui-ci.
4. Le maintien dans le travail : l'objectif était de voir comment le travailleur se maintenait dans la fonction sur la durée, afin de prendre connaissance des impacts que peuvent avoir certains éléments sur lui.

## 3.4 Traitement des données

Les entretiens ont fait l'objet d'une retranscription complète dans un document Word, tout en respectant l'anonymat des participants, grâce à l'attribution d'un numéro. Cela nous a permis,

d'une part, d'obtenir une vue complète et claire des différents éléments qui ont été apportés par les différents participants. Et d'autre part, de pouvoir se construire une première idée globale de la direction que prenaient les données. 278 pages de données ont été générées.

Les informations récoltées ont été analysées au moyen d'une analyse qualitative déductive directement issue du cadre théorique, comme les étapes du modèle de Young et al. (2005) ou les différents facteurs aidants et bloquants constituant les hypothèses. Une approche inductive y a été mêlée, afin de pouvoir distinguer d'autres éléments qui n'auraient pas été repris dans le cadre théorique, tels que d'autres facteurs ou étapes que ceux déjà discutés précédemment. Les mots et les phrases constituent les unités d'analyse et ont été revus à plusieurs reprises afin de les assimiler et ainsi devenir plus familiers.

La méthode d'analyse est développée autour de quatre cycles qui seront opérationnalisés manuellement après la transcription complète des entretiens. Ces cycles, développés à partir de Saldana (2013), sont au nombre de quatre : le premier, l'après-premier, le second et l'après-second. Les étapes utilisées par Saldana (2013) sont combinées avec une approche d'analyse thématique de Clarke et Braun (2013). Le premier cycle consiste en un codage préliminaire dans le but de répondre à la question de recherche formulée sur la base d'une approche inductive. Ce cycle englobe les deux premières étapes proposées par Clarke et Braun (2013) : la familiarisation avec les données et le codage. Ensuite, un post-premier cycle sera réalisé. Cette étape aura pour but de regrouper et de structurer les codes précédemment découverts. Elle représente l'étape trois de la démarche d'analyse thématique : la recherche de thèmes (Clarke & Braun, 2013). Le deuxième cycle consiste à revoir les entretiens déjà codés en fonction des groupes de codes établis. Il s'agit de l'étape de révision des thèmes (Clarke & Braun, 2013). Enfin, la dernière étape, qui est le post second cycle, consiste en la sélection finale des codes, les définitions de ceux-ci ainsi que le développement des réponses qu'ils apportent à la question de recherche. La dernière étape comprend la cinquième et la sixième étape de la démarche d'analyse thématique : la définition et la dénomination des thèmes ainsi que le processus de rédaction (Clarke & Braun, 2013).

## 4 Résultats

Nous allons maintenant passer aux résultats ainsi qu'à l'analyse de ceux-ci. Les différents résultats chiffrés dans les tableaux ci-dessous se rapportent au nombre de personnes qui ont expliqué avoir ressenti ces sentiments ou mis en place ces différentes activités et non pas le numéro du candidat.

### 4.1 Les différentes étapes du burnout

Les différents moments identifiés dans la réintégration au travail lors des entretiens avec les candidats correspondent aux moments avancés par l'équipe de Young et al. (2005) dans leur modèle. Ainsi, les phases d'arrêt de travail, de reprise du travail et de maintien dans le travail ont pu être identifiées.

Dans un premier temps, l'utilisation de ces différentes étapes a pu être démontrée grâce à la construction de la grille d'entretien, qui utilisait déjà cette classification. L'évolution des travailleurs est mise en avant de par les réponses apportées à ces différents moments. De plus, les participants ont eux-mêmes identifié ces moments : dix-neuf participants ont cité la phase d'arrêt de travail en faisant part des différents moments qu'ils ont vécus durant cette période. Quinze participants ont énoncé la reprise du travail, sans toujours en expliquer les différentes périodes. Enfin, huit participants ont mentionné leur maintien dans le travail, expliquant pour certains les difficultés qui étaient (ré-)apparues ou la reprise de confiance et des marques après plusieurs semaines passées dans leur poste. Ainsi, le candidat 16 qui avait une bonne entente avec la supérieure lors de son arrivée a expliqué que les relations s'étaient dégradées durant les mois suivants, amenant une nouvelle situation de souffrance au travail. A contrario, le candidat 13 qui avait expérimenté une réintégration compliquée a repris confiance en lui après plusieurs semaines en place à son poste.

En outre, l'idée de Young et al. (2005) selon laquelle le candidat peut retourner dans des phases précédentes ou recommencer le cycle a également été observée. De fait, le candidat 1 et le candidat 13 ont dû retourner en arrêt de travail après une première tentative de réintégration s'étant soldée par un échec.

Cependant, des nuances sont à apporter à l'hypothèse de base. En effet, était émise l'idée selon laquelle la phase de progression ne pouvait être identifiée. Dans le travail présent, différents participants ont évoqué leur envie d'évolution, leur(s) nouveau(x) projet(s) ou encore l'envie de partir de l'entreprise pour évoluer dans une nouvelle structure. Ainsi, le candidat 18 a postulé en vue d'être chef dans l'entreprise dans laquelle il se trouvait. Tandis que le candidat 17 a mené une réflexion durant les semaines après sa réintégration dans son ancien poste aboutissant au désir de quitter l'entreprise. Il a ainsi obtenu un nouvel emploi dans une autre entreprise. Quant aux candidats 3, 4, 8, 11, 12, 15 et 19, ils ont également parlé de différents projets dans lesquels ils envisageaient de se lancer dans un futur plus ou moins proche.

Une autre nuance à apporter concerne la phase d'arrêt de travail. Il est apparu, suite au recueil des différents témoignages, que les travailleurs en burnout expérimentent différents moments durant cette période d'arrêt. Dans un premier temps, ils traversent des sentiments négatifs ainsi qu'une grande fatigue, comme inscrit dans le tableau 3 ci-dessous. On observe ensuite une acceptation progressive de la situation et du burnout. Enfin, les travailleurs prennent du temps pour eux, se questionnent, se font plaisir et réfléchissent, aboutissant finalement à la reprise du travail. Il est néanmoins difficile de donner des périodes délimitées pour ces étapes étant donné l'hétérogénéité de la durée d'arrêt de travail.

Pour rappel, les chiffres représentent le nombre de candidats qui ont ressenti cette émotion.

Tableau 3 : Sentiments vécus pendant l'arrêt de travail.

Rapports au burnout	Rapports au travail	Rapports à soi et aux autres
Fatigue, manque d'énergie : 17	Culpabilité : 11	Désintérêt : 10
Déni : 12	Incapacité à s'arrêter : 2	Échec, inutilité : 7
Élaboration difficile: 1	Tristesse : 2	Souffrance : 7
Acceptation : 1	Angoisse : 2	Déstructuration: 6
	Pression (de l'entreprise) : 2	Soulagement : 4
	Incompréhension : 1	Mauvaises habitudes : 2
		Regard sur soi : 2
		Regard des autres : 2
		Structure : 1
		Incapacité à lâcher prise : 1
Acceptation : 12	Déculpabilisation: 11	Motivation : 7
Amélioration progressive du bien-être : 11	Relativisation: 1	Fixation d'objectifs : 2
		Apaisement : 1

Relativisation : 1		
Peur d'une rechute: 1	Questionnements, réflexions : 5	Temps pour soi (questionnements, activités) : 8
Amélioration progressive de la santé : 11		Restructuration : 7 Confiance en soi: 5
Amélioration progressive de la santé : 11	Perspective de retour: 16 Frustration : 1	

Onze candidats expliquent que les sentiments vécus pendant la période d'arrêt de travail émergent tout au long d'un cheminement progressif vers un mieux-être. Il est à noter que l'amélioration n'est pas toujours remarquée sur le moment.

Ainsi, le modèle proposé par Young et al. (2005) semble être un modèle effectivement adapté pour envisager la réintégration au travail après un burnout. Cependant, contrairement aux attentes formulées en amont, la phase de progression a pu être identifiée. De plus, il semblerait que différents moments se dégagent durant la phase d'arrêt de travail.

## 4.2 Les facteurs facilitants la réintégration

### 4.2.1 Le rapport au travail : facteur lié au travail

Les évolutions du rapport au travail durant les différents étapes vous sont proposées sous forme de tableau afin de faciliter leur identification.

Tableau 4 : Rapports au travail.

Étapes	Facteurs aidants	Facteurs bloquants
<b>Avant arrêt de travail</b>	Implication : 8 Bien organisé : 1 Aime son travail : 1	Perte de contrôle : 11 Surcharge : 6 Frustration : 6 Éloignement : 4 Tristesse : 1
<b>Réintégration au travail</b>	Bien se sentir dans son travail : 9 Diminution de la pression : 9 Motivation : 4 Diminution de la charge de travail : 2	Difficultés liées au burnout : 9 Manque de confiance : 4 Mal se sentir dans son travail : 3 Appréhensions : 2 Éloignement : 2

### Maintien dans le travail

Outils de travail : 2	Manque de clarté : 2 Manque de travail : 1
Bien se sentir dans son travail: 15	Difficultés liées au burnout : 4
Diminution de la pression : 12	Surcharge : 2
Meilleure gestion du travail : 7	Manque de confiance : 2
Confiance : 4	Éloignement : 1
Développement des tâches : 3	
Plaisir dans le travail : 3	

Nous pouvons constater qu'avant le burnout, bon nombre de sujets avaient un rapport négatif au travail. Un ressenti plus positif peut être observé lors de la reprise du travail, se confirmant et se maintenant dans la durée. Par ailleurs, les candidats ayant noté un rapport négatif au travail lors de la reprise sont majoritairement ceux ayant senti les signes d'une rechute ou ayant qualifié leur réintégration au travail de négative.

Une autre observation que l'on peut faire concerne le changement du type d'approche au travail. En effet, plusieurs ont déclaré avoir changé leur rapport au travail, se mettant moins de pression qu'auparavant.

Ainsi, nous remarquons que le rapport au travail a une influence sur la réintégration au travail. S'il est positif, nous le qualifierons de facteur aidant. Mais dans le cas d'un rapport négatif, il peut devenir une barrière à la réintégration et au maintien dans le travail.

#### 4.2.2 Les interventions visant à réduire ou gérer le stress : facteur individuel

Tous les candidats ont continué ou débuté diverses activités durant leur arrêt de travail. Ils les ont poursuivies ou non lors de leur réintégration et de leur maintien au travail. Prenons d'abord les thérapies et suivis médicaux. Pour rappel, les chiffres font référence au nombre de participants ayant réalisé cette activité.

Tableau 5 : Thérapies, suivi psycho-médico-social.

Arrêt de travail		Réintégration au travail		Maintien au travail	
Facteurs aidants	Facteurs bloquants	Facteurs aidants	Facteurs bloquants	Facteurs aidants	Facteurs bloquants
Psychologue : 16 Coach de travail : 4 Kiné : 3 Psychiatre : 2 Groupes sur le burnout : 2 Cure / Centre de jour : 2 Constellation familiale <sup>2</sup> : 1 Neurofeedback <sup>3</sup> : 1	Psychiatre : 1 Hypnose : 1	Psychologue : 8 Allègement psychologue: 2 Psychiatre : 2 Coach : 2 Constellation familiale : 1	Psychiatre : 1	Psychologue : 2 Allègement psychologue: 2 Constellation familiale : 1	

Ainsi, beaucoup de candidats ont suivi une thérapie principalement pendant l'arrêt de travail. Certains l'ont poursuivie tandis que d'autres l'ont arrêtée lorsqu'ils ont senti qu'ils étaient prêts. Plusieurs ont souligné l'importance de la thérapie, notamment le candidat 17 qui nous dit que « *Les étapes et les moments qui faisaient que je progressais et que j'y voyais plus clair, c'étaient les rendez-vous avec la psy. C'est vraiment la psy qui a pu m'aiguiller vers la sortie* ».

Cependant, la thérapie n'est pas la seule activité aidante qui ait été mise en avant. Le candidat 20 nous dit que « *... j'ai essayé de trouver, de retrouver du plaisir dans des choses simples* ». Propos confirmé par le candidat 10, qui appuie sur l'importance de se faire plaisir : « *Et donc, vers le mois de décembre janvier-février, je me suis dit : oui, fais toi plaisir, vas voir des musées, parce que j'aime bien tout ce qui est culturel, vas faire des balades à la mer, offre toi un massage, fin fais-toi plaisir et permets de toi de te faire plaisir en fait* ». Une majorité explique avoir commencé diverses activités autres qu'un suivi médico-psycho-social. Chacune leur a fait du bien, leur a permis de se recentrer sur soi, se faire plaisir.

<sup>2</sup> Thérapie familiale reposant sur des jeux de rôle et participant à la mise à jour de l'inconscient familial.

<sup>3</sup> Technique reposant sur le renforcement positif visant à mettre en place des stratégies de coping afin de modifier son activité cérébrale et participer au mieux-être.



Tableau 6 : Activités réalisées<sup>4</sup>.

<b>Étapes</b>	<b>Activités sportives</b>	<b>Activités culturelles</b>	<b>Loisirs</b>	<b>Formations</b>
<b>Arrêt de travail</b>	Marche : 8 Multisport: 6 Méditation : 3 Yoga : 2 Shiatsu : 1 Tir à l'arc : 1 Tir à la carabine : 1 Danse : 1 Pilate : 1 Aquagym : 1	Sculpture : 1 Musique : 1 Photo : 1	Environnement, nature : 8 Lecture : 7 Entourage proche : 7 Puzzle : 1 Séries, films : 1 Autres : 2	Formations : 5 Lecture sur le burnout : 4 Supervisions : 1
<b>Réintégration au travail</b>	Multisport : 7 Marche : 3 Yoga : 2 Méditation : 1 Tir à l'arc : 1 Tir à la carabine : 1	Sculpture : 1 Musique : 1	Environnement, nature : 6 Lecture : 5 Entourage proche : 4 Séries, films : 1	Formations : 1
<b>Maintien dans le travail</b>	Multisport: 7 Marche : 3 Pilate (reprise via « Zoom ») : 1 Méditation : 1	Sculpture : 1 Musique : 1	Lecture : 5 Entourage proche : 4 Environnement, nature : 3 Séries, films : 1	Formations : 1

Les interventions visant à réduire ou gérer le stress semblent être un facteur aidant à la réintégration au travail. Cependant, il ressort que plusieurs activités autres qu'un suivi médico-psycho-sociale aident à remplir ce rôle également.

#### 4.2.3 Le maintien et l'amélioration de la communication avec le superviseur et le lieu de travail : facteur lié au travail

Lors de la période d'arrêt de travail, onze participants ont eu peu ou prou contacts avec le lieu de travail. Huit ont demandé à ne pas en avoir, dont un particulièrement avec le chef. Tandis que pour trois d'entre eux, l'entreprise a spontanément observé une distance. Tous ont jugé

<sup>4</sup> Certaines activités ont pris fin en raison de la crise sanitaire.

cette coupure bénéfique afin de s'éloigner complètement de cet aspect devenu douloureux et de la forte charge émotionnelle qui y était liée.

Sept participants ont eu des contacts pour raisons organisationnelles : trois les ont jugés positifs, un négatif tandis que trois les ont jugés neutres. Douze candidats ont entretenu des contacts avec des collègues. Parmi ceux-ci, huit ont estimé que ces contacts étaient positifs. Cependant, trois ont rapporté qu'à l'occasion d'une rencontre avec des collègues considérés comme des amis, une forte montée d'émotions s'était produite, ce qui a été difficile à vivre. Quatre ont jugé les rapports avec les collègues comme ambivalents ; ne leur apportant rien mais ne leur faisant pas de peine non plus. Neuf travailleurs ont été en contacts avec leur chef durant l'arrêt : quatre les ont qualifiés de positifs contre cinq qui les ont trouvés négatifs.

Parmi les travailleurs, trois ont eu l'impression de ne pas réussir à couper le lien avec le travail dans un premier temps. L'un a envoyé un mail à ses collègues pour expliquer la situation car il ne savait pas comme se positionner. Un autre a trouvé beaucoup de réconfort dans ses contacts avec sa patientèle.

En nous penchant sur l'ambiance et les relations lorsque le travailleur retourne dans son milieu professionnel, on remarque qu'une ambiance positive et des bonnes relations sont jugées importantes. Par exemple, le candidat 13, lors de son retour au travail, avait de mauvaises relations avec son chef. Récemment, il a reçu un encouragement de sa part, l'amenant à se sentir davantage à l'aise. A contrario, le candidat 16, qui entretenait de bonnes relations au travail, a observé que la dégradation de l'ambiance a eu pour effet de l'amener à ressentir les prémices d'une rechute.

Tableau 7 : relations avec le supérieur et les collègues.

Reprise du travail		Maintien dans le travail	
Facteurs aidants	Facteurs bloquants	Facteurs aidants	Facteurs bloquants
Accueil chaleureux : 13	Collègues peu présents : 5	Bonne atmosphère : 14	Rupture avec le chef : 2
Bonne atmosphère : 9	Chef peu présent : 4	Collègues présents : 7	
Collègues présents : 8	Mauvaise communication : 3	Chef présent : 3	
Accueil partiellement chaleureux : 3	Absence d'accueil : 2	Redéfinition des distances : 3	
Chef présent : 2			

	Mauvaise atmosphère : 2 Maintien d'une distance : 1		
--	--	--	--

Parmi les candidats faisant part de difficultés dans les relations sur le lieu de travail, six ont senti les signes avant-coureurs d'un nouveau burnout.

Le candidat 8 met en avant l'importance d'une bonne relation avec les collègues : *«Et donc, on s'épaule vraiment quoi, c'est vraiment une très belle atmosphère... Et pour connaître d'autres groupes comme ça, on ne fonctionne pas toutes avec cet état d'esprit là, il y en a qui sont beaucoup plus privées... C'était vraiment fin, je peux pas trouver mieux»*. L'importance d'un feed-back positif a également été souligné par le candidat 13 : *«J'ai eu pour la première fois il y a un mois, au cours de la réunion, un regard positif de la part de la directrice quant à ce que je venais d'exposer et de lire et là, j'ai eu pour la première fois un soutien et un regard positif de sa part. Donc depuis lors je commence à reprendre progressivement contact avec moi-même et me retrouver telle qu'avant»*.

Ainsi, une bonne ambiance au travail combinée à de bonnes relations entre collègues sont importantes et identifiées comme étant une aide dans la réintégration et le maintien au travail. Mais il apparaît également que plusieurs participants ont apprécié ne plus être en contact avec le travail lors de leur arrêt. Un maintien du contact pendant l'arrêt de travail ne serait pas bénéfique au vu des résultats.

#### 4.2.4 L'adaptation du travail : facteur lié au travail

Treize participants ont vu leur temps de travail adapté ; douze sont passés en mi-temps et un à 4/5. Seul un candidat n'a pas trouvé qu'une reprise à mi-temps avait été bénéfique car cela ne l'amenait pas à se sentir comme faisant à nouveau partie de l'équipe. Cinq ont repris à temps plein directement dont un qui aurait préféré recommencer à mi-temps.

En outre, 12 participants ont instauré des limites, c'est-à-dire un cadre lors de leur réintégration afin de ne plus retomber dans le même schéma qu'avant leur arrêt. Parmi ces limites, on peut retrouver principalement un arrêt des heures supplémentaires, une séparation plus nette vie

privée/professionnelle. Deux participants ont eu le contrôle sur leur horaire, leur permettant de s'organiser selon leur volonté.

Des adaptations ont eu lieu par rapport aux tâches. Ainsi, un nouveau poste au sein de la même entreprise afin de ne pas revenir dans une fonction chargée négativement a été offert à trois d'entre eux. L'un s'est vu proposé un autre poste. Cependant cette suggestion n'a pas été bien perçue. En effet, le candidat a qualifié ce poste de « poste poubelle », moyen pour le mettre sur la voie de sortie. Quatre ont pu abandonner des tâches qui posaient problème et ce, de façon temporaire ou définitive. Un participant a vu un collègue arriver pour le soulager dans ses tâches en raison de son mi-temps. Un autre a demandé à rencontrer les ressources humaines de façon régulière afin de pouvoir discuter son adaptation et son évolution après son absence. Deux participants n'ont pas vu leur charge de travail adaptée en fonction de leur mi-temps, ce qui a créé des difficultés.

Les participants ont également soulevé la question du cadre. Six d'entre eux ont intégré un nouveau bureau. Le candidat 4 explique que : « (...) elle était assise à ma place et finalement, en fait, ça a été bénéfique. Parce que j'ai dit non, ne bouge pas, c'est parfait, je vais aller dans le bureau derrière. (...) Et j'y suis toujours en fait, ce bureau derrière. Ça ne me gêne absolument pas, mais absolument pas ». Le participant 19 n'a pas pu bénéficier d'un nouveau bureau malgré les recommandations du médecin, ce qui a été mal vécu : « Ce qui m'a posé problème, c'est que les différents médecins avaient recommandé que je puisse avoir un bureau seul afin de pouvoir reprendre pied mais surtout pour pouvoir être tranquille et me concentrer davantage (...) ».

Enfin, cinq travailleurs ont décidé de recommencer dans une nouvelle entreprise. Démarche qu'ils ont jugée bénéfique, tant au niveau des tâches que du changement de cadre, comme le souligne le participant 11 : « Je voulais un changement radical de cadre. Je ne voulais pas qu'il y ait quoi que ce soit qui me fasse penser à ce que j'avais avant. Aussi simple que ça. Il fallait vraiment tout casser et pas... voilà. Tout est différent et ça, c'est très bien. »

Deux participants ont déploré l'absence d'adaptation de toutes sortes lors de leur réintégration tandis que quatre ont pointé le manque de soutien, de suivi et de prise en compte de l'entreprise suite à leur retour et ce, malgré un retour en mi-temps.

Ainsi, il semblerait que les modifications dans le travail, qu'elles soient liées aux horaires, à la charge de travail, aux tâches ou à l'environnement sont porteuses pour le travailleur. Le candidat 5 nous dit : « (...) *c'était vraiment un boulot complètement différent(...), c'était vraiment moi qui gérais mon travail comme je l'entendais. Donc voilà ! Il avait mis les conditions en place pour que je revienne... Dans de bonnes conditions, ça m'a convaincue* », soulignant l'importance des changements. Un manque de considération de la part de l'entreprise ou la non-adaptation de la charge de travail par rapport aux horaires diminués constituent un réel obstacle.

#### 4.2.5 Le traitement des maladies cooccurrentes : facteur lié au burnout

Douze participants ont évoqué des problèmes de santé cooccurrents, parfois très handicapants. A l'exception de trois, tous ont mis en place des traitements tels que de la kinésithérapie, du shiatsu, une médication ou encore une opération lorsque c'était nécessaire afin de solutionner le problème. Huit ont également fait part de l'importance du repos et de la baisse du stress dans la diminution, voire la disparition, des problèmes rencontrés.

Le traitement des maux rencontrés semblerait être une aide à la réintégration au travail car le travailleur se trouve alors soulagé des difficultés physiques et/ou mentales qu'il a pu rencontrer.

### 4.3 Les facteurs bloquants la réintégration

#### 4.3.1 Les comorbidités : facteur lié au burnout

Douze participants ont fait part de comorbidités de différentes natures telles que la dépression, des problèmes de dépendance ou bien des problèmes d'ordre physique (problèmes de dos, musculaires ou cardiaques). Tous ont qualifié ces problèmes de négatifs.

Dix participants expliquent avoir toujours des problèmes liés au burnout, comme la fatigue ou des difficultés de concentration, bien qu'ils soient moindres qu'avant la période d'arrêt mais restants parfois handicapants. Parmi ceux-ci, un candidat vient de se voir diagnostiquer une maladie du sommeil avec mise en place d'un traitement. Deux des candidats constatent que la réapparition de leurs problèmes de santé se fait ressentir lorsque le stress monte à nouveau mais de façon moins exacerbée qu'avant l'arrêt, comme l'explique le candidat 7 : « (...) *on a découvert que j'avais un problème aux lombaires qui était probablement présent depuis*

*toujours et qui n'est pas opérable donc je dois apprendre à vivre avec mais depuis que je vais mieux, je n'ai plus ce problème au dos. Et il est encore là, mais il me fait moins souffrir donc à mon avis, c'est le dos qui s'est exprimé en premier ».*

Bien que plusieurs problèmes sont notés après l'arrêt de travail, ils restent moins handicapants qu'auparavant. Cependant, ils constituent tout de même une difficulté pour les participants.

#### 4.3.2 Le stress : facteur lié au travail

Parmi les candidats, sept ont ressenti les signes d'une rechute tandis qu'une a dû repartir en arrêt de travail. Tous ont identifié le stress comme étant à l'origine de cette rechute. Le stress pouvait être dû à un ou plusieurs éléments : de mauvaises relations avec le lieu de travail ou le supérieur, une surcharge de travail, le confinement ou la perspective d'une réorganisation future dans l'entreprise.

Ainsi, la présence de stress au travail constitue un facteur bloquant la réintégration au travail mais également le maintien au travail.

#### 4.3.3 Le mauvais climat de travail : facteur lié au travail

Huit participants ont ressenti des signes de rechute ou ont rechuté dans un premier temps. Cinq ont estimé que des mauvaises relations avec le supérieur ou le lieu de travail étaient à l'origine de ce mal-être. Le candidat 3 s'est exprimé sur les difficultés liées à de mauvaises relations au travail: *« Et à un moment donné, après un an, j'ai ressenti que j'avais à nouveau des prémices de burnout parce qu'elle recommençait alors que je... (...). Ça ne rentrait pas quoi parce qu'il n'y avait aucune remise en question de sa part et là, je suis allé trouver mon DRH ».*

Si l'on regarde l'ensemble des candidats, quatre ont expérimenté de mauvaises relations avec le supérieur, deux candidats ont fait face à une absence d'accueil tandis que deux candidats ont fait part d'une mauvaise ambiance qui lui pesait. Trois ont déploré la mauvaise communication de la part de l'entreprise. Cinq ont jugés les collègues peu présents, dont un qui a eu le sentiment de ne pas être compris et un qui s'est senti dénigré. Tous ces faits ont été jugés négativement par les personnes les ayant vécu.

Ainsi, de mauvaises relations avec le supérieur, un mauvaise ambiance de travail ou des mauvaises relations avec les collègues constituent des facteurs bloquants la réintégration.

#### 4.3.4 Une longue absence (plus de six mois) : facteur lié au burnout

Sur les vingt travailleurs rencontrés dans le cadre de ce travail, treize ont repris le travail après une absence de plus de six mois tandis que sept ont repris le travail après un arrêt inférieur à cette durée.

Sur les sept ayant repris le travail endéans les six mois, quatre ont ressenti une pression mise par l'employeur pour reprendre le travail tandis qu'un cinquième s'est lui-même mis la pression pour recommencer à travailler. Deux personnes soulignent qu'ils n'étaient pas prêts à réintégrer leur emploi. Trois participants, dont deux ayant repris sous les six mois, ont expliqué l'importance de ne pas rester éloigné trop longtemps du lieu de travail car cela risquait de les faire se sentir comme des intrus à leur retour. Enfin, un participant ayant recommencé à travailler après six mois a fait part du fait qu'il aurait encore aimé rester en arrêt de travail.

Ainsi, il semblerait qu'un arrêt de travail supérieur à six mois ne soit pas un facteur bloquant la réintégration à l'emploi.

#### 4.4 Facteurs supplémentaires

Les participants ont fait part de facteurs supplémentaires ayant aidé, ou pas, durant processus de réintégration au travail. Les chiffres représentent le nombre de participants ayant expérimenté le même ressenti ou attribuant un rôle aux mêmes facteurs.

Tableau 8 : Facteurs supplémentaires

Facteurs individuels		Facteurs liés au burnout		Facteurs liés au travail	
Facteurs aidants	Facteurs bloquants	Facteurs aidants	Facteurs bloquants	Facteurs aidants	Facteurs bloquants
Entourage présent : 13	Entourage présent : 9 peu	Reconnaissance du burnout : 2	Connotations négatives du burnout : 1	Télétravail : 8 Poste adéquat : 6	Entreprise présente : 7 peu
Structure de vie : 7	Médecin présent : 5 peu			Reconnaissance : 4	Rupture à l'entreprise : 5
Médecin présent : 6	Confinement : 2			Reprise progressive : 4	Télétravail : 5
Aspect financier : 4	Aspect financier : 3			Soutien entreprise : 3	Pression de l'entreprise : 3
Confiance en soi : 4	Personnalité : 3				Poste inadéquat : 3
Environnement : 4					
Personnalité : 4					

Réflexions : 3				Relativisation : 2	Phobie du lieu de
Confinement : 2				Cadre : 2	travail : 2
Animal de				Rupture du	Peu de
compagnie : 1				contrat : 1	reconnaissance : 2
Optimisme : 1				Pauses	Retour prématuré :
Comprendre son				régulières : 1	1
corps : 1				Avantages du	
				contrat : 1	

Ainsi, plusieurs autres facteurs semblent être une aide dans la réintégration au travail tels que le soutien de la famille et de l'entourage, une structure et un rythme de vie, des médecins compréhensifs ainsi que l'argument financier. Le télétravail semble avoir joué un rôle positif.

Des facteurs bloquants ont pu être identifiés, comme la pression sociale et le regard des autres, le manque de compréhension et de soutien, aussi bien de l'entourage que de l'entreprise. Un mauvais rapport à l'entreprise ainsi que des médecins peu compréhensifs rencontrés dans le cadre du travail ont eu un impact négatif. Le confinement, et par conséquent le télétravail, peut aussi être un élément n'ayant pas aidé.

#### 4.5 Les catégories de facteurs

Comme nous avons pu le constater précédemment, tous les facteurs ont pu être classés selon trois catégories: les facteurs individuels, liés au burnout et liés au travail.

L'hypothèse selon laquelle les facteurs se répartissent selon ces trois axes est, de ce fait, confirmée. Cependant, il semble important d'attirer l'attention sur le fait qu'un facteur pourrait se retrouver dans plusieurs catégories selon la façon dont on justifie sa raison d'être dans une catégorie ou l'autre.



## 5 Discussion

L'objectif de cette étude est de mieux comprendre les étapes traversées par les travailleurs en burnout lors de leur arrêt de travail, de la réintégration et du maintien dans le poste. Les facteurs bloquants et aidants lors de ce processus ont été investigués. Il a été demandé aux participants, au moyen d'un entretien semi-directif, de partager leurs ressentis ainsi que les différentes aides et barrières rencontrées. Cet entretien a permis de tester les différentes hypothèses formulées, à savoir :

- Les facteurs soutenant le retour au travail vont s'échelonner sur différentes périodes : la phase de repos, de retour au travail et de maintenance.
- Les facteurs facilitants et bloquants le retour au travail vont se répartir selon trois axes : l'individu, le burnout et le travail.
- Le rapport au travail (engagement, aptitude au travail, contrôle perçu,...), les interventions visant à réduire et gérer le stress, le maintien et l'amélioration de la communication avec le superviseur et le lieu de travail, l'adaptation du travail, le traitement des maladies cooccurrentes vont constituer des facteurs facilitants le retour au travail.
- Les comorbidités, le stress, le mauvais climat de travail, ainsi qu'une longue absence (plus de six mois) vont constituer des barrières du retour au travail.

Les résultats obtenus vont à présent être discutés en lien avec la littérature existante sur le sujet. De plus, les limites et perspectives sont examinées dans cette section.

### 5.1 Interprétations des résultats en lien avec les hypothèses

Le modèle établi par Young et al. (2005) s'est révélé être un modèle pertinent dans de précédentes études (Kärkkäinen et al. 2018a, 2018b), tendance confirmée dans le travail présent. Cependant la phase de progression, quatrième étape de ce modèle, a pu être identifiée dans cette étude, contrairement à celles menées par Kärkkäinen et al. (2018a, 2018b). Pour rappel, cette étape concerne l'envie d'évolution du travailleur en se qualifiant pour d'autres tâches et responsabilités ou en accédant à une promotion. Tout comme il pourrait aussi quitter son emploi ou son employeur initial ou encore retourner en phase 1 pour obtenir d'autres compétences, toujours dans le but de progresser. Cette décision peut s'expliquer par la façon dont le candidat envisage sa carrière mais aussi comment il évalue sa satisfaction au travail.

Ainsi, si les promotions sont importantes à ses yeux et qu'il est moins satisfait dans son emploi, le travailleur risque de quitter l'entreprise pour évoluer et répondre à son besoin. Cependant, ce désir peut-être contrebalancé par les bonnes opportunités dans l'emploi actuel, pouvant aussi expliquer pourquoi certains restent dans leur entreprise initiale (Tschopp et al., 2013).

En outre, le modèle de Young et al. (2005) propose que le travailleur puisse revenir à une étape antérieure, observation qui s'est vérifiée dans le cas présent. En effet, plusieurs candidats sont retournés vers des phases précédentes, suite à des difficultés rencontrées ou bien suite à leur évolution dans leur carrière professionnelle. Cette propension rejoint le modèle de Bataille (2014), qui suggère également que le schéma de réintégration au travail ne soit pas linéaire, mais avec des possibilités de retours en arrière si nécessaire. Ce modèle (Bataille, 2014) apporte un éclairage concernant les différents moments constatés durant la phase de repos. Effectivement, Bataille s'est principalement intéressée à la phase d'arrêt de travail et aux différents moments vécus par le travailleur durant cette phase en se basant sur trois axes : le temps, l'espace et l'identité professionnelle.

Sont proposées différentes positions dans le temps telles que le repos, le stockage, la réflexion, le désir,... Ces positions peuvent correspondre à certaines tendances constatées chez les participants qui ont parlé d'un temps de récupération, de repos avec une tendance à dormir énormément, une phase de reprise d'énergie, des moments de réflexions autant sur soi que sur sa carrière professionnelle et la perspective d'un retour au travail.

L'espace est réparti selon trois dimensions : l'espace qui répare, qui protège et qui jalonne la construction, avec plusieurs étapes à nouveau associées telles que le lieu du soin, l'espace de convalescence, l'aire de réflexion, l'aire d'intégration,... Plusieurs candidats ont convergé vers cette idée d'espace, en évoquant des lieux dans lesquels ils se sentent bien comme la nature, la mer ou la maison.

Ce sont les interactions du temps et de l'espace qui vont permettre à l'identité professionnelle de se construire. Cette élaboration se déroulera principalement à un niveau plus intime comme la valeur de soi, les émotions, les doutes concernant le professionnel,... A nouveau, les participants semblent s'orienter vers cette position liée à l'identité professionnelle, en ayant traversé différents émotions, différents questionnements et en se reconstruisant petit à petit durant cette période.

Si le modèle de Young et al. (2005) permet d'envisager le retour au travail sur différentes étapes, allant de l'arrêt de travail au maintien et à la progression dans le poste, le modèle de Bataille (2014) permet de davantage nuancer la phase de repos, apportant un éclairage important sur les moments vécus par les travailleurs durant cette étape.

Le rapport au travail positif (sentiment de contrôle, d'efficacité, d'être capable,...) semble être porteur dans la réintégration au travail, allant dans le sens des résultats observés dans des études précédentes (Kärkkäinen et al., 2017 ; Gragnano et al., 2017). Il est à noter que les participants ayant expérimenté un mauvais rapport au travail ont rencontrés des difficultés dans leur poste, engendrant des effets délétères, autant avant l'arrêt de travail qu'après leur réintégration. de Vries et al. (2018) vont dans ce sens en soulignant que le manque de contrôle au travail ainsi que la forte pression professionnelle sont des prédicteurs importants d'un arrêt de travail pour maladie. Etuknwa et al. (2019) soutiennent ce point de vue en mettant à jour dans une méta-analyse qu'une attitude positive vis-à-vis du travail permet une réintégration durable. Villoti et al. (2020) abondent dans ce sens en soulignent qu'un faible sentiment de contrôle au travail va avoir des conséquences néfastes pour les travailleurs. Une autre recherche (Nielsen et al., 2018) souligne que de mauvais rapports au travail, comme des fortes demandes ou un contrôle faible, vont empêcher une réintégration à long terme.

Les bienfaits des interventions visant à réduire ou gérer le stress ont été démontrés, rejoignant les résultats relevés par l'équipe de Kärkkäinen et al. (2017). Si les effets positifs de la thérapie ou du suivi médical existent (Corbière et al., 2019), ces interventions ne concernent pas uniquement les traitements psycho-médico-sociaux. En effet, parmi les activités qui ont aidé à réduire et/ou gérer le stress et reprendre du plaisir, différentes actions ont été pointées : les activités physiques, les activités culturelles, les loisirs et les formations. MacKay (2020) rejoint cet avis, en soulignant l'importance de prendre du temps pour soi en se reposant, réfléchissant mais aussi en s'adonnant à des activités, des hobbies qui permettent de décompresser et de s'évader. Une autre équipe (Mayo Clinic, 2020) partage le même point de vue concernant les bienfaits des diverses occupations, aussi bien physiques que réflexives ou relaxantes. Maslach et Leiter (2016b) proposent plusieurs pistes afin de réduire le stress, dont la relaxation, la promotion de la bonne santé et la bonne forme physique mais aussi la bonne compréhension de soi, au moyen d'auto-analyse, de thérapies ou encore de conseils. Balayssac et al. (2017) ont identifié d'autres activités que les consultations médicales ayant un impact sur la gestion du stress, telles que les activités physiques ou les loisirs. Une autre méthode qui semble efficace

pour réduire le stress est la pleine conscience. En effet, Janssen et al. (2018) ont trouvé des preuves allant dans ce sens, rejoignant l'avis de plusieurs de candidats ayant pris part à cette étude.

Lorsque nous nous intéressons aux relations avec le lieu de travail, que ce soit durant la phase d'arrêt ou lors de la reprise ou du maintien dans le poste, différents constats peuvent être tirés : le maintien de la communication durant la phase d'arrêt de travail ne semble pas être bénéfique pour les travailleurs en burnout. Ce résultat va à l'encontre de ce qui est proposé par Kärkkäinen et al. (2018a, 2018b), qui soutiennent l'idée selon laquelle le maintien des contacts avec le lieu de travail est bénéfique. Les conclusions de de Vries et al. (2017) convergent également vers l'idée que le soutien durant l'arrêt de travail, aussi bien de la part des collègues que du superviseur, favorise une réintégration au travail plus rapide. Corbière et al. (2019) proposent quant à eux d'encourager l'équipe à contacter le collègue durant l'arrêt de travail pour l'inviter à participer aux événements sociaux. Néanmoins, ils recommandent l'accord du travailleur pour maintenir le contact avec le superviseur direct. Il est tout de même possible de proposer une hypothèse grâce aux éclaircissements des participants concernant leurs réponses à ce sujet. En effet, plusieurs ont pointé le fait que le maintien du contact avec le lieu de travail ne permettait pas de se couper suffisamment de la vie professionnelle afin de se concentrer sur soi pour avancer et se reconstruire. D'autant que les interactions tendent à rappeler la charge émotionnelle associée au travail, parfois trop difficile à gérer. Pareillement, Bataille (2014) propose que le travailleur en arrêt s'éloigne de son environnement professionnel durant sa convalescence, privilégiant son milieu familial afin de prendre le recul nécessaire pour pouvoir se ressourcer, quitte à perdre momentanément ce lien social.

Cependant, il est à noter que des contacts pour des raisons organisationnelles ou visant à préparer le retour en envisageant les différentes modifications à apporter semblent moins néfastes pour le travailleur. Cette observation pourrait corroborer les résultats de Karlson et al. (2010) qui soutiennent l'idée selon laquelle une amélioration du taux de réintégration au travail augmente après une intervention axée sur le lieu de travail via la communication entre l'employé et le superviseur.

L'amélioration de la communication ainsi que la bonne entente et les bonnes relations avec les collègues et le superviseur sont bénéfiques, soutenant ainsi les résultats relayés par plusieurs études précédentes telles que celles de Kärkkäinen et al. (2017, 2018a, 2018b) ou Gragnano et al. (2017). Maslach et Leiter (2016b) confirment que le support social de la part des collègues

est porteur dans le traitement du burnout. Une méta-analyse (de Vries et al., 2017) a révélé que le soutien, aussi bien de la part des collègues que du superviseur, permet une réintégration au travail réussie. Temam et al. (2019) mettent particulièrement en avant le support social de la part du superviseur comme support au bien-être des travailleurs. Schultz Petersen et al. (2016) soutiennent ce point de vue en avançant que la réintégration au travail est également influencée par les réactions des collègues dans le processus, notamment en supportant le travailleur reprenant son poste.

Cependant, dans le cas d'un mauvais climat de travail, l'effet est délétère, pouvant même être une source de stress (Kärkkäinen et al., 2018b ; Gragnano et al., 2017). Hämmig (2017) pointe le manque de soutien social de la part du superviseur comme étant un facteur de risque concernant le bien-être au travail, rejoignant ainsi les résultats de cette étude. Des remarques désobligeantes sont aussi néfastes selon Corbière et al. (2019).

Concernant les modifications apportées au travail, elles semblent être porteuses pour les travailleurs réintégrant leur poste. En effet, à l'exception d'un participant, ceux ayant eu droit à des adaptations de diverses natures (mi-temps, arrêt temporaire voire définitif des tâches posant des difficultés) les ont qualifiées de positives, allant dans le sens des études menées par Kärkkäinen et al. (2017, 2018a, 2018b). Une recherche menée sur la réintégration au travail (Corbière et al., 2018) semble converger dans ce sens, en soulignant que la mise en place d'aménagements au niveau du travail soutient le processus de retour. Une étude complémentaire de Corbière et al. (2019) fortifie ces résultats, en appuyant particulièrement d'une part le rôle de l'employeur et du superviseur dans l'implémentation des adaptations du travail adéquates. Et d'autre part, celui du travailleur qui va appliquer les stratégies d'adaptation et les modifications discutées. Une étude menée par Scharf et al. (2020) abonde dans ce sens, en mettant à jour que les travailleurs en réintégration souhaitent revenir progressivement au travail avec des mesures appropriées. Une recherche de Villoti et al. (2020) confirme l'importance d'adaptations au travail pour faciliter la réintégration. Ce travail révèle que plusieurs travailleurs ont également mis en place eux-mêmes des limites dans leur emploi comme le fait de ne plus prester d'heures supplémentaires ou ne plus s'imposer autant de pression. Scharf et al. proposent que suite aux discussions ayant eu lieu durant l'arrêt de travail (notamment avec le thérapeute), le travailleur va mettre en place des stratégies de coping pour faire face au travail et ne plus retomber dans le même schéma. L'environnement semble aussi avoir un impact : plusieurs participants ont évoqué qu'un changement de bureau ou d'espace était aidant. Ces résultats peuvent s'expliquer par l'influence de l'environnement physique lié

au travail sur le bien-être et le stress (Sander et al., 2019). Ainsi, la volonté de s'éloigner d'un lieu qui a pu générer du stress peut être une technique mise en place par le travailleur pour ne pas recommencer dans le même schéma.

Les comorbidités ont également été étudiées, que ce soit au niveau de leur traitement durant l'arrêt de travail ou bien de leur présence pendant et après l'arrêt de travail. Quasi tous les candidats ont débuté des traitements pour soigner les troubles co-occurrents, via un accompagnement thérapeutique, médicamenteux ou une opération lorsque cela s'avérait nécessaire, allant dans le sens de Kärkkäinen et al. (2018a). Des recommandations concernant le burnout et le développement de troubles co-occurrents ont été formulées par Abdurrahman et Hrobsky (2020). Un traitement adapté à chaque personnalité et chaque difficulté est recommandé afin de limiter autant le coup humain que celui de l'entreprise. Corbière et al. (2019) soulignent l'importance du médecin de famille ou du psychologue qui fournit un support grâce à la mise place d'actions nécessaires (interventions ou autres) et accompagne le travailleur dans ce processus complexe.

Les difficultés de santé parfois expérimentées par les travailleurs sont plutôt jugées négativement. Ces résultats rejoignent ceux mis en évidence par Kärkkäinen et al. (2018b) ainsi que ceux de Gragnano et al. (2017). de Vries et al. (2017) identifient effectivement les comorbidités comme étant un facteur déterminant une absence au travail et par conséquent, une barrière dans la réintégration et le maintien au travail. Balayssac et al. (2017) soulignent toute l'importance de bénéficier d'un traitement contre le burnout et les comorbidités afin d'éviter une rechute éventuelle dans les mois suivants la reprise du travail.

Contrairement aux attentes, un arrêt de travail supérieur à six mois ne semble pas être une barrière à la réintégration dans le poste. Cette observation va à l'encontre des résultats de l'étude menée par Kärkkäinen et al. (2017) qui met en évidence qu'une durée d'arrêt de travail plus courte favorise une réintégration au travail durable. Etuknwa et al. (2019) partagent l'avis selon lequel un congé de courte durée, estimé à moins d'un an dans leur étude, profite davantage à une réintégration stable au travail mais soulignent qu'il existe peu de preuves étudiant l'impact de la durée de l'absence sur le retour dans le monde professionnel. Cependant, une autre étude de Kärkkäinen et al. (2018a) insiste sur la nécessité d'envisager la réintégration au travail au moment opportun. Ainsi, une hypothèse pouvant être émise, alignée sur les résultats obtenus par Kärkkäinen et al. (2018a), est que davantage que la durée de l'arrêt, le sentiment d'être prêt ou pas à retourner travailler serait un meilleur indicateur d'une réintégration réussie ou non.

Corbière et al. (2018) semblent partager cet avis, en mettant en avant l'importance de la décision du travailleur concernant le moment de réintégration de son poste. En outre, il ne semble pas exister de consensus concernant la durée d'un arrêt de travail court ou long ; Elkberg et al. (2015) considèrent un arrêt de travail court comme étant de moins trois mois, Kärkkäinen et al. (2017) de moins de six mois et Etuknwa et al. (2019) de moins d'un an.

Le stress au travail semble être un facteur bloquant le retour dans l'emploi ainsi que son maintien. Cependant, ce résultat n'est pas étonnant étant donné le nombre d'études qui font état d'un tel facteur comme étant une composante négative pour le travailleur lors de son retour au travail (Kärkkäinen et al. 2017, 2018b ; Gragnano et al., 2017 ; Villoti et al., 2020). De même, le développement et/ou le maintien de troubles mentaux communs ou de troubles musculo-squelettiques n'est plus à démontrer (Cooper et al., 2017). Les sources de stress peuvent être multiples comme des mauvais rapports au travail (Hämmig, 2017) ou bien un rapport au travail négatif dû, par exemple, à une charge de travail trop élevée (de Vries et al., 2018).

## 5.2 Interprétation des résultats supplémentaires

Le confinement, et le télétravail qui en découle, semble également avoir eu un impact sur la réintégration. Des hypothèses concernant l'aspect positif du télétravail seraient un apaisement des tensions et la possibilité d'organiser sa journée selon les souhaits. Le côté négatif, quant à lui, pourrait s'expliquer par le manque d'interactions avec les collègues, donnant l'impression d'être isolé. Mais aussi des difficultés à ménager du temps pour soi, empêché par la présence permanente de la famille.

Une étude menée par Fana et al. (2020) sur le télétravail lors des premiers mois de la crise sanitaire a mis à jour différents aspects qui peuvent expliquer ces résultats. Premièrement, l'aspect émotionnel et interactionnel dans le travail diffère selon le type d'emploi. Ainsi, pour des travailleurs exerçant des activités d'enseignement, de soins ou d'encadrements, le télétravail impacte négativement leur production au niveau de l'efficacité mais aussi du sentiment d'utilité. En ce qui concerne le personnel ayant besoin de beaucoup de communication interne et de travail en équipe, le télétravail a eu un impact négatif, particulièrement lors des réunions en ligne. Pour les personnes dépendant moins de ces contacts, aucun aspect négatif n'a été rapporté

sur le côté fonctionnel tandis que des difficultés ont été recensées concernant le manque de communication informelle directe avec les collègues.

L'équipe de Fana et al. (2020) s'est également penchée sur les différents impacts liés à la qualité du travail. Les travailleurs valorisant les relations sociales ont particulièrement souffert du télétravail, amenant parfois de la frustration. Cependant, d'autres rapportent une diminution de la satisfaction et de la motivation suite au manque d'interactions et de reconnaissance professionnelle, bien qu'ils estiment moins les interactions. A contrario, pour ceux bénéficiant rarement de reconnaissance, le télétravail semble avoir été positif sur la satisfaction, l'engagement et la productivité. Le calme du lieu, permettant une meilleure concentration est également un point mis en avant par les employés. Cependant, le personnel déjà partiellement habitué au travail à la maison a pu souffrir, quant à lui, d'un télétravail excessif.

Le télétravail a un impact sur le bien-être émotionnel (Fana et al., 2020). Dans un premier temps, les travailleurs avec des enfants en bas-âge ou en âge scolaire ont pu rencontrer des difficultés concernant l'organisation de leur travail. En effet, l'exécution de leur tâche pouvait être interrompue, engendrant du stress mais aussi un sentiment de productivité amoindrie. Certains, parents ou non, ont également fait part d'une difficulté à séparer la vie privée de la professionnelle et à respecter des horaires stables.

Cependant, d'autres ont réussi à trouver un meilleur équilibre entre les deux et ont davantage profité de la vie familiale, notamment grâce à l'économie des trajets. Un autre point positif a trait au fait que les travailleurs ne sont plus obligés d'interagir et évoluer au bureau parmi des relations parfois toxiques. De plus, une souplesse et une autonomie accrue dans les horaires pour les professionnels est source d'allègement permettant de s'organiser au mieux et répondre aux différents besoins.

L'étude menée par Dolot (2020) tend à confirmer les résultats trouvés par l'équipe de Fana et al. (2020). Celle-ci met en avant le gain de temps, l'adaptation du travail aux besoins personnels ainsi qu'un équilibre entre la vie privée et professionnelle comme étant des conséquences positives du télétravail. Parmi les répercussions négatives, l'absence d'interactions et l'isolement, les frontières entre la vie privée et professionnelle plus floues ainsi que le sentiment d'omniprésence du travail sont cités. Pour les parents avec des enfants mineurs, la difficulté réside dans le temps à leur octroyer (soins et éducation, notamment la gestion des cours à distance).



Bien que la structure et le rythme de vie n'ont pas fait partie des hypothèses de départ, plusieurs participants ont souligné l'importance de maintenir un rythme même durant l'arrêt de travail. Neuberg et Newsom (1993) ont expliqué que la structure de vie, dont les routines, est une façon d'appréhender le monde de façon gérable. Ils ajoutent que ce besoin de structure a une relation significative avec l'anxiété. Prokopčáková (2015) a mis en avant que les personnes plus anxieuses ont davantage de difficultés à se passer d'une structure de vie, pouvant amener une augmentation de l'anxiété. Bourguignon et Herman (2018) ont souligné l'importance de remplir les besoins fondamentaux, dont la structure temporelle. Une privation de celle-ci diminuerait le bien-être de l'individu. Raison pour laquelle une structure de vie est positive durant l'arrêt de travail dans le but de maintenir un mieux-être. Cependant, aucune étude traitant de ce sujet dans le cadre d'un arrêt de travail suite à un burnout n'a été trouvée.

Le soutien des proches s'avère être un facteur facilitant la réintégration au travail. Kärkkäinen et al. (2018b) ont déjà supposé que les facteurs psychosociaux liés à la vie privée constituent une aide dans ce processus. Les résultats de cette étude tendent à confirmer cette supposition. Maslach et al. (2016b) s'alignent sur cette idée, en promouvant l'importance du soutien de l'entourage dans la récupération du burnout. De son côté, Hammig (2017) souligne l'importance du soutien des proches durant la réintégration, en insistant sur la nécessité d'avoir plusieurs sources différentes plutôt qu'une seule. De plus, cette étude met en avant qu'un manque de support et de compréhension de la part de famille peut être un facteur aggravant. Nielsen et al. (2018) se sont intéressés au rôle joué par la dimension sociale durant ce processus. Il est apparu qu'un manque de soutien et de compréhension de la famille a un effet délétère pour les travailleurs tandis que leur présence et leur soutien est un support. Nielsen et al. (2018) mettent cependant à jour un manque d'étude concernant cet aspect de la réintégration au travail après un burnout, s'alignant ainsi sur l'avis de l'équipe de Gragnano (2017) selon lequel davantage d'études s'intéressant à ce sujet serait souhaitable.

Le rapport à l'entreprise semble avoir un rôle important dans la réintégration au travail après un burnout. En effet, plusieurs travailleurs ont amené le fait que la façon dont ils se sentent, s'identifient par rapport à l'entreprise ainsi que la gestion et l'intérêt suite à leur absence influent sur la façon dont ils se perçoivent dans leur travail, aussi bien négativement que positivement. Si le rôle du superviseur et des collègues dans la réintégration, discutés ci-dessus, jouent un rôle non-négligeable, les responsables placés plus haut ainsi que les valeurs prônées ou les décisions semblent avoir aussi une part d'influence. Nielsen et al. (2018) appuient ce

constat en impliquant plusieurs niveaux dans la réintégration au travail, dont l'organisation de l'entreprise contenant les politiques internes et la gestion du management, les services de santé au travail,... Une étude menée par Avanzi et al. (2017) converge dans ce sens, en proposant que l'identification à l'organisation joue un rôle de protection par rapport au burnout. Scharf et al. (2020) soulignent qu'une discussion avec les responsables ainsi qu'un intérêt de leur part concernant la situation du travailleur en réintégration est souhaitable. Corbière et al. (2019) impliquent également l'employeur dans la réintégration au travail, en plus du superviseur. Plusieurs rôles sont attribués à l'employeur : l'implémentation dans l'entreprise des valeurs et de positions claires concernant le soutien offert aux travailleurs en réintégration, l'attention accordée aux modifications aux tâches du travailleur en collaboration avec le superviseur,...

Il est à noter que le manque de connaissances du burnout et des démarches à entreprendre pour aider le travailleur peut se traduire par le sentiment d'un manque de soutien de la part du milieu professionnel. De ce fait, Kärkkäinen et al. (2018b) ont mis en avant l'utilité d'expliquer et de prévenir le milieu de travail de l'état du travailleur et de comment le soutenir. Scharf et al. (2020) remarquent comme il est important que le travailleur communique les difficultés qu'il pourrait être amené à rencontrer sur le lieu de travail afin que le responsable et les collègues aient une meilleure compréhension de la situation et sachent comment réagir adéquatement. Il pourrait être intéressant de transférer cette information à la famille étant donné qu'il apparaît que c'est une source d'aide et de soutien importante pour le travailleur. En effet, si l'entourage n'a pas connaissance de ce qu'est le burnout et de comment soutenir la personne au mieux, il risque de réagir de façon inappropriée aux yeux du travailleur et de contrer l'effet bénéfique. Nielsen et al. (2018) proposent que les amis ou la famille qui ont également réintégré le travail après un arrêt pour maladie soient une ressource en raison de leur connaissance du chemin à parcourir et des conseils qu'ils peuvent dispenser. La notion de savoir est ici mise en avant en raison des comportements plus adéquats qui peuvent en découler. Cette proposition fait suite aux dénonciations des participants quant aux comportements inappropriés des familiers par le manque de connaissance.

Parmi d'autres facteurs, le rapport aux différents médecins (du travail, de la famille ou de la mutuelle) a été cité. Un bon rapport est perçu comme une aide contrairement à un médecin peu présent. On peut supposer que le médecin est une personne ressource dans la réintégration au travail. Dès lors, il est un moteur durant ce processus, notamment en discutant des aménagements possibles ou en montrant au travailleur quelles sont les différentes ressources

auxquelles il peut faire appel (Scharf et al., 2020). Le médecin offre aussi une relation stable et sécurisante (Corbière et al., 2019).

L'aspect financier a été cité par quelques participants. Soit comme étant un moteur pour réintégrer le travail afin d'avoir un revenu. Soit comme une barrière avec la peur de perdre son salaire ou qu'il soit moins élevé. Sikora et al. (2019) partagent cette idée en expliquant avoir remarqué que le revenu peut être le moteur d'un retour au poste plus rapide pour les travailleurs et que la perte d'une partie du salaire peut parfois les amener à ne pas prendre le temps ou les mesures nécessaires pour récupérer. Etuknwa et al. (2019) insistent sur le fait qu'un salaire plus faible peut amener le travailleur à reprendre plus rapidement son poste.

Ainsi, il existe plusieurs facteurs influençant la réintégration au travail. Ils impliquent autant le traitement du burnout et des comorbidités liées, les facteurs tant liés à la vie privée (tels que le soutien intrafamilial ou les activités mises en place par le travailleur) qu'au travail (tels que les modifications apportées aux tâches ou encore l'ambiance et les relations dans le milieu de travail). Ces observations confirment les idées apportées par Kärkkäinen et al. (2017, 2018b) selon lesquelles les facteurs intervenant dans le processus de réintégration au travail peuvent être classés selon trois catégories : individuelle, liée au travail et liée au burnout. Plus que cela, ces différentes sources d'aides et de barrières consolident la notion de processus multidimensionnel impliqué dans la réintégration au travail après un burnout proposé par Gragnano et al. (2017). D'autres études tendent aussi à impliquer plusieurs facteurs dans la réintégration. Par exemple, Nielsen et al. (2018) soutiennent l'importance (1) du rôle de la famille et des relations sociales en-dehors du travail, (2) des médecins et thérapeutes visant à améliorer l'état de santé du travailleur mais aussi (3) de l'entreprise et des collègues dans la réintégration. de Vries et al. (2017) font également état de plusieurs déterminants répartis le long de ces trois axes. Cependant, toutes ne mettent pas en avant ces trois dimensions, comme celle de Etuknwa et al. (2019) qui s'est principalement intéressée aux facteurs liés à l'individu ainsi que ceux liés au travail.

### 5.3 Perspectives

Différentes perspectives peuvent être envisagées au vu des résultats obtenus. Premièrement, il serait intéressant de concevoir des méthodologies utilisant un questionnaire écrit ainsi qu'un entretien. En effet, selon deux études (Kärkkäinen et al. 2018a, 2018b), les données récoltées par ces deux biais sont plus importantes.

Deuxièmement, un seconde rendez-vous pourrait être prévu pour recueillir le ressenti des participants suite à la première entrevue et l'impact éventuel que cette discussion a eu sur eux. Cette proposition a émergé après que trois candidats aient exprimé que cette rencontre avait été bénéfique pour eux, leur permettant de réfléchir au chemin parcouru, aux questionnements restants ainsi qu'à d'éventuelles adaptations à apporter dans le futur. La proposition précédente, visant à mélanger un entretien ainsi qu'un questionnaire pourrait également remplir cette suggestion, en permettant aux participants de s'exprimer une première fois puis une seconde fois, en laissant un temps de réflexion entre les deux.

Une constatation qui a pu être tirée concerne l'importance du soutien et de la compréhension aussi bien de l'entreprise et des collègues que de l'entourage familial. Plusieurs suggestions peuvent être faites à ce sujet. Premièrement, les entreprises pourraient être davantage sensibilisées à la problématique du burnout ainsi que les éléments à mettre en place pour les soutenir, certains participants déplorant le manque de connaissances de leur supérieur. Une autre suggestion serait de mettre en place des rencontres avec une personne travaillant aux ressources humaines ou le superviseur, afin de discuter des mesures mises en place ou non ainsi que de l'impact sur les travailleurs. En effet, le candidat 10 a lui-même demandé à ce que des rencontres régulières avec une personne travaillant aux ressources humaines soient organisées. Le candidat 4, quant à lui, a pointé le manque de connaissances et d'intérêt de la direction face à sa situation en ne le convoquant pas pour en discuter. Le soutien des collègues a également été souligné comme un facteur important dans la réintégration au travail. Cependant, les participants ont parfois ressenti des incompréhensions de leur part ou n'ont pas toujours trouvés des comportements adaptés. Une façon de contrer cet effet serait de mettre au courant l'équipe de ce que leur collègue traverse et de comment l'aider au mieux à réintégrer son poste afin qu'il puisse jouir de cette source de support.

De même, l'importance du soutien des proches a été évoquée. Cependant, certains participants ont déploré le manque de support ou de connaissances dans cette sphère privée. C'est pourquoi, sensibiliser la famille et l'entourage (via une rencontre chez le psychologue ou le médecin avec le travailleur) pour avoir une vision plus adaptée de ce qu'est le burnout leur permettrait de mieux soutenir la personne en souffrance. Cette suggestion permettrait de diminuer les difficultés des travailleurs face au manque de connaissances de la famille tout en appuyant sur l'impact positif de l'assistance et de la compréhension de celle-ci.

L'importance d'une approche s'intéressant à plusieurs facteurs, tant liés à l'individu, qu'au burnout ou au travail semble se dégager pour mieux accompagner le travailleur dans sa démarche. La prise en compte de ces différents versants semble être une piste à envisager lors de la mise en place de ce type de processus.

Comme il a été porté à notre connaissance dans la partie théorique, peu d'études ont été réalisées sur le sujet étudié dans ce travail. Il pourrait être intéressant de mener davantage de travaux sur ce thème, afin de confirmer et/ou infirmer les résultats présents. En outre, ces recherches pourraient mettre en avant de nouveaux facteurs ou affiner certains éléments constatés auparavant.

## 5.4 Limites

Plusieurs limites ont été rencontrées dans ce travail. Parmi celles-ci, nous pouvons compter le fait que la recherche se déroule par le biais d'un entretien. Certains ont refusé de prendre part à l'étude car ils ne se sentaient pas suffisamment à l'aise par rapport au burnout que pour pouvoir en parler librement en face à face. Une solution possible serait de proposer un questionnaire écrit. Il serait composé de questions ouvertes, sur lesquelles les participants pourraient s'exprimer librement, sans devoir pour cela faire face à une personne.

Une autre limite concerne la voie électronique via laquelle les entretiens ont été menés en raison du contexte sanitaire. Deux difficultés ont découlé de ce procédé. Premièrement, certains participants n'étaient pas tout à fait à l'aise avec le fait d'interagir via écrans interposés. Deux candidats ont même sollicité une rencontre en présentiel, en respectant les gestes barrières. Deuxièmement, des perturbations étaient possibles pendant les entretiens, comme quelqu'un se

présentant à la porte ou des enfants courant dans la pièce, pouvant influencer sur la concentration du participant mais aussi de l'expérimentateur. De plus, cela ne permettait pas toujours au candidat d'avoir l'intimité nécessaire pour s'exprimer librement.

La taille de l'échantillon peut aussi avoir influencé les résultats obtenus ici. En effet, il s'agit d'un petit échantillon composé de 20 personnes. Avoir davantage de participants aurait permis de confirmer, d'infirmer et/ou d'apporter de nouvelles informations par rapport aux données déjà récoltées.

Bien que les différences démographiques n'aient pas été le sujet principal de cette étude et n'aient pas été traitées, il apparaît dans la littérature que des divergences existent selon le niveau socio-économique (Elkberg et al., 2015), le genre (Kärkkäinen et al., 2017), le statut marital (Nielsen et al., 2018),... Ainsi, peut-être que des distinctions basées sur des critères démographiques pourraient révéler des différences qui n'ont pas été mises à jour dans cette étude.

## 6 Conclusion

Au travers ce travail, nous nous sommes intéressés au burnout et plus particulièrement, aux facteurs bloquants et aidants la réintégration au travail. Plusieurs pistes ont été dégagées au travers de la littérature existante sur le sujet. Parmi celles-ci, le modèle de réintégration au travail proposé par Young et al. (2005) semble répondre aux attentes concernant le retour au travail. Différents types de facteurs classés selon trois dimensions – la dimension individuelle, liée au travail et liée au burnout - ont été identifiées soit comme étant des aides soit comme étant des barrières dans ce processus. Les facteurs aidants sont : les interventions visant à réduire ou gérer le stress, le rapport positif au travail, le maintien et l'amélioration de la communication avec le superviseur et le lieu de travail, l'adaptation du travail et le traitement des maladies cooccurrentes. Les facteurs bloquants regroupent les comorbidités, le stress, le mauvais climat de travail ainsi qu'une longue absence (plus de six mois). Afin de répondre aux besoins de l'étude, vingt participants, dont cinq hommes et quinze femmes issus de métiers différents ont participé à un entretien semi-directif. Une analyse de contenu qualitative a été menée sur la transcription des données récoltées lors de ces rencontres. Différents éléments sont ressortis, en plus des hypothèses déjà formulées.

Si nous nous intéressons d'abord aux idées posées, beaucoup se sont vues confirmées alors que d'autres ont été nuancées. Ainsi, le modèle de Young et al. (2005) s'est révélé être adapté pour envisager la réintégration au travail après un burnout. Contrairement aux attentes, la phase de progression a pu être identifiée dans ce travail. De plus, la phase d'arrêt de travail a été nuancée, s'approchant davantage du modèle proposé par Bataille en 2014. Si ce modèle proposé par Young et al. se révèle intéressant, cette étude nous montre que les quatre étapes pourraient en renfermer d'autres dont il faudrait tenir compte à l'avenir.

Un rapport positif au travail, que ce soit au niveau du contrôle, de la charge de travail,... s'est effectivement avéré déterminant pour épauler les travailleurs dans leur retour à leur poste. L'adaptation du travail a aussi été mise en avant comme étant positive. Diverses adaptations peuvent avoir lieu : un mi-temps, un arrêt temporaire ou définitif des tâches posant problèmes, un nouveau poste,... Cependant, l'entreprise doit adapter le travail en fonction des modifications apportées. Ainsi, si le travailleur passe à mi-temps, la charge de travail doit être allégée afin de ne pas le placer dans une situation de surcharge qui pourrait créer du stress et

s'avérer néfaste sur la durée. Le traitement des maladies cooccurrentes a été cité parmi les aides. Tous les participants ou presque ont mis en place divers traitements, allant de la thérapie à la médication voire aux interventions si nécessaire, pour traiter les troubles qui s'étaient développés. Cependant, beaucoup font part du fait que c'est surtout le repos et la diminution du stress qui ont permis de récupérer et soigner ces différents maux. Ces deux composante - repos et diminution du stress - sont, de facto des facteurs non-négligeables dans le processus de guérison. Plus spécifiquement, même si les interventions visant à réduire ou gérer le stress ont aussi été décrites comme aidantes, diverses activités alternatives réparties selon trois catégories ont été citées : les activités sportives, les activités culturelles, les loisirs et les formations. L'effet combiné de ces différentes activités a été très porteur pour les participants. Enfin, si la bonne ambiance et les bonnes relations sur le milieu de travail - autant avec les collègues qu'avec le supérieur - se sont avérées positives, le maintien d'un contact durant l'arrêt de travail s'est révélé plutôt négatif. Cela peut s'expliquer par le fait que le rappel du travail et de la charge émotionnelle associée empêche le travailleur de prendre de la distance avec le monde professionnel et de ce fait, de la source de souffrance. Cependant, peu d'études traitant ce sujet ont été trouvées dans les recherches faites pour essayer de mieux cerner cette observation.

Le mauvais climat de travail, par opposition à la bonne ambiance et les bonnes relations, a été jugé négatif conformément aux attentes. L'impact de la sphère social au travail se révèle être un levier important dans la réintégration, autant positivement que négativement. Les comorbidités ont aussi été estimées comme étant des barrières. Cependant, la plupart des participants remarquent aussi le fait qu'après l'arrêt de travail et le suivi des traitements, les effets négatifs étaient amoindris. Seuls quelques-uns ont subi des réminiscences. Sans surprise, le stress s'est avéré néfaste dans ce processus. Le stress peut découler de différentes causes comme des mauvaises relations, un mauvais rapport au travail ou bien des restructurations dans un futur proche. Contrairement aux attentes, une absence de plus de six mois n'a pas été un obstacle à la reprise du travail. Bien que peu d'études font état d'un tel constat, il est tout de même possible de formuler une hypothèse pour expliquer ce résultat : davantage que la durée de l'arrêt, le sentiment du travailleur d'être prêt ou pas à réintégrer son poste serait un meilleur indicateur d'un retour stable et réussi. Il pourrait être intéressant d'exploiter cette piste afin de mieux cerner ce résultat.

Enfin, d'autres facteurs ont pu être mis à jour, comme le soutien de la famille. Cependant, son rôle n'a pas toujours été étudié dans les recherches qui portent sur la réintégration dans l'emploi,



le support social au travail ayant été davantage investigué. Si le rapport au supérieur et au lieu de travail a déjà été repéré comme une aide, le rapport à l'entreprise ne semble pas être à négliger. Lorsque le participant se sent soutenu par les valeurs de l'entreprise, l'employeur ou les ressources humaines, la réintégration s'en trouve facilitée. Néanmoins, afin que la famille et le milieu de travail puissent être soutenant, des connaissances sur le burnout pourraient accroître l'influence de ce facteur. En effet, face à un manque de connaissances, l'entourage - professionnel et privé - risque de ne pas savoir comment réagir adéquatement, ce qui priverait le travailleur d'une ressource importante, pouvant même avoir un effet délétère sur lui. Le maintien d'une structure et d'un rythme de vie a été cité parmi les facteurs aidants. Une hypothèse pouvant expliquer ce résultat serait que la structure s'avère positive pour l'humain en contribuant à son mieux-être. Cependant, aucune étude ne s'intéressant à cette dimension durant un arrêt de travail n'a pu être trouvée. Le rapport aux différents médecins a été mis en avant : un médecin présent, empathique et proposant des solutions a été qualifié de positif tandis qu'un médecin non-empathique et dur s'est révélé négatif. Dès lors, les acteurs autres que l'entourage professionnel et privé impliqués dans le processus de réintégration ont également une influence. Le salaire a aussi été cité comme une motivation à reprendre son poste ; la baisse ou la perte du salaire étant une crainte partagée par plusieurs candidats. Le confinement a également eu des côtés tant positifs (pouvoir organiser sa journée comme souhaité en se reposant si nécessaire ou en profitant davantage de sa vie familiale) que négatifs (le sentiment de ne pas être réintégré à l'équipe).

Il apparaît que les éléments intervenant dans la réintégration au travail sont multiples, pouvant se répartir selon les trois dimensions attendues : individuelles, liées au burnout et liées au travail. La prise en compte de plusieurs leviers coexistants semble être privilégiée pour permettre une réintégration au travail réussie. Cependant, davantage d'études seraient nécessaires afin de pouvoir affiner, modifier, compléter ou encore infirmer les résultats mis à jour dans cette étude ainsi que dans les précédentes.



## 7 Bibliographie

- Abdurrahman, M., & Hrobsky, H. (2020). Recommendation and resources for coping with burnout. In A. Hategan, K. Saperson, S. Harms, & H. Waters (Eds), *Humanism and resilience in residency training* (pp. 573-604). Springer. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-45627-6\\_18](https://doi.org/10.1007/978-3-030-45627-6_18)
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179-211. [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-t](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-t)
- 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>
- Alcaron, G. M. (2011). A meta-analysis of burnout with jobs demands, resources, and attitudes. *Journal of Vocational Behavior*, 79(2), 549-562. <https://doi.org/10.1016/j.jvb.2011.03.007>
- Allen, B. C., Holland, P., & Reynolds, R. (2014). The effect of bullying on burnout in nurses : the moderating role of psychological detachment. *Journal of Advanced Nursing*, 71(2), 381-390. <https://doi.org/10.1111/jan.12489>
- Allwood, C. M., Geisler, M., & Buratti, S. (2020). The relationship between personality, work, and personal factors to burnout among clinical psychologists : exploring gender differences in Sweden. *Counselling Psychology Quarterly*, 1-20. <https://doi.org/10.1080/09515070.2020.1768050>
- Avanzi, L., Fraccaroli, F., Castelli, L., Marcionetti, J., Crescentini, A., Balducci, C., & van Dick, R. (2018). How to mobilize social support against workload and burnout : The role of organizational identification. *Teaching and Teacher Education*, 69, 154-167. <https://doi.org/10.1016/j.tate.2017.10.001>

- Baka, U. (2015). Does job burnout mediate negative effects of job demands on mental and physical health in a group of teachers? Testing the energetic process of Job Demands-Resources model. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 28(2), 335–346. <https://doi.org/10.13075/ijomeh.1896.00246>
- 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://psycnet.apa.org/doi/10.1037/ocp0000056>
- Balayssac, D., Pereira, B., Virot, J., Collin, A., Alapini, D., Cuny, D., Gagnaire, J. M., Authier, N., & Vennat, B. (2017). Burnout, associated comorbidities and coping strategies in French community pharmacies-BOP study : A nationwide cross-sectional study. *PLOS ONE*, 12(8). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0182956>
- Bataille, S. (2014). La reconstruction professionnelle après un burnout. *Références en santé au travail*, 137, 59-71.
- BELGA. (2018, 29 janvier). 28.000 Belges touchés par le burn-out. LaLibre.be. <https://www.lalibre.be/planete/sciences-espace/28-000-belges-touchees-par-le-burn-out-5a6eb4fbc7083db8bd43f2b>
- Bourguignon, D., & Herman, G. (2018). Le chômage, une différence qui stigmatise. In K. Faniko, D. Bourguignon, O. Sarrasin, & S. Guimond (Eds.), *Psychologie de la discrimination et des préjugés : De la théorie à la pratique* (pp. 101-118). De Boeck.
- Bügel, P. (2003). *Le burn out*. Patient Care. <https://www.maisonmedicale.org/Sommaire-no32-Le-burn-out-quand-s.html>
- Buunk, B. P., & Schaufeli, W. B. (1993). *Burnout: A perspective from social comparison theory*. In W. B. Schaufeli, C. Maslach, & T. Marek (Eds.), *Series in applied psychology: Social issues and questions. Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 53–69). Taylor & Francis.

- Clarke, V. & Braun, V. (2013) Teaching thematic analysis: Overcoming challenges and developing strategies for effective learning. *The Psychologist*, 26(2), 120-123.
- Conseil Supérieur de la Santé. (2017). *Burnout et travail* (avis n° 9339) .
- Cooper, C. L., Quick, J. C., & John Wiley and Sons. (2017). *The Handbook of Stress and Health*. Wiley.
- Corbière, M., Bergeron, G., Negrini, A., Coutu, M. F., Samson, E., Sauvé, G., & Lecomte, T. (2018). Employee perceptions about factors influencing their return to work after a sick-leave due to depression. *Journal of Rehabilitation*, 84(3), 3-13.
- Corbière, M., Mazaniello-Chézol, M., Bastien, M. F., Wathieu, E., Bouchard, R., Panaccio, A., Guay, S., & Lecomte, T. (2019). Stakeholders' Role and Actions in the Return-to-Work Process of Workers on Sick-Leave Due to Common Mental Disorders : A Scoping Review. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 30(3), 381-419. <https://doi.org/10.1007/s10926-019-09861-2>
- de Oliveira, S. M., de Alcantara Sousa, L. V., Vieira Gadelha, M. D. S., & do Nascimento, V. B. (2019). Prevention Actions of Burnout Syndrome in Nurses : An Integrating Literature Review. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 15(1), 64-73. <https://doi.org/10.2174/1745017901915010064>
- de Vries, H., Fishta, A., Weikert, B., Rodriguez Sanchez, A., & Wegewitz, U. (2017). Determinants of Sickness Absence and Return to Work Among Employees with Common Mental Disorders: A Scoping Review. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 28(3), 393-417. <https://doi.org/10.1007/s10926-017-9730-1>
- Dolot, A. (2020). Wpływ pandemii COVID-19 na pracę zdalną : perspektywa pracownika. *E-mentor*, 83(1), 35–43. <https://doi.org/10.15219/em83.1456>
- Dunstan, D. A., Covic, T., & Tyson, G. A. (2013). What leads to the expectations to return to work? Insights form a Theory of Planned Behavior (TPB) model of future work outcomes. *Work*, 46(1), 25-37. <https://doi.org/10.3233/wor-2012-1481>

- Ekberg, K., Wåhlin, C., Persson, J., Bernfort, J., & Öberg, B. (2015). Early and Late Return to Work After Sick Leave: Predictors in a Cohort of Sick-Listed Individuals with Common Mental Disorders. *Journal of occupational rehabilitation*, 25(3), 627-637. <http://dx.doi.org/10.1007/s10926-015-9570-9>
- Etuknwa, A., Daniels, K., & Eib, C. (2019). Sustainable Return to Work: A Systematic Review Focusing on Personal and Social Factors. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 29(4), 679-700. <https://doi.org/10.1007/s10926-019-09832-7>
- Falcinelli, S. (2020, 3 Janvier ). *Après la maladie : retour au travail ou licenciement ? Quels sont les véritables chiffres des « trajets de réintégration » ?* RTBF Info. [https://www.rtb.be/info/societe/detail\\_apres-la-maladie-retour-au-travail-ou-licenciement-quels-sont-les-veritables-chiffres-des-trajets-de-reintegration?id=10398470](https://www.rtb.be/info/societe/detail_apres-la-maladie-retour-au-travail-ou-licenciement-quels-sont-les-veritables-chiffres-des-trajets-de-reintegration?id=10398470)
- Fana, M., Milasi, S., Napierala, J., Fernandez-Macias, E., & Gonzalez Vazquez, I. (2020). Telework, work organisation and job quality during the covid-19 crisis: a qualitative study. Commission européenne. <https://ec.europa.eu/jrc/sites/jrcsh/files/jrc122591.pdf>
- Fassier, J. B., Durand, M. J., Loisel, P., Caillard, J. F., & Roquelaure, Y. (2009). *Etude de la faisabilité du modèle de Sherbrooke dans le système de santé français*. Université de Sherbrooke, Centre de Recherche et de Formation en Prévention d'Incapacité. [https://www.usherbrooke.ca/caprit/fileadmin/sites/caprit/documents/fassier\\_2009\\_RAPPORT\\_SHERBROOKE\\_v\\_complete.pdf](https://www.usherbrooke.ca/caprit/fileadmin/sites/caprit/documents/fassier_2009_RAPPORT_SHERBROOKE_v_complete.pdf)
- Gardner, R. L., Cooper, E., Haskell, J., Harris, D. A., Poplau, S., Kroth, P. J., & Linzer, M. (2018). Physician stress and burnout: the impact of health information technology. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 26(2), 106-114. <https://doi.org/10.1093/jamia/ocy145>
- Gragnano, A., Negrini, A., Miglioretti, M. & Corbière, M. (2017). Common Psychosocial Factors Predicting Return to Work After Common Mental Disorders, Cardiovascular Diseases, and Cancers: A Review of Reviews Supporting a Cross-Disease Approach.

*Journal of Occupational Rehabilitation*, 28(2), 215-231. <https://doi.org/10.1007/s10926-017-9714-1>

Guidetti, G., Viotti, S., Gil-Monte, P. R., & Converso, D. (2017). Feeling Guilty or Not Guilty. Identifying Burnout Profiles among Italian Teachers. *Current Psychology*, 37(4), 769-780. <https://doi.org/10.1007/s12144-016-9556-6>

Hämmig, O. (2017). Health and well-being at work : The key role of supervisor support. *SSM-Population Health*, 3, 393-402. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2017.04.002>

Hansez, I., Rusu, D., Firket, P., & Braeckman, L. (2019). *Evolution 2010-2018 du burnout en Belgique et intérêt de l'utilisation conjointe de deux outils de diagnostic : rapport de recherche*. Service public fédéral Emploi, Travail et Concertation sociale. [https://werk.belgie.be/sites/default/files/content/documents/Welzijn%20op%20het%20werk/Onderzoeksprojecten/rapport\\_final\\_SPF\\_burnout.pdf](https://werk.belgie.be/sites/default/files/content/documents/Welzijn%20op%20het%20werk/Onderzoeksprojecten/rapport_final_SPF_burnout.pdf)

Hansez, I., Mairiaux, P., Firket, P., & Braeckman, L. (2010). *Recherche sur le Burnout au sein de la population active belge : rapport final*. Service public fédéral Emploi, Travail et Concertation sociale. <http://hdl.handle.net/2268/90274>

Hochstrasser, B., Brühlmann, T., Cattapan, K., Hättenschwiler, J., Holsboer-Trachsler, E., Kawohl, W., Schulze, B., Seifritz, B., Schaufeli, W., Zemp, A., & Keck, M. E. (2016). Le traitement du burnout, partie 2: Recommandations pratiques. *Forum Médical Suisse-Swiss Medical Forum*, 16 (2627), 561-566. <https://doi.org/10.4414/fms.2016.02698>

Hulsegge, G., van Mechelen, W., Proper, K. I., Paagman, H., & Anema, J. R. (2020). Shift work, and burnout and distress among 7798 blue-collar workers. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 93(8), 955-963. <https://doi.org/10.1007/s00420-020-01536-3>

INAMI. (n.d.). *Incapacité de travail de longue durée : Combien de burnouts et de dépressions de longue durée ? Quel coût pour l'assurance indemnités ?* <https://www.inami.fgov.be/fr/statistiques/indemnites/Pages/incapacite-travail-longue-duree-combien-burn-outs-depressions.aspx>

- Janssen, M., Heerkens, Y., Kuijer, W., van der Heijden, B., & Engels, J. (2018). Effects of Mindfulness-Based Stress Reduction on employees' mental health : A systematic review. *PLOS ONE*, *13*(1). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0191332>
- Kärkkäinen, R., Saaranen, T., Hiltunen, S., Ryyänen, O.P., & Räsänen, K. (2017). Systematic review: Factors associated with return to work in burnout. *Occupational Medicine*, *67*(6), 461–468. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqx093>
- Kärkkäinen, R., Saaranen, T., & Räsänen, K. (2018a). 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>
- Kärkkäinen, R., Saaranen, T., & Räsänen, K. (2018b). Return-to-work Coordinators' Practices for Workers with Burnout. *Journal of Occupational Rehabilitation*, *29*(6), 493-502. <https://doi.org/10.1007/s10926-018-9810-x>
- Karlson, B., Jönsson, P., Palson, B., Abjörnsson, G., Malmberg, B., Larsson, B., & Österberg, K. (2010). Return to work after a workplace-oriented intervention for patients on sick-leave for burnout : a prospective controlled study. *BMC Public Health*, *10*(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-301>
- Karsavuran, S., & Kaya, S. (2015). The relationship between burnout and mobbing among hospital managers. *Nursing Ethics*, *24*(3), 337-348. <https://doi.org/10.1177/0969733015602054>
- Kenworthy, J., Fay, C., Frame, M., & Petree, R. (2014). A meta-analytic review of the relationship between emotional dissonance and emotional exhaustion. *Journal of Applied Social Psychology*, *44*(2), 94-105. <https://doi.org/10.1111/jasp.12211>
- Kim, H. J., Ha, J. H., & Jue, J. (2020). Compassion Satisfaction and Fatigue, Emotional Dissonance, and Burnout in Therapists in Rehabilitation Hospitals. *Psychology*, *11*(1), 190-203. <https://doi.org/10.4236/psych.2020.111013>



- Lee, R. T., & Ashforth, B. E. (1990). On the meaning of Maslach's three dimensions of burnout. *Journal of Applied Psychology*, 75(6), 743–747. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.75.6.743>
- Loisel, P., Durand, P., Abenhaim, L., Gosselin, L., Simard, R., Turcotte, J., & Esdaile, J. M. (1994). Management of occupational back pain : the Sherbrooke model. Results of a pilot and feasibility study. *Occupational & Environmental Medicine*, 51(9), 597-602. <http://dx.doi.org/10.1136/oem.51.9.597>
- MacKay, J. (2020, 9 janvier). *How to deal with burnout : Signs, symptoms, and strategies for getting you back on track after burning out*. RescueTime blog. <https://rescuetime.wpengine.com/burnout-syndrome-recovery/#Burnout-strategies>
- Maslach, C., & Leiter, M. (2016a). Burnout. *Stress: Concepts, Cognition, Emotion, and Behavior*, 351-357. <https://doi.org/10.1016/b978-0-12-800951-2.00044-3>
- Maslach, C., & Leiter, M.P. (2016b). 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., Jackson, S. E., & Leiter, M. P. (1997). Maslach Burnout Inventory : Third Edition. In C. P. Zalaquett & R. J. Wood (Eds.), *Evaluating stress: A book of resources* (p. 191–218). Scarecrow Education.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52 (1), 397-422. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397>
- Mayo Clinic. (2020, 20 novembre). *Job burnout : How to spot it and take action*. <https://www.mayoclinic.org/healthy-lifestyle/adult-health/in-depth/burnout/art-20046642>
- Neuberg, S. L., & Newsom, J. T. (1993). Personal need for structure: Individual differences in the desire for simpler structure. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65(1), 113–131. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.65.1.113>

- Nielsen, K., Yarker, J., Munir, F., & Bültmann, U. (2018). IGLOO: An integrated framework for sustainable return to work in workers with common mental disorders. *Work & Stress*, 32(4), 400-417. <https://doi.org/10.1080/02678373.2018.1438536>
- Otto, M. C., Hoefsmit, N., van Ruysseveldt, J., & van Dam, K. (2019). Exploring Proactive Behaviors of Employees in the Prevention of Burnout. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(20), 3849. <https://doi.org/10.3390/ijerph16203849>
- Périlleux, T., & Vendramin, P. (2017). Le travail est-il devenu insoutenable ? *Sociétés en changements*, 1, 1-8.
- Picart, L., Jaussaud, J., & Amann, B. (2019). Au cœur des risques psychosociaux : facteurs organisationnels déterminants du Burnout des managers. *Recherches en Sciences de Gestion*, 134(5), 259-281. <https://doi.org/10.3917/resg.134.0259>
- Pole, C. J., & Lampard, R. (2002). *Practical social investigation: Qualitative and quantitative methods in social research*. Prentice Hall.
- Prokopčáková, A. (2015). Personal need for structure, anxiety, self-efficacy and optimism. *Studia Psychologica*, 57(2), 147–162. <https://doi.org/10.21909/sp.2015.02.690>
- Public Health England. (2016, 2 mars). *Interventions to prevent burnout in high risk individuals : evidence review*. GOV.UK. <https://www.gov.uk/government/publications/interventions-to-prevent-burnout-in-high-risk-individuals-evidence-review>
- Qian, J., Yang, F., Wang, B., Huang, C., & Song, B. (2019). When workplace ostracism leads to burnout: the roles of job self-determination and future time orientation. *The International Journal of Human Resource Management*, 30(17), 2465-2481. <https://doi.org/10.1080/09585192.2017.1326395>
- Saldana, J. (2013). *The coding manual for qualitative researchers*. SAGE Publications.

- Salvagioni, D. A. J., Melanda, F. N., Mesas, A. E., Gonzalez, A. D., Gabani, F. L., & de Andrade, S. M. D. (2017). Physical, psychological and occupational consequences of job burnout : A systematic review of prospective studies. *PLOS ONE*, *12* (10). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0185781>
- Sander, E. J., Caza, A., & Jordan, P. J. (2019). The physical work environment and its relationship to stress. In O. B. Ayoko & N. M. Ashkanasy (Eds.), *Organizational behavior and the physical environment* (1<sup>st</sup> ed., pp. 268-284). Routledge.
- Scharf, J., Angerer, P., Müting, G., & Loerbroks, A. (2020). Return to Work after Common Mental Disorders: A Qualitative Study Exploring the Expectations of the Involved Stakeholders. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17*(18), 6635. <https://doi.org/10.3390/ijerph17186635>
- Schaufeli, W. (2017). Burnout: a short socio-cultural history. In S., Neckel, A.K., Schaffner & G., Wagner (Eds.). *Burnout, Fatigue, Exhaustion: an interdisciplinary perspective on a modern affliction* (pp. 105-128). Palgrave Macmillian.
- Schaufeli, W. B., & Buunk, B. P. (2003). Burnout: An overview of 25 Years of Research on Theorising. In M. J. Schabracq, J. A. M. Winnubst, & C. Cooper. (Eds), *The Handbook of work and health psychology* (2<sup>nd</sup> ed., pp. 383-425). Wiley. <https://doi.org/10.1002/0470013400.ch19>
- Schaufeli, W. B., De Witte, H., & Desart, S. (2017, 21 février). *Op zoek naar een nieuwe definitie van burnout*. KU Leuven. <https://kuleuvenblogt.be/2017/02/20/op-zoek-naar-een-nieuwe-definitie-van-burn-out/>
- Schaufeli, W. B., Desart, S., & De Witte, H. (2020). Burnout Assessment Tool (BAT)—Development, Validity, and Reliability. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17*(24), 9495. <https://doi.org/10.3390/ijerph17249495>
- Petersen, K. S., Labriola, M., Nielsen, C. V., & Larsen, E L. (2016). Work reintegration after long-time sick leave: domains of influence on co-workers' ability to be supportive.

*Disability and Rehabilitation*, 38(19), 1872-1883.  
<https://doi.org/10.3109/09638288.2015.1107772>

Securex. (2018, 23 janvier). *Les étapes de la réintégration des maladies de longue durée*.  
[https://www.securex.eu/lex-go.nsf/vwReintegrate\\_fr/026575C07D575678C125821E004D8EAF?OpenDocument#.XgoCsS17R-U](https://www.securex.eu/lex-go.nsf/vwReintegrate_fr/026575C07D575678C125821E004D8EAF?OpenDocument#.XgoCsS17R-U)

Service Public Fédéral Emploi, Travail et Concertation sociale (2018). *Retour au travail après une absence longue durée pour raison médicale : prévention et réintégration*.  
<https://www.emploi.belgique.be/sites/default/files/content/publications/FR/RetourTravailRaisonMedicale.pdf>

Service Public Fédéral Emploi, Travail et Concertation sociale (n. d.). *Réintégration des travailleurs en incapacité de travail*.  
<http://www.emploi.belgique.be/defaultTab.aspx?id=45586>

Sikora, A., Schneider, G., Stegmann, R., & Wegemitz, U. (2019). Returning to work after sickness absence due to common mental disorders : study design and baseline findings form an 18 months mixed method follow-up study in Germany. *BMC Public Health*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7999-z>

St-Arnaud, L., Briand, C., Corbière, M., Durand, M. J., Bourbonnais, R., Saint-Jean, M., Pelletier, M., Delisle, S., & Kedl, E. (2011). *Retour au travail après une absence pour un problème de santé mentale : Conception, implantation et évaluation d'un programme intégré des pratiques de soutien* (Rapport R-706). Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail.

Temam, S., Billaudeau, N., & Vercambre, M. N. (2019). Burnout symptomatology and social support at work independent of the private sphere: a population-based study of French teachers. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 92(6), 891-900. <https://doi.org/10.1007/s00420-019-01431-6>

Truchot, D. (2004). *L'épuisement professionnel : Concepts, modèles, interventions*. Dunod.

- Tschopp, C., Grote, G., & Gerber, M. (2013). How career orientation shapes the job satisfaction-turnover intention link. *Journal of Organizational Behavior*, 35(2), 151-171. <https://doi.org/10.1002/job.1857>
- Villoti, P., Gragnano, A., Larivière, C., Negrini, A., Dionne, C. E., & Corbière, M. (2020). Tools Appraisal of Organizational Factors Associated with Return-to-Work in Workers on Sick Leave Due to Musculoskeletal and Common Mental Disorders: A Systematic Search and Review. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 31(7), 7-25. <https://doi.org/10.1007/s10926-020-09902-1>
- Vîrgă, D., Schaufeli, W. B., Taris, T. W., van Beek, I., & Sulea, C. (2019). Attachment Styles and Employee Performance : The Mediating Role of Burnout. *The Journal of Psychology*, 153(4), 383-401. <https://doi.org/10.1080/00223980.2018.1542375>
- Wasiak, R., Young, A. E., Roessler, R. T., McPherson, K. M., van Poppel, M. N. M., & Anema, J. R. (2007). Measuring Return to Work. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 17(4), 776-781. <https://doi.org/10.1007/s10926-007-9101-4>
- Winstanley, S., & Hales, L. (2014). A Preliminary Study of Burnout in Residential Social Workers Experiencing Workplace Aggression: Might It Be Cyclical ? *British Journal of Social Work*, 45(1), 24- 33. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcu036>
- Young, A. E., Roessler, R. T., Wasiak, R., McPherson, K. M., van Poppel, M. N. M., & Anema, J. R. (2005). A developmental Conceptualization of Return to Work. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 15(4), 557-558. <http://dx.doi.org/10.1007/s10926-005-8034-z>
- Zanotti, C., & Thibodeau, D. S. (2008). *Tenir l'épuisement professionnel à distance ; le burnout*. Quebecor.

## 8 Annexes

### 8.1 Annexe 1 : Description de l'échantillon

Tableau 2 : description de l'échantillon

<b>Participant</b>	<b>Sexe</b>	<b>Age</b>	<b>Profession avant le burnout</b>	<b>Ancienneté dans la profession</b>
<b>1</b>	Femme	35	Employée logistique	4 ans
<b>2</b>	Femme	38	Psychologue (employée + indépendante)	11 ans
<b>3</b>	Homme	44	Chargé de projet marketing	14 ans
<b>4</b>	Femme	42	Employée de guichet d'entreprise	11 ans
<b>5</b>	Femme	47	Responsable du personnel	3 ans et demi
<b>6</b>	Homme	55	Responsable d'atelier	5 ans
<b>7</b>	Homme	50	Responsable communication (chef) + assistant dans un autre département	9 ans
<b>8</b>	Femme	53	Chargée de communication	1 an et demi
<b>9</b>	Femme	50	Export excellence management	5 ans
<b>10</b>	Femme	49	Directrice des ressources humaines	3 ans
<b>11</b>	Femme	56	Chargée de clientèle dans le secteur privé pour	22 ans

		le Moyen-Orient et l'Asie		
12	Femme	50	Engineer quality assistant	11 ans
13	Femme	49	Psychologue (employée)	20 ans
14	Homme	67	Médecin généraliste (indépendant + employé)	37 ans
15	Homme	45	Directeur d'un supermarché	3 ans
16	Femme	45	Coordinatrice pour les masters	7 ans et demi
17	Femme	50	Directrice des ressources humaines	3 ans
18	Femme	39	Cheffe de projet dans le domaine software	5 ans et demi
19	Femme	53	Employée dans une administration communale	25 ans
20	Femme	42	Gestionnaire d'une section	7 ans

## 8.2 Annexe 2 : Message d'informations-Réseaux sociaux

Bonjour à toutes et tous,

Dans le cadre de mon mémoire en « Psychologie sociale, du travail et des organisations » à l'Université de Liège, je suis à la recherche de personnes ayant vécu un burnout mais étant retournées travailler au terme de cette période.

Cette étude a pour but d'identifier les facteurs qui ont facilité ou bloqué la réintégration des personnes au travail après un burnout, reconnu par une mesure valide ou un médecin du travail. Le burnout devra avoir été vécu dans les 5 dernières années.

En Belgique, un retour au travail est considéré comme réussi quand :

L'employé reprend son poste initial, comme convenu dans le contrat de travail

L'employé reprend son poste qui a été adapté ( moins de charges, temps partiel, répartition horaire différente,...)

L'employé commence un nouveau poste

Afin de récolter ces données, un entretien d'environ 1 heure est prévu. Au vu de la situation actuelle, cet entretien se fera par voie électronique. La participation à cette étude ainsi que le recueil des données se feront de manière individuelle et confidentielle. L'anonymat sera totalement préservé. Seuls le chercheur et les accompagnants de ce mémoire auront accès à ces données, stockées dans un fichier protégé par un mot de passe sur un ordinateur. Le participant pourra également décider de mettre fin à sa participation à tout moment, sans m'en donner les raisons.

Si des insatisfaction(s) et/ou des question(s) se posent suite à sa participation, la personne pourra me contacter pour m'en faire part.

Si vous connaissez des personnes dans ce cas de figure ou si vous avez envie d'aider en partageant ce post, je vous en serais très reconnaissante! Vous pouvez me contacter par message privé sur les réseaux sociaux ou via mon adresse mail : [cloe.lehaen@student.uliege.be](mailto:cloe.lehaen@student.uliege.be).

Merci d'avance pour votre aide,

Cloé



### 8.3 Annexe 3 : Message d'informations-Agence de consultance

Bonjour,

Dans le cadre de mon mémoire en « Psychologie sociale, du travail et des organisations » à l'Université de Liège, je mène une étude visant à identifier les facteurs bloquants ou facilitants le retour au travail chez les personnes en burnout. Pour m'aider à réaliser cette recherche, j'aimerais rencontrer, lors d'un entretien d'environ 1 heure (pouvant se réaliser par voie électronique), des personnes ayant vécu un burnout durant les 5 dernières années, reconnu par une mesure valide ou un médecin du travail, et étant retournées au travail au terme de cette période.

En Belgique, un retour au travail est considéré comme réussi quand :

- L'employé reprend son poste initial, comme convenu dans le contrat de travail
- L'employé reprend son poste qui a été adapté ( moins de charges, temps partiel, répartition horaire différente,...)
- L'employé commence un nouveau poste

Vous m'avez fait part de candidats ayant vécu un burnout et ayant réintégré le monde de l'emploi au terme de cette période. Pourriez transmettre le mail attaché aux candidats potentiels? Il contient une brève description de l'étude ainsi que mes coordonnées.

Je vous remercie d'avance pour votre aide,

Lehaen Cloé

## 8.4 Annexe 4 : Message d'informations-Participants via agence de consultance

Bonjour,

Dans le cadre de mon mémoire en « Psychologie sociale, du travail et des organisations » à l'Université de Liège, je mène une étude visant à identifier les facteurs bloquants ou facilitants le retour au travail chez les personnes en burnout. Pour m'aider à réaliser cette recherche, j'aimerais vous rencontrer pour un entretien d'environ une heure, se réalisant via voie électronique, dont le but est de discuter de votre expérience et votre vécu pour cibler les facteurs qui favorisent et ceux qui bloquent la réintégration au travail après un burnout.

La participation à cette étude ainsi que le recueil des données se feront de manière individuelle et confidentielle. L'anonymat sera totalement préservé. Seuls le chercheur et les accompagnants de ce mémoire auront accès à ces données qui seront stockées dans un fichier protégé par un mot de passe sur un ordinateur. Vous pourrez également décider de mettre fin à votre participation à tout moment, sans m'en donner les raisons.

Si des insatisfaction(s) et/ou des question(s) se posent suite à sa participation, la personne pourra me contacter pour m'en faire part.

Si vous souhaitez participer, si vous avez des questions ou que vous voulez me contacter pour de plus amples informations, vous pouvez me joindre au 0479/12.24.82 ou par mail à l'adresse [cloe.lehaen@student.uliege.be](mailto:cloe.lehaen@student.uliege.be).

Je vous remercie d'avance pour votre aide,

Lehaen Cloé

## 8.5 Annexe 5 : Canevas d'entretien

Hypothèses	Questions
<p>Visé à déterminer le contexte et les raisons dans lesquelles le burnout s'est déclaré pour avoir une idée du cadre</p> <p>Les facteurs facilitants et bloquants le retour au travail vont se répartir selon 3 axes : l'individu, le burnout et le travail.</p> <p>Le rapport au travail ( engagement, aptitude au travail, contrôle perçu), les interventions visant à réduire et gérer le stress, le maintien et l'amélioration de la communication avec le superviseur et le lieu de travail, l'adaptation du travail, le traitement des maladies co-occurentes vont constituer des facteurs facilitants le retour au travail</p> <p>Les comorbidités, le stress, le mauvais climat de travail ainsi qu'une longue absence ( plus de 6 mois) vont constituer des barrières du retour au travail</p>	<p>Quelle est la fonction que vous occupiez avant votre burnout ? Depuis combien de temps ?</p> <p>Pouvez-vous me décrire les conditions/facteurs/éléments qui vous ont mené au burnout ?</p> <p>Comment vous sentiez-vous par rapport à votre travail ?</p> <p>Aviez/Avez-vous rencontré d'autres soucis de santé ?</p>
<p>Les facteurs impliqués dans le retour au travail vont s'échelonner sur différentes périodes : la phase de repos, de retour au travail et de maintenance</p>	<p>Durant le processus de retour au travail, avez-vous senti/identifié des étapes distinctes?</p>
<p>Les facteurs impliqués dans le retour au travail vont s'échelonner sur différentes périodes : la phase de repos, de retour au travail et de maintenance</p> <p>Les facteurs facilitants et bloquants le retour au travail vont se répartir selon 3 axes : l'individu, le burnout et le travail</p> <p>Le rapport au travail ( engagement, aptitude au travail, contrôle perçu), les interventions visant à réduire et gérer le stress, le maintien et l'amélioration de la communication avec le superviseur et le lieu de travail,</p>	<p>Phase de repos:</p> <p>Qu'avez-vous fait lors de cette période de repos ? ( interventions pour le stress, traitement maladie co-occurrence)</p> <p>Comment vous sentiez-vous ? ( idée du ressenti général)</p> <p>Y-a-t-il des éléments qui vous ont aidé à vous sentir mieux ou qui ne vous ont pas aidé ? ( quels sont facteurs supplémentaires qui auraient pu jouer un rôle ?)</p> <p>Pendant combien de temps n'avez-vous pas travaillé ?</p>

<p>l'adaptation du travail, le traitement des maladies co-occurentes vont constituer des facteurs facilitants le retour au travail</p> <p>Les comorbidités, le stress, le mauvais climat de travail ainsi qu'une longue absence ( plus de 6 mois) vont constituer des barrières du retour au travail</p>	<p>Avez-vous eu des rapports avec votre lieu de travail durant votre repos ?</p>
<p>Les facteurs impliqués dans le retour au travail vont s'échelonner sur différentes périodes : la phase de repos, de retour au travail et de maintenance</p> <p>Les facteurs facilitants et bloquants le retour au travail vont se répartir selon 3 axes : l'individu, le burnout et le travail</p> <p>Le rapport au travail ( engagement, aptitude au travail, contrôle perçu), les interventions visant à réduire et gérer le stress, le maintien et l'amélioration de la communication avec le superviseur et le lieu de travail, l'adaptation du travail, le traitement des maladies co-occurentes vont constituer des facteurs facilitants le retour au travail</p> <p>Les comorbidités, le stress, le mauvais climat de travail ainsi qu'une longue absence ( plus de 6 mois) vont constituer des barrières du retour au travail</p>	<p>Phase de reprise du travail :</p> <p>Comment avez-vous appréhendé votre retour au travail ?</p> <p>Comment a-t-il été préparé ? ( modifications ? De quelles natures ?)</p> <p>Comment s'est déroulé votre retour au sein de l'équipe, quelle était l'ambiance ? Concernant la communication ?</p> <p>Comment vous êtes-vous senti par rapport au travail ?</p> <p>Si démarches entreprises pendant la période de repos : Avez-vous poursuivi des démarches entreprises lors de votre période d'arrêt de travail ?</p> <p>Y-a-t-il des éléments qui vous ont aidé ou, au contraire, posé problème durant la reprise du travail ? ( quels sont facteurs supplémentaires qui auraient joué un rôle ?)</p>
<p>Les facteurs impliqués dans le retour au travail vont s'échelonner sur différentes périodes : la phase de repos, de retour au travail et de maintenance</p> <p>Les facteurs facilitants et bloquants le retour au travail vont se répartir selon 3 axes : l'individu, le burnout et le travail</p> <p>Le rapport au travail ( engagement, aptitude au travail, contrôle perçu), les interventions visant à réduire et gérer le stress, le maintien et l'amélioration de la</p>	<p>Phase de maintenance au travail :</p> <p>Après la reprise de vos fonctions, comment vous êtes-vous senti ?</p> <p>Comment appréhendiez-vous votre travail ?</p> <p>Dans le cas d'un travail adapté : Avez-vous fini par reprendre votre travail tel que défini en premier lieu dans votre contrat de travail ou est-il resté adapté ?</p> <p>Comment étaient vos relations avec le lieu de travail ?</p>

<p>communication avec le superviseur et le lieu de travail, l'adaptation du travail, le traitement des maladies co-occurentes vont constituer des facteurs facilitants le retour au travail</p> <p>Les comorbidités, le stress, le mauvais climat de travail ainsi qu'une longue absence ( plus de 6 mois) vont constituer des barrières du retour au travail</p>	<p>Si démarches poursuivies lors de la phase de reprise : Avez-vous poursuivi les démarches précédemment entamées ?</p> <p>Avez-vous rencontré des facteurs facilitants votre maintien au travail ou, au contraire, des barrières ? ( quels sont les facteurs supplémentaires qui auraient joué un rôle ?)</p>
---	--

## 9 Résumé

Le burnout, et le bien-être au travail plus largement, sont des thématiques de plus en plus abordées dans la société actuelle en raison du nombre de travailleurs en incapacité et des coûts engendrés. Afin de mieux cerner les étapes permettant au travailleur de réintégrer son poste ainsi que les éléments facilitants ou bloquants ce processus, un entretien semi-directif a été mené auprès de 20 travailleurs. Les résultats obtenus ont permis de distinguer plusieurs étapes, conformément au modèle proposé par Young et al. (2005), à savoir les phases d'arrêt de travail, de réintégration, de maintien ainsi que de progression. Si certains facteurs (l'adaptation du travail ou la gestion des comorbidités) mis en avant par la littérature pour leurs effets porteurs ou pas sur la réintégration au travail sont appuyés dans ce travail, d'autres n'ont pas été répliqués (le maintien du contact avec le lieu de travail pendant l'arrêt de travail). Par ailleurs, cette étude met en avant des aspects parfois moins étudiés dans la littérature (le support de la famille ou de l'entreprise) ou des aspects plus innovants (l'importance d'une structure de vie). L'impact de la crise sanitaire a été effleuré puisque certaines étapes de la réintégration se sont déroulées durant cette période. Enfin, l'importance de se concentrer sur plusieurs facteurs, touchant à la sphère individuelle, du travail et du burnout a été soulignée. Cependant, certains biais existent dans cette étude, encourageant ainsi à mener davantage de recherches sur le sujet afin d'approfondir les connaissances. Différentes suggestions pour supporter le travailleur dans ce processus sont aussi évoquées.