



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale
- Pas de Modification 4.0 France (CC BY-NC-ND 4.0)



<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.fr>



Université Claude Bernard



DEPARTEMENT DE FORMATION EN ERGOTHERAPIE

Mémoire pour l'obtention du diplôme d'Etat en Ergothérapie

2023-2024

Ergothérapie en ambulatoire et équilibre occupationnel des parents en burnout parental d'enfant avec un trouble déficit de l'attention avec hyperactivité

Les parents qui font un burnout sont ceux qui attendaient le plus d'être parents, qui se donnent à fond, en un mot : des parents trop engagés, trop zélés. Herbert Freudenberger

Soutenu par : Alexandra FABRE

12111512

Tuteur de mémoire : Laurent FIDRY



Université Claude Bernard Lyon 1

Président

Pr. FLEURY Frédéric

Président du Conseil Académique

Pr. BEN HADID Hamda

Vice-président CA

REVEL Didier

Vice-président CFVU

BROCHIER Céline

Directeur Général des Services

ROLLAND Pierre

INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE READAPTATION

Directeur ISTR : **Pr. LUAUTE Jacques**

DÉPARTEMENT / FORMATION ERGOTHERAPIE

Directeur du département

LIONNARD-RETY Sabine

Coordinateurs pédagogiques

BODIN Jean-François

FEBVRE Marine

IBANEZ Amandine

LESCURE Caroline

LIONNARD-RETY Sabine

Responsables des stages

IBANEZ Amandine et LESCURE Caroline

Responsable des mémoires

IBANEZ Amandine



Remerciements

Ce travail de recherche est pour moi, l'accomplissement de trois années d'études, un sacré défi pour moi : en reconversion d'études, maman de trois garçons et un handicap invisible découvert lors de ma première année d'études.

Mes remerciements vont d'abord à mon époux et mes trois enfants qui ont supporté mes humeurs, mes absences, mes heures de travail enfermée dans mon bureau avec un casque anti-bruit sur les oreilles !

Merci à mon tuteur de mémoire, Monsieur Laurent Fidry pour ses conseils et son soutien pendant cette difficile période.

Merci également à mes camarades de promotion : Delphine, Cécile, Aurélie, Léa, Céline, Aurélie, Laurence qui ont toujours été là pour moi, à me soutenir dans les moments difficiles, à croire en moi quand je n'y croyais plus, elles resteront pour toujours dans mon cœur.

Merci à mes parents, mes frères et sœurs, ma belle-famille d'avoir cru en moi malgré mes difficultés, et de m'avoir soutenue.

Je remercie également mes cousines, mon parrain et ma marraine pour leur soutien.

Merci à tous ceux qui m'ont aidé de proche ou de loin.

Merci à l'équipe pédagogique pour leur bienveillance et leurs savoirs.

Vive la promotion 2024 ! De beaux spécimens !

Table des matières

TABLE DES ILLUSTRATIONS	3
GLOSSAIRE	4
PREAMBULE	5
INTRODUCTION	6
PARTIE THEORIQUE.....	8
1. LE TROUBLE DEFICIT DE L'ATTENTION AVEC HYPERACTIVITE : TDAH	8
1.1. Définition	8
1.2. Prévalence	8
1.3. Parcours de soins de l'enfant.....	9
1.3.1. Rôle du médecin et plateformes de coordination et d'orientation (PCO).....	9
1.3.2. Rôle de l'école	9
1.3.3. Rôle de l'ergothérapeute	10
1.3.4. Rôle des autres professionnels paramédicaux	11
1.4. Conséquences du TDAH sur la santé mentale des parents	11
2. LE BURNOUT PARENTAL	12
2.1. Définition et caractéristiques	12
2.2. Facteurs de risque et protecteurs	13
2.3. Répercussions sur la santé.....	14
2.4. Enjeu de santé publique	15
2.5. Phases du burnout parental	16
2.6. Evaluer, mesurer et diagnostiquer le burnout parental	16
2.6.1. Evaluation et mesure.....	16
2.6.2. Diagnostic	18
2.7. Vocabulaire autour du burnout parental	18
2.8. Accompagnement des parents	19
2.9. Dépistage des parents en burnout parental par l'ergothérapeute.....	20
3. L'ACCOMPAGNEMENT DE L'ERGOTHEPEUTE DANS LE BURNOUT PARENTAL.....	21
3.1. L'ergothérapeute.....	21
3.2. Champ d'intervention	21
3.3. Processus d'intervention.....	22
3.4. L'activité en ergothérapie.....	22
3.5. L'équilibre occupationnel.....	23
3.6. Le MOH.....	23
3.6.1. L'être occupationnel.....	24
3.6.2. L'agir occupationnel	24
3.6.3. L'environnement	25
3.6.4. L'adaptation occupationnelle	25
3.7. Balance des risques et des ressources (BR2©)	26
3.8. Les interventions possibles de l'ergothérapeute	27
PROBLEMATIQUE.....	31
METHODOLOGIE	32
1. OBJECTIFS DE RECHERCHE	32
2. DEMARCHE D'INVESTIGATION	32
2.1. Type de recherche.....	32
2.2. Choix de la population	32
2.2.1. Population ciblée.....	32
2.2.2. Critères de sélection des ergothérapeutes	32
2.2.3. Mode de recrutement et participants	33
2.3. Outil d'investigation	33
2.3.1. Choix de l'outil.....	33

2.3.2. Elaboration et utilisation de l'outil	34
2.4. Méthode de traitement et d'analyse des données	34
2.5. Aspects éthiques.....	35
RESULTATS ET ANALYSE	35
1. PRESENTATION DES PARTICIPANTES ET STRUCTURES DE TRAVAIL ACTUELLES.....	35
2. PRATIQUE PROFESSIONNELLE ET DEPISTAGE DES PARENTS	36
2.1. Formation spécifique sur le burnout parental	36
2.2. Suivis de parents en burnout parental.....	36
2.3. Dépistage des parents	37
2.3.1. Les parents et l'ergothérapie	37
2.3.2. Détection du burnout parental	37
2.3.3. Demandes et besoins des parents.....	38
2.4. Séances individuelles ou séances en groupe.....	38
3. AGIR SUR L'EQUILIBRE OCCUPATIONNEL	39
3.1. Outils	39
3.2. Balance des risques et des ressources (BR2©)	40
3.3. Rétablissement de l'équilibre occupationnel : techniques possibles	40
4. TECHNIQUES ET METHODES ISSUES DE LA LITTERATURE.....	41
4.1. Intervention de type structurée (formation sur le burnout parental).....	41
4.2. Programmes d'entraînement aux habiletés parentales (PEHP)	41
4.3. « Confident parent », le sentiment de compétence parentale	42
4.4. Les stratégies de coping	42
4.5. La guidance parentale	42
4.6. Les programmes d'éducation thérapeutique du patient	43
4.7. Les dual focused groups	43
5. INTERVENTIONS PROPOSEES	43
6. UTILISATION D'UN MODELE CONCEPTUEL	44
DISCUSSION	45
1. CONFRONTATION DES RESULTATS AVEC LA REVUE DE LITTERATURE	45
1.1. Résumé des principaux résultats	45
1.1.1. Ergothérapie et dépistage des parents	45
1.1.2. Equilibre occupationnel.....	46
1.1.3. MOH	46
1.1.4. Interventions dans le champ de l'ergothérapie.....	46
2. INTERETS, LIMITES ET PERSPECTIVES DE CETTE ETUDE	48
2.1. Intérêts de l'étude.....	48
2.2. Limites de cette étude	49
2.3. Enjeux et perspectives pour la poursuite de l'étude	49
CONCLUSION	50
BIBLIOGRAPHIE	51
TABLE DES ANNEXES	I
ABSTRACT / RESUME	XXXIII

Table des illustrations

Figure 1 : Résultats score PBA.....	17
Figure 2 : MOH. Reproduit de Modèle De L'occupation Humaine 6e Édition CRMOH ULaval, 2024.....	24
Figure 3 : Processus étiologique à l'œuvre dans le burnout parental	26
Figure 4 : Présentation des participantes	35
Figure 5 : Demandes et besoins des parents	38
Figure 6 : Techniques sur le rétablissement de l'équilibre occupationnel	40

Glossaire

BRIEF : Behavioral Rating Inventory of Executive Function (Inventaire d'Évaluation Comportementale des Fonctions Exécutives).

CIF : Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé.

COG-FUN : Intervention Cognitive Fonctionnelle.

CO-OP : Cognitive Orientation to Daily Occupation Performance.

DELTA 01 : Dispositif d'Expertise et de Liaison pour les Troubles des Apprentissages de l'Ain.

DSM-5-TR : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, texte révisé en 2019.

ELADEB : Échelles Lausannoises d'Auto-évaluation des Difficultés et des Besoins.

HPI : Haut Potentiel Intellectuel.

IFE : Institut de Formation en Ergothérapie.

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques.

Kawa : "rivière" en japonais.

MBI-HSS : Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey.

MCRO : Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel.

MOH : Modèle de l'Occupation Humaine.

MOHOST : Model of Human Occupation Screening Tool.

NC : Non Complété

OCAIRS : Occupational Circumstances Assessment Interview and Rating Scale.

PEO : Personne-Environnement-Occupation.

SESSAD : Service d'Éducation Spéciale et de Soins à Domicile.

TDHA : Trouble Déficit de l'Attention avec Hyperactivité.

TND : Trouble NeuroDéveloppemental.

TSA : Trouble du Spectre de l'Autisme.

WEMWBS : Warwick-Edinburgh Mental Wellbeing Scales.

Préambule

J'ai toujours été intéressée par les sujets sur la santé mentale qui concernent les adultes ou les enfants. Le burnout professionnel était un sujet que je connaissais déjà ayant été moi-même concernée il y a quelques années.

Mais en matière de burnout parental, même si je suis maman de trois jeunes garçons, jamais personne ne m'avait évoqué le sujet de si près avant mon stage de deuxième année réalisé au sein d'un SESSAD spécialisé dans les troubles des apprentissages (DELTA 01).

Au cours de ce stage, j'ai rencontré des parents qui étaient épuisés et fatigués psychologiquement. Ces personnes étaient des parents dont l'enfant avait un trouble déficit de l'attention avec hyperactivité. Une réelle souffrance se lisait sur leur visage et leur corps tout entier était fatigué et vidé de toute énergie. J'ai été grandement affectée de les voir ainsi.

Je suis moi-même maman d'un enfant avec TDAH. Je sais à quel point il peut être difficile de gérer au quotidien cet enfant « atypique » et que cela demande énormément d'énergie à sa famille tout entière (ses parents, ses frères, ses grands-parents, ses oncles et tantes, ses cousins et cousines etc.), à son environnement scolaire, amical et autre. A un certain moment où ma vie professionnelle et ma vie personnelle étaient lourdes à concilier, j'aurai eu besoin d'une aide extérieure pour m'aider à souffler, à revivre et à m'apporter du réconfort.

Introduction

Lorsque les enfants avec TDAH ont recours à l'ergothérapie en ambulatoire, leurs parents les accompagnent et sont pleinement acteurs dans la prise en charge de leur enfant. Ils ont donc, au même titre que leur enfant, besoin d'être pris en considération. En effet, ce sont les aidants naturels des enfants et ils se retrouvent à vivre le quotidien avec le handicap de leur enfant.

Les soins ambulatoires appelés aussi soins de ville sont les soins effectués en cabinets de ville, dispensaires, centres de soins, lors de consultations externes d'hôpitaux publics ou privés, en cures thermales et les actes d'analyse en laboratoire. Ils sont dispensés par les médecins, dentistes et auxiliaires médicaux (infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes) au titre de leur activité libérale (INSEE, 2021).

La notion de burnout parental est assez récente et, est à ce jour encore assez méconnue. Dès 1974, Freudenberger puis Maslach et Jackson, en 1981, ont associé le burnout parental comme étant similaire au burnout professionnel mais, les recherches scientifiques se sont arrêtées là. Quelques années plus tard, Pelsma et al. (1989) ont validé une échelle de mesure du burnout parental auprès d'une centaine de mères au foyer : l'échelle de Maslach (MBI-HHS). C'est au cours des années 2000 que les recherches scientifiques sur le burnout parental ont commencé à émerger en parallèle d'une vague importante d'épuisement parental en Europe. Selon Roskam et al., 2018, plusieurs bouleversements macro-sociétaux peuvent expliquer l'arrivée du burnout parental, tels que le fait que l'enfant n'est pas simplement un objet qui appartient à ses parents mais, qu'il est un être humain et un individu de plein droit (Cohen, 1989), le fait que les connaissances sur la psychologie soient davantage développées aujourd'hui et le concept de parentalité positive plus présent de nos jours qu'auparavant. Tout cela apporte davantage de pression aux parents.

Le burnout parental est bien entendu influencé par cette pression « externe » mais les parents réagiront tous différemment, il faut qu'il y ait des facteurs de risques pour que certains parents le développent alors que d'autres se sentiront seulement un peu fatigués.

A l'heure actuelle, en France, ce syndrome touche environ 5 à 6% des parents (Roskam et al., 2021), ce qui représenterait environ 150.000 à 210.000 parents concernés par cette

problématique. Ses conséquences peuvent être graves sur la santé du parent, de sa famille et sur l'enfant lui-même. Et comme, personne ne peut « démissionner » de son rôle de parent ou « être mis en congé maladie » de ses enfants, cela rend le burnout parental préoccupant.

Les répercussions du TDAH sur la santé mentale des parents peuvent être nombreuses et entraîner des conséquences graves sur leur santé mais aussi engendrer de la violence et de la négligence envers les enfants ; c'est pour cela que la question suivante a émergé :

« Comment l'ergothérapeute peut agir, en ambulatoire, sur l'équilibre occupationnel des parents en burnout parental qui ont un enfant avec un TDAH ? ».

Pour débiter, la première partie de ce mémoire d'initiation à la recherche consiste en un état des connaissances théoriques sur le sujet en s'appuyant sur une recherche bibliographique de la littérature existante. La seconde partie est divisée en trois sous-parties, la première concerne la méthodologie avec les objectifs de recherche et la démarche d'investigation, la seconde présente les résultats et l'analyse de ces résultats et enfin, la troisième sous-partie ouvre sur une discussion autour de cette analyse et enfin, la conclusion.

Partie Théorique

1. Le Trouble Déficit de l'Attention avec Hyperactivité : TDAH

1.1. Définition

Le TDAH :

Est un trouble chronique, du neurodéveloppement caractérisé par l'association de symptômes d'inattention (grande distractibilité, difficulté à se concentrer) et/ou d'hyperactivité (agitation incessante, besoin de bouger) et/ou d'impulsivité (difficulté à attendre, impatience) dont l'expression peut varier au cours du temps et en fonction de l'environnement, selon le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 5^{ème} édition, texte révisé (DSM-5-TR) (2023, p.86).

Il est souvent associé à d'autres troubles du neurodéveloppement tels que les troubles spécifiques des apprentissages, les troubles de l'acquisition de la coordination, les troubles de la communication et les troubles du spectre de l'autisme, la déficience intellectuelle, les troubles du sommeil. De plus, il s'associe par ailleurs à de fréquents troubles psychiatriques : le trouble des conduites, la dépression et les troubles anxieux (Haute Autorité de la Santé, 2021).

Le terme TDAH est apparu dans le DSM-4 en 1994, il s'agit de la traduction française du terme anglais « ADHD Attention Deficit / Hyperactivity Disorder ».

Le TDAH existe sous trois formes différentes en fonction de la prédominance des symptômes : la forme inattentive, la forme hyperactive/impulsive et la forme mixte.

1.2. Prévalence

Le TDAH est le trouble le plus fréquent en psychopathologie et touche environ 5% des enfants d'âge scolaire dans le monde, avec 3 garçons pour 1 fille (Polanczyk et al., 2014) et 2,5% d'adultes (Faraone et al., 2021). Quant à l'étude de la population française, le TDAH se situerait entre 3,5% et 5,6% (Lecendreux et al., 2010).

Selon la classification du DSM-5-TR (2023, p.86), afin de poser un diagnostic, les symptômes doivent être présents depuis plus de 6 mois, se manifester avant 12 ans et être en excès par rapport à l'âge et au fonctionnement de l'enfant, ils doivent être présents dans au

moins deux situations de la vie (famille, cadre scolaire, activités de loisirs) et enfin, ne pas être expliqués par un autre trouble.

1.3. Parcours de soins de l'enfant

1.3.1. Rôle du médecin et plateformes de coordination et d'orientation (PCO)

Au premier niveau de la hiérarchisation de l'offre de soins, les parents peuvent se tourner vers un professionnel médical tel que le **médecin traitant** (généraliste, pédiatre, médecin de la protection maternelle infantile etc.) qui est la personne clé pour repérer et établir un pré-diagnostic. En effet par sa position de professionnel qui côtoie l'enfant et sa famille, il peut voir des signes évocateurs, de même que les parents peuvent aussi leur faire part de difficultés rencontrées avec leur enfant. Ainsi, à travers des entretiens avec les proches, un examen clinique de l'enfant, des échelles d'aide au diagnostic du TDAH et après une recherche de diagnostics différentiels, le médecin pourra orienter les parents vers un médecin spécialiste du trouble qui posera le diagnostic le cas échéant.

A ce jour, il existe une filière de référence pour les TND, il s'agit des **PCO**. En effet, dans le cadre de la stratégie nationale pour l'autisme mise en place par le gouvernement en 2018, ces plateformes proposent des actions communes à l'ensemble des TND dont le TDAH, afin de repérer, diagnostiquer et intervenir précocement. Les PCO ont été mises en place dans le but de « fluidifier » le parcours de soin des enfants de moins de 12 ans présentant un écart de développement. Ensuite, un **spécialiste** (pédopsychiatre, neuropédiatre, neurologue, etc.) confirme le trouble, pose le diagnostic et propose aux parents une prise en charge adaptée. Il pourra également proposer une médication en deuxième intention, c'est-à-dire quand, d'après la Haute Autorité de Santé (2021), les mesures correctives psychologiques, éducatives, sociales et familiales seules s'avèrent insuffisantes. En France, il s'agit du méthylphénidate, qui appartient aux psychostimulants, qui est le seul traitement à disposer d'une autorisation de mise sur le marché pour l'enfant de 6 ans et plus.

1.3.2. Rôle de l'école

Afin de proposer et mettre en place des aménagements scolaires, il est recommandé que l'équipe enseignante soit informée des difficultés de l'enfant afin qu'elle puisse apporter à l'enfant des adaptations pédagogiques dont il a besoin. Ainsi, les différents professionnels de l'éducation nationale ont un rôle important dans le suivi de l'enfant avec un TDAH ainsi

que l'ergothérapeute qui intervient au sein de la vie quotidienne de l'enfant et qui préconise des aides techniques, du matériel adapté et des aménagements pédagogiques en lien avec les enseignants.

1.3.3. Rôle de l'ergothérapeute

L'ergothérapeute va aider l'enfant à améliorer son fonctionnement dans son quotidien, va renforcer sa participation sociale et lui permettre d'agir sur son bien-être que ce soit à la maison, à l'école, dans ses loisirs et dans ses soins personnels. Dans un premier temps, il va évaluer ses capacités et ses besoins ainsi que les facteurs environnementaux qui influencent ses activités de vie quotidienne. Ensuite, il proposera des interventions adaptées avec des objectifs significatifs pour l'enfant et ses parents en renforçant ses habiletés, en lui apportant des stratégies et en lui proposant des adaptations et/ou des aides techniques selon ses besoins. Il est important que l'ergothérapeute soit en lien avec les professionnels qui s'occupent aussi de l'enfant pour une coordination des soins et un suivi de qualité.

Il intervient aussi auprès des parents grâce à des conseils parentaux qui faciliteront le quotidien de leur enfant, il les forme à des techniques de rééducation ou de stimulation pour aider leur enfant à développer ses capacités motrices, sensorielles, cognitives ou émotionnelles. Il peut également les accompagner dans la compréhension du trouble de leur enfant, en leur expliquant les difficultés et les répercussions dans le quotidien mais aussi en les soutenant dans leur rôle de parent. Il peut également les impliquer dans les activités thérapeutiques de l'enfant en les rendant acteur dans le suivi de leur enfant. Il peut aussi, les orienter vers d'autres professionnels qui leur apporteront d'autres ressources pour gagner de l'énergie et faire face aux stressseurs qui leur en font perdre.

L'ergothérapeute collabore avec les parents tout au long du suivi de l'enfant, il est important que les parents soient écoutés et impliqués dans le suivi thérapeutique et qu'ils se sentent acteurs et au cœur de la prise en charge de leur enfant. Les parents faisant partie de l'environnement de l'enfant, l'ergothérapeute aura une approche centrée sur la famille pour permettre d'améliorer la qualité de vie de l'enfant et de ses proches. Bien que les ergothérapeutes interviennent directement auprès des enfants atteints de TDAH, la littérature montre qu'ils travaillent également en étroite collaboration avec les familles d'enfants atteints de TDAH afin d'améliorer les compétences parentales, d'enseigner des

stratégies d'adaptation, de reconstruire les occupations quotidiennes, d'aider à établir des routines positives et d'améliorer les interactions des parents avec leurs enfants (Cronin, 2004 ; Segal, 2000).

1.3.4. Rôle des autres professionnels paramédicaux

Plusieurs autres professionnels peuvent intervenir auprès d'un enfant avec un TDAH, en effet, il peut être suivi par un orthophoniste s'il présente un trouble spécifique du langage oral et/ou écrit en comorbidité du TDAH, par un psychologue en cas de pathologie associée qui nécessite un besoin de suivi psychologique et/ou un neuropsychologue qui interviendra sur la rééducation des fonctions cognitives. Le psychomotricien peut intervenir sur les évaluations et le suivi des troubles moteurs et cognitifs associés au TDAH. Il existe plusieurs professionnels qui gravitent autour de la prise en charge des enfants avec un TDAH, c'est pourquoi il est important qu'ils se coordonnent et établissent des liens entre-eux pour une intervention de qualité auprès de l'enfant et de sa famille.

Les parents d'un enfant avec un TND tel que le TDAH ont un niveau de détresse plus élevé qu'un parent ayant un enfant typique. En effet, un développement atypique chez un enfant a un impact considérable sur la parentalité, c'est pourquoi, avoir un enfant différent est considéré comme un stresser supplémentaire et qui engendrerait davantage un risque de développer un burnout parental (Duband, 2021).

1.4. Conséquences du TDAH sur la santé mentale des parents

Plusieurs études ont montré que les parents d'un enfant au développement atypique sont soumis à une forme de parentalité différente. Ils doivent faire face à de nombreuses difficultés quotidiennes qui demandent des ressources parentales spécifiques pour compenser l'énergie dépensée auprès de leur enfant atypique. Ils sont davantage à risque de développer un burnout parental. Gökçen et al. (2018) et Befera et Barkley (1985), l'évoquent ainsi « être parent d'un enfant TDAH augmente le risque de difficultés parentales. ..., les enfants atteints de TDAH seraient moins coopératifs et plus négatifs » (p.350).

De même, Duband (2021) le mentionne, les parents de ces enfants ont tendance à être plus stressés et doivent faire preuve de beaucoup de patience. Ces mères présentent également un risque plus élevé de symptômes de la dépression. En effet, les symptômes du TDAH impactent davantage les relations parent/enfant, les compétences parentales sont

malmenées, les parents doivent davantage penser aux rendez-vous médicaux, à programmer des bilans ou des rencontres avec les enseignants, etc.

Globalement, être parent d'enfant atypique demande à dépenser plus d'énergie car ces enfants sont plus en besoin d'aide et d'attention. En ce qui concerne la scolarité, chaque année scolaire est une nouvelle bataille pour les parents : cela demande davantage d'énergie pour que leur enfant puisse bénéficier d'aménagements scolaires et d'un accompagnant d'élève en situation de handicap (AESH). Les apprentissages sont parfois difficiles et ces enfants demandent beaucoup d'aide, de soutien et d'accompagnement. La mise aux devoirs peut être source de conflits au sein de la relation parent/enfant.

En conclusion, élever un enfant atypique est un stress supplémentaire, la focalisation parentale sur cet enfant en difficulté impacte aussi le reste de la fratrie. Les parents d'enfant avec un TDAH ont le taux de stress parental le plus élevé et la combinaison TDAH et TSA serait une sorte de « super stresser » Duband (2021, p.42). Ces parents peuvent manquer de soutien social de la part de leur entourage familial et/ou amical ce qui renforce leur anxiété. Leur charge mentale est plus importante que les autres parents, il peut également exister un manque de soutien de la part du conjoint ce qui entraîne des dysfonctionnements au sein du couple, d'ailleurs le taux de divorce chez les parents ayant un enfant TDAH est bien supérieur à la moyenne.

Les TND étant des troubles chroniques et persistants, il faut donc que ces parents soient soutenus et guidés dans leur rôle parental afin de diminuer leur stress et leur détresse et ainsi limiter les risques du burnout parental. Il existe pour cela plusieurs interventions possibles menées par différents professionnels.

2. Le burnout parental

2.1. Définition et caractéristiques

Le burnout parental n'existe pas dans les classifications des maladies, il n'est donc pas encore reconnu en tant qu'entité clinique malgré qu'il puisse être observé dans la population et étudié scientifiquement. C'est un syndrome qui touche les parents qui présentent un déséquilibre entre leurs ressources parentales (facteurs de protection), et leurs exigences parentales (facteurs de risque) (Roskam & Mikolajczak, 2018). Il touche aussi bien, les parents ayant un seul enfant que ceux qui en ont plusieurs. Il touche seulement la sphère de la

parentalité : le parent continue d'être heureux dans les autres domaines de sa vie. La parentalité est reconnue depuis longtemps comme un « métier » à la fois complexe et stressant et les divers changements sociologiques au cours de ces dernières années ont augmenté la pression sur les parents (Roskam & Mikolajczak, 2018). Le parent est d'abord très investi auprès de ses enfants (c'est le burn in) puis finit par déborder d'un trop plein causé par une accumulation de divers facteurs et/ou de stressseurs (c'est le burn out).

Ses caractéristiques sont spécifiques et passent par quatre symptômes :

- **L'épuisement** qui est commun au burnout professionnel, cela signifie que le parent est fatigué et qu'il est impossible pour lui de récupérer avec un peu de repos. Cette fatigue intense se manifeste au **niveau physique** avec différents maux, des difficultés à se lever le matin, une grande perte d'énergie et d'entrain à s'occuper de ses enfants, au **niveau émotionnel**, une irritabilité, des difficultés à prendre des décisions, des difficultés à gérer ses émotions et enfin au **niveau cognitif**, repérable à cause d'oublis, des difficultés de concentration, de maintenir son attention, de chercher ses mots etc.
- **La distanciation affective avec les enfants**, en effet, le parent sera distant émotionnellement mais il continuera d'être présent pour réaliser les actes de la vie quotidienne, comme préparer les repas, les conduire à l'école, les soigner etc. Cela signifie, qu'il ne manifestera plus d'intérêt à écouter ses enfants.
- **La saturation et la perte du plaisir dans son rôle de parent**. Ce dernier, qui a tellement attendu que son enfant prononce le mot « papa » ou « maman », sera dans ce cas-là, un mot qu'il ne souhaite plus entendre. Le parent n'éprouve plus de plaisir à passer des moments de complicité avec son enfant.
- **Le contraste entre la représentation du parent passé et celle du parent actuel**. Le parent ne se reconnaît plus dans son rôle actuel et dans celui qu'il avait souhaité avant (Scola & Le Vigouroux, 2021 ; Guillier, 2022).

2.2. Facteurs de risque et protecteurs

Selon plusieurs études, les **facteurs socio-démographiques** tels que le nombre et l'âge des enfants, le temps de travail ou la structure familiale (Mikolajczak et al., 2017) semblent ne pas être des éléments qui favorisent le burnout parental mais à l'heure actuelle, ils n'ont pas encore été suffisamment étudiés pour en tirer des conclusions fiables.

Les **facteurs de risque** sont des facteurs qui augmentent le stress parental qui est lié au burnout parental. Les plus importants associés au burnout parental sont liés :

- Aux caractéristiques psychologiques des parents telle que le perfectionnisme, le manque d'émotions ou le manque de capacité à gérer le stress en général,
- Aux caractéristiques de leurs enfants, tel qu'un enfant ayant des besoins particuliers,
- A leurs pratiques en matière d'éducation des enfants,
- A la qualité de relation avec le coparent,
- Au niveau de soutien extrafamilial,
- A la façon dont la vie de famille est organisée,
- Au manque de temps disponible pour les activités de loisirs (Mikolajczak et al., 2021).

Toutefois, il existe des **facteurs protecteurs** du burnout parental tels que le soutien familial et social, les loisirs et le temps libre (Sánchez-Rodríguez et al., 2019) ainsi que les stratégies de coping, utilisées par les parents avec un enfant TSA (Chawki & Cappe, 2022). De plus, une étude évoque que le fait d'avoir une activité professionnelle à temps plein joue également un rôle protecteur (Sodi et al., 2020).

2.3. Répercussions sur la santé

Le burnout parental a de nombreuses conséquences néfastes sur la santé, sur les relations du parent envers son enfant et même sur la relation du couple parental, elles sont de nature psychologique, comportementale et physiologique. Ces conséquences se retrouvent aussi bien sur la santé des parents que sur celle des enfants de la famille. En effet, il peut engendrer de graves répercussions sur les enfants, tels que de la négligence ou de la violence contre les enfants (Mikolajczak et al., 2018).

Le plus souvent, il s'agit de violence verbale mais, il se peut aussi que le burnout parental entraîne une violence physique et/ou psychologique. À titre indicatif, le burnout parental augmente par treize le risque de négliger les enfants et par vingt le risque de les violenter, par comparaison avec les parents sans burnout parental (Mikolajczak, Brianda et coll., 2018).

La **relation parent/enfant** est mise à mal, car le parent est en « mode survie », il continue de gérer les routines quotidiennes mais il n'a plus de plaisir à être avec son enfant, à passer du bon temps avec lui et il n'arrive plus à être investi dans son rôle de parent.

Concernant **sa santé**, le parent peut souffrir d'irritabilité, de culpabilité, de troubles somatiques, du sommeil, de consommation d'alcool et de regret d'être devenu parent. Il peut aussi ne plus vouloir avoir d'autres enfants et dans les conséquences les plus graves du burnout, des idées suicidaires et une idéation de fuite du domicile familial sans laisser d'adresse.

Concernant les conséquences sur le **conjoint et la relation du couple**, ce sont celles qui ont été le moins étudiées à ce jour, mais elles existent. Ainsi, lorsqu'un partenaire présente des symptômes, tels qu'une irritabilité, des pleurs, de la fatigue, des cris etc., l'autre parent est aussi affecté, ce sont donc des épreuves que le couple doit affronter dans ce quotidien difficile. Les conflits et l'éloignement des partenaires sont également fréquents.

Enfin, si le burnout n'est pas traité, il peut devenir un facteur de risque pour la dépression. C'est pour toutes ces raisons, que le burnout parental peut être considéré comme étant un enjeu de santé publique.

2.4. Enjeu de santé publique

En effet,

Bien que les humains soient à la fois parents et travailleurs depuis la nuit des temps, des milliers de publications ont été consacrées à l'épuisement professionnel et moins de 50 au syndrome d'épuisement parental. ... Nous attirons ici l'attention sur un problème qui nécessite une attention urgente et qui touche des millions de parents dans le monde (et pas seulement des femmes !) : le burnout parental. (Mikolajczak et al.,2021, p.1).

En 2022, Guillier (2022) précise que « le burnout parental est à considérer, selon moi, comme une problématique de santé publique, c'est notamment pour la puissance de ses effets » (p.61). Les auteurs pensent tous que la recherche sur le burnout parental est en retard et qu'il faut aussi passer par la sensibilisation des professions de santé afin de prévenir les violences familiales liées au burnout parental et ainsi réduire les conséquences néfastes sur la santé du parent, de l'enfant et du conjoint.

2.5. Phases du burnout parental

Ces différentes phases ne se produisent pas de façon linéaire mais c'est bien une accumulation des éléments stressants de la vie de famille quotidienne qui font passer les parents d'une phase à l'autre. Chaque phase peut être vécue à plusieurs reprises et avec une intensité plus ou moins importante. Quatre phases se distinguent dans le burnout parental :

- La phase 1 correspond à la tendance au surinvestissement et au perfectionnisme : les parents se mettent une pression immense inconsciemment.
- Pendant la phase 2, c'est l'ambivalence : le parent commence à avoir des émotions inadéquates, il est irrité, exigeant, il a envie de briller dans toutes les tâches mais est réticent à demander de l'aide, le parent se sent seul et dépassé.
- La phase 3 correspond à la frustration qui apparaît quand les tâches deviennent de plus en plus importantes et la situation devient ingérable.
- Et enfin dans la phase 4, c'est l'épuisement qui résulte de l'accumulation et de la prolongation de la frustration et qui signe l'entrée du parent dans le burnout. C'est le moment où les parents n'en peuvent plus, où tout devient trop difficile. Cela correspondrait au moment où les parents prennent conscience qu'ils sont au bout du rouleau. Lors de cette phase, le parent est dans une fatigue physique et psychique importante, c'est l'épuisement total. Le parent ne peut plus faire face à son quotidien, le surinvestissement a totalement épuisé ses ressources (Gleis, 2017).

2.6. Evaluer, mesurer et diagnostiquer le burnout parental

2.6.1. Evaluation et mesure

L'évaluation et la mesure du burnout parental se fait à travers des outils diagnostiques tels que le Parental Burn-out Inventory (PBI) (Roskam et al., 2017) ou le Parental Burn-out Assessment (PBA, Annexe A) qui sont les seules méthodes d'évaluation existantes à ce jour pour ce syndrome.

Le PBI date de 2017 et est issue du Maslach Burn Out Inventory (MBI), qui lui permet l'évaluation du burnout professionnel. Le PBI est une échelle qui évalue trois dimensions : l'épuisement dans le rôle parental, la distanciation émotionnelle par rapport aux enfants et la

perte d'efficacité et d'accomplissement parental. Il a été créé et validé par une méthode déductive¹.

Il existe également un questionnaire créé par la même équipe, le Parental Burnout Assessment (PBA) qui permet de conceptualiser et de mesurer l'épuisement parental. Le PBA est, cette fois, né d'une méthode inductive² qui s'est appuyée sur des témoignages de parents. Il se compose de quatre dimensions : l'épuisement, le contraste, la saturation dans le rôle parental et la distanciation émotionnelle (Roskam, Brianda & Mikolajczak, 2018). Il présente une bonne validité mais quelques limites sont toutefois à retenir (Roskam et al., 2018).

En effet, sa principale limite est qu'il ait été créé sur la base de témoignages de mères uniquement, les scores du PBA des pères étaient significativement plus bas. Mais à ce stade, les études ne peuvent encore pas affirmer si ce résultat résulte d'une grande sensibilité du PBA aux différences entre les sexes ou au manque de sensibilité du PBA à la détection en elle-même des pères en burnout parental. De plus, il a été créé sur la base d'échantillons francophones et anglophones uniquement, même si les études montrent que le burnout parental semble identique chez les parents belges, français, britanniques et américains, il n'est pas exclu qu'il soit totalement identique dans un autre pays ou dans une autre culture où les caractéristiques culturelles et les valeurs sont différentes.

Les résultats obtenus au PBA peuvent être les suivants :

Score < à 30	Entre 31 et 45	Entre 46 et 60	Entre 61 et 75	Score > à 76
pas de risque	risque faible	risque modéré	risque élevé	en burnout parental

Figure 1 : Résultats score PBA

Enfin, les études conseillent de réaliser un entretien semi-directif en plus de ces questionnaires dans le but de contextualiser la souffrance du parent (Roskam et al., 2018).

De même, selon Tuna (2017), il est important de réaliser un diagnostic différentiel du burnout parental afin d'éliminer le trouble dépressif majeur qui correspond selon le DSM-5-

¹ Technique qui part d'une ou plusieurs hypothèses de travail vers l'explication de ces hypothèses. Ici : les items et les dimensions du burnout parental ont été déduits de ceux du burnout professionnel.

² Méthode de travail qui part de faits et de données brutes réelles et observables, pour aller vers l'explication de ceux-là. Ici, la reconstruction du phénomène du burnout parental en se basant uniquement sur l'expérience des parents victimes d'épuisement professionnel, en partant des témoignages de parents épuisés.

TR à une humeur dépressive et à une perte d'intérêt général d'une durée de 2 semaines minimum. A la différence du burnout parental qui ne touche que la sphère de la parentalité, le trouble dépressif majeur, quant à lui va toucher tous les domaines de la vie de la personne qui en souffre.

Heureusement il est possible de sortir du burnout parental grâce à des aides. En effet, avec une nouvelle organisation familiale, des apports de ressources externes ou internes, une résilience de soi-même ou du conjoint, la personne en burnout parental peut rebondir et sortir de ce cycle infernal mais cela prend du temps. Compte tenu que le processus de sortie du burnout est aussi long que celui de l'entrée, il est nécessaire que le parent puisse cheminer sur ses difficultés et aller vers un mieux-être mental qui apaisera sa santé et améliorera sa relation avec l'enfant et/ou son conjoint. Les professionnels travailleront en priorité sur les facteurs les plus impactant sur la santé du parent. Selon Roskam et Mikolajczak (2018) ainsi que Brianda et coll. (2019), les interventions se manifestent à divers niveaux et tentent de rétablir progressivement l'équilibre entre les ressources parentales et les facteurs de stress. Elles optimisent l'impact des ressources déjà présentes et ajoutent de nouvelles ressources ou bien, agissent directement sur les facteurs de stress en les éliminant ou en modifiant certains éléments.

2.6.2. Diagnostic

Le plus souvent, les enfants sont suivis par le médecin généraliste de leurs parents et c'est au moment des visites de consultations pour leur enfant que le médecin s'intéresse également à l'environnement de l'enfant. Alors, au fur et à mesure des visites de suivi, il se crée une relation de confiance entre les parents et le médecin qui permettra à ce dernier de déceler des changements de comportement, de la fatigue ou tout autre détail qui alerteraient le médecin. Grâce à son rôle central dans la relation du parent et de l'enfant, le médecin qui suit les deux parties pourrait diriger les parents vers les professionnels adaptés.

2.7. Vocabulaire autour du burnout parental

Il existe plusieurs termes autour du burnout parental dont les études tentent de leur attribuer des définitions, cependant, pour certains d'entre-eux, aujourd'hui, il n'y a pas encore de consensus. C'est le cas de la surcharge parentale qui n'est pas référencée en tant qu'entité clinique ni intégrée à une classification (Bastawrous, 2013).

La **surcharge parentale**, dans le champ du handicap correspond à l'accumulation du stress parental, du burnout parental et du fardeau et résulte de la multiplicité des tâches quotidiennes subies par les parents qui sont submergés. Bouteyre et Cyr (2022) précisent que les parents d'enfants « ordinaires » peuvent aussi être touchés par cette surcharge émotionnelle. A ce jour, il n'existe aucun outil pour l'évaluer.

Le **stress parental** comprend l'ensemble des effets néfastes du stress subis par les parents lorsqu'ils élèvent leur enfant (Abidin, 1982) comme la fatigue, l'irritabilité, l'angoisse, le désespoir et les problèmes de santé mentale ou physique. Ces conséquences néfastes tendent à réduire le temps, l'énergie et la disponibilité des parents (Bouteyre & Cyr, 2022). Le stress parental, s'il devient chronique et intense peut conduire au burnout parental. Il peut être évalué avec le Parental Stress Questionnaire (PSQ).

Bien que ces deux notions se ressemblent, des recherches récentes menées par Roskam, Raes et Mikolajczak (2018) ont permis d'affirmer que le burnout parental est un peu lié au stress parental mais sans que ces deux notions ne se chevauchent.

Enfin, le **fardeau** désigne « un ensemble d'effets négatifs ressentis par la personne qui prodigue de l'assistance et des soins » (Bouteyre & Cyr, 2022). Deux outils existent pour l'évaluer, tel que la Zarit Burden Interview-Short version (ZBI-SF10) (Bédard et al., 2001) et le questionnaire de soins prodigués en version courte et française (FCHSQ-21).

2.8. Accompagnement des parents

Pour accompagner ces parents touchés par le burnout parental, il existe des actions individuelles et collectives relatées à travers plusieurs études qui ont mis en place des interventions différentes auprès de parents dont les enfants étaient porteurs d'une maladie ou d'un trouble chronique. Ces études, bien qu'elles ne soient pas spécifiques aux parents d'enfant avec un TDAH pourraient quand même leur être une source d'aide.

En ce qui concerne les actions individuelles, il existe un **suivi psychologique** qui aide à prendre conscience de son état et à observer ses propres émotions (Loop, 2018).

Concernant les actions collectives, il existe des **groupes de parole** pour parents en burnout qui leur apportent des solutions thérapeutiques et des prises en charge qui vont mobiliser des processus de changements différents. Ces groupes permettent aux parents de

bénéficier d'un lieu d'échanges et de partage, d'observer leurs propres réactions face aux autres pour mieux se connaître soi-même, de créer du lien, de partager ses expériences, d'apprendre des autres et de dédramatiser les situations du quotidien. Ces groupes de parole sont en principe animés par des psychologues cliniciens (Roskam, Brianda, et al., 2017).

Il existe également des **programmes de remédiation cognitive** centré sur la mémoire et l'attention pour les enfants tout en mettant en place et en parallèle un « coaching parental », l'objectif étant de réduire les symptômes de stress parental (Van't Hooft & Lindahl Norberg, 2010) chez les parents d'enfants ayant reçu un traitement pour un médulloblastome.

De plus, trois études ont cherché à vérifier l'efficacité d'une **approche éducative**, la première concernait des parents d'enfant avec une déficience intellectuelle (Bilgin & Gözüml, 2009), la deuxième auprès de parents dont l'enfant était porteur d'un trouble chronique, tel que le diabète (Lindström et al., 2015) la dernière, portait sur une intervention éducative spirituelle auprès de parents dont l'enfant était touché par un cancer (Beheshtipour et al., 2016).

Pour terminer, une étude a comparé les effets de la **thérapie cognitivo-comportementale** (TCC) à celle de la **mindfulness** (MF) auprès de parents en burnout parental avec un enfant porteur d'une maladie ou d'un trouble chronique (Anclair et al., 2017).

Toutes ces interventions auprès de parents en burnout parental et qui sont parents d'enfant atypique ont montré leur efficacité et ont permis d'appuyer sur l'importance du soutien et de la psychoéducation de ces parents afin d'améliorer la compréhension globale du trouble de l'enfant ainsi que dans la gestion au quotidien des difficultés.

2.9. Dépistage des parents en burnout parental par l'ergothérapeute

Dans la littérature lue jusqu'à présent, l'ergothérapeute en tant que professionnel n'est pas associé au concept du burnout parental. Bien que le dépistage du burnout parental, réalisé à travers le PBA, soit fait principalement par un professionnel formé au burnout parental, il est important de s'intéresser au rôle de l'ergothérapeute dans ce dépistage lorsque les parents amènent leur enfant avec TDAH en consultation auprès de l'ergothérapeute. Ainsi, la prochaine partie de ce mémoire, s'intéresse à l'accompagnement, au rôle et aux interventions possibles de l'ergothérapeute auprès de ces parents en burnout parental.

3. L'accompagnement de l'ergothérapeute dans le burnout parental

3.1. L'ergothérapeute

L'ergothérapeute est un professionnel de santé qui fonde sa pratique sur le lien entre l'activité humaine et la santé, il intervient en faveur d'une personne ou d'un groupe de personnes dans un environnement médical, professionnel, éducatif et social (Annexe I de l'arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute, 2010).

L'ergothérapie est une thérapie par l'activité, qui permet aux personnes d'organiser et d'accomplir les activités qu'elles considèrent comme importantes dans leur vie quotidienne. La finalité est l'engagement dans des occupations qui concourent à la participation sociale et à l'amélioration de la qualité de vie des personnes (Meyer, 2010). L'objectif de l'ergothérapie est de favoriser le maintien de l'autonomie des personnes en situation de handicap dans leur environnement. Par conséquent, l'ergothérapeute utilise l'activité à la fois comme moyen et comme objectif de son intervention.

3.2. Champ d'intervention

Le champ d'exercice de la profession est très large, en effet, les ergothérapeutes peuvent exercer dans les secteurs sanitaire, social ou médico-social mais aussi dans les milieux de vie, au sein d'associations, de services de maintien à domicile, d'institutions, de réseaux, de maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) etc. (Hernandez, 2010).

La santé mentale qui peut être définie comme un état général de bien-être émotionnel, psychologique et social d'une personne, englobe la façon dont les individus pensent, ressentent, gèrent le stress, interagissent socialement, prennent des décisions et font face aux défis de la vie. Le burnout parental entre donc dans cette définition. Bien que le burnout parental ne soit pas officiellement reconnu comme un trouble mental dans le DSM-5-TR, il est considéré comme étant un stress chronique avec des symptômes similaires à d'autres troubles liés au stress et à l'anxiété donc inclus dans la santé mentale. Un parent en burnout parental trouvera de l'aide auprès de professionnels afin d'obtenir un soutien et des stratégies pour s'en sortir, l'ergothérapeute peut donc être un acteur dans la prise en charge de ces parents.

En effet, les ergothérapeutes travaillent avec des personnes ayant des problèmes de santé avec des impacts physiques, émotionnels ou mentaux. Leur intervention en santé mentale vise à aider les personnes à surmonter les défis et à améliorer leur bien-être en

s'appuyant sur des activités significantes³ pour eux. De même, l'ergothérapeute qui intervient en santé mentale est souvent intégré à une approche multidisciplinaire et travaille en collaboration avec d'autres professionnels de la santé mentale tels que des psychologues, des psychiatres, des infirmiers psychiatriques, etc.

3.3. Processus d'intervention

Le processus d'intervention en ergothérapie implique plusieurs étapes afin d'aider les personnes à surmonter les défis liés à leurs occupations quotidiennes et à améliorer leur bien-être. Il permet de mettre en place une relation de confiance avec la personne et son entourage et comprend des actions variées, des collaborations avec d'autres professionnels, des activités administratives (Meyer, 2010). La démarche spécifique de l'ergothérapie s'attache à des problèmes relevant des occupations de personnes se trouvant dans des conditions de santé particulières qui relèvent de cette profession (Pierce, 2001). Ainsi, selon Meyer (2010), le processus d'intervention en ergothérapie propose quatre grandes étapes (Annexe B) : l'évaluation initiale formative, la planification du traitement, l'exécution du traitement et l'évaluation finale sommative.

3.4. L'activité en ergothérapie

D'après Meyer (2013), une activité est « une suite structurée d'actions et de tâches qui concourt aux occupations » (p.11). Comme vu précédemment, l'ergothérapeute utilise l'activité à la fois comme moyen et comme objectif de son intervention. Il va mettre en place des activités qui ont du sens pour la personne, ce sont les activités significantes. L'activité en ergothérapie joue un rôle majeur dans la relation thérapeutique, la personne et le thérapeute se rendent compte de l'enjeu de la prise en charge et permet de fixer des objectifs qui seront communs aux deux protagonistes. Le développement du potentiel thérapeutique de l'activité nécessite de prendre en compte l'attrait de l'activité pour le patient, la dimension écologique de cette activité et la collaboration dans la mise en place des objectifs avec le patient (Pierce, 2001).

L'ergothérapeute joue un rôle important dans l'activité, il doit tenir compte des besoins, des envies et de la motivation de la personne dans le but de lui proposer des activités

³ Sens donné par la personne elle-même.

signifiantes et significatives⁴ qui concourront à son bien-être, à son identité et à son épanouissement personnel. Ainsi, plus l'activité sera adaptée à la personne, meilleur sera son engagement occupationnel.

3.5. L'équilibre occupationnel

Reed et Sanderson (cités par Meyer, 2013) donnent une définition de l'équilibre occupationnel en soulignant qu'il s'agit de gérer les activités de sa propre vie d'une façon satisfaisante sur le plan personnel. Chaque personne possède sa propre représentation d'équilibre occupationnel qui varie en fonction de ses rôles et de son histoire de vie. Il touche à la santé physique et mentale et peut-être perturbé intrinsèquement ou extrinsèquement ce qui engendre alors un déséquilibre occupationnel, c'est-à-dire qu'il apporte des difficultés à la personne de gérer ses activités et ses occupations comme elle le souhaiterait.

Les ergothérapeutes sont des professionnels formés à étudier l'équilibre occupationnel des personnes au vu de leurs connaissances et compétences. Ils disposent de modèles conceptuels de pratique qui permettent une approche holistique de la personne, tel que présenté ci-dessous, le modèle de l'occupation humaine (MOH). L'équilibre occupationnel peut-être mesuré par l'ergothérapeute au travers, entre-autre, d'un questionnaire issu du MOH, l'Occupational Questionnaire (OQ) (Annexe C). Il s'agit d'évaluer comment la personne utilise son temps (ses habitudes) en lien avec ses valeurs, ses intérêts et ses déterminants personnels.

3.6. Le MOH

Ce modèle a été développé par Gary Kielhofner (1949-2010), enseignant chercheur américain et théoricien en ergothérapie, à la fin des années 1980. Il est encore aujourd'hui très utilisé dans la pratique des ergothérapeutes car, centré sur l'occupation et a pour but de soutenir une pratique de l'ergothérapie au niveau international, qui soit centrée sur l'occupation, sur le client et se base sur des données probantes. Le MOH est pensé comme un modèle complémentaire aux autres modèles ergothérapiques et interprofessionnels (Kielhofner, 2008). Sa cible d'intervention est la volition et l'habitation de la personne (Wong & Fischer, 2015), sa finalité consiste à faciliter l'adaptation occupationnelle de la personne (M.

⁴ Sens donné socialement par les autres.

J. Turpin & Iwama, 2011) et l'environnement est en interaction avec tous les éléments du MOH.

Voici, ci-dessous une figure présentant le **MOH, 6^{ième} version**.

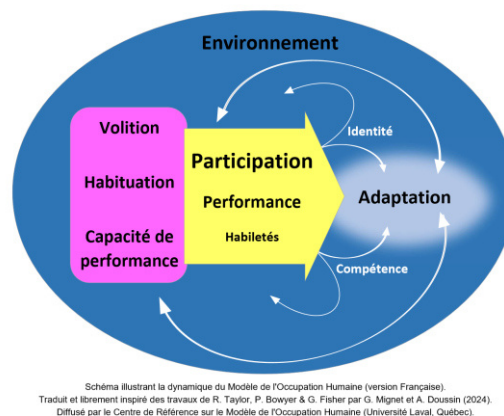


Figure 2 : [MOH. Reproduit de Modèle De L'occupation Humaine | 6e Édition | CRM OH | ULaval, 2024](#)

Dans ce modèle, il existe quatre grands concepts qui sont l'être occupationnel, (la personne), l'agir occupationnel, l'environnement et l'adaptation occupationnelle : la personne agit dans son environnement et se construit (adaptation occupationnelle).

3.6.1. L'être occupationnel

Le point de départ du raisonnement de l'ergothérapeute est la personne avec ses trois dimensions : la volition, l'habituatation et la capacité de performance (correspond à la capacité de rendement dans la version québécoise).

La volition correspond à la motivation de la personne à agir sur l'environnement en fonction de ses valeurs, de sa causalité personnelle, c'est-à-dire de ce qu'elle pense de son efficacité à agir et de ses centres d'intérêt. Ceci un concept clé et spécifique du MOH. Ensuite, l'habituatation correspond à l'organisation des occupations grâce aux rôles et aux habitudes de la personne. Enfin, la capacité de performance est définie par Kielhofner (2008) comme étant « l'aptitude à faire les choses grâce aux composantes physiques et mentales sous-jacentes ainsi qu'à l'expérience subjective correspondante » (p.81). Elle comprend les éléments objectifs et subjectifs tel que le corps vécu et va dépendre des capacités physiques et mentales de la personne.

3.6.2. L'agir occupationnel

L'agir occupationnel correspond à ce que la personne fait avec comme première dimension, la participation occupationnelle, le fait de s'engager dans une occupation et

dépendra des capacités de performance, de l'habituatation, de la volition et des conditions de l'environnement. La deuxième dimension est la performance occupationnelle qui est le fait de réaliser un élément de l'occupation, elle se situe au niveau des activités et des tâches. La troisième dimension de l'agir concerne les habiletés de la personne : actions dirigées vers un but afin de réaliser une activité qui sont les plus petits constituants de l'agir du MOH. Elles sont de trois types : motrices, opératoires et de communication-interaction. Elles dépendent des caractéristiques personnelles et de l'environnement.

3.6.3. L'environnement

Ensuite, l'environnement qu'il soit physique, social ou occupationnel a un impact sur la vie occupationnelle de la personne, il est également en interaction avec tous les éléments du MOH et il peut faciliter ou nuire à la participation des personnes au quotidien. Il peut être de trois niveaux : soit immédiat (maison, lieu de travail, école, lieu de soins etc.), soit local (voisinage, communauté, campus etc.) soit global (aspects économiques, politiques, sociaux).

3.6.4. L'adaptation occupationnelle

Pour terminer, l'adaptation occupationnelle correspond aux conséquences de l'agir. Elle résulte de toute la dynamique du MOH. Ainsi l'être occupationnel (sa volition, son habituatisation et sa capacité de performance) a un agir occupationnel qui s'exprime par sa participation, sa performance et ses habiletés. Le tout se réalise dans l'environnement social, physique et occupationnel de la personne. L'ensemble de ces éléments permet de développer la compétence et l'identité occupationnelle de l'être occupationnel. Il s'agit de la conséquence des changements qui surviennent dans la vie, des défis auxquels la personne doit faire face et comment elle s'ajuste ou non. Il est important de se rappeler que l'adaptation occupationnelle se construit dès l'enfance, se développe tout au long de la vie de la personne et se forme au cours de ses expériences personnelles.

Ainsi, grâce à ce modèle centré sur la personne, l'ergothérapeute va pouvoir se focaliser sur l'unicité de la personne afin de comprendre sa situation globale. Donc d'après Kielhofner (2008), le rôle de l'ergothérapeute sera de faire retrouver à la personne un équilibre dans les différentes sphères de sa vie quotidienne en l'aidant à ramener sa participation dans des occupations qui ont du sens pour elle.

3.7. Balance des risques et des ressources (BR₂©)

Il existe un outil qui a été développé par Isabelle Roskam et Moïra Mikolajczak (2018) qui est un modèle explicatif et clinique du burnout parental.

Il permet au thérapeute de présenter à la personne une balance dont l'un des plateaux constitue les stresseurs auxquels la personne doit faire face et qui la font basculer dans l'épuisement parental et de l'autre, un plateau qui représente les ressources de la personne, celles qui vont lui permettre d'avoir de l'énergie. Cette balance des risques et des ressources, BR₂© (Annexe D), aide la personne à mieux comprendre le poids de chacun de ces facteurs de risques ou de protection.

Cet exercice se réalise avec une balance et des cartes en papier que le parent va venir placer d'un côté ou de l'autre de la balance.

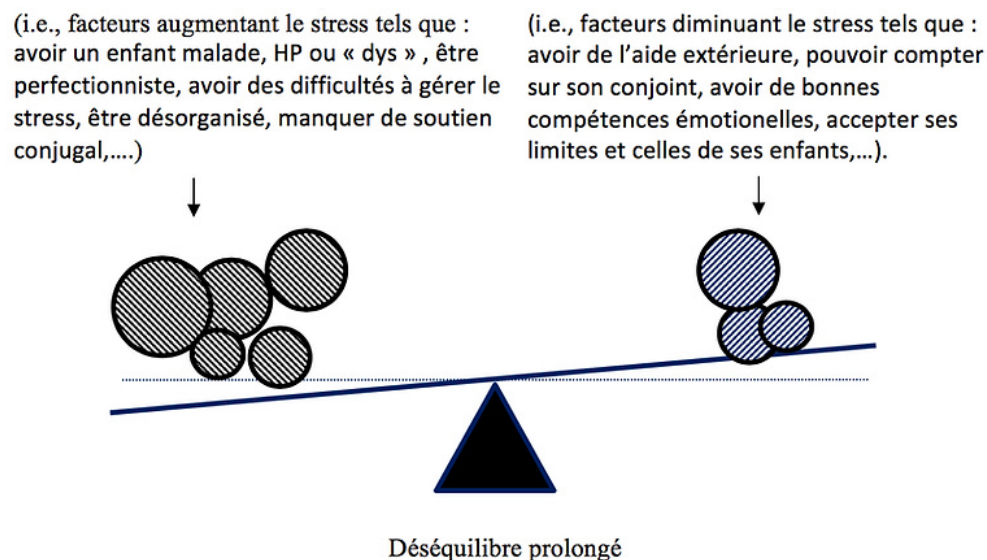


Figure 3 : [Processus étiologique à l'œuvre dans le burnout parental](#)

Ainsi, grâce à la métaphore de la balance, qui est un modèle simple à comprendre, à se représenter et à utiliser tant au niveau des thérapeutes que des parents, chaque parent peut identifier les risques qui pèsent dans leur balance et ceux qui pourraient l'alléger.

L'ergothérapeute quant à lui, pourra cibler les facteurs de risques ou les facteurs de protection afin de rétablir l'équilibre occupationnel du parent. En effet, il existe quatre sources de changement possibles pour rééquilibrer la balance du parent :

- Retirer de la balance un ou plusieurs stresseurs,

- Alléger le poids des stressors présents dans la balance quand ceux-ci sont impossibles à retirer,
- S'occuper des ressources présentes et les utiliser davantage,
- Ajouter dans la balance des nouvelles ressources.

Chaque burnout parental est propre à chaque individu, c'est pourquoi l'ergothérapeute devra être davantage créatif et étoffer la liste des facteurs de risques et de protection proposée qui n'est pas exhaustive.

3.8. Les interventions possibles de l'ergothérapeute

La place de l'ergothérapie dans la prise en charge du burnout parental semble complémentaire et indispensable de celles des autres professionnels. Les interventions des ergothérapeutes permettraient d'agir sur leur équilibre occupationnel en complémentarité des autres professionnels, cependant, dans la littérature, l'accompagnement de ces parents en burnout parental semble encore inhabituel en ergothérapie.

Bien que la littérature évoque différents types d'interventions, le métier d'ergothérapeute n'est pas abordé. Cependant certaines actions individuelles et collectives pratiquées par d'autres professionnels entreraient dans le champ d'intervention de l'ergothérapie et pourraient ainsi permettre aux parents de traiter leur burnout parental.

Il existe **l'intervention de type « structurée »** qui est basée sur cinq principes de base :

Premier principe : le burnout parental suscite beaucoup de honte et de culpabilité chez les parents qui en sont touchés. Le « processus de normalisation » par le groupe permet une prise de conscience de la souffrance vécue également par d'autres et favorise la sortie du sentiment d'être le ou la seul(e) à vivre des difficultés en tant que parent. Ce processus constitue un levier de travail thérapeutique.

Deuxième principe : c'est un trouble multi-déterminé, il repose sur un grand nombre de facteurs de risque dont la nature peut être différente selon le parent. Il va donc falloir trouver des leviers thérapeutiques communs à ces parents.

Troisième principe : parmi les facteurs de risque, ceux sociodémographiques et situationnels sont peu malléables, ils ne feront donc pas partie du travail thérapeutique du groupe.

Quatrième principe : mais au contraire, les facteurs de risques personnels, parentaux et conjugaux, eux feront l'objet du travail thérapeutique.

Cinquième principe : étant donné que le burnout parental est la conséquence d'un déséquilibre entre les stressors et les ressources, l'intervention sera basée sur le rééquilibrage de la balance du patient (Roskam & Mikolajczak, 2018, p.245).

Bien que le nom de l'ergothérapeute ne soit pas inscrit clairement dans ce type d'intervention, il semblerait qu'il pourrait avoir toute sa place dans ce cinquième principe de base. Il aurait alors plusieurs rôles, comme créer un cadre empathique, chaleureux et bienveillant, proposer des exercices en lien avec les processus à l'œuvre dans le burnout parental tel que le modèle BR²©. Il pourrait veiller à ce que le groupe reste centré sur les objectifs opérationnels de la séance et sur les exercices (Roskam & Mikolajczak, 2018, p.245). Dans ce groupe thérapeutique, il est recommandé qu'il soit mené par un binôme de thérapeute afin d'alterner leurs rôles (un rôle de cadreur du temps et un rôle d'animateur), l'ergothérapeute pourrait avoir sa place au sein du binôme.

Ensuite, il existe des **programmes d'entraînement aux habiletés parentales (PEHP), de type Barkley**, pour les parents d'enfants avec un TDAH qui ont des impacts positifs sur les pratiques parentales, sur la relation du parent et de l'enfant et sur le comportement de l'enfant surtout s'ils sont associés à une prise médicamenteuse chez l'enfant. Leurs objectifs sont de favoriser la mise en place de stratégies éducatives plus efficaces afin de les aider à mieux gérer les comportements perturbateurs de leur enfant (Hartman et al., 2003). Le rythme de ces groupes de parents est d'une fois par semaine ou deux fois par mois à raison de 8 à 15 séances et sont animés par des intervenants formés. Les PEHP ont une efficacité reconnue dans l'amélioration des habiletés parentales et du comportement des enfants avec TDAH.

Ainsi, les parents qui ont participé à un PEHP utilisent davantage des pratiques éducatives positives avec des commandes claires, des félicitations et moins de pratiques parentales négatives telles que des punitions, des critiques etc. Selon Kohut et Andrews (2004), les études ont démontré que ces PEHP permettent également d'augmenter la confiance des parents en leurs habiletés pour gérer les comportements de leur enfant, ils

augmentent aussi leur estime de soi et les aident à réduire leur niveau de stress parental. L'ergothérapeute pourrait également être un professionnel investi dans ces programmes.

Dans le cas des prises en charge des troubles du comportement chez le jeune enfant, il existe une intervention sur le « **sentiment de compétence parentale** ». Ce sentiment est « une représentation de soi en tant que parent et de sa propre capacité à influencer positivement le développement de ses enfants » (Mouton et al., 2017, p.160). Cette intervention s'appelle « Confident Parent » et a pour objectif de renforcer le sentiment de compétence parentale chez les parents d'enfants avec un « comportement externalisé ». Ainsi, le fait de renforcer ce sentiment diminuerait l'intensité et la fréquence des comportements négatifs de l'enfant et donc le stress chez les parents. L'efficacité de ces programmes ont été démontrés dans plusieurs articles (Bodenmann et al., 2008) (Turner & Sanders, 2006).

En lien avec le sentiment de compétence parentale, des **stratégies de coping** peuvent être mises en place. Ce sont un « ensemble de réactions et de stratégies élaborées par les individus pour faire face à des situations stressantes » (Lazarus & Folkman, 1984, p.40). Le coping permet soit de modifier le problème (coping centré sur le problème) soit de se modifier soi-même (coping centré sur l'émotion).

Dans une étude consacrée à la mise en place de stratégies de coping par les parents d'enfants atteints de TSA (Zebdi et al., 2018), il est montré qu'il vaut mieux que les mères utilisent des stratégies de coping centrées sur le problème car elles diminuent le stress causé par le handicap de leur enfant que des stratégies centrées sur les émotions qui au contraire, perturbent le sentiment de satisfaction parentale.

Selon, Duband (2021), les interventions proposées pour les parents en burnout parental sont basées sur la **guidance parentale** qui permet d'offrir aux parents des outils d'aide à l'amélioration de leurs compétences. D'une manière globale pour les enfants avec TND, l'intervention, à visée éducative, se calque sur la prise en charge du trouble de l'enfant. De même, prendre en charge les parents de ces enfants avec TND doit se faire dans une approche multimodale précoce afin d'éviter le burnout, c'est-à-dire en agissant sur plusieurs plans tels que la connaissance du trouble de l'enfant par les parents, des interventions à visées protectrices lorsque les parents relèvent des signaux d'alerte de développement de leur

enfant et un accompagnement sur la régulation émotionnelle afin d'apaiser le fardeau émotionnel ressenti par les parents (Duband, 2019).

Il existe également un **programme d'éducation thérapeutique** destiné aux enfants de 8 à 14 ans avec TDAH, et à leurs parents : « Mieux vivre avec un TDAH » qui a eu lieu entre février et juillet 2022 (Lidec et al., 2023). Bien que l'étude montre une amélioration de la qualité de vie des enfants dans le domaine du bien-être physique et dans l'environnement scolaire, pour les parents, en revanche aucun changement dans leur qualité de vie n'a été observé.

En Australie et en Angleterre, il existe des **dual focused groups** (des groupes à double objectif) animés par des professionnels qui sont à destination des enfants en âge préscolaire, mais aussi des parents. Lors de créneaux de 2 heures, les enfants partagent des activités avec les parents. Les avantages sont nombreux pour les enfants (soutien social et des apprentissages) comme pour les parents : amitiés et soutien du réseau social, soutien relationnel, des pairs, du rôle parental, ressources informationnelles mais aussi un soutien multidisciplinaire (professionnels de la petite enfance, orthophonistes, travailleurs sociaux) (Needham & Jackson, 2016). L'ergothérapeute pourrait faire partie de cette équipe multidisciplinaire également.

En conclusion, à l'heure actuelle, le suivi du burnout parental par les ergothérapeutes n'est pas assez présent dans la littérature, en effet, le sujet est assez récent et donc il fait encore peu l'objet de recherches.

Problématique

La question initiale était : « Comment l'ergothérapeute peut agir, en ambulatoire, sur l'équilibre occupationnel des parents en burnout parental avec un enfant qui a un TDAH ? ».

Les différentes recherches dans la littérature française et étrangère ont montré que l'ergothérapeute n'est pas mentionné comme étant un professionnel intervenant auprès de ces parents dans le burnout parental.

Tout d'abord, aucun des articles n'aborde le fait de savoir comment les ergothérapeutes peuvent repérer les parents qui sont en burnout parental quand leur enfant est en suivi auprès d'un ergothérapeute en ambulatoire. En effet, les parents qui emmènent leur enfant chez un ergothérapeute ne pensent pas forcément que l'ergothérapeute pourrait les aider à traiter leur burnout parental. Ceci serait un premier élément de recherche.

Ensuite, la littérature mène à deux autres éléments : les ergothérapeutes possèdent des outils, des techniques d'interventions et un modèle tel que le MOH afin d'agir au niveau de la balance des risques et des ressources et rétablir l'équilibre occupationnel (cf. paragraphe 3.8). De plus, il existe des techniques et des interventions qui sont à l'heure actuelle utilisées par d'autres professionnels mais qui pourraient être utilisées par les ergothérapeutes car elles entrent dans le champ d'intervention et de compétences de ces derniers. Ces trois éléments amènent à modifier la question initiale qui permettra de continuer la recherche dans une deuxième partie exploratoire.

Ainsi, la question initiale amène à la problématique suivante : « Comment les ergothérapeutes, en ambulatoire, peuvent-ils détecter les parents d'enfant avec TDAH en burnout parental lorsqu'ils accompagnent leur enfant en suivi ergothérapique ? De plus, comment intègrent-ils les outils, les techniques d'interventions et le MOH à leur disposition, afin d'agir efficacement sur l'équilibre occupationnel de ces parents. Enfin de quelle façon s'approprient-ils les approches et interventions utilisées par d'autres professionnels qui entrent dans leur champ de compétences ? »

Méthodologie

1. Objectifs de recherche

Pour donner suite à la recherche bibliographique qui se base sur la question de recherche initiale, une investigation exploratoire des pratiques professionnelles dans le champ de l'ergothérapie permet d'enrichir les données théoriques issues de la littérature.

L'objectif général de cette recherche est d'explorer la façon dont l'ergothérapeute agit efficacement sur l'équilibre occupationnel des parents en burnout parental. Pour cela, plusieurs axes d'investigations seront explorés. Les méthodes de repérage des parents en burnout parental en ambulatoire, l'intégration d'outils et techniques d'intervention pour agir sur l'équilibre occupationnel, l'utilisation d'un modèle conceptuel pour agir sur l'équilibre occupationnel et l'appropriation des approches et techniques utilisées par d'autres professionnels dans le champ de l'ergothérapie.

2. Démarche d'investigation

2.1. Type de recherche

Le type de recherche utilisée est une enquête exploratoire qualitative sous formes d'entretiens semi-directifs, afin de récolter des données qualitatives sur les expériences professionnelles de chaque participant à l'étude.

2.2. Choix de la population

2.2.1. Population ciblée

Pour répondre à cet objectif, deux types de population sont ciblés : des ergothérapeutes exerçant en ambulatoire ainsi que des ergothérapeutes ayant des connaissances sur le burnout parental.

2.2.2. Critères de sélection des ergothérapeutes

En ce qui concerne les critères d'inclusion, les ergothérapeutes doivent avoir un diplôme d'état depuis au moins 6 mois, avoir des connaissances sur le burnout parental ou autour d'une pathologie assimilée ou bien avoir déjà accompagné des parents en burnout parental. Pour les critères de non-inclusion, tous les ergothérapeutes ne répondant pas aux critères d'inclusion ne seront pas retenus.

2.2.3. Mode de recrutement et participants

Les ergothérapeutes ont été contactés par courrier électronique commun (Annexe E). 20 ergothérapeutes ont été contactés via LinkedIn à la suite d'une consultation de leur profils professionnels : 9 ont répondu négativement, et 2 positivement. Une ergothérapeute a été contactée par courriel après une discussion avec une intervenante. Ensuite, lorsque les ergothérapeutes ont été retenus, un second contact par messagerie gmail a été réalisé afin de convenir d'un rendez-vous par visioconférence. Enfin, une invitation via google meet a été envoyée avec un lien de connexion. Trois premiers entretiens ont été planifiés, réalisés et retranscrits. En parallèle de cela, une réponse à une précédente demande a été reçue dans laquelle un lien contenant l'ensemble des professionnels ayant réalisé la formation sur le burnout parental dispensée par le Training Institute for Psychology & Health a été fourni. Seuls des ergothérapeutes formés ont été retenus au nombre de 3. Ces derniers ont été contactés par la suite et deux d'entre-eux ont répondu positivement à un entretien.

2.3. Outil d'investigation

2.3.1. Choix de l'outil

L'outil de recherche utilisé pour cette étude est l'entretien individuel semi-directif qui repose sur une méthode qualitative. Son objectif principal est de recueillir des données pertinentes utiles pour la recherche. Il permet une interaction dirigée par un enquêteur (l'étudiant) et vise à favoriser le discours, le tout dans un climat de confiance et de respect mutuel. L'écoute y est active, bienveillante et sans jugement.

Un autre intérêt pour cet entretien de recherche est de permettre à l'ergothérapeute de contribuer à l'avancement des connaissances sur un sujet précis (Tétreault et al., 2014).

Pour mener à bien un entretien, l'enquêteur doit veiller à adopter certaines attitudes (Van Campenhoudt et al., 2022) telles qu'une attitude neutre et bienveillante. De plus, il doit être un peu directif et poser le moins de questions possible mais tout en veillant à suivre les objectifs de son entretien, il doit reconnaître à l'interviewé une compétence réelle et lui montrer que c'est lui qui apprendra des choses à l'enquêteur et, enfin, ce dernier doit accepter les propos de l'interviewé.

2.3.2. Elaboration et utilisation de l'outil

Un guide d'entretien (Annexe F) est créé afin de mener les entretiens dans une logique semi-directive tout en gardant à l'esprit, que l'interviewé n'ait pas l'impression de vivre un interrogatoire ainsi l'entretien doit être aussi fluide qu'une discussion. L'étudiant doit poser que très peu de questions et doit intervenir le moins possible, l'interviewé doit pouvoir s'exprimer librement, seul lui doit être « l'apprenant ». Ce guide d'entretien a été, au préalable, testé auprès de deux collègues et validé par le tuteur de mémoire. Un guide d'entretien doit être structuré par des thèmes choisis au préalable ce qui va aider l'interviewé à se focaliser sur certaines dimensions (Sauvayre, 2021). Les thèmes retenus pour ce mémoire sont les suivants :

- Une présentation de l'interviewé et sa structure de travail actuelle,
- La pratique professionnelle au sein du cabinet et le dépistage des parents,
- L'intégration des outils et des techniques d'intervention pour agir sur le déséquilibre occupationnel,
- Les approches et les interventions existantes utilisées par d'autres professionnels,
- L'intégration et l'utilisation d'un modèle conceptuel.

Le temps d'entretien visé était de 45 minutes. Pour 2 ergothérapeutes, il a été de 30 minutes et pour les 3 autres, de 1h environ.

2.4. Méthode de traitement et d'analyse des données

Les cinq entretiens ont été enregistrés directement sur Word et, en parallèle, sur le téléphone. Puis ils ont été retranscrits mot pour mot. Les conversations ont été réécoutées afin de modifier certains mots mal orthographiés de façon à obtenir un verbatim par entretien.

Une numérotation des lignes des verbatim a été ajoutée afin de sélectionner les passages répondant aux questions.

Ensuite, une grille d'analyse des données a été créée sous Excel avec un onglet par thème, chaque onglet contenant les thèmes, les sous-thèmes qui correspondent aux questions posées, une colonne par ergothérapeute et enfin, une dernière colonne pour la synthèse par sous-thème (Annexe G). Tout cela pour faciliter l'analyse globale et permettre d'ouvrir sur une discussion. L'analyse retenue pour ce mémoire est l'analyse thématique avec un repérage des

thèmes abordés dans les entretiens et qui sont en lien avec la problématique de ce travail de recherche exploratoire.

2.5. Aspects éthiques

Ce travail de recherche exploratoire respecte les aspects éthiques de la loi Jardé (Décret N° 2017-884 du 9 Mai 2017 modifiant certaines dispositions réglementaires relatives aux recherches impliquant la personne humaine - Légifrance, 2017) qui encadre la recherche pour les participants. Les personnes interviewées sont toutes volontaires et sont interrogées sur leur pratique professionnelle. Elles ont toutes signé un formulaire de consentement (Annexe H) qui leur a été envoyé en amont des entretiens. Ce document présente l'étude et ses objectifs, il permet de répondre aux considérations éthiques (Guillez & Tétreault, 2014). De plus, un consentement oral est également demandé avant le début de chaque enregistrement.

Résultats et analyse

1. Présentation des participantes et structures de travail actuelles

	E1	E2	E3	E4	E5
Pays du diplôme	France	France	France	Belgique	Suisse
Année d'obtention	2004	2021	2016	1989	2012
Pays d'exercice actuel	France	France	France	Suisse depuis 1990	Suisse
Nombre d'années en libéral	14	3	3	0 – en attente de validation de son diplôme 22 ans en psychiatrie adulte	4
Temps de travail	100%	80% + 1 jour à l'IFE	100%	NC	50%
Nombre patients par semaine	27	23	30	NC	8
Durée d'une séance	1h	NC	45 minutes	NC	1h30 à 2h
Nombre de collègues	2 collègues ergothérapeutes	2 collègues ergothérapeutes + 1 psychologue	5 collègues ergothérapeutes	NC	0

Figure 4 : Présentation des participantes

Cinq ergothérapeutes ont participé à ce travail de recherche : E1, E2, E3, E4 et E5.

E1, E2 et E3 qui suivent des enfants dans leur cabinet déclarent que le tiers voire la moitié de leur patientèle a un TDAH.

E1 et E2 évoquent dès le début de l'entretien que les parents rencontrés sont **fatigués** « l'enfant du coup ressent que ses parents sont fatigués, qu'ils en peuvent plus » (E2), **démunis**

« souvent des parents qui sont démunis, ils cherchent à tout prix des solutions un peu partout » (E2), **épuisés** « ils sont épuisés de faire plein de choses » (E2), **avec une grande culpabilité** « il y a une grande culpabilité de la part des familles » (E1), parfois, ils sont dans le **déni** « des fois il y en a voilà qui vont être aussi dans le déni » (E1) et enfin, ils ont besoin d'être **soutenus** par l'ergothérapeute « ça fait partie aussi des objectifs de les soutenir » (E1).

E4 et E5 qui exercent en Suisse ont toutes les deux reçu la formation sur le burnout parental « Comprendre, diagnostiquer et traiter le burnout parental » dont les professeurs sont Isabelle Roskam & Moïra Mikolajczak, professeurs à l'université catholique de Louvain en Belgique.

2. Pratique professionnelle et dépistage des parents

Les enfants suivis ont entre 5 et 17 ans et le TDAH est le plus souvent associé à un TSA, à des troubles « dys » ou à un HPI.

2.1. Formation spécifique sur le burnout parental

Concernant une éventuelle formation pour dépister les parents en burnout parental, E1 répond « Pas du tout », E2, « Non, non, non » mais « il en existe sûrement », elle se sent personnellement concernée par le sujet « dans mon entourage privé, j'ai beaucoup de personnes qui ont fait des burnout », et s'intéresse beaucoup par le biais de ses **lectures**, « Je suis beaucoup sur LinkedIn et je vais aller lire dessus parce que j'adore apprendre des choses ». Pour E4, sa formation ne lui permet pas de réaliser un dépistage pour ces parents et E5, son travail de recherche lors de son master sur le burnout professionnel lui a permis de se **sensibiliser** « ça sensibilise énormément je trouve déjà au burnout de manière générale », et, que sa formation sur le burnout parental permet « cet affinage sur le burnout parental ».

2.2. Suivis de parents en burnout parental

En ce qui concerne le nombre de parents suivis pour leur burnout parental, E1 répond que les parents qu'elle voit, ne viennent pas pour eux, mais pour leur enfant « je n'ai pas forcément des séances individuelles facturées » et qu'elle prend un petit temps en début de séance de leur enfant. E2 non plus ne prend pas en charge des parents « pas de prise en charge des parents » mais elle va prendre un temps avec et pour eux en début de bilan « dès le bilan en ergo on passe 1/4 d'heure 20 minutes à essayer de trouver des solutions à mettre en place à la maison dès le jour même pour éviter ce burnout », elle dit qu'ils ne pensent pas à eux en

premier mais à leur enfant *« ils ne demandent jamais d'accompagnement. Ce sont toujours les enfants en priorité »*.

De même pour E3 qui n'en a jamais eu *« Non, jamais »* et pense qu'ils *« essayent un peu de faire de leur côté, ils ont du mal à se faire aider à ce moment-là »*. Cela étant, cela lui arrive de faire quelques séances exclusivement avec les parents *« ça peut aussi m'arriver parfois de faire des séances, parfois c'est par téléphone »*. Pour E4 qui ne prend pas encore en charge des patients *« j'aimerais en prendre maximum une dizaine »*. Quant à E5, *« j'en ai une »*.

2.3. Dépistage des parents

E2 arrive à repérer des signes de souffrances chez eux, sur leur **visage** *« déjà je regarde beaucoup leur visage »* énormément de **logorrhée** *« ça se voit quand ils décrivent la situation, ils parlent beaucoup »*, d'autres formes de **langage corporel** *« ils soufflent, on sent qu'ils en peuvent plus, sont à la recherche d'éléments pour se sortir de ça »*, certains déchargent leur **peine** *« j'ai vu plusieurs parents pleurer en bilan »*.

2.3.1. Les parents et l'ergothérapie

Pour E1, les parents connaissent l'ergothérapie parce qu'ils emmènent leur enfant en séance *« ils viennent vers moi, je ne vais pas les chercher »*, certains parents arrivent à parler de leurs difficultés rapidement *« à l'entretien du bilan, des familles vont pouvoir exprimer cette souffrance, cette difficulté de pas avoir de solution, de pas comprendre, d'être dépassé »*. Pour E3, il est difficile de faire venir les parents si la séance est que pour eux *« les parents vont avoir du mal à faire des séances et à payer quand c'est qu'avec eux »*. Pour E4 et E5, qui exercent en Suisse, elles pensent faire appel à des professionnels de santé qui leur apporteront la clientèle *« échanger avec les pédiatres car ce sont les premiers à voir la détresse des parents, me faire connaître pour qu'ils m'adressent ou en parlent aux parents qui seraient épuisés »* (E4) et *« ils sont identifiés par le pédiatre pour la majorité, ceux que je vois sont ceux identifiés par les psychiatres. J'ai 2 situations [...] (une) par le pédiatre (et) une par le psychiatre »* (E5).

2.3.2. Détection du burnout parental

En termes d'outils de détection du burnout parental, E2 et E3 n'en connaissent pas. E1 dit ne s'être jamais renseignée sur ce qui existe *« j' imagine que les questionnaires sur le burnout il y en a un paquet »* mais E1 pense qu'elle ne serait pas à l'aise en leur proposant un outil *« moi j'ai des mamans qui pleurent assez facilement, je ne me sentais pas à l'aise »*.

d'amener un outil ». Mais dit qu'elle pourrait changer d'avis étant donné qu'elle vient juste d'être formée à l'intervention cognitive fonctionnelle (COG-FUN) et que par l'intermédiaire d'un questionnaire « on va forcément aborder aussi un moment donné le positionnement de la famille avec la BRIEF ». E3 ajoute quand même « un entretien guidé pourrait être intéressant avec un questionnaire ».

E4 et E5 étant formées à la formation sur le burnout parental, ont quant à elles, des outils bien précis à apporter : « j'utiliserai des outils que j'ai appris en formation, il s'agit de l'échelle de 2018. Le PBA qui se remplit en ligne » relate E4. « ce que je trouve intéressant à faire remplir c'est l'outil et je complète par le burnout assessment tool (BAT), il passe en revue les symptômes du burnout de manière générale » et complète avec « ce que je trouve aussi intéressant avec le BAT c'est qu'il y a justement le feu vert, orange et rouge » explique E5.

2.3.3. Demandes et besoins des parents

E1	E2	E3	E5
Difficultés scolaires : En premier, les parents viennent pour « essayer de réduire les difficultés scolaires principalement. Et après vient la plainte, souvent à la maison de se dire c'est pas gérable » Mais également pour l'impact « sur les rituels à la maison, les tâches quotidiennes, et puis au niveau psychologique, relation, relation familiale c'est là où, c'est la difficulté »	Ranger leur chambre : « je leur dis juste stop, ça sert à rien, ranger la chambre, un enfant TDAH ne peut pas ranger sa chambre, enfin il sait pas par où commencer, c'est le bazar tout le temps, c'est son espace » Faire les devoirs : « je trouve que les devoirs c'est contre-productif, ils sont KO à la fin de la journée, les parents aussi donc en fait tout le monde est tendu et [...] moment des devoirs, ça explose ! » Au moment de l'habillage : « un enfant qui s'habille, qui met son t-shirt à l'envers, il met son t-shirt à l'envers. Et est-ce que c'est vraiment grave au final ? Non. Il finira par le retourner dans la journée de toute façon parce qu'il se rendra compte qu'il est à l'envers » Au moment des repas : « c'est à dire que culturellement, on doit manger assis avec des couverts en famille...se lever de table en France ou dans les pays occidentaux, c'est pas bien. Manger allongé par terre, c'est pas bien. Les parents, ils veulent que les enfants rentrent dans les cases ». Le comportement en classe : « Les parents lisent sans arrêt des mots négatifs sur leur enfant. Les parents appréhendent énormément les rendez-vous parents avec les enseignants » La routine matinale : « les temps de repas, la routine matinale aussi » La routine du soir : « le repas déjà en général c'est compliqué. Et puis après, aller se brosser les dents, se mettre en pyjama, lecture du soir, le coucher »	Comme pour E1 et E2, la demande première concerne les devoirs et la scolarité avec des jeunes qui ont « vraiment du mal à rester assis et qui ont une très grande distractibilité, c'est souvent le milieu scolaire, ce qui est lié à la scolarité la demande principale » Elle ajoute aussi le moment d'aller à la douche « On est obligés de lui redire 3 fois que là c'est le moment de s'habiller, le moment d'aller se doucher, il va dire oui, puis après il va se lancer sur le lego » puis le temps passé sous la douche « des jeunes qui vont y passer parfois très longtemps et les parents, ça les dérange à ce niveau-là ». Elle évoque aussi les moments des repas « le fait de ne pas rester assis au moment des repas et d'avoir une agitation ». Et de façon plus ponctuelle et rare, l'impact sur les loisirs et les activités extrascolaires.	E5 a le plus identifié que les parents étaient en demande de moments pour eux « avoir des moments de retour à soi et comment pouvoir se couper ou s'extraire de la famille, pouvoir développer des ressources » E5 insiste sur le besoin de ressources et temps pour « soi ».

Figure 5 : Demandes et besoins des parents

En ce qui concerne E4, elle n'exerce pas encore auprès de ce public mais dit tout de même « ils sont plus en demande de temps pour eux, sans se culpabiliser, être à leur écoute car ils sont vraiment en détresse ».

2.4. Séances individuelles ou séances en groupe

Ensuite, concernant le type de prise en charge des parents qu'envisageraient les ergothérapeutes, E2, E3, E4 et E5 répondent toutes favorablement à des séances individuelles pour « s'adapter aux besoins personnels des parents » (E2) ; « dans un premier temps en individuel, ça permet de voir quels sont les besoins des parents » selon E3. Et pour E4, l'individuel et le domicile semblent primordiaux « ce serait plus individuel, 1 à 2 séances au

domicile, pour voir vraiment ce qui est difficile pour eux, voir leur façon de vivre, l'environnement » et E5 ne fait que des séances individuelles « je fais que de l'individuel ». Cependant, E1 pense que les séances en groupes ont leur importance, « on a notre place dans le fait de pouvoir les mettre en groupe », évoque des bénéfices « le bénéfice du groupe c'est de pouvoir amener de l'information, un espace de parole et peut-être les aider à trouver des solutions entre eux, échanger sur des vécus et des difficultés communes » à la manière d'un café des aidants « le premier café-parents, c'était vraiment de se dire on échange autour du TDAH », E3 aussi « ce qu'on appelait en santé mentale la pairémulation, qu'ils puissent être en contact avec des parents qui vivent la même chose » et pour E5 qui ne fait pas de séances de groupes, trouve que c'est aussi important « ça permet aux parents de sortir d'un isolement, de pas avoir l'impression d'être les seuls et en termes de culpabilité... » et ajoute « je pense que le groupe est un outil bénéfique qui est à développer ».

3. Agir sur l'équilibre occupationnel

3.1. Outils

E1, E2 et E4 n'utilisent pas d'outil spécifique, cependant E1 aborde le sujet lors d'un entretien et se sert de la MCRO qu'elle fait passer aux deux parents « c'est intéressant de voir la différence entre le papa et la maman, le vécu et le ressenti d'une difficulté de performance et puis d'équilibre parce qu'ils n'ont pas tous les mêmes répartitions de tâches ». Pour E2, elle évoque le fait que « l'équilibre occupationnel, c'est vraiment un domaine qui est propre à soi-même » mais au fil des échanges elle ajoute « en fait pour agir sur l'équilibre occupationnel, j'ai proposé à un parent [...] de faire un Kawa ». E3 dit ne pas en utiliser non plus mais serait prête à utiliser l'ELADEB qu'elle utilisait quand elle travaillait en santé mentale « l'ELADEB, ce n'est pas exactement l'équilibre occupationnel, ça permet d'aller un petit peu plus loin. [...] avec des dimensions (travail, famille, loisirs...), la personne va devoir estimer est-ce important, pas très et après pouvoir autodéterminer, une intervention ou pas sur cette dimension », elle utilise aussi comme E1, la MCRO ou le MOHOST « si observations à domicile ». Elle évoque aussi le questionnaire WEMWBS « un auto-questionnaire pour se faire une idée de l'humeur de la personne, peut être utile pour faciliter le repérage des parents fragiles » elle pense aussi au questionnaire de qualité de vie (S-QoL 18) « l'avantage c'est que la dimension de soutien familial est mentionnée », selon elle il y aurait aussi 3 autres outils, tels que « la liste des rôles pour aborder le sujet de la parentalité » ainsi que « éventuellement l'OCAIRS », un outil

d'évaluation issu du MOH qui comporte une grille de cotation mettant en évidence les forces et les difficultés évoquées par la personne au sujet de sa participation occupationnelle lors d'un entretien et « *l'OQ si besoin de revoir l'organisation de la journée, pour faciliter l'équilibre occupationnel* ». Les formations de ces différents outils se sont faites lors d'une formation complémentaire après leur diplôme (Formation comprendre, diagnostiquer et traiter le burnout parental pour E4 et E5, quant à E1 c'était la formation sur la MCRO), seule, E2 pour le modèle Kawa s'est formée au cours de sa formation initiale et a complété ses connaissances « *j'ai le bouquin des modèles, j'avais dû me replonger dedans* ».

3.2. Balance des risques et des ressources (BR₂©)

E3 et E5 évoquent la BR₂© issue de la formation sur le burnout parental « *plein d'éléments du quotidien qui peuvent être soit une ressource, soit qui peuvent peser, les gens ont plus qu'à mettre sur une petite balance* » d'après E5, mais elle la complète comme pour E3 « *par l'équilibre de vie* » et par « *un entretien, j'identifie les problématiques prioritaires* ». « *C'est un équilibre que la personne doit trouver entre ses ressources et ses stressors, dans ce cas la parentalité sera épanouie, si les stressors sont plus importants, il y a alors un déséquilibre. L'intérêt de la prise en charge en ergothérapie sera de rééquilibrer cette balance* » selon E4 qui rajoute que « *c'est intéressant de faire le test au début de la prise en charge puis au cours et en fin de prise en charge pour que le patient se rende compte de l'évolution de sa balance, c'est un outil de travail pour l'ergo. Et puis, un moyen pour le parent de se rendre compte, que ça bouge et dans le bon sens* ».

3.3. Rétablissement de l'équilibre occupationnel : techniques possibles

E1	E2	E4	E5
- Utilise les grilles de la MCRO	- Modèle de Kawa - Collaboration parent-enfant - Importance des pauses thérapeutiques - Travail sur eux-mêmes « Enfin, c'est un travail sur eux-mêmes et en lien avec le suivi psychologique dont on parlait tout à l'heure. C'est que déjà si on ne se rend pas compte qu'on est sous l'eau ou si on s'en rend compte, mais que on ne sait pas quoi faire en fait ». - Orientation vers d'autres professionnels « ça va être proposer des réorientations, enfin des orientations vers d'autres professionnels »	- Développement du pouvoir d'agir (DPA) « J'utiliserais beaucoup de DPA qui responsabilise le parent dans la prise en charge et, en fait, c'est vraiment adapté à ce qu'il peut faire au moment présent. Ensuite on avance avec lui, en respectant son rythme. Ça c'est très important, ne pas le brusquer, suivre son rythme » « c'est un outil qui permet de situer ce qui est important pour la personne et en utilisant une manière de questionner, on arrive à choisir ce qui convient le mieux pour y arriver en fonction de la personne qui est en face de nous. C'est un outil pour sortir du sentiment d'impuissance ».	- Établir des objectifs « <i>je suis en fait quand même mon processus ergo, j'essaie quand même à chaque fois remettre 3 objectifs. Enfin je pars sur 3 pistes principales</i> » - N'utilise pas le protocole vu lors de la formation car il est trop structuré pour elle. - Prise en charge d'un burnout parental doit être vraiment structurée « (elle) passe par plein d'étapes avec des explications que je trouve vraiment très pertinentes, c'est pouvoir expliquer aux gens ce qu'ils vivent, pourquoi ils en arrivent là » - D'autres outils existent « après il y a plein d'outils, notamment sur des grilles de bienveillance ou amener justement la pleine conscience que je trouve assez compliqué à amener justement au patient. Parce que, quand ils sont en situation d'épuisement, je trouve qu'ils n'en sont pas encore à ce stade de pouvoir se dire : 'Alors je vais y aller en pleine conscience'. Je trouve que quand je les vois, c'est plutôt justement revenir à cet équilibre occupationnel, qu'est-ce qu'on a comme bulles et surtout qu'est-ce qu'on développe comme soutien ? » - Leur apporter des ressources « il faut ramener des ressources par rapport à toutes ces situations problématiques qui ont été identifiées notamment par rapport aux enfants, de pouvoir justement se libérer du temps » - Utilisation d'un tableau semaine type avec des horaires (cf. Annexe H diffusée en accord avec E5) « Et puis c'est vraiment ça qu'on met en place en fait. Par exemple, si c'est dans la semaine ça je reprends un tableau, OK, c'est quoi votre horaire de semaine ? Comment est-ce qu'on peut l'améliorer ? J'essaie de revenir sur des aspects plutôt visuels et palpables pour que les parents puissent avoir des outils comme ça »

Figure 6 : Techniques sur le rétablissement de l'équilibre occupationnel

4. Techniques et méthodes issues de la littérature

4.1. Intervention de type structurée (formation sur le burnout parental)

Seule E5 connaît cette intervention, elle souligne le fait que *« l'ergothérapeute peut quand même agir sur les 5 points [5 principes] »* mais pense que *« elles l'ont fait pour des psychologues »*, cependant en ce qui la concerne *« à aucun moment je me suis dit, il y a quelque chose que je ne vais pas pouvoir utiliser »*. E5 appuie vraiment sur l'importance du rôle de l'ergothérapeute dans ce type de prise en charge en lien avec le principe 1 *« je reprends souvent leurs explications, par rapport au burnout, y a, plus de pression que par rapport à y a quelques années »*, mais aussi en accord avec les principes 2, 3 et 4 sur les facteurs de risques *« l'identification de facteurs se fait à travers l'entretien, les ressources viennent ensuite. Je fais un lien avec leurs occupations, avec l'environnement et puis par rapport à leur stress »*.

E1, E2 et E3 ne connaissant pas cette intervention sont tout de même convaincues de leur efficacité à condition que l'ergothérapeute soit en binôme avec un autre professionnel *« je pense que l'ergothérapeute a sa place avec un psychologue »* (E1), *« l'idéal : ergo/neuropsych, neuropsych/psy et psy/ergo »* (E2); *« ça serait tout à fait adapté que des ergothérapeutes puissent, peut-être pas sur tous les groupes et sur des thèmes très spécifiques »* (E3).

4.2. Programmes d'entraînement aux habiletés parentales (PEHP)

E1, E2 et E3 approuvent la place de l'ergothérapeute dans les PEHP pour ces parents en burnout mais regrettent que dans leur région respective (pour E1 et E3), ce sont les psychomotriciens (E1) et les psychologues (E3) qui ont cette place.

E1 ayant fait la formation COG-FUN pense que cette dernière devrait être associée à un groupe Barkley afin d'être davantage efficace pour les parents *« le groupe Barkley peut être intéressant pour certaines familles, il n'est pas incompatible du tout avec une méthode COG-FUN, il faudrait associer les 2 »*. En revanche E5, explique pourquoi elle pense que ce n'est pas adapté lorsque le parent est déjà en burnout parental *« je le mettrai en prévention du burnout. Parce que si un parent est déjà en burnout, il n'aura jamais l'énergie d'aller faire un groupe de parents pour son enfant »*, elle réexplique *« un parent qui est en situation de burnout a vraiment besoin d'un soutien pour lui-même. Il aurait fallu le faire en prévention ou après avoir déjà mis un peu de ressources »*.

4.3. « Confident parent », le sentiment de compétence parentale

Toutes les ergothérapeutes interrogées sont unanimes sur le fait que l'ergothérapeute a toute sa place dans ce type d'intervention. E1 explique que *« c'est un des principes de COG-FUN de travailler sur ces sentiments »* E2, malgré qu'elle ne connaisse pas, voit en quoi cela consiste et son importance *« je pense que ces parents ont besoin d'augmenter leur confiance en eux »*, E3 et E4 en ont entendu parler et pensent que *« ça peut être vraiment intéressant parce que ça permet aussi aux parents de retrouver ce sentiment d'être »* (E3) et E5 fait le lien avec la pleine conscience et dit que cela devrait être proposé à tous les parents *« ça va dans le sens d'une pleine conscience ou de prendre confiance. Je trouverais génial de faire ça bien avant. Voilà génial que ce soit proposé à tous les parents »*.

4.4. Les stratégies de coping

Quant aux stratégies de coping (centrées sur le problème ou sur les émotions), les avis sont assez partagés. E3 ne connaît pas spécialement *« j'en ai entendu parler, je ne pense pas que c'était sur ça, mais pour tout ce qui était apprentissage pour certaines problématiques »* et E5 explique que selon elle, ça devrait venir dans un second temps *« le coping [centré sur le problème] c'est soit on essaie de changer d'individu pour qu'il réagisse différemment à ce qui se présente, mais il faut une sacrée énergie pour le faire et les parents en n'ont souvent pas quand ils sont en burnout »*, elle ajoute aussi que sa priorité à elle et d'aller modifier son environnement en premier *« ce que j'essaie de faire en priorité c'est changer l'environnement : modifier les événements de la journée, changer l'environnement autour de la personne, son réseau, ses ressources »*. E1 ne connaît pas assez mais pense tout de même que cela peut être un bon moyen *« c'est un moyen comme un autre, qui peut être ajouté à la petite boîte à outils »* et E2 et E3 sont d'accord sans donner plus d'informations.

4.5. La guidance parentale

Les cinq ergothérapeutes sont encore unanimes sur ce type d'intervention, elles disent toutes que c'est *« le cœur de notre métier d'ergothérapeute ! on en fait tous les jours, pas de doute »* (E4), *« alors ça plein pot ! On en fait partie je trouve »* (E1), *« on en fait pas mal, je pense au quotidien. La guidance parentale, c'est assez facile, on a le parent sous la main »* (E2), *« oui, c'est très intéressant à avoir dans sa caisse à outils pour pouvoir proposer des choses en termes de ressources, de pouvoir amener des éléments de guidance parentale comme moyen »*

de ressources » (E5), « oui, c'est un peu compliqué, pas trop dire ce qu'il faut faire, ce qu'il ne faut pas faire » (E3).

4.6. Les programmes d'éducation thérapeutique du patient

Pour E5, ces programmes sont bien à proposer mais soit en amont du burnout parental soit bien après « oui, je trouve que c'est génial, mais soit bien avant, soit bien après. On ne peut pas proposer ça à un parent épuisé », E1 explique qu'en libéral c'est difficile « en libéral, je trouve que c'est compliqué à mettre en place et puis je ne suis pas formée » mais que malgré, qu'elle ne puisse pas appeler ça ETP « en libéral, on ne va pas se limiter parce qu'on ne peut pas l'appeler programme ETP. On va faire du groupe quand même parce qu'on voit l'intérêt de ces moments d'échanges, de liens et de faire vraiment un suivi très spécifique » mais aussi, elle explique qu'elle le ferait en binôme « on aimerait bien faire en binôme, avec des collègues psychologues ». Quant à E2 et E3, elles ont été formées à l'école.

4.7. Les dual focused groups

Toutes les ergothérapeutes ne connaissent pas mais elles s'accordent à dire que l'ergothérapeute aurait sa place surtout dans la prévention « selon les objectifs visés » (E1), « c'est ludique donc ça marche bien auprès des enfants et puis c'est avec les enfants et avec des parents », « c'est préscolaire, ça permet aussi aux parents de se faire un réseau de parents. Il y a plein de bénéfices, c'est pas mal du tout », et ajoute « les ergothérapeutes ont un rôle très clair car le jeu c'est l'occupation principale de l'enfant », et enfin pour terminer, que l'ergothérapeute pourrait être en binôme « mais pas tout seul, avec des éducateurs de jeunes enfants, les psychomot, parce que parfois des enfants qui ont un TDAH ont des difficultés motrices » (E2). E3 ajoute « ça doit être très pertinent oui » et pour finir E4 « oui pourquoi pas mais je ne connais pas, ça me rend curieuse, c'est intéressant ».

Ensuite, d'autres interventions s'ajoutent à la suite des entretiens.

5. Interventions proposées

L'intervention **COG-FUN** pour E1 qui a été formée « le modèle COG-FUN, plutôt centré sur le sentiment d'efficacité parentale, pour améliorer la performance de l'enfant au quotidien, mais forcément se cache une meilleure qualité de vie une meilleure satisfaction pour tout le monde et une réduction des comportements problématiques ». A cela s'ajoute la **BRIEF** « une

évaluation des comportements exécutifs dans les milieux scolaire et/ou familial chez les enfants et ados de 5 à 18 ans » réalisée lors d'un « entretien initial avec la famille ».

E2 propose également d'ajouter aux interventions présentées, les **camps CO-OP** « *voilà avec plusieurs enfants qui ont à peu près les mêmes objectifs, ils partent ensemble une semaine. Ça permettrait de libérer du temps pour les parents pour se retrouver entre eux ou alors avoir une semaine de pause. Et pour les enfants, travailler sur des objectifs ensemble : éducation thérapeutique, objectifs fonctionnels, gestion émotionnelle. Le rôle de l'ergothérapeute en camp serait vraiment hyper intéressant* ».

E2 pense également qu'il faille travailler sur la **gestion émotionnelle des enfants** et que cela pourrait avoir un impact positif sur le bien-être respectif « *on écoute les parents parce qu'ils ont des choses à dire sur leur enfant, mais l'inverse, ce serait bien aussi parce que les enfants ont aussi un rôle à jouer là-dedans et que les 2 peuvent travailler à leur niveau pour que le quotidien se déroule mieux* ».

E3 propose la **psychoéducation** destinée aux parents épuisés pour les aider à comprendre leur enfant et, ainsi, éviter qu'ils soient touchés par le burnout « *ça permettrait de mieux comprendre et d'adapter plutôt en amont et de pouvoir aussi discuter avec eux directement quel principe éducatif ils veulent absolument maintenir et trouver un juste milieu pour s'adapter au jeune, ça pourrait soulager pas mal de parents* ».

6. Utilisation d'un modèle conceptuel

Aucune d'entre-elles n'utilise le MOH dans leur pratique actuelle, même si elles le connaissent du fait de leur formation initiale. Seule E3 aurait plus tendance à utiliser les outils issus du MOH, ceux qui se basent sur l'équilibre occupationnel tels que « *tous les outils (du MOH) peuvent être intéressants, se basant essentiellement sur l'équilibre occupationnel : la liste des rôles pour aborder le sujet de la parentalité, le MOHOST si observations à domicile, éventuellement l'OCAIRS et l'Occupational Questionnaire si besoin de revoir l'organisation de la journée* ». E5 utilise le PEO « *j'utilise le PEO pour faire plus comprendre aux personnes, ce qu'est le burnout, ce qu'il implique* ». E4 n'a reçu aucune formation sur les modèles, E1 et E2 utilisent la MCRO « *j'utilise cette grille MCRO de temps en temps* » (E1) ; « *je parle pas mal du Kawa. Et avec les autres professionnels, j'emploie plutôt du vocabulaire de la CIF* » (E2).

Discussion

1. Confrontation des résultats avec la revue de littérature

L'objectif principal de cette étude cherche à comprendre si les ergothérapeutes détectent facilement les parents en burnout parental lorsqu'ils amènent leur enfant en séance ergothérapique. Elle cherche à savoir si des outils, des interventions et un modèle conceptuel sont utilisés pour agir sur le déséquilibre occupationnel. De plus, elle tente de vérifier si les approches existantes liées au champ de l'ergothérapie sont appropriées par les ergothérapeutes. Les résultats issus des entretiens montrent des différences de pratique entre les ergothérapeutes exerçant en France et en Suisse mais aussi selon que l'ergothérapeute possède des connaissances sur le burnout parental ou ait réalisé la formation spécifique à ce sujet.

1.1. Résumé des principaux résultats

1.1.1. Ergothérapie et dépistage des parents

Bien que dans la littérature le burnout parental est un enjeu de santé publique, la recherche dessus est très en retard. Trop peu de parents sont suivis en ergothérapie dans le cadre de leur burnout parental en France. Cela s'explique par plusieurs freins : les parents pensent en premier à la santé de leur enfant, ils manquent de temps pour eux, financièrement les séances chez l'ergothérapeute ont un coût et, pour terminer le rôle de l'ergothérapeute dans la gestion du burnout parental n'est pas suffisamment identifié dans le parcours de soins français. En effet, en Suisse les parents en burnout parental sont orientés par les pédiatres de leur enfant ou par leur psychiatre vers les ergothérapeutes afin qu'ils puissent bénéficier d'un suivi pour leur santé mentale. De plus, les séances sont remboursées par l'assurance maladie obligatoire (Vivier & Brunois, 2017).

Quant au dépistage de ces parents, 2 outils se retrouvent dans la littérature : le PBI et le PBA, mais seul l'outil PBA, un questionnaire pratique, en ligne permet un résultat instantané pour le parent et aussi pour l'ergothérapeute. Cependant, il est complété par le BAT sur le burnout professionnel. Il permet d'obtenir une échelle visuelle (Schaufeli et al., 2020) (Annexe I). Les études conseillent de réaliser un entretien semi-directif en plus de ces 2 questionnaires afin de contextualiser la souffrance du parent (Roskam et al., 2018). Cet entretien est bien réalisé lors du suivi en ergothérapie.

Concernant l'accompagnement des parents, la littérature mentionne le suivi psychologique du parent qui se réalise en individuel auprès de psychologues, mais elle aborde aussi les groupes de parents dont les bénéfices sont nombreux. Dans la réalité, les ergothérapeutes ont des suivis principalement sous forme de séances individuelles dans un premier temps, ceci afin d'identifier leurs besoins et attentes. Mais il serait préférable de les compléter avec des séances de groupes dans le but que le parent puisse se rendre compte qu'il n'est pas seul à en souffrir et qu'il peut par la libération de la parole et de la culpabilité échanger et s'enrichir de conseils auprès d'autres parents.

1.1.2. Equilibre occupationnel

La littérature mentionne plusieurs outils, issus du MOH, mis à disposition pour l'ergothérapeute et un outil très spécifique au burnout parental. Ils sont retrouvés dans la pratique des ergothérapeutes : les outils du MOH tels que la liste des rôles, le MOHOST, l'OCAIRS et l'OQ et des outils spécifiques à la santé mentale en général sont aussi utilisés. Il s'agit de l'ELADEB et la WEMWBS. De même, l'outil spécifique au burnout parental, la BR2© accompagnée d'un entretien qui permet d'identifier les problématiques principales prioritaires est aussi mise en pratique. D'autres outils pas forcément spécifiques au champ de la santé mentale sont retrouvés, il s'agit de la MCRO, du Kawa et de l'inventaire de l'équilibre de vie (Annexe J).

1.1.3. MOH

Ce modèle conceptuel qui permet une approche holistique de la personne et selon la littérature très utilisé par les ergothérapeutes car centré sur l'occupation et le client. Même si, selon Kielhofner (2008), il permet à l'ergothérapeute d'aider la personne à retrouver un équilibre dans les différentes sphères de sa vie quotidienne, est peu investi par les ergothérapeutes. Certes ils utilisent les outils qui en découlent comme abordé précédemment mais leur pratique ne se base pas sur le MOH, elle l'est plus sur la MCRO.

1.1.4. Interventions dans le champ de l'ergothérapie

De nombreuses interventions en adéquation avec le champ de l'ergothérapie sont ressorties dans la littérature, certaines restent très mises en pratique par les ergothérapeutes. Cependant, il est judicieux qu'elles puissent être proposées en prévention de l'apparition du burnout parental.

Comme la **guidance parentale** qui reste simple à mettre en place au quotidien et en même temps elle peut parfois être délicate à proposer. En effet, certains parents peuvent penser que l'ergothérapeute va leur proposer une recette miracle ou au contraire, certains vont se demander pour quelle raison il lui propose des choses à mettre en place, à tester en se disant que c'est eux-mêmes les experts de leur enfant. Il faut qu'une relation de confiance soit établie afin que les parents puissent être à l'écoute. C'est un bon moyen d'apport de ressources pour rétablir la balance du parent en burnout.

Ensuite, la notion de **psychoéducation** vient s'ajouter et compléter la guidance parentale. Son objectif est d'accompagner les parents à découvrir « le mode d'emploi » de leur enfant avec un TDAH. Elle permet d'enlever de la culpabilité au parent en lui apprenant à lâcher prise à certains moments clés de la journée, leur apporte une bonne connaissance du trouble ainsi que de son retentissement dans les différents domaines de la vie de l'enfant (Gramond et al., 2016). Donc le parent qui connaît davantage le trouble de son enfant (l'impact de l'hyperactivité, son besoin de bouger, ses moments de concentration en baisse etc.), sera plus en mesure de prendre soin de lui-même. Les méta-analyses récentes mettent en évidence l'efficacité de la psychoéducation familiale dans plusieurs domaines de santé mentale (Bonsack et al., 2015).

A cela s'ajoute, une meilleure **gestion émotionnelle** des enfants. Est-ce que cela entre dans les **programmes d'entraînement des compétences émotionnelles** dont l'objectif est l'amélioration des performances académiques ou de réduction des comportements antisociaux (Gentaz, 2017) ? Cependant, il n'y a eu que peu d'études réalisées sur l'enfant « typique » et dans aucun pays francophone (Sprung et al., 2015).

Également et toujours en prévention, les **PEHP**, les **programmes d'ETP** et la méthode **COG-FUN** sont citées mais difficiles à mettre en place pour les ergothérapeutes en libéral même si leur efficacité est reconnue et la place de l'ergothérapeute pour animer ces groupes en binôme est indispensable.

Ensuite, deux interventions issues de la formation sur le burnout parental semblent également intéressantes à proposer : **l'intervention de type structurée** et celle axée sur le **sentiment de compétence parentale**. La première, bien que pas encore mise en place peut quand même être utilisée par l'ergothérapeute. La deuxième intervention fait partie des

principes de COG-FUN, avec pour objectif la réduction du burnout parental. En effet, elle vise à améliorer l'apprentissage de stratégies cognitives sur le fonctionnement de l'enfant dans son quotidien à travers une psychoéducation parentale. Ce qui engendre une meilleure qualité de vie pour tous. Grâce à ces stratégies apprises, le parent et l'enfant pourront les généraliser à la maison, cela permet un changement d'attitude et de posture du parent en apportant un discours positif.

Puis, les **camps CO-OP** ont été abordés afin de libérer du temps pour les parents mais cela reste à voir si l'ergothérapeute en libéral peut en proposer et y participer ? Cependant, il est certain que l'ergothérapeute ait un rôle important à jouer dans ces camps pour enfants avec un TDAH.

En ce qui concerne les **stratégies de coping**, l'ergothérapeute joue un rôle important également. Mais ces stratégies sont un peu moins connues et l'avis est plus mitigé. Ainsi, cela serait à proposer dans un deuxième temps lorsque le parent a suffisamment récupéré de ressources et d'énergie et après avoir essayé de modifier son environnement en lui apportant des aides dans le quotidien.

Pour terminer, les **dual focused groups** qui ne sont pas connus car absents en France paraissent intéressants à mettre en place étant donné qu'ils interviennent en âge préscolaire mais seraient à proposer à tout parent. Ces groupes constitueraient un levier de prévention de l'épuisement parental.

2. Intérêts, limites et perspectives de cette étude

2.1. Intérêts de l'étude

L'étude aborde un sujet peu exploré, tel que le rôle de l'ergothérapie auprès de parents en burnout parental. Elle apporte certains éléments dans la littérature existante et permet de penser à de futures recherches dans ce domaine. Elle compare les pratiques entre la France et la Suisse, ce qui permet de voir des différences significatives dans les systèmes de soins de chaque pays. De plus, les résultats suisses montrent des pistes à suivre pour une meilleure prise en charge et de reconnaissance de l'ergothérapie en France sur le burnout parental.

L'étude propose également des interventions concrètes et pratiques que les ergothérapeutes peuvent s'approprier. Ces interventions peuvent être mises en œuvre pour

améliorer l'accompagnement des parents en burnout parental. De plus, en appuyant sur le rôle potentiel mais pas assez reconnu des ergothérapeutes dans la gestion du burnout parental, l'étude peut aider à sensibiliser les professionnels de santé et les parents de l'importance de cette discipline dans le parcours de soins.

2.2. Limites de cette étude

En ce qui concerne les limites de cette étude, son caractère qualitatif, basé sur l'analyse d'entretiens limite la généralisation des résultats.

De plus, les ergothérapeutes sélectionnées peuvent l'avoir été en raison de leur intérêt pour ce domaine, ce qui introduit alors un biais de sélection. De même qu'une comparaison entre les pratiques professionnelles de deux pays différents peut être biaisée ; en effet, il existe des différences liées à l'institution et à la culture entre la France et la Suisse. Ces différences peuvent donc influencer les pratiques professionnelles des ergothérapeutes ainsi que les attitudes des parents envers leur prise en charge thérapeutique.

De même que les 2 ergothérapeutes exerçant en Suisse ont toutes les deux été formées au diagnostic, à la compréhension et au traitement du burnout parental cela peut également engendrer un biais de sélection. En effet cette formation peut exagérer les différences entre les pratiques en France et en Suisse qui peuvent être attribuées en partie à la formation reçue plutôt qu'à des facteurs institutionnels ou culturels.

2.3. Enjeux et perspectives pour la poursuite de l'étude

Il serait pertinent de développer des programmes de formation pour les étudiants en ergothérapie et les ergothérapeutes afin de les sensibiliser et de les former spécifiquement au burnout parental. Cela pourrait améliorer la qualité et l'efficacité des interventions. Pour ce faire, il serait préférable d'ajouter des modules sur le burnout parental dans la formation initiale des étudiants ainsi que de proposer une formation continue pour les ergothérapeutes déjà en poste.

Cette étude s'est intéressée uniquement aux ergothérapeutes qui exercent en ambulatoire. Il serait alors judicieux de l'élargir à ceux qui travaillent dans d'autres contextes

tels que les structures de santé mentale afin de mieux comprendre et diversifier les connaissances, les expériences et les interventions réalisées ailleurs.

Une nouvelle question de recherche pourrait être : **quelles sont les interventions mises en place par les ergothérapeutes qui travaillent dans d'autres contextes de pratique sur la gestion du burnout parental ? Comment cette diversité peut-elle enrichir les approches de prise en charge du burnout parental dans la pratique en ergothérapie ?**

Conclusion

Cette étude met en évidence les défis auxquels sont confrontés les parents en situation de burnout parental dans le contexte du trouble déficit de l'attention avec hyperactivité de leur enfant. Elle ajoute aussi le manque actuel d'ergothérapeutes formés pour ce type de suivi thérapeutique bien que la place de l'ergothérapie dans l'accompagnement des parents en burnout parental soit primordiale et indispensable quand elle est associée à d'autres professionnels. Les résultats soulignent la nécessité d'une meilleure sensibilisation et formation des ergothérapeutes au burnout parental, ainsi que l'importance de développer des interventions adaptées pour soutenir ces parents. En outre, il est important d'identifier les outils et approches les plus efficaces pour évaluer et intervenir sur l'équilibre occupationnel des parents en situation de burnout parental.

Ces conclusions appellent à d'importants efforts afin d'intégrer au mieux le soutien des parents en burnout parental dans les pratiques professionnelles en ergothérapie. Tout cela dans le but d'améliorer la santé, le bien-être et les relations au sein des familles affectées par ce trouble.

Bibliographie

- Abidin, R. R. (1982). Parenting stress and the utilization of pediatric services. *Children's Health Care*, 11(2), 70-73. https://doi.org/10.1207/s15326888chc1102_5
- AEDE, C. (2015). Définition de l'enfant. Dans : , C. AEDE, En avant pour les droits de l'enfant (pp. 93-102). Toulouse: Érès.
- American Psychiatric Association. (2023). DSM-5-TR : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (BU Lyon Sud WM 141; 5e édition révisée.). Elsevier Masson.
- Anclair, M., Hjärthag, F., & Hiltunen, A. J. (2017). Cognitive Behavioural Therapy and Mindfulness for Health-Related Quality of Life : Comparing Treatments for Parents of Children with Chronic Conditions - A Pilot Feasibility study. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 13(1), 1-9. <https://doi.org/10.2174/1745017901713010001>
- Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'État d'ergothérapeute (BO Santé – Protection sociale – Solidarité no 2010/7 du 15 août 2010, Page 163.)
- Backman. (2004). Équilibre occupationnel : Explorer les liens entre les occupations quotidiennes et leur influence sur le bien-être. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 71(4), 209. <https://doi.org/10.1177/000841740407100405>
- Bastawrous, M. (2013). Caregiver burden? A critical discussion. *International Journal of Nursing Studies*, 50(3), 431-441. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.10.005>
- Befera, M. S., & Barkley, R. A. (1985). Hyperactive and normal girls and boys: mother-child interaction, parent psychiatric status and child psychopathology. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 26(3), 439-452. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1985.tb01945.x>
- Beheshtipour, N., Nasirpour, P., Yektatalab, S., Karimi, M., & Zare, N. (2016). The Effect of Educational-Spiritual Intervention on The Burnout of The Parents of School Age Children with Cancer: A Randomized Controlled Clinical Trial. *International journal of community based nursing and midwifery*, 4(1), 90-97.

- Bilgin, S., & Gözümlü, S. (2009). Reducing burnout in Mothers with an intellectually Disabled Child: an Education programme. *Journal of Advanced Nursing*, 65(12), 2552-5261. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05163.x>
- Bodenmann, G., Cina, A., Ledermann, T., & Sanders, M. R. (2008). The Efficacy of the Triple P-Positive Parenting Program in improving parenting and child behavior: A comparison with two other treatment conditions. *Behaviour Research and Therapy*, 46(4), 411-427. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2008.01.001>
- Bouteyre, É., & Cyr, L. (2022). La surcharge parentale émotionnelle dans le cadre du handicap chronique de l'enfant : une évaluation à créer. *Contraste*, N° 56(2), 35-51. <https://doi.org/10.3917/cont.056.0035>
- Chawki, L., & Cappe, É. (2022). Surcharge parentale et stratégies de coping chez les parents d'enfants autistes. *Contraste*, N° 56(2), 113-128. <https://doi.org/10.3917/cont.056.0113>
- Claude, G. (2019, November 15). Retranscription d'un entretien : méthodologie, conseils et exemple. Scribbr. <https://www.scribbr.fr/methodologie/retranscription-entretien/>
- Cohen, C. P. (1989). United Nations: Convention on the Rights of the Child. *International Legal Materials*, 28(6), 1448-1476. <https://doi.org/10.1017/s0020782900017228>
- Cousins, R., Davies, A. D. M., Turnbull, C., & Playfer, J. (2002). Assessing Caregiving Distress : A conceptual analysis and a Brief scale. *British Journal of Clinical Psychology*, 41(4), 387-403. <https://doi.org/10.1348/014466502760387506>
- Cronin, A. (2004). Mothering a child with hidden impairments. *American Journal of Occupational Therapy*, 58(1), 83-92. <https://doi.org/10.5014/ajot.58.1.83>
- Décret n° 2017-884 du 9 mai 2017 modifiant certaines dispositions réglementaires relatives aux recherches impliquant la personne humaine - Légifrance. (2017, May 11). Retrieved May 3, 2024, from <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000034634217>
- Duband, V. (2019). *Parents épuisés : Stop à la surenchère émotionnelle et éducative pour éviter le burnout parental*. Editions Eyrolles.

- Duband, V. (2021). Le burn-out des parents ayant un enfant au développement atypique. *Soins Pédiatrie/Puériculture*, 42(323 (2021)), 41–43
- Faraone, S. V., Banaschewski, T., Coghill, D., Zheng, Y., Biederman, J., Bellgrove, M. A., Newcorn, J. H., Gignac, M., Saud, N. M. A., Manor, I., Rohde, L. A., Yang, L., Cortese, S., Almagor, D., Stein, M. A., Albatti, T. H., Al-Joudi, H. F., Alqahtani, M. M. J., Asherson, P., . . . Wang, Y. (2021). The World Federation of ADHD International Consensus Statement: 208 Evidence-based Conclusions about the disorder. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 128, 789-818. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.01.022>
- Freudenberger, H. J. (1974). Staff burn-out. *Journal of social issues*, 30(1), 159-165.
- Gentaz, É. (2017). Compétences émotionnelles chez l'enfant: Comment les développer ? *Les Cahiers Dynamiques*, 71, 24-32. <https://doi.org/10.3917/lcd.071.0024>
- Gleis, N. (2017). Chapitre 5. Le décours temporel du burn-out parental : le processus, les phases et le moteur. In De Boeck Supérieur eBooks (pp. 77–95). <https://doi.org/10.3917/dbu.roska.2017.01.0077>
- Gökçen, C., Coşkun, Ş., & Kütük, M. Ö. (2018). Comparison of depression and burnout levels of mothers of children with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder before and after treatment. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 28(5), 350-353. <https://doi.org/10.1089/cap.2017.0050>
- Gramond, A., Rebattel, M. & Jourdain, M. (2016). Séance 2 : psychoéducation du TDA/H. Dans : , A. Gramond, M. Rebattel & M. Jourdain (Dir), *Troubles de l'attention, hyperactivité. Prise en charge du TDA/H chez l'enfant: Le programme hyper MCBT par séance* (pp. 269-282). Cachan: Lavoisier.
- Gray, P. H., Edwards, D. M., O'Callaghan, M., & Cuskelly, M. (2012). Parenting stress in mothers of preterm infants during early infancy. *Early Human Development*, 88(1), 45-49. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2011.06.014>
- Guillier, E. (2022). Quand la parentalité devient une souffrance : comprendre la puissance du burn out parental. *Contraste*, N° 56(2), 53-70. <https://doi.org/10.3917/cont.056.0053>

- Hartman, R. R., Stage, S. A., & Webster-Stratton, C. (2003). A growth curve analysis of parent training outcomes: examining the influence of child risk factors (inattention, impulsivity, and hyperactivity problems), parental and family risk factors. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44(3), 388-398. <https://doi.org/10.1111/1469-7610.00129>
- Haute Autorité de Santé. (2014). Conduite à tenir en médecine de premier recours devant un enfant ou un adolescent susceptible d'avoir un trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité Méthode Recommandations pour la pratique clinique. Dans *Haute Autorité de Santé*. Consulté le 1 décembre 2023, à l'adresse https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-02/tdah_synthese.pdf
- Haute Autorité de la Santé. (2021). Note de cadrage Trouble du neurodéveloppement/ TDAH : Diagnostic et prise en charge des enfants et adolescents. Dans *Haute Autorité de la Santé*. Consulté le 1 décembre 2023, à l'adresse https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-11/premel_reco432_tdah_enfant_cadrage.pdf
- Hernandez, H. R. (2010). L'ergothérapie, une profession de réadaptation. *Journal de Réadaptation Médicale : Pratique et Formation en Médecine Physique et de Réadaptation*, 30(4), 194-197. <https://doi.org/10.1016/j.jrm.2010.10.003>
- Hooft, I. V., & Norberg, A. L. (2010). SMART cognitive training combined with a parental coaching programme for three children treated for medulloblastoma. *NeuroRehabilitation*, 26(2), 105-113. <https://doi.org/10.3233/nre-2010-0541>
- Kielhofner, G. (2008). *Model of human occupation: Theory and Application*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Kohut, K. S., & Andrews, J. J. W. (2004). The Efficacy of Parent Training Programs for ADHD Children: A Fifteen-Year Review. *Developmental Disabilities Bulletin*, 32(2), 155-172. <https://files.eric.ed.gov/fulltext/EJ848196.pdf>
- Lazarus, R. S., PhD, & Folkman, S., PhD. (1984). Chapter 2: Cognitive Appraisal Processes. In *Stress, appraisal, and coping*. Springer Publishing Company.

- Lecendreux, M., Konofal, É., & Faraone, S. V. (2010). Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder and associated features among children in France. *Journal of Attention Disorders*, 15(6), 516-524. <https://doi.org/10.1177/1087054710372491>
- Lidec, O. L., Michelon, C., Vernhet, C., & Baghdadli, A. (2023). Impact d'un programme d'éducation thérapeutique du patient sur la qualité de vie d'enfants avec TDAH et celle de leurs parents. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 71(7), 356-363. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2023.07.004>
- Lindström, C., Åman, J., Anderzén-Carlsson, A., & Norberg, A. L. (2015). Group intervention for burnout in parents of chronically ill children - a small-scale study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 30(4), 678-686. <https://doi.org/10.1111/scs.12287>
- Loop, L. (2018). Chapitre 14. La prise en charge individuelle des parents en burn-out : paroles de thérapeutes et de patients... Dans : Isabelle Roskam éd., *Le burn-out parental : Comprendre et prendre en charge* (pp. 229-243). Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.roska.2017.01.0229>
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior*, 2(2), 99-113. <https://doi.org/10.1002/job.4030020205>
- Meyer, S. (1990). *Le processus de l'ergothérapie*.
- Meyer, S. (2013). *De l'activité à la participation*. De Boeck Supérieur.
- Mikolajczak, M., Gross, J. J., & Roskam, I. (2021). Beyond job burnout: parental burnout ! *Trends in Cognitive Sciences*, 25(5), 333-336, from <https://doi.org/10.1016/j.tics.2021.01.012>
- Modèle de l'occupation humaine | 6e édition | CRM OH | ULaval*. (2024, January 11). Centre De Référence Du Modèle De L'occupation Humaine. Retrieved January 16, 2024, from <https://crmoh.ulaval.ca/modele-de-loccupation-humaine/>
- Mouton, B., Loop, L., Stievenart, M. & Roskam, I. (2017). Chapitre 5. Intervention sur le sentiment de compétence parentale. Dans : Isabelle Roskam éd., *La prise en charge des troubles du comportement du jeune enfant : Manuel à l'usage des praticiens* (pp. 135-160). Wavre : Mardaga.

- Needham, M. & Jackson, D. (2016). Le soutien des parents dans les Early childhood dual focused groups anglais et australiens : quelle approche ? *Revue internationale de l'éducation familiale*, 40, 125-141. <https://doi.org/10.3917/rief.040.0125>
- Pelsma, D. M., Roland, B., Tollefson, N., & Wigington, H. (1989). Parent Burnout: Validation of the Maslach Burnout inventory with a sample of mothers. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 22(2), 81-87. <https://doi.org/10.1080/07481756.1989.12022915>
- Pierce, D. (2001). Occupation by design: dimensions, therapeutic power, and creative process. *American Journal of Occupational Therapy*, 55(3), 249-259. <https://doi.org/10.5014/ajot.55.3.249>
- Polanczyk, G., Willcutt, E. G., Salum, G. A., Kieling, C., & Rohde, L. A. (2014). ADHD prevalence estimates across three decades: An updated systematic review and meta-regression analysis. *International Journal of Epidemiology*, 43(2), 434-442. <https://doi.org/10.1093/ije/dyt261>
- Roskam, I., Aguiar, J., Akgün, E., Arıkan, G., Artavia, M., Avalosse, H., Aunola, K., Bader, M., Bahati, C., Barham, E. J., Besson, E., Beyers, W., Boujut, É., Brianda, M. E., Brytek-Matera, A., Carbonneau, N., César, F., Chen, B., Dorard, G., Mikolajczak, M. (2021). Parental burnout around the globe: A 42-Country study. *Affective Science*, 2(1), 58-79. <https://doi.org/10.1007/s42761-020-00028-4>
- Roskam, I., Brianda, M. E., & Mikolajczak, M. (2018). A step forward in the conceptualization and measurement of parental burnout: the Parental Burnout Assessment (PBA). *Frontiers in Psychology*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00758>
- Roskam, I., & Mikolajczak, M. (2018). *Le burn-out parental : Comprendre, diagnostiquer et prendre en charge*. De Boeck Supérieur.
- Roskam, I., Raes, M., & Mikolajczak, M. (2018). Corrigendum: Exhausted Parents: Development and preliminary validation of the Parental Burnout Inventory. *Frontiers in Psychology*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00073>
- Roskam, I., Grosbois, N., Noël, M., & Schelstraete, M. (2017). La prise en charge des troubles du comportement du jeune enfant : manuel à l'usage des praticiens. *Mardaga*.

<http://bibliocissslanaudiere.visard.ca/Record.htm?idlist=1&record=19161966124919891489>

- Roskam, I., Brianda, M. E., & Mikolajczak, M. (2017). Chapitre 16. Les groupes de parole pour parents en burn-out. Dans De Boeck Supérieur eBooks (p. 285-301). <https://doi.org/10.3917/dbu.roska.2017.01.0285>
- Sánchez-Rodríguez, R., Perier, S., Callahan, S., & Séjourné, N. (2019). Revue de la littérature relative au burnout parental. *Canadian Psychology*, 60(2), 77-89. <https://doi.org/10.1037/cap0000168>
- Sauvayre, R. (2021). Chapitre 3. Le guide d'entretien. Dans : R. Sauvayre, *Initiation à l'entretien en sciences sociales : Méthodes, applications pratiques et QCM* (pp. 29-60). Paris : Armand Colin.
- Schaufeli, W. B., 1,2, Desart, S., De Witte, H., 1,3, Research Group Work, Organizational and Personnel Psychology (WOPP), O2L, KU Leuven, 3000 Leuven, Belgium, Department of Social and Organizational Psychology, Utrecht University, 3584 CS Utrecht, The Netherlands, & Optentia Research Focus Area, North-West University, Vanderbijlpark 1900, South Africa. (2020). Burnout Assessment Tool (BAT)—Development, Validity, and Reliability. In *International Journal of Environmental Research and Public Health* (Vol. 17, p. 9495) [Article]. <https://doi.org/10.3390/ijerph17249495>
- Schaufeli, W. B., De Witte, H., & Desart, S. (2019). Handleiding Burnout Assessment Tool (BAT). In KU Leuven & Positran, Intern rapport. KU Leuven, België. <https://burnoutassessmenttool.be/wp-content/uploads/2020/08/BAT-Fran%C3%A7ais-France.pdf>
- Scola, C., & Vigouroux, S. L. (2021). Différences entre burn-out parental, dépression du post-partum et dépression majeure. *Soins. Pédiatrie, puériculture*, 42(323), 22-24. <https://doi.org/10.1016/j.spp.2021.09.005>
- Segal, R. (2000). Adaptive Strategies of mothers with children with attention deficit hyperactivity disorder: enfolding and unfolding occupations. *American Journal of Occupational Therapy*, 54(3), 300–306. <https://doi.org/10.5014/ajot.54.3.300>

- Sodi, T., Kpassagou, B. L., Hatta, O., Ndayizigiye, A., Ndayipfukamiye, J., Tenkue, J. N., Bahati, C., & Sezibera, V. (2020). Parenting and parental burnout in Africa. *New Directions for Child and Adolescent Development*, 2020(174), 101-117. <https://doi.org/10.1002/cad.20386>
- Soins ambulatoires*. (2021, 11 février). Insee.fr. Consulté le 15 janvier 2024, à l'adresse <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1401>
- Sprung, M., Münch, H. M., Harris, P. L., Ebesutani, C., & Hofmann, S. G. (2015). Children's emotion understanding: A meta-analysis of training studies. *Developmental Review*, 37, 41–65. <https://doi.org/10.1016/j.dr.2015.05.001>
- Tétreault, S., Blais-Michaud, S., & Caire, J.-M. (2014). Méthodes de recherche pour explorer ce que l'autre pense, ressent, perçoit. Dans *Guide pratique de recherche en réadaptation* (p. 215-312). De Boeck Supérieur.
- Tuna, A. N. (2017). Chapitre 4. Le diagnostic différentiel : burn-out parental, dépression, dépression post-partum. Comment faire la différence ? In *De Boeck Supérieur eBooks* (pp. 63–76). <https://doi.org/10.3917/dbu.roska.2017.01.0063>
- Turner, K., & Sanders, M. R. (2006). Dissemination of evidence-based parenting and family support strategies: Learning from the Triple P—Positive Parenting Program System Approach. *Aggression and Violent Behavior*, 11(2), 176-193. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2005.07.005>
- Turpin, M., & Iwama, M. K. (2011). Chapter 6: Model of human occupation. In *Using occupational therapy models in practice: A Fieldguide*. (Churchill Livingstone/Elsevier, pp. 137–158).
- Van Campenhoudt, L., Marquet, J., & Quivy, R. (2022). Chapitre 3 : Les entretiens exploratoires. Dans *Manuel de recherche en sciences sociales - 6e éd.* Armand Colin.
- Van't Hooft, I., & Norberg, A. L. (2010). SMART cognitive training combined with a parental coaching programme for three children treated for medulloblastoma. *NeuroRehabilitation*, 26(2), 105–113. <https://doi.org/10.3233/NRE-2010-0541>

- Vivier, L., & Brunois, T. (2017). L'ergothérapie en Suisse. LME, 34. https://anfe.fr/wp-content/uploads/2021/02/Lergotherapie-en-Suisse_Mai-2017_n°34.pdf
- Wong, S. R., & Fisher, G. (2015). Comparing and using Occupation-Focused models. *Occupational Therapy in Health Care*, 29(3), 297-315. <https://doi.org/10.3109/07380577.2015.1010130>
- Zebdi, R., Amalric, H., Viodé, C., & Lignier, B. (2018). Stratégies de coping et sentiment de compétence parentale des parents d'enfants atteints de troubles autistiques. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 66(5), 323-329. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2018.01.008>

Table des annexes

Annexe A : Parental Burnout Assessment (PBA)	I
Annexe B : Processus de l'ergothérapie (Meyer, 1990, p.19)	III
Annexe C : Occupational Questionnaire (OQ)	IV
Annexe D : Balance des risques et des ressources (BR2©)	VII
Annexe E : Courrier électronique envoyé aux ergothérapeutes	XVI
Annexe F : Guide d'entretien	XVII
Annexe G : Grille d'analyse	XX
Annexe H : Formulaire de consentement	XXI
Annexe I : Semaine type	XXIII
Annexe J : Inventaire de l'équilibre de vie	XXVIII

Annexe A : Parental Burnout Assessment (PBA)

Les enfants représentent une source importante d'épanouissement et de joies pour leurs parents. En même temps, ils peuvent également être, pour certains parents, une source d'épuisement (et ceci n'est pas antinomique: l'épanouissement et l'épuisement peuvent coexister ; on peut aimer ses enfants et pourtant se sentir épuisé dans son rôle de parent). Le questionnaire ci-dessous concerne l'épuisement qu'il est possible de ressentir en tant que parent. Choisissez la réponse qui correspond le mieux à ce que vous ressentez personnellement. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Si vous n'avez jamais eu ce sentiment, indiquez : "Jamais". Si vous avez eu ce sentiment, indiquez combien de fois vous le ressentez en cochant parmi les propositions allant de « Quelques fois par mois ou moins » à « Chaque jour », celle qui décrit le mieux à quel point vous vous sentez comme ça.

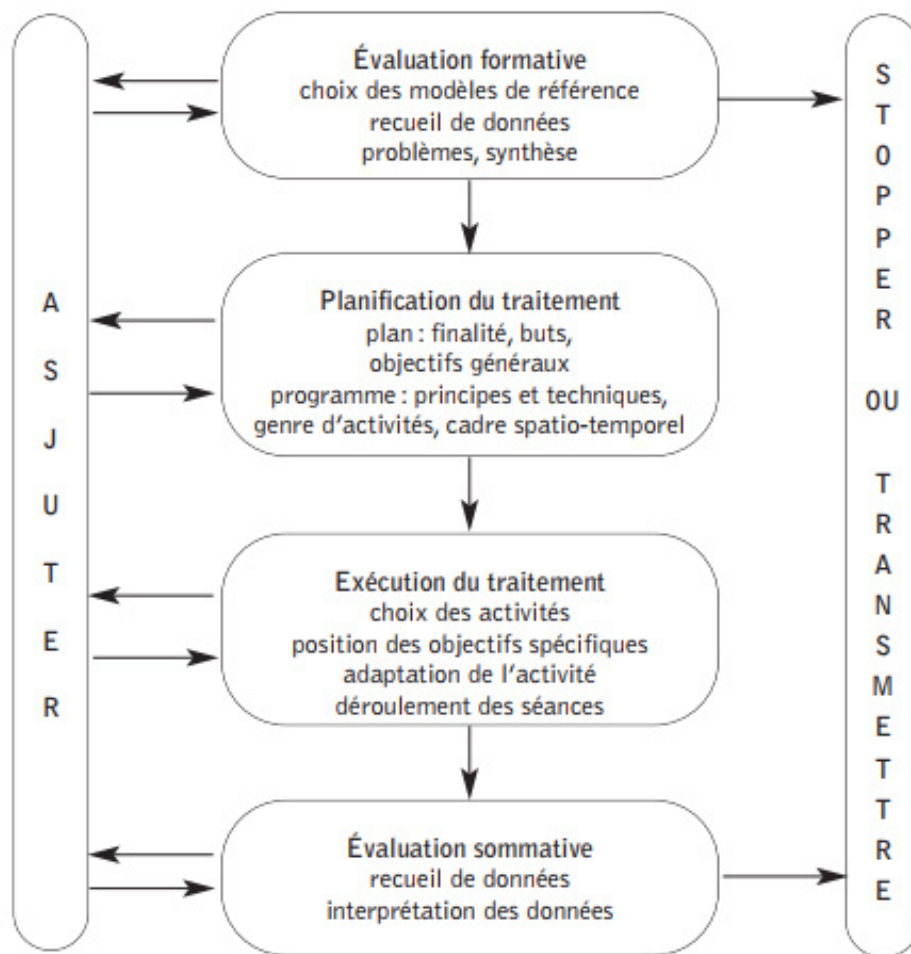
	Jamais	Quelques fois par an ou moins	Une fois par mois ou moins	Quelques fois par mois	Une fois par semaine	Quelques fois par semaine	Chaque jour
Je suis tellement fatigué par mon rôle de parent que j'ai l'impression que dormir ne suffit pas	0	1	2	3	4	5	6
J'ai le sentiment de ne plus me reconnaître en tant que papa/maman	0	1	2	3	4	5	6
J'ai le sentiment d'être à bout de force à cause de mon rôle de parent	0	1	2	3	4	5	6
J'ai zéro énergie pour gérer mes enfants	0	1	2	3	4	5	6
Je pense que je ne suis plus le bon père/la bonne mère que j'ai été pour mes enfants	0	1	2	3	4	5	6
Je n'en peux plus d'être parent	0	1	2	3	4	5	6
En tant que parent, j'ai un sentiment de trop, « trop plein »	0	1	2	3	4	5	6
J'ai parfois l'impression de m'occuper de mes enfants en pilote automatique	0	1	2	3	4	5	6
J'ai le sentiment que je n'en peux vraiment plus en tant que parent	0	1	2	3	4	5	6
Quand je me lève le matin et que j'ai à faire face à une autre journée avec mes enfants, je me sens épuisé(e) d'avance	0	1	2	3	4	5	6
Je ne ressens pas de plaisir à être avec mes enfants	0	1	2	3	4	5	6
Je me sens saturé(e) en tant que parent	0	1	2	3	4	5	6
Je me dis que je ne suis plus le parent que j'ai été	0	1	2	3	4	5	6
Je fais juste ce qu'il faut pour mes enfants mais pas plus	0	1	2	3	4	5	6
Mon rôle de parent épuise toutes mes ressources	0	1	2	3	4	5	6

Pour citer cette échelle : Roskam, I, & Mikolajczak, M. (2018). A step forward in the measurement of parental burn-out : The Parental Burnout Assessment. *Frontiers in Psychology*.

Je ne supporte plus mon rôle de père/mère	0	1	2	3	4	5	6
J'ai honte du parent que je suis devenu	0	1	2	3	4	5	6
Je ne suis plus fier(e) de moi en tant que parent	0	1	2	3	4	5	6
J'ai l'impression que je ne suis plus moi-même quand j'interagis avec mes enfants	0	1	2	3	4	5	6
Je n'arrive plus à montrer à mes enfants combien je les aime	0	1	2	3	4	5	6
Penser à tout ce que je dois faire pour mes enfants m'épuise	0	1	2	3	4	5	6
J'ai l'impression qu'en dehors des routines (trajets, coucher, repas), je n'arrive plus à m'investir auprès de mes enfants.	0	1	2	3	4	5	6
Dans mon rôle de parent, je suis en mode survie	0	1	2	3	4	5	6

Pour citer cette échelle : Roskam, I., & Mikolajczak, M. (2018). A step forward in the measurement of parental burn-out : The Parental Burnout Assessment. *Frontiers in Psychology*.

Annexe B : Processus de l'ergothérapie (Meyer, 1990, p.19)



Annexe C : Occupational Questionnaire (OQ)

Occupational Questionnaire (OQ) Centre de référence du modèle de l'occupation humaine www.crmoh.ulaval.ca

Directives

Dans ce questionnaire, vous devrez écrire vos activités habituelles de la journée et répondre à des questions concernant ces activités.

Première partie

Réfléchissez d'abord à la façon dont vous avez passé vos journées ces dernières semaines. Déterminez ce que vous faites **habituellement** pendant une journée de la semaine (du lundi au vendredi) en utilisant la feuille de réponse ci-jointe. Inscrivez vos activités de la journée à partir du lever. Chaque rangée correspond à une demi-heure. Pour chaque demi-heure, écrivez l'activité **principale** que vous feriez pendant cette demi-heure. Une activité peut inclure n'importe quoi comme parler à un ami, cuisiner ou prendre un bain. Si votre activité se prolonge au-delà d'une demi-heure, inscrivez-la aussi dans la rangée suivante et ainsi de suite jusqu'à l'heure où elle se termine.

Deuxième partie

Après avoir énuméré vos activités, répondez aux quatre questions pour **chacune** des activités en encerclant le chiffre correspondant à la réponse la plus appropriée. Prenez note qu'on vous demande de préciser si vos activités représentent pour vous du travail, des tâches quotidiennes, du loisir ou du repos, et d'évaluer le niveau de qualité avec lequel vous les exercez, leur importance et le plaisir que vous en tirez. À la première question, **le travail** ne signifie pas nécessairement une activité payée. Le travail peut inclure des activités productives qui sont utiles aux autres comme le bénévolat dans un hôpital. Les **tâches quotidiennes** sont des activités reliées à vos soins personnels, comme le ménage et le magasinage. Le **repos** peut comprendre une sieste ou rien de particulier. Même si certaines questions semblent ne pas correspondre à vos activités, répondez quand même à **chacune** d'elle aussi précisément que possible. Vos réponses sont importantes pour **chacune** des questions posées!

Smith N.R., Kielhofner, G. et Watts, J.H. (1986). *Occupational Questionnaire (OQ)*. Adapté et traduit par Gillet M. (2006). Centre de référence du modèle de l'occupation humaine, Université Laval, Québec, Canada

Date : _____ Nom : _____ Âge : _____

OCCUPATIONAL QUESTIONNAIRE (OQ)				
ACTIVITÉS HABITUELLES	QUESTION 1	QUESTION 2	QUESTION 3	QUESTION 4
Pour la demi-heure commençant à :	<i>Je considère cette activité comme :</i> 1. du travail 2. des tâches quotidiennes 3. du loisir 4. du repos	<i>Je pense que je fais cette activité :</i> 1. très bien 2. bien 3. moyennement 4. pauvrement 5. très pauvrement	<i>Pour moi, cette activité est :</i> 1. extrêmement importante 2. importante 3. sans intérêt 4. quelque chose que j'aime mieux ne pas faire 5. une perte de temps totale	<i>Comment aimez-vous cette activité?</i> 1. Je l'aime beaucoup 2. Je l'aime 3. Je l'aime sans plus, ni moins 4. Je ne l'aime pas 5. Je ne l'aime pas du tout
05 h 00	1 2 3 4	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
05 h 30	1 2 3 4	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
06 h 00	1 2 3 4	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
06 h 30	1 2 3 4	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
07 h 00	1 2 3 4	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
07 h 30	1 2 3 4	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
08 h 00	1 2 3 4	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
08 h 30	1 2 3 4	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
09 h 00	1 2 3 4	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
09 h 30	1 2 3 4	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
10 h 00	1 2 3 4	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
10 h 30	1 2 3 4	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
11 h 00	1 2 3 4	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
11 h 30	1 2 3 4	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5

Smith N.R., Kielhofner, G. et Watts, J.H. (1986). *Occupational Questionnaire* (OQ). Adapté et traduit par Gillet M. (2006). Centre de référence du modèle de l'occupation humaine, Université Laval, Québec, Canada

OCCUPATIONAL QUESTIONNAIRE (OQ)				
ACTIVITÉS HABITUELLES	QUESTION 1	QUESTION 2	QUESTION 3	QUESTION 4
Pour la demi-heure commençant à :	<i>Je considère cette activité comme :</i> 1. du travail 2. des tâches quotidiennes 3. du loisir 4. du repos	<i>Je pense que je fais cette activité :</i> 1. très bien 2. bien 3. moyennement 4. pauvrement 5. très pauvrement	<i>Pour moi, cette activité est :</i> 1. extrêmement importante 2. importante 3. sans intérêt 4. quelque chose que j'aime mieux ne pas faire 5. une perte de temps totale	<i>Comment aimez-vous cette activité?</i> 1. Je l'aime beaucoup 2. Je l'aime 3. Je l'aime sans plus, ni moins 4. Je ne l'aime pas 5. Je ne l'aime pas du tout
12 h 00	1 2 3 4	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
12 h 30	1 2 3 4	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
13 h 00	1 2 3 4	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
13 h 30	1 2 3 4	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
14 h 00	1 2 3 4	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
14 h 30	1 2 3 4	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
15 h 00	1 2 3 4	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
15 h 30	1 2 3 4	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
16 h 00	1 2 3 4	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
16 h 30	1 2 3 4	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
17 h 00	1 2 3 4	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
17 h 30	1 2 3 4	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5

Smith N.R., Kielhofner, G. et Watts, J.H. (1986). *Occupational Questionnaire* (OQ). Adapté et traduit par Gillet M. (2006). Centre de référence du modèle de l'occupation humaine, Université Laval, Québec, Canada

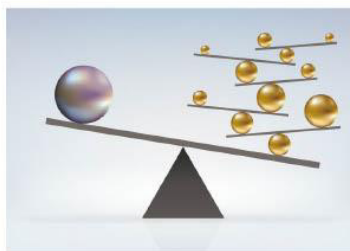
OCCUPATIONAL QUESTIONNAIRE (OQ)				
ACTIVITÉS HABITUELLES	QUESTION 1	QUESTION 2	QUESTION 3	QUESTION 4
Pour la demi-heure commençant à :	<i>Je considère cette activité comme :</i> 1. du travail 2. des tâches quotidiennes 3. du loisir 4. du repos	<i>Je pense que je fais cette activité :</i> 1. très bien 2. bien 3. moyennement 4. pauvrement 5. très pauvrement	<i>Pour moi, cette activité est :</i> 1. extrêmement importante 2. importante 3. sans intérêt 4. quelque chose que j'aime mieux ne pas faire 5. une perte de temps totale	<i>Comment aimez-vous cette activité?</i> 1. Je l'aime beaucoup 2. Je l'aime 3. Je l'aime sans plus, ni moins 4. Je ne l'aime pas 5. Je ne l'aime pas du tout
18 h 00	1 2 3 4	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
18 h 30	1 2 3 4	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
19 h 00	1 2 3 4	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
19 h 30	1 2 3 4	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
20 h 00	1 2 3 4	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
20 h 30	1 2 3 4	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
21 h 00	1 2 3 4	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
21 h 30	1 2 3 4	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
22 h 00	1 2 3 4	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
22 h 30	1 2 3 4	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
23 h 00	1 2 3 4	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
23 h 30	1 2 3 4	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5

Smith N.R., Kielhofner, G. et Watts, J.H. (1986). *Occupational Questionnaire (OQ)*. Adapté et traduit par Gillet M. (2006). Centre de référence du modèle de l'occupation humaine, Université Laval, Québec, Canada

OCCUPATIONAL QUESTIONNAIRE (OQ)				
ACTIVITÉS HABITUELLES	QUESTION 1	QUESTION 2	QUESTION 3	QUESTION 4
Pour la demi-heure commençant à :	<i>Je considère cette activité comme :</i> 1. du travail 2. des tâches quotidiennes 3. du loisir 4. du repos	<i>Je pense que je fais cette activité :</i> 1. très bien 2. bien 3. moyennement 4. pauvrement 5. très pauvrement	<i>Pour moi, cette activité est :</i> 1. extrêmement importante 2. importante 3. sans intérêt 4. quelque chose que j'aime mieux ne pas faire 5. une perte de temps totale	<i>Comment aimez-vous cette activité?</i> 1. Je l'aime beaucoup 2. Je l'aime 3. Je l'aime sans plus, ni moins 4. Je ne l'aime pas 5. Je ne l'aime pas du tout
00 h 00 (minuit)	1 2 3 4	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
00 h 30	1 2 3 4	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
01 h 00	1 2 3 4	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
01 h 30	1 2 3 4	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
02 h 00	1 2 3 4	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
02 h 30	1 2 3 4	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
03 h 00	1 2 3 4	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
03 h 30	1 2 3 4	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
04 h 00	1 2 3 4	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
04 h 30	1 2 3 4	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5

Smith N.R., Kielhofner, G. et Watts, J.H. (1986). *Occupational Questionnaire (OQ)*. Adapté et traduit par Gillet M. (2006). Centre de référence du modèle de l'occupation humaine, Université Laval, Québec, Canada

Annexe D : Balance des risques et des ressources (BR2©)



La Balance des Risques et des Ressources (BR²©)

Isabelle Roskam et Moïra Mikolajczak



J'ai des difficultés à concilier ma vie familiale et ma vie professionnelle.	-5	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5	Je peux facilement concilier ma vie familiale et ma vie professionnelle.
A cause de mes responsabilités de parents, je n'arrive pas du tout à trouver du temps pour moi.	-5	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5	En dépit de mes responsabilités de parents, je trouve facilement du temps pour moi.
De nature, je suis quelqu'un d'assez stressé.	-5	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5	De nature, je suis quelqu'un de plutôt détendu.
J'ai le sentiment que je n'ai pas les compétences pour être un bon parent (ex : je n'arrive pas à me faire obéir de mes enfants, je ne sais pas comment les	-5	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5	J'ai le sentiment que j'ai les compétences pour être un bon parent (ex : j'arrive à me faire obéir de mes enfants, je sais comment les aider à

aider à réussir à l'école, je ne sais pas comment jouer avec eux).												réussir à l'école, je sais comment jouer avec eux).
De nature, je suis quelqu'un de très perfectionniste (je me mets beaucoup de pression et/ou j'ai peur du regard des autres).	-5	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5	De nature, j'évite de me mettre trop la pression (je suis tolérant vis-à-vis des erreurs que je peux commettre, je trouve l'avis des autres intéressant mais pas menaçant).
J'ai des standards élevés en tant que parent (je vise à être un parent parfait, je me mets beaucoup de pression et/ou j'ai peur du regard des autres).	-5	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5	J'ai des standards normaux en tant que parent (je suis tolérant vis-à-vis des erreurs que je peux commettre, je trouve l'avis des autres intéressants mais pas menaçants).
Je ne partage pas de moments positifs avec mes enfants (cela ne m'amuse pas de jouer avec eux et/ou les activités que je leur propose ne leur plaisent pas).	-5	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5	Je partage beaucoup de moments positifs avec mes enfants (nous prenons plaisir à faire des activités ensemble).
Je ne prends jamais le temps de discuter avec mes enfants (pour qu'ils me racontent leur journée, chercher des solutions aux soucis qu'ils rencontrent, échanger des points de vue et idées ...).	-5	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5	Je prends régulièrement le temps de discuter avec mes enfants (pour qu'ils me racontent leur journée, chercher des solutions aux soucis qu'ils rencontrent, échanger des points de vue et idées ...).
Je ne demande pas à mes enfants d'être autonomes (je résous les problèmes à leur place pour éviter les conflits ou par facilité etc...).	-5	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5	J'encourage mes enfants à être autonomes dès qu'ils le peuvent (pour les devoirs, s'habiller, assurer leurs trajets, pour gérer leur argent de poche, résoudre seul certains problèmes, etc...).
Je n'arrive jamais à dire non à mes enfants (je me force à faire des activités, je n'arrive pas à refuser leurs demandes, j'ai peur de les frustrer).	-5	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5	J'arrive facilement à dire non à mes enfants (je sais leur exprimer mes limites et mes propres besoins, je sais leur imposer des limites, j'arrive à leur refuser une demande).

J'ai des difficultés à exprimer mes besoins ou à dire si quelque chose ne me convient pas.	-5	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5	Je n'éprouve aucune difficulté à exprimer mes besoins ou à dire si quelque chose ne me convient pas.
Lorsque j'exprime mes émotions, je blesse souvent mes proches.	-5	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5	Je suis capable d'exprimer mes émotions sans blesser mes proches.
Je suis quelqu'un qui a des difficultés à exprimer ses émotions.	-5	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5	Je suis quelqu'un qui exprime facilement ses émotions.
De nature, je suis quelqu'un qui gère mal ses émotions (lorsque je suis en colère j'explose, lorsque je suis triste, j'ai des difficultés à me remonter le moral etc...).	-5	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5	De nature, je gère bien mes émotions (lorsque je suis en colère j'arrive à m'exprimer calmement, lorsque je suis triste je sais quoi faire pour me remonter le moral etc...).
De nature, je suis quelqu'un qui ressent beaucoup d'émotions négatives.	-5	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5	De nature, je suis quelqu'un qui ressent peu d'émotions négatives.
Dans la vie je pense que les choses qui m'arrivent sont dues au hasard ou aux décisions que d'autres prennent.	-5	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5	Dans la vie, je pense que les choses qui m'arrivent dépendent des choix que je pose et des décisions que je prends.
J'ai peur que mes proches ne soient pas autant attachés à moi que je ne le suis à eux.	-5	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5	Je suis convaincu que mes proches sont autant attachés à moi que je le suis à eux.
Il est difficile pour moi d'être intime avec mes proches (je n'arrive pas à me confier à eux, je n'arrive pas à les prendre dans mes bras).	-5	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5	Il est facile pour moi d'être intime avec mes proches (j'arrive facilement à me confier à eux, à les prendre dans mes bras pour par exemple les réconforter, ...).
Je ne peux jamais compter sur mes proches ou mes amis pour m'aider concrètement avec les enfants (les garder, s'en occuper, ...).	-5	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5	Je peux facilement compter sur mes proches ou mes amis pour m'aider concrètement avec e-les enfants (les garder, s'en occuper, ...).
Quand je rencontre des difficultés avec mes enfants, je n'ai aucun ami ou proche avec qui je peux en parler	-5	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5	Quand je rencontre des difficultés avec mes enfants, j'ai des amis ou des proches avec qui je peux en parler (j'ose

(parce que je n'en ai pas, ou je n'ose pas en parler avec eux, ou parce qu'ils ne sont pas disponibles).												en parler et ils sont disponibles pour m'écouter).
J'ai tellement de choses à faire pour mes enfants que je n'ai pas le temps de tout faire.	-5	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5	J'ai le temps de faire ce qu'il faut pour mes enfants.
Mes enfants me sollicitent tellement que je n'ai pas une minute à moi.	-5	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5	Mes enfants me sollicitent mais il me reste du temps pour faire autre chose.
Je manque de temps pour m'occuper de mes enfants.	-5	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5	J'ai le temps de m'occuper de mes enfants.
Mon/ma partenaire et moi ne sommes pas du tout d'accord sur la manière d'éduquer les enfants.	-5	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5	Mon/ma partenaire et moi sommes tout à fait d'accord sur la manière d'éduquer les enfants.
Mon/ma partenaire me dénigre en tant que père/mère.	-5	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5	Mon/ma partenaire dit que je suis un bon père/ une bonne mère.
Mon/ma partenaire ne m'aide pas du tout avec les enfants (il/elle ne s'occupe jamais d'eux, j'ai l'impression de les éduquer seul(e)).	-5	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5	Mon/ma partenaire m'aide beaucoup avec les enfants (il/elle s'occupe beaucoup d'eux, je peux me reposer sur lui/elle).
Mon/ma partenaire n'écoute jamais les préoccupations que j'ai en tant que parent.	-5	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5	Mon/ma partenaire écoute toujours les préoccupations que j'ai en tant que parent.
Je me sens très insatisfait(e) dans ma relation de couple.	-5	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5	Je me sens très satisfait(e) dans ma relation de couple.
Nous nous disputons très souvent avec mon/ma partenaire.	-5	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5	Nous ne nous disputons jamais mon/ma partenaire et moi.
C'est un vrai zoo à la maison (tout est désorganisé, c'est le bordel, on ne s'entend pas penser, on est tout le temps débordé).	-5	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5	A la maison, on est bien organisés (la maison est rangée, on s'y retrouve, nous sommes organisés, nous avons nos routines, etc...).
Je suis très souvent en conflit avec mes enfants.	-5	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5	Je ne suis jamais en conflit avec mes enfants.

Je suis hyper-investi dans mon rôle de parent.	-5	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5	Mon rôle de parent est important à mes yeux, mais d'autres choses comptent plus (mon travail, mes loisirs etc...).
Mon/ma partenaire n'est pas du tout investi dans son rôle de parent.	-5	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5	Mon/ma partenaire est hyper-investi dans son rôle de parent.
Je ne me sens pas récompensé pour mon investissement auprès de mes enfants (mon/ma partenaire et mes enfants ne se rendent pas compte de ce que je fais pour eux, ils ne disent jamais merci).	-5	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5	Je me sens récompensé pour mon investissement auprès de mes enfants (mon/ma partenaire et mes enfants se rendent compte de ce que je fais pour eux, ils disent très souvent merci).
Ma vision de l'éducation est totalement différente de celle des autres personnes qui s'occupent de mon enfant (enseignant, gardienne, grands-parents, ex-conjoint si applicable).	-5	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5	Ma vision de l'éducation est similaire à celle des autres personnes qui s'occupent de mon enfant (enseignant, gardienne, grands-parents, ex-conjoint si applicable).
Quand j'ai besoin de temps pour moi, je ne peux jamais compter sur mon/ma partenaire pour s'occuper des enfants.	-5	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5	Quand j'ai besoin de temps pour moi, je peux toujours compter sur mon/ma partenaire pour s'occuper des enfants.
Je suis de nature pessimiste.	-5	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5	Je suis de nature optimiste.
Mon/ma partenaire me stresse en tant que parent (c'est plus compliqué de gérer les enfants quand il/elle est là).	-5	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5	Mon/ma partenaire me réconforte en tant que parent (c'est plus facile de gérer les enfants quand il/elle est là).
Mes enfants ne se disputent jamais (ils ne se chamaillent pas, ils ne se orient jamais dessus, ils ne se râlent jamais dessus...)	-5	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5	Mes enfants sont en dispute tous les jours (ils se chamaillent, ils se orient dessus, ils se râlent dessus...).

Comment scorer et présenter le résultat du questionnaire ?

Scoring :

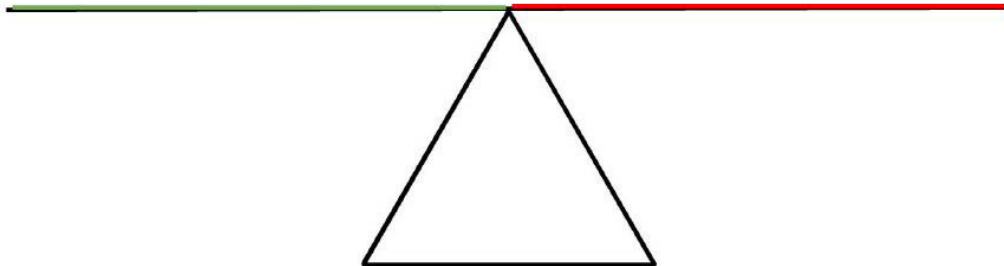
Ajouter simplement le score de l'individu aux différents items. S'il y a plus de facteurs de risque, le score sera négatif; s'il y a plus de facteurs de protection, le score sera positif ; si les deux sont en nombre égal, le score est de 0. Si le test en 39 items est utilisé, le score négatif maximal est de -195 et le score positif maximal est de +195.

Feedback au parent :

Visuel :

On peut dessiner une balance afin de représenter graphiquement la situation du parent. Son score au test (cft scoring ci-dessus) doit être utilisé comme information pour savoir à quel point (dés)équilibrer la balance: plus le score est négatif (varie théoriquement entre -1 et -195), plus la balance doit pencher vers la gauche (vers le rouge – mal-être/burnout) ; plus le score est positif (varie théoriquement entre 1 et 195), plus la balance doit pencher vers la droite (vers le vert – bien-être). Si le score est de 0, la balance est juste en équilibre (ce qui signifie qu'un rien peut suffire à la déséquilibrer).

Explications orales : En fonction de son score sur le curseur de chacune des questions, un résumé de ses facteurs de protection et de risque est proposé au parent. Les items où il a répondu positivement (à droite du curseur) doivent être présentés comme des facteurs de protection, d'autant plus protecteurs du burnout que le score se rapproche de 5. Les items où il a répondu négativement (à gauche du curseur) doivent être présentés comme des facteurs de risque.



A cause de mes responsabilités de parents, je n'arrive pas du tout à trouver du temps pour moi.	J'ai des difficultés à concilier ma vie familiale et ma vie professionnelle.
J'ai le sentiment que je n'ai pas les compétences pour être un bon parent (ex : je n'arrive pas à me faire obéir de mes enfants, je ne sais pas comment les aider à réussir à l'école, je ne sais pas comment jouer avec eux).	De nature, je suis quelqu'un d'assez stressé.
Je ne partage pas de moments positifs avec mes enfants (cela ne m'amuse pas de jouer avec eux et/ou les activités que je leur propose ne leur plaisent pas).	J'ai des standards élevés en tant que parent (je vise à être un parent parfait, je me mets beaucoup de pression et/ ou j'ai peur du regard des autres).
Je ne demande pas à mes enfants d'être autonomes (je résous les problèmes à leur place pour éviter les conflits ou par facilité etc...).	Je ne prends jamais le temps de discuter avec mes enfants (pour qu'ils me racontent leur journée, chercher des solutions aux soucis qu'ils rencontrent, échanger des
J'ai des difficultés à exprimer mes besoins ou à dire si quelque chose ne me convient pas.	Je n'arrive jamais à dire non à mes enfants (je me force à faire des activités, je n'arrive pas à refuser leurs demandes, j'ai peur de les frustrer).
Je suis quelqu'un qui a des difficultés à exprimer ses émotions.	Lorsque j'exprime mes émotions, je blesse souvent mes proches.

Je peux facilement concilier ma vie familiale et ma vie professionnelle.	En dépit de mes responsabilités de parents, je trouve facilement du temps pour moi.
De nature, je suis quelqu'un de plutôt détendu.	J'ai le sentiment que j'ai les compétences pour être un bon parent (ex : j'arrive à me faire obéir de mes enfants, je sais comment les aider à réussir à l'école, je sais comment jouer avec eux).
J'ai des standards normaux en tant que parent (je suis tolérant vis-à-vis des erreurs que je peux commettre, je trouve l'avis des autres intéressants mais pas menaçants).	Je partage beaucoup de moments positifs avec mes enfants (nous prenons plaisir à faire des activités ensemble).
Je prends régulièrement le temps de discuter avec mes enfants (pour qu'ils me racontent leur journée, chercher des solutions aux soucis qu'ils rencontrent, échanger des points de vue et idées).	J'encourage mes enfants à être autonomes dès qu'ils le peuvent (pour les devoirs, s'habiller, assurer leurs trajets, pour gérer leur argent de poche, résoudre seul certains problèmes, etc...).
J'arrive facilement à dire non à mes enfants (je sais leur exprimer mes limites et mes propres besoins, je sais leur imposer des limites, j'arrive à leur refuser une demande).	Je n'éprouve aucune difficulté à exprimer mes besoins ou à dire si quelque chose ne me convient pas.
Je suis capable d'exprimer mes émotions sans blesser mes proches.	Je suis quelqu'un qui exprime facilement ses émotions.

De nature, je suis quelqu'un qui gère mal ses émotions (lorsque je suis en colère j'explose, lorsque je suis triste, j'ai des difficultés à me remonter le moral etc...).	De nature, je suis quelqu'un qui ressent beaucoup d'émotions négatives.
Dans la vie je pense que les choses qui m'arrivent sont dues au hasard ou aux décisions que d'autres prennent.	J'ai peur que mes proches ne soient pas autant attachés à moi que je ne le suis à eux.
Il est difficile pour moi d'être intime avec mes proches (je n'arrive pas à me confier à eux, je n'arrive pas à les prendre dans mes bras)	Je ne peux jamais compter sur mes proches ou mes amis pour m'aider concrètement avec les enfants (les garder, s'en occuper, ...).
Quand je rencontre des difficultés avec mes enfants, je n'ai aucun ami ou proche avec qui je peux en parler (parce que je n'en ai pas, ou je n'ose pas en parler avec eux, ou parce qu'ils ne sont pas disponibles).	J'ai tellement de choses à faire pour mes enfants que je n'ai pas le temps de tout faire.
Mes enfants me sollicitent tellement que je n'ai pas une minute à moi.	Je manque de temps pour m'occuper de mes enfants.
Mon/ma partenaire et moi ne sommes pas du tout d'accord sur la manière d'éduquer les enfants.	Mon/ma partenaire me dénigre en tant que père/mère.

De nature, je suis quelqu'un qui ressent peu d'émotions négatives.	De nature, je gère bien mes émotions (lorsque je suis en colère j'arrive à m'exprimer calmement, lorsque je suis triste je sais quoi faire pour me remonter le moral etc...).
Je suis convaincu que mes proches sont autant attachés à moi que je le suis à eux	Dans la vie, je pense que les choses qui m'arrivent dépendent des choix que je pose et des décisions que je prends.
Je peux facilement compter sur mes proches ou mes amis pour m'aider concrètement avec e-les enfants (les garder, s'en occuper, ...).	Il est facile pour moi d'être intime avec mes proches (j'arrive facilement à me confier à eux, à les prendre dans mes bras pour par exemple les réconforter, ...)
J'ai le temps de faire ce qu'il faut pour mes enfants.	Quand je rencontre des difficultés avec mes enfants, j'ai des amis ou des proches avec qui je peux en parler (j'ose en parler et ils sont disponibles pour m'écouter).
J'ai le temps de m'occuper de mes enfants.	Mes enfants me sollicitent mais il me reste du temps pour faire autre chose.
Mon/ma partenaire dit que je suis un bon père/ une bonne mère.	Mon/ma partenaire et moi sommes tout à fait d'accord sur la manière d'éduquer les enfants.

Mon/ma partenaire ne m'aide pas du tout avec les enfants (il/elle ne s'occupe jamais d'eux, j'ai l'impression de les éduquer seul(e)).	Mon/ma partenaire n'écoute jamais les préoccupations que j'ai en tant que parent.
Je me sens très insatisfait(e) dans ma relation de couple.	Nous nous disputons très souvent mon/ma partenaire et moi.
C'est un vrai zoo à la maison (tout est désorganisé, c'est le bordel, on ne s'entend pas penser, on est tout le temps débordé).	Je suis très souvent en conflit avec mes enfants.
Je suis hyper-investi dans mon rôle de parent.	Mon/ma partenaire n'est pas du tout investi dans son rôle de parent.
Je ne me sens pas récompensé pour mon investissement auprès de mes enfants (mon/ma partenaire et mes enfants ne se rendent pas compte de ce que je fais pour eux, ils ne disent jamais merci).	Ma vision de l'éducation est totalement différente de celle des autres personnes qui s'occupent de mon enfant (enseignant, gardienne, grands-parents, ex-conjoint si applicable).
Quand j'ai besoin de temps pour moi, je ne peux jamais compter sur mon/ma partenaire pour s'occuper des enfants.	Je suis de nature pessimiste.
Mon/ma partenaire me stresse en tant que parent (c'est plus compliqué de gérer les enfants quand il/elle est là).	Mes enfants sont en dispute tous les jours (ils se chamaillent, ils se crient dessus, ils se râlent dessus,..)

Mon/ma partenaire écoute toujours les préoccupations que j'ai en tant que parent.	Mon/ma partenaire m'aide beaucoup avec les enfants (il/elle s'occupe beaucoup d'eux, je peux me reposer sur lui/elle).
Nous ne nous disputons jamais mon/ma partenaire et moi.	Je me sens très satisfait(e) dans ma relation de couple.
Je ne suis jamais en conflit avec mes enfants.	A la maison, on est bien organisés (la maison est rangée, on s'y retrouve, nous sommes organisés, nous avons nos routines, etc...).
Mon/ma partenaire est hyper-investi dans son rôle de parent.	Mon rôle de parent est important à mes yeux, mais d'autres choses comptent plus (mon travail, mes loisirs etc...).
Ma vision de l'éducation est similaire à celle des autres personnes qui s'occupent de mon enfant (enseignant, gardienne, grands-parents, ex-conjoint si applicable).	Je me sens récompensé pour mon investissement auprès de mes enfants (mon/ma partenaire et mes enfants se rendent compte de ce que je fais pour eux, ils disent très souvent merci).
Je suis de nature optimiste.	Quand j'ai besoin de temps pour moi, je peux toujours compter sur mon/ma partenaire pour s'occuper des enfants.

Mes enfants ne se disputent jamais (ils ne se chamaillent pas, ils ne se crient jamais dessus, ils ne se râlent jamais dessus,..)	Mon/ma partenaire me réconforte en tant que parent (c'est plus facile de gérer les enfants quand il/elle est là).
---	---

Annexe E : Courrier électronique envoyé aux ergothérapeutes

Bonjour,

Je m'appelle Alexandra Fabre, je suis étudiante en 3^{ième} année d'ergothérapie à l'ISTR de Lyon.

Dans le cadre de mon mémoire d'initiation à la recherche sous la supervision de M. Laurent Fidry, ergothérapeute libéral, je souhaiterais réaliser des entretiens d'une durée d'environ 45 minutes en présentiel ou en visio (Skype, Zoom etc.) **avec des ergothérapeutes qui interviennent (ou sont déjà intervenus) auprès de parents en burnout parental** (si possible dont l'enfant a un TDAH ou un TND par exemple).

Alors si :

- **vous êtes ergothérapeute diplômé d'Etat depuis au moins 6 mois,**
- **vous avez des connaissances sur le burnout parental (ou assimilé),**
- **vous travaillez ou avez travaillé en ambulatoire (libéral, CMP, SESSAD etc.) avec des enfants qui ont un TDAH.**

Et vous acceptez de me consacrer un peu de votre précieux temps !

Si ces critères correspondent à votre pratique, merci de me le faire savoir en répondant à ce présent mail en y précisant vos disponibilités et d'autres informations qui vous semblent nécessaires de me préciser.

Si ce n'est pas le cas, pourriez-vous me communiquer les coordonnées de certains de vos contacts avec leur permission, qui rempliraient ces critères d'inclusion ?

Un grand **Merci** d'avance pour vos retours !

Bonne journée,

Alexandra Fabre

Annexe F : Guide d'entretien

GUIDE D'ENTRETIEN

Introduction		
Présentation et contexte		
Bonjour, merci d'avoir accepté de participer à ce travail d'initiation à la recherche qui me permettra de répondre sur le sujet choisi. <u>Présentation étudiante</u> : Alexandra Fabre, en 3ème année à l'ISTR de Lyon 1 et en reconversion professionnelle. <u>Contexte</u> : Cet entretien va durer environ 45 minutes/1h autour de différents thèmes afin de recueillir votre expérience dans votre pratique ergothérapique. Vous pourrez donc vous exprimer librement. Cinq thèmes seront abordés autour de la thématique du burnout parental chez les parents d'enfant avec TDAH. <i>Je vais maintenant vous rappeler brièvement les considérations éthiques.</i>		
Considérations éthiques		
Vos réponses seront anonymes et confidentielles : cet entretien sera enregistré. L'enregistrement supprimé dès la retranscription réalisée. Vos réponses seront analysées dans le cadre de mon travail de recherche uniquement. L'entretien peut être interrompu et vous pourrez vous retirer de la recherche à tout moment Avez-vous des questions ? <i>Nous allons maintenant aborder le premier thème concernant votre présentation et le lieu dans lequel vous travaillez actuellement.</i>		
Entretien		
Thèmes	Questions	Indicateurs
THEME 1 : présentation de l'interviewé et structure de travail actuelle	<u>Présentation de l'interviewé</u> : Q1 : Est-ce que vous pouvez me parler de votre expérience avec les parents d'enfant avec un TDAH ? Q2 : Depuis quand êtes-vous diplômé ? de quel IFE ? Q3 : Quel est votre cadre de travail ? (Nombre patients, nombre de collègues ergo et non ergo, etc.) Q4 : Quelles formations complémentaires avez-vous réalisées ? Q5 : Quelles autres formations envisagez-vous ? <i>Nous allons maintenant aborder votre pratique professionnelle au sein de votre cabinet ou structure et échanger sur le dépistage des parents en BOP.</i>	Parcours professionnel Expérience Lieu d'exercice Formations complémentaires
THEME 2 : la pratique professionnelle au sein du cabinet/de la structure > Dépistage des parents en burnout parental	Q6 : Vous suivez environ combien d'enfants avec un TDAH ? - de quelle tranche d'âge ? Q7 : Quelle formation spécifique avez-vous suivie pour repérer les parents en BOP ? Q8 : Vous prenez en charge combien de parents en BOP ?	Nombre d'enfants suivis Nombre de parents Difficulté ou facilité à enrôler les parents Outils BOP

GUIDE D'ENTRETIEN

	Q9 : Comment avez-vous fait pour les faire venir vers vous ? Q10 : Quels outils utilisez-vous pour détecter le niveau du burnout parental ? Q11 : Quelles sont les demandes et besoins des parents ? (Idées concrètes) Q12 : Quel type de prise en charge mettez-vous en place ou envisageriez-vous (groupale, individuelle ?) Nous allons maintenant échanger sur l'équilibre occupationnel avec les outils, les techniques d'interventions pour agir sur le déséquilibre occupationnel du parent.	Type de PEC Activités qui pèsent le + (pour agir dessus)
THEME 3 : Equilibre occupationnel : Intégration des outils, techniques d'interventions pour agir sur le déséquilibre occupationnel	Q13 : Quels outils utilisez-vous pour agir sur le déséquilibre occupationnel ? Q14 : Quelle formation avez-vous reçu pour les mettre en pratique ? Q15 : Quelles techniques utilisez-vous ? Q16 : Si vous la connaissez, pouvez-vous me parler de la balance des risques et des ressources (présentation de la balance le cas échéant) Nous allons maintenant échanger sur les approches et interventions existantes dans la littérature et qui sont utilisées par d'autres professionnels.	Outil Formations Techniques autour du rétablissement de l'équilibre occupationnel
THEME 4 : Approches et interventions existantes et utilisées par les autres professionnels : Intégration dans leur pratique	Q17 : De votre côté, que mettez-vous en place dans une prise en charge du BOP ? Si le parent est en PEC avec l'ergo "Présentez moi une première séance type chez un parent, une séance intermédiaire et un bilan de fin de PEC ?" <i>Je vais vous parler maintenant des techniques que j'ai pu lire dans la littérature, qui sont mises en place par d'autres professionnels : vous me direz ce que vous pensez de ces techniques au fur et à mesure, à savoir : si l'ergo a sa place ou non, ses avantages et inconvénients etc. Si besoin, j'explique en une phrase chaque intervention proposée.</i> - L'intervention de type « structurée » qui est basée sur 5 principes de base, - Les PEHP (programmes d'entraînement aux habiletés parentales),	Séance type Avis sur les techniques et interventions existantes

GUIDE D'ENTRETIEN

	- Intervention sur le sentiment de compétence parentale (confident parent), - Stratégies de coping, - Guidance parentale, - Programme d'ETP, - En Australie et Angleterre : dual focused groups. Nous allons maintenant échanger sur votre modèle de pratique avec ces parents.	
THEME 5.1 : Intégration et utilisation d'un modèle	Q18 : Quel modèle conceptuel utilisez-vous (ou utiliseriez-vous) dans ce type de PEC ? <i>Si MOH, je continue avec le thème 5.2, sinon, je continue sur le modèle utilisé par la personne.</i> Q19 : Quels sont les avantages de ce modèle selon vous ? Les inconvénients ?	Modèle utilisé Avantages/inconvénients concernant la PEC du BOP
THEME 5.2 : Outil MOH	Q20 : Concernant le MOH comment l'utilisez-vous ? Q21 : Quels sont les avantages de ce modèle selon vous ? Les inconvénients ?	Modèle utilisé dans leur pratique MOH mis en pratique ? Avantages/inconvénients du modèle utilisé
Conclusion		
Avez-vous des éléments à ajouter ? À me préciser ? <i>Je vous remercie vivement de m'avoir consacré du temps et aussi, pour tout ce que vous m'avez apporté comme éléments de réponses.</i>		

Annexe G : Grille d'analyse

Onglet 1							
Thème	Sous-thème	E1 France	E2 France	E3 France	E4 Suisse	E5 Suisse	Synthèse
1. présentation de l'interviewé et structure de travail actuelle	1.1 expérience avec parents enfants TDAH						
	1.2 année diplôme et IFE						
	1.3 cadre de travail						
	1.4 formations complémentaires						
	1.5 autres formations envisagées						
Onglet 2							
Thème	Sous-thème	E1 France	E2 France	E3 France	E4 Suisse	E5 Suisse	Synthèse
2. la pratique professionnelle au sein du cabinet ; dépistage des parents en BOP	2.1 nombre d'enfants avec un TDAH et tranche d'âge						
	2.2 formation spécifique dépistage parents en burnout parental						
	2.3 nombre parents en burnout parental suivi						
	Sous thème 2.3 ajouté pour E2 : repérer les signes chez les parents en souffrance						
	2.4 enrôlement des parents en ergothérapie						
	2.5 outils détection niveau burnout parental						
	Sous thème ajouté pour E1 : méthode COGFUN et BRIEF						
	2.6 demandes et besoins des parents (idées concrètes)						
	2.7 type de prise en charge envisagée (groupe ou individuelle)						
Onglet 3							
Thème	Sous-thème	E1 France	E2 France	E3 France	E4 Suisse	E5 Suisse	Synthèse
3. Equilibre occupationnel : intégration des outils, techniques d'interventions pour agir sur le déséquilibre occupationnel	3.1 outil sur déséquilibre occupationnel utilisé						
	3.2 formation sur cet outil						
	3.3 techniques sur rétablissement occupationnel						
	3.4 balance des risques et des ressources						
Onglet 4							
Thème	Sous-thème	E1 France	E2 France	E3 France	E4 Suisse	E5 Suisse	Synthèse
4. Approches et interventions existantes et utilisées par les autres professionnels : Intégration dans leur pratique	4.1 séance type prise en charge burnout parental						
	4.2 avis sur techniques et interventions existantes qui pourraient être mises en place par l'ergothérapeute : Int 1 : intervention de type "structurée"						
	int 2 : PEHP						
	int 3 : sur le sentiment de compétence parentale						
	int 4 : stratégies de coping						
	int 5 : guidance parentale						
	int 6 : programme d'ETP						
	int 7 : dual focused groups						
	int 8 ajoutée ensuite : COG-FUN						
	techniques, moyens ajoutés						
Onglet 5							
Thème	Sous-thème	E1 France	E2 France	E3 France	E4 Suisse	E5 Suisse	Synthèse
5.1 utilisation modèle conceptuel	5.1.1 utilisation d'un modèle conceptuel						
	5.1.2 avantages et inconvénients de ce modèle utilisé						
	5.2 Outil MOH						
	Ajout libre						

Règles éthiques

Présentation des personnes responsables de l'étude :

Je m'appelle Alexandra Fabre, et je suis étudiante en troisième année d'ergothérapie à l'IFE de Lyon. Dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude, j'effectue une recherche exploratoire, supervisée par Laurent Fidry, ergothérapeute libéral et tuteur de mémoire. Ce document a pour but de vous présenter les modalités de ce projet.

Présentation de la recherche et de ses objectifs :

Cette étude a pour thématique l'intervention de l'ergothérapeute auprès de parents en burnout parental (dont l'enfant a un TDAH). Ma recherche a pour objectif de répertorier les techniques et interventions de l'ergothérapeute auprès de ces parents.

Nature et déroulement de l'étude :

Votre participation consistera en un partage d'expérience en lien avec mon sujet d'étude, et se fera dans le cadre d'un entretien individuel dont la durée sera d'environ 45 minutes/une heure. Cet entretien sera conduit par visioconférence et enregistré pour être retranscrit. Cette étude n'est pas rémunérée.

Confidentialité :

Les données recueillies au cours de ce projet seront conservées le temps de l'étude. Seuls l'étudiante et le tuteur de mémoire auront accès aux données, qui seront rendues anonymes dans le dossier final, lors de la soutenance, et dans tout autre travail en lien avec la recherche. Cet entretien sera enregistré afin d'en faciliter l'analyse du contenu. Il fera l'objet d'une retranscription, mais celle-ci ne sera pas diffusée dans les annexes du travail. Les enregistrements seront détruits une fois la soutenance de mémoire validée, et ne seront pas diffusés dans d'autres contextes. A la fin de l'étude, il vous sera possible de demander les résultats par mail.

Retrait de la recherche :

Votre participation est volontaire, et je vous en remercie. Vous êtes en droit de vous retirer à tout moment sans justification. Il sera alors nécessaire de m'en faire part. En cas de désistement, tous les documents vous concernant seront détruits.

Paraphes

Contact de l'étudiante-chercheuse : Alexandra FABRE

Formulaire de consentement

Je soussigné(e), accepte de participer à cette recherche, dont les modalités ont été décrites ci-dessus.

Je reconnais avoir pris connaissance des conditions de passation de l'entretien ainsi que de la gestion des données.

Par ce document, j'accepte de participer volontairement à l'étude proposée.

Fait à, le

Signature :

Signature Etudiante-chercheuse : Alexandra FABRE

Annexe I : Semaine type

Semaine type de

Horaire	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
6h							
7h							
8h							
9h							
10h							
11h							
12h							
13h							
14h							
15h							
16h							
17h							
18h							
19h							
20h							
21h							
22h							
23h							
0h							

Commentaires :

Source : document de E5 (diffusé avec son accord)

Burnout Assessment Tool

BURNOUT ASSESSMENT TOOL

FRANÇAIS (FRANCE)

Version travail du BAT

Instruction

Les énoncés suivants sont liés à votre situation de travail et à la manière dont vous la vivez. Veuillez indiquer la fréquence à laquelle chaque déclaration s'applique à vous.

Scoring

Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
1	2	3	4	5

Symptômes primaires

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
<i>Épuisement</i>					
1. Au travail, je me sens épuisé/e mentalement*	☐	☐	☐	☐	☐
2. Tout ce que je fais au travail me demande beaucoup d'efforts	☐	☐	☐	☐	☐
3. Après une journée au travail, il m'est difficile de retrouver mon énergie*	☐	☐	☐	☐	☐
4. Au travail, je me sens épuisé physiquement*	☐	☐	☐	☐	☐
5. Quand je me lève le matin, je manque d'énergie pour commencer une nouvelle journée de travail	☐	☐	☐	☐	☐
6. Je veux être actif/ve au travail, mais il m'est impossible d'y arriver	☐	☐	☐	☐	☐
7. Quand je fais beaucoup d'efforts au travail, je me fatigue plus que d'habitude	☐	☐	☐	☐	☐
8. A la fin de ma journée de travail, je me sens épuisé et vidé mentalement	☐	☐	☐	☐	☐
<i>Distance mental</i>					
9. J'ai du mal à être enthousiaste à propos de mon travail*	☐	☐	☐	☐	☐
10. Au travail, je ne réfléchis pas à ce que je fais et je fonctionne en pilote automatique	☐	☐	☐	☐	☐
11. Je ressens une profonde aversion pour mon travail*	☐	☐	☐	☐	☐
12. Je ressens de l'indifférence à propos de mon travail	☐	☐	☐	☐	☐
13. Je ne pense pas que les autres accordent de l'importance à mon travail*	☐	☐	☐	☐	☐

Citation: Schaufeli, W.B., De Witte, H. & Desart, S. (2019). *Handleiding Burnout Assessment Tool (BAT)*. KU Leuven, België: Intern rapport. Avec l'aide de dr. Ilona Boniwell – General Manager @ Positran

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
<i>Déficiences cognitive</i>					
14. Au travail, j'ai du mal à rester attentif/ve*	☐	☐	☐	☐	☐
15. Au travail, il m'est difficile de penser de manière claire	☐	☐	☐	☐	☐
16. J'oublie des choses et je suis distrait/e au travail*	☐	☐	☐	☐	☐
17. Quand je travaille, j'ai du mal à me concentrer	☒	☐	☐	☐	☐
18. Je fais des erreurs dans mon travail car mon esprit est ailleurs*	☐	☐	☐	☐	☐
<i>Déficiences émotionnelle</i>					
19. Au travail, je me sens incapable de contrôler mes émotions*	☐	☐	☐	☐	☐
20. Je ne me reconnais pas dans mes réactions émotionnelles au travail*	☐	☐	☐	☐	☐
21. Quand je suis au travail, je deviens irritable quand les choses ne se passent pas comme je voudrais	☐	☐	☐	☐	☐
22. Il m'arrive d'être en colère ou triste au travail sans vraiment savoir pourquoi	☐	☐	☐	☐	☐
23. Au travail, il m'arrive de réagir avec excès sans en avoir l'intention*	☐	☐	☐	☐	☐

Note: * = Version abrégée

Symptômes secondaires

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
<i>Plaintes psychique</i>					
1. J'ai du mal à m'endormir ou je me réveille en pleine nuit	☐	☐	☐	☐	☐
2. J'ai tendance à m'inquiéter	☐	☐	☐	☐	☐
3. Je me sens tendu et stressé	☐	☐	☐	☐	☐
4. Je me sens anxieux et/ou je souffre d'attaques de panique	☐	☐	☐	☐	☐
5. Le bruit et la foule me dérangent	☐	☐	☐	☐	☐
<i>Plaintes psychosomatiques</i>					
6. Je souffre de palpitations et de douleurs de poitrine	☐	☐	☐	☐	☐
7. Je souffre de douleurs d'estomac et/ou intestinales	☐	☐	☐	☐	☐
8. Je souffre de migraines	☐	☐	☐	☐	☐
9. Je souffre de douleurs musculaires, par exemple dans le cou, l'épaule ou le dos	☐	☐	☐	☐	☐
10. Je tombe souvent malade	☐	☐	☐	☐	☐

Citation: Schaufeli, W.B., De Witte, H. & Desart, S. (2019). *Handleiding Burnout Assessment Tool (BAT)*. KU Leuven, België: Intern rapport. Avec l'aide de dr. Ilona Boniwell – General Manager @ Positran

Version générale du BAT

Instruction

Les énoncés suivants sont liés à ce que vous ressentez et à la manière dont vous la vivez. Veuillez indiquer la fréquence à laquelle chaque déclaration s'applique à vous.

Scoring

Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
1	2	3	4	5

Symptômes primaires

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
<i>Épuisement</i>					
1. Je me sens épuisé/e mentalement*	☐	☐	☐	☐	☐
2. Tout ce que je fais me demande beaucoup d'efforts	☐	☐	☐	☐	☐
3. Après une journée, il m'est difficile de retrouver mon énergie*	☐	☐	☐	☐	☐
4. Je me sens épuisé physiquement*	☐	☐	☐	☐	☐
5. Quand je me lève le matin, je manque d'énergie pour commencer une nouvelle journée	☐	☐	☐	☐	☐
6. Je veux être actif/ve, mais il m'est impossible d'y arriver	☐	☐	☐	☐	☐
7. Quand je fais beaucoup d'efforts, je me fatigue plus que d'habitude	☐	☐	☐	☐	☐
8. A la fin de ma journée, je me sens épuisé et vidé mentalement	☐	☐	☐	☐	☐
<i>Distance mental</i>					
9. J'ai du mal à être enthousiaste à propos de mon travail*	☐	☐	☐	☐	☐
10. Je ressens une profonde aversion pour mon travail*	☐	☐	☐	☐	☐
11. Je ressens de l'indifférence à propos de mon travail.	☐	☐	☐	☐	☐
12. Je ne pense pas que les autres accordent de l'importance à mon travail*	☐	☐	☐	☐	☐

Citation: Schaufeli, W.B., De Witte, H. & Desart, S. (2019). *Handleiding Burnout Assessment Tool (BAT)*. KU Leuven, België: Intern rapport. Avec l'aide de dr. Ilona Boniwell – General Manager @ Positran

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
<i>Déficience cognitive</i>					
13. J'ai du mal à rester attentif/ve*	☐	☐	☐	☐	☐
14. Il m'est difficile de penser de manière claire	☐	☐	☐	☐	☐
15. J'oublie des choses et je suis distrait/e	☐	☐	☐	☐	☐
16. J'ai du mal à me concentrer*	☐	☐	☐	☐	☐
17. Je fais des erreurs car mon esprit est ailleurs*	☐	☐	☐	☐	☐
<i>Déficience émotionnelle</i>					
18. Je me sens incapable de contrôler mes émotions*	☐	☐	☐	☐	☐
19. Je ne me reconnais pas dans mes réactions émotionnelles*	☐	☐	☐	☐	☐
20. Je deviens irritable quand les choses ne se passent pas comme je voudrais	☐	☐	☐	☐	☐
21. Il m'arrive d'être en colère ou triste sans vraiment savoir pourquoi	☐	☐	☐	☐	☐
22. Il m'arrive de réagir avec excès sans en avoir l'intention*	☐	☐	☐	☐	☐

Note: * = Version abrégée

Symptômes secondaires

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
<i>Plaintes psychique</i>					
1. J'ai du mal à m'endormir ou je me réveille en pleine nuit	☐	☐	☐	☐	☐
2. J'ai tendance à m'inquiéter	☐	☐	☐	☐	☐
3. Je me sens tendu et stressé	☐	☐	☐	☐	☐
4. Je me sens anxieux et/ou je souffre d'attaques de panique	☐	☐	☐	☐	☐
5. Le bruit et la foule me dérangent	☐	☐	☐	☐	☐
<i>Plaintes psychosomatiques</i>					
6. Je souffre de palpitations et de douleurs de poitrine	☐	☐	☐	☐	☐
7. Je souffre de douleurs d'estomac et/ou intestinales	☐	☐	☐	☐	☐
8. Je souffre de migraines	☐	☐	☐	☐	☐
9. Je souffre de douleurs musculaires, par exemple dans le cou, l'épaule ou le dos	☐	☐	☐	☐	☐
10. Je tombe souvent malade	☐	☐	☐	☐	☐

Citation: Schaufeli, W.B., De Witte, H. & Desart, S. (2019). *Handleiding Burnout Assessment Tool (BAT)*. KU Leuven, België: Intern rapport. Avec l'aide de dr. Ilona Boniwell – General Manager @ Positran

Annexe J : Inventaire de l'équilibre de vie

Inventaire de l'équilibre de vie

Traduction du Life Balance Inventory (Matuska, 2010)

Traduction de N. Larivière, erg., Ph. D. et M. Lévesque, erg., Ph. D. en collaboration avec Lucie Moleski, étudiante en ergothérapie; Francisca Belain, étudiante en ergothérapie; Cynthia Humphrey, erg.; Andrew Freeman, erg., Ph. D.; Ginette Aubin, erg., Ph. D., et révisée par Stéphanie Boucher, traductrice professionnelle

NOM : _____

DATE : _____

Consignes : Veuillez répondre aux énoncés suivants en deux étapes.

ÉTAPE 1 : Parmi les activités énoncées, indiquez celles que vous faites ou que vous voulez faire en encerclant OUI ou NON.

ÉTAPE 2 : Pour les activités pour lesquelles vous avez encerclé OUI, évaluez si le temps que vous avez **réellement** consacré à chacune des activités **au cours du dernier mois** correspond au temps que vous vouliez lui consacrer

1

				ÉTAPE 2 : Pour les activités pour lesquelles j'ai encerclé OUI, le temps consacré à cette activité est :				
ÉTAPE 1 : JE FAIS cette activité ou JE VOUDRAIS FAIRE cette activité				TOUJOURS MOINS que je voudrais	PARFOIS MOINS que je voudrais	AUTANT ou PRÈS que je voudrais	PARFOIS PLUS que je voudrais	TOUJOURS PLUS que je voudrais
1.	Oui	Non	Prendre soin de mon hygiène personnelle et me laver	1	2	3	2	1
2.	Oui	Non	Prendre soin de mon apparence	1	2	3	2	1
3.	Oui	Non	Dormir suffisamment et de manière satisfaisante	1	2	3	2	1
4.	Oui	Non	Me détendre	1	2	3	2	1
5.	Oui	Non	Faire de l'exercice physique régulièrement	1	2	3	2	1
6.	Oui	Non	Manger sainement	1	2	3	2	1
7.	Oui	Non	Prendre soin de ma santé (pression artérielle, vitamines, glucomètre, etc.)	1	2	3	2	1
8.	Oui	Non	Gérer mes finances (factures, budget, investissements)	1	2	3	2	1
9.	Oui	Non	Conduire (tout type de véhicule)	1	2	3	2	1
10.	Oui	Non	Prendre l'autobus	1	2	3	2	1

2

ÉTAPE 1 : JE FAIS cette activité ou JE VOUDRAIS FAIRE cette activité			ÉTAPE 2 : Pour les activités pour lesquelles j'ai encerclé OUI, le temps consacré à cette activité est :					
			TOUJOURS MOINS que je voudrais	PARFOIS MOINS que je voudrais	AUTANT ou PRÈS que je voudrais	PARFOIS PLUS que je voudrais	TOUJOURS PLUS que je voudrais	
11.	Oui	Non	Faire des activités avec des membres de ma famille	1	2	3	2	1
12.	Oui	Non	Faire des activités avec mon (ma) conjoint(e) ou avec mon (ma) partenaire	1	2	3	2	1
13.	Oui	Non	Faire des activités avec mes ami(e)s	1	2	3	2	1
14.	Oui	Non	Prendre soin des membres de mon entourage (famille, enfants, amis, voisins)	1	2	3	2	1
15.	Oui	Non	Avoir une relation sexuelle intime	1	2	3	2	1
16.	Oui	Non	Participer à des groupes (clubs sociaux : club de lecture, club de cartes, cours, etc.)	1	2	3	2	1
17.	Oui	Non	Rencontrer de nouvelles personnes	1	2	3	2	1
18.	Oui	Non	Avoir un emploi rémunéré	1	2	3	2	1
19.	Oui	Non	Acquérir des compétences dans mon emploi	1	2	3	2	1

3

3

			ÉTAPE 2 : Pour les activités pour lesquelles j'ai encerclé OUI, le temps consacré à cette activité est :					
ÉTAPE 1 : JE FAIS cette activité ou JE VOUDRAIS FAIRE cette activité			TOUJOURS MOINS	PARFOIS MOINS	AUTANT ou PRÈS	PARFOIS PLUS	TOUJOURS PLUS	
			que je voudrais	que je voudrais	que je voudrais	que je voudrais	que je voudrais	
20.	Oui	Non	Avoir des interactions sociales au travail	1	2	3	2	1
21.	Oui	Non	Participer à des activités religieuses officielles	1	2	3	2	1
22.	Oui	Non	Participer à des fêtes ou des activités traditionnelles (anniversaires, cérémonies religieuses, Noël, etc.)	1	2	3	2	1
23.	Oui	Non	Participer aux activités éducatives dans des milieux d'enseignement ou dans la communauté	1	2	3	2	1
24.	Oui	Non	Prendre part à des activités d'une association ou d'un ordre professionnel	1	2	3	2	1
25.	Oui	Non	Faire du bénévolat au sein de la communauté	1	2	3	2	1
26.	Oui	Non	Participer à un sport organisé	1	2	3	2	1
27.	Oui	Non	Faire des activités de plein air (chasse, pêche, randonnée, etc.)	1	2	3	2	1

4

				ÉTAPE 2 : Pour les activités pour lesquelles j'ai encerclé OUI, le temps consacré à cette activité est :				
ÉTAPE 1 : JE FAIS cette activité ou JE VOUDRAIS FAIRE cette activité				TOUJOURS MOINS que je voudrais	PARFOIS MOINS que je voudrais	AUTANT ou PRÈS que je voudrais	PARFOIS PLUS que je voudrais	TOUJOURS PLUS que je voudrais
28.	Oui	Non	Jardiner	1	2	3	2	1
29.	Oui	Non	Entrer en contact avec la nature (s'asseoir dans un parc, écouter le chant des oiseaux, etc.)	1	2	3	2	1
30.	Oui	Non	Planifier et coordonner des événements	1	2	3	2	1
31.	Oui	Non	Décorer ou aménager des espaces (organiser son espace personnel ou de bureau)	1	2	3	2	1
32.	Oui	Non	Cuisiner	1	2	3	2	1
33.	Oui	Non	Entretenir mon domicile	1	2	3	2	1
34.	Oui	Non	Magasiner (Europe: faire du shopping)	1	2	3	2	1
35.	Oui	Non	Prendre soin d'animaux de compagnie	1	2	3	2	1
36.	Oui	Non	Aller au restaurant ou dans des bars	1	2	3	2	1
37.	Oui	Non	Aller au théâtre, au cinéma ou assister à des événements sportifs	1	2	3	2	1

5

			ÉTAPE 2 : Pour les activités pour lesquelles j'ai encerclé OUI, le temps consacré à cette activité est :					
ÉTAPE 1 : JE FAIS cette activité ou JE VOUDRAIS FAIRE cette activité			TOUJOURS MOINS que je voudrais	PARFOIS MOINS que je voudrais	AUTANT ou PRÈS que je voudrais	PARFOIS PLUS que je voudrais	TOUJOURS PLUS que je voudrais	
38.	Oui	Non	Faire de l'artisanat, avoir des passe-temps (scrapbooking, faire de la photo, collections, etc.)	1	2	3	2	1
39.	Oui	Non	Jouer de la musique	1	2	3	2	1
40.	Oui	Non	Faire des activités artistiques (peinture, théâtre, musique, sculpture, etc.)	1	2	3	2	1
41.	Oui	Non	Entretenir ou réparer des appareils	1	2	3	2	1
42.	Oui	Non	Faire de la couture, des travaux d'aiguille	1	2	3	2	1
43.	Oui	Non	Lire	1	2	3	2	1
44.	Oui	Non	Utiliser un ordinateur (traitement de textes, Internet, blogues)	1	2	3	2	1
45.	Oui	Non	Faire de longues et profondes réflexions ou méditer	1	2	3	2	1
46.	Oui	Non	Écrire dans mon journal intime	1	2	3	2	1
47.	Oui	Non	Composer, écrire (musique, poèmes, etc.)	1	2	3	2	1

6

XXX

			ÉTAPE 2 : Pour les activités pour lesquelles j'ai encercle OUI, le temps consacré à cette activité est :					
ÉTAPE 1 : JE FAIS cette activité ou JE VOUDRAIS FAIRE cette activité			TOUJOURS MOINS	PARFOIS MOINS	AUTANT ou PRÈS	PARFOIS PLUS	TOUJOURS PLUS	
			que je voudrais	que je voudrais	que je voudrais	que je voudrais	que je voudrais	
48.	Oui	Non	Danser, faire du yoga, faire du tai-chi, etc. (arts expressifs par le mouvement)	1	2	3	2	1
49.	Oui	Non	Jouer à des jeux d'habileté (cartes, jeux électroniques, etc.)	1	2	3	2	1
50.	Oui	Non	Regarder la télévision	1	2	3	2	1
51.	Oui	Non	Faire du mentorat (enseigner)	1	2	3	2	1
52.	Oui	Non	Voyager (tous les moyens de transport, localement, mondialement)	1	2	3	2	1
53.	Oui	Non	Raconter des histoires	1	2	3	2	1

Inventaire de l'équilibre de vie :

Cotation :

Score total (score des items cochés « oui » / # items cochés oui):

_____ / _____

Interprétation	
1,00 – 1,49	Très déséquilibré
1,50 – 1,99	Déséquilibré
2,00 – 2,49	Moyennement équilibré
2,50 – 3,00	Très équilibré

Sous-échelles :

(1) Satisfaire besoins de base pour santé et sécurité (n = 6) : 1, 3, 4, 5, 6, 7

Score = score des items cochés « oui » / # items cochés oui = _____ / _____ =

(2) Avoir des relations satisfaisantes (n = 10): 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 20, 35, 51

Score = score des items cochés « oui » / # items cochés oui = _____ / _____ =

(3) Se sentir engagé, mis au défi et compétent (n = 20) : 8, 18, 27, 28, 29, 30, 31, 36, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 48, 49, 50, 52, 53

Score = score des items cochés « oui » / # items cochés oui = _____ / _____ =

(4) Donner un sens à sa vie et avoir une identité personnelle positive (n = 15) : 2, 19, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 32, 33, 34, 37, 45, 46, 47

Score = score des items cochés « oui » / # items cochés oui = _____ / _____ =

Note : les items « conduire » et « prendre autobus » vont dans le score total seulement.

Abstract / Résumé

Occupational therapy interventions for burned-out parents of children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): A focus on outpatient therapy and occupational balance

Introduction: In France, parental burnout affects approximately 5 to 6% of parents, with serious implications for their own health, family dynamics, and the well-being of their child. The additional stressors associated with managing a child with ADHD can exacerbate parental burnout and even lead to negative outcomes such as violence towards the child. Despite its significant impact, parental burnout remains little known and taken into account. This syndrome arises from an imbalance between parental resources (protective factors) and parental demands (risk factors).

Objective: Explore how the occupational therapist (OT) effectively influences the occupational balance of parents experiencing parental burnout. Several key areas of research were explored, including the identification of parents suffering from parental burnout, the investigation of intervention tools and techniques to address occupational balance, the selection of a conceptual model to guide interventions and an examination of the approaches and techniques used by other professionals in the field of occupational therapy.

Method: An exploratory qualitative research approach was employed for this study. Semi-structured interviews were conducted with five OT practicing in various settings and countries including France and Switzerland. A previously designed analysis table was used to analyse the results.

Results: The study revealed a significant impact on the mental health of parents coping with their child's ADHD. This underscored the importance of investigating how occupational therapy interventions could positively influence the occupational balance of these parents. Additionally, findings indicated that OT may not be adequately trained or equipped to address parental burnout effectively. This highlighted the need for further education and training in this area to better support the parents concerned.

Conclusion: This study highlights the challenges faced by parents experiencing parental burnout, particularly in the context of their child's ADHD. The findings underscore the need for greater awareness and training of OT in parental burnout, along with the importance of developing interventions to support these parents. These conclusions call for increased efforts to integrate support for parents experiencing parental burnout into occupational therapy practices, in order to improve the health and well-being of families affected by this syndrome.

Keywords: parental burnout, ADHD, occupational balance, occupational therapy.

Interventions en ergothérapie pour les parents en burnout parental avec un enfant atteint du trouble déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH) : focus sur la thérapie en ambulatoire et l'équilibre occupationnel

Introduction : En France, le burnout parental touche environ 5 à 6% des parents. Il engendre des dangers sérieux pour leur propre santé, la relation parent-enfant et le bien-être de l'enfant. Les stress supplémentaires liés à la gestion d'un enfant atteint de TDAH peuvent exacerber le burnout parental et même conduire à des résultats négatifs tels que la violence envers l'enfant. Malgré son impact significatif, le burnout parental reste peu connu et pris en compte. Ce syndrome résulte d'un déséquilibre entre les ressources parentales (facteurs de protection) et les exigences parentales (facteurs de risque).

Objectif : Explorer la façon dont l'ergothérapeute influence efficacement l'équilibre occupationnel des parents souffrant de burnout parental. Pour atteindre cet objectif, plusieurs axes d'investigation ont été explorés, notamment le dépistage des parents souffrant de burnout parental, la mise en place d'outils et techniques d'intervention pour agir sur l'équilibre occupationnel, le choix d'un modèle conceptuel pour guider les interventions et l'appropriation des approches et techniques utilisées par d'autres professionnels entrant dans le domaine de l'ergothérapie.

Méthode : Une recherche qualitative exploratoire a été utilisée pour cette étude. Des entretiens semi-structurés ont été menés avec cinq ergothérapeutes exerçant dans divers contextes et pays tels que la France et la Suisse. Un tableau d'analyse préalablement conçu a été utilisé pour analyser les résultats.

Résultats : L'étude a révélé un impact significatif sur la santé mentale des parents confrontés au TDAH de leur enfant. Cela souligne l'importance d'explorer comment les interventions en ergothérapie pourraient influencer positivement l'équilibre occupationnel de ces parents. De plus, les résultats ont indiqué que les ergothérapeutes pourraient ne pas être assez formés pour aborder efficacement le burnout parental. Cela souligne la nécessité d'une éducation et d'une formation supplémentaires dans ce domaine pour mieux soutenir les parents concernés.

Conclusion : Cette étude met en évidence les défis auxquels sont confrontés les parents souffrant de burnout parental, en particulier dans le contexte du TDAH de leur enfant. Les résultats soulignent le besoin d'une plus grande sensibilisation et formation des ergothérapeutes au burnout parental, ainsi que l'importance de développer des interventions pour soutenir ces parents. Ces conclusions appellent à des efforts accrus pour intégrer le soutien aux parents confrontés au burnout parental dans les pratiques en ergothérapie, dans le but d'améliorer la santé et le bien-être des familles touchées par ce syndrome.

Mots-clés : burnout parental, TDAH, équilibre occupationnel, ergothérapie.