

Faculté de santé publique

**Prévalence, facteurs de risque et
facteurs protecteurs du burnout chez
les infirmiers de soins intensifs et
d'urgences en Belgique francophone.**

Mémoire réalisé par
Brasseur Natacha
2153-08-00

Promoteur
Nataly Filion
Co-promoteur
Pierre Smith

Année académique 2019-2020
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Faculté de santé publique

**Prévalence, facteurs de risque et
facteurs protecteurs du burnout chez
les infirmiers de soins intensifs et
d'urgences en Belgique francophone.**

Mémoire réalisé par
Brasseur Natacha
2153-08-00

Promoteur
Nataly Filion
Co-promoteur
Pierre Smith

Année académique 2019-2020
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Remerciements

Je tiens dans un premier temps à remercier ma promotrice Madame Nataly Filion pour ses remarques judicieuses. Je remercie également mon co-promoteur Monsieur Pierre Smith pour ses conseils lors des analyses statistiques. Je leur suis reconnaissante pour le soutien, la bienveillance, la disponibilité et la rigueur nécessaire qu'ils ont réussi à m'apporter dans la réalisation de ce mémoire.

Je tiens à témoigner ma reconnaissance aux personnes suivantes pour leur aide dans la réalisation de ce mémoire :

Monsieur Arnaud Bruyneel pour ses aiguillages et ses conseils.

Monsieur Yves Maule, l'AFIU et la SIZ nursing de m'avoir permis de diffuser le questionnaire via leurs associations.

Toutes les personnes ayant répondu à l'enquête.

J'ai également une pensée particulière pour les personnes qui ont de près ou de loin participé à la réalisation de mon mémoire, mes parents, Mel, Corinne, Julie, Bastien ainsi que mes collègues pour la relecture et leurs encouragements tout au long de l'année.

Le plagiat

Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie.

Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiants en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université catholique de Louvain.

Table des matières

1. Introduction	1
2. Méthodes	10
3. Résultats	16
4. Discussion	35
5. Conclusion et perspectives	47
6. Bibliographie	49
7. Annexes	56
Annexe 1	56
Annexe 2	59
Annexe 3	61
Annexe 4	81

1. Introduction

De tout temps, le poids de l'activité et des relations sociales au travail pèsent sur les travailleurs et intéressent la société. Cet intérêt a permis de créer un lien entre le travail et la santé, tel que la reconnaissance des maladies professionnelles et des accidents de travail. (Lhuilier, & Amado, 2012)

Depuis quelque temps, la notion de « risques psychosociaux » émerge et tend à remplacer le mot « souffrance au travail ». Selon le centre de connaissance belge sur le bien-être au travail (2017), « Les risques psychosociaux liés au travail recouvrent des risques professionnels qui portent aussi bien atteinte à la santé mentale que physique des travailleurs et qui ont un impact sur le bon fonctionnement et les performances des entreprises ainsi que sur la sécurité. » (« Risques psychosociaux (RPS) », 2017).

Les manifestations les plus fréquentes de ces risques dans la population générale sont le stress, le burnout, le harcèlement, le conflit, le suicide et l'abus de substances. (« Risques psychosociaux (RPS) », 2017).

Étant donné l'ampleur de la situation, un cadre légal a été mis en place. En Belgique, c'est la loi du 4 août 1996 relative au bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail qui légifère sur la sécurité et la santé au travail. Cette loi prend sa source dans la directive 153 du traité de la Commission européenne.

Le chapitre Vbis de cette loi fixe un cadre général pour la prévention des risques psychosociaux au travail, là où auparavant il ne concernait que la violence et le harcèlement moral ou sexuel au travail. (*Dispositions légales—Service public fédéral Emploi, Travail et Concertation sociale*, s. d.)

Ce code du bien-être au travail demande à l'employeur d'identifier les situations qui engendrent les risques psychosociaux, de déterminer et évaluer les situations à risque en tenant compte des composantes organisationnelles du travail, du contenu, des conditions et des relations interpersonnelles au travail. Après cette analyse, il leur est demandé de prévenir ces risques et les dommages.

Un tel intérêt pour cette question pourrait être expliqué par le fait que nous sommes dans une société où le bien-être au travail devient une priorité, le stress ainsi que le burnout sont des sujets fort médiatisés et valorisés. D'un point de vue plus sociologique, la question du bien-être a de plus en plus tendance à passer par la santé du corps et de l'esprit. C'est pourquoi nous portons autant d'attention à cette question qui est celle de la souffrance et qui, par conséquent, devient une problématique socialement valorisée (Jacquemin, 2019).

D'après Chabot (2013), personne ne doute de la dimension sociale de la souffrance au travail, dont le burnout. « L'individu n'est pas seul responsable : la qualité et la quantité de travail, sa pénibilité, le manque de contrôle (...) sont aussi en cause, dans des proportions parfois variables » (Chabot, 2013, pp. 27-28).

Dans cette première description, nous avons pu voir que les risques psychosociaux sont assez bien définis, reconnus et qu'il existe même un cadre légal afin de les prévenir ou de les éviter. Mais ces problèmes sont toujours présents dans le monde du travail et ne semblent pas décroître.

Une des manifestations de la souffrance au travail est le stress et le burnout. Le lien entre stress et burnout a pu être établi, et il a été démontré que le stress au travail augmente la probabilité de celle-ci (Gluschkoff et al., 2016).

Une étude de 2014 a montré que 25% des travailleurs européens étaient la majorité du temps stressés sur leur lieu de travail (Eurofound, 2014).

Dans une étude menée par Eurofound datant de 2010, la Flemish Workability Monitor a pu déterminer que 29% des travailleurs belges sont stressés en raison de leur travail. Ce pourcentage reste stable depuis 2004 (Work-related stress, 2010).

La prévalence du burnout dans la population générale belge n'a pas été beaucoup étudiée jusqu'ici. Il est difficile de faire des liens entre le taux de stress au travail et le taux de burnout des travailleurs belges.

Étant donné l'importance du phénomène, nous avons décidé de nous pencher sur le sujet du burnout, aussi appelé syndrome d'épuisement professionnel.

C'est dans les années septante que Freudenberg et puis Maslach tentent de définir cet état de fatigue chronique. Il n'existe toujours pas de consensus autour de cette définition.

Dans nos recherches, la définition qui revient le plus et que nous retiendrons est celle proposée par Maslach et Jackson (1986) qui dit « le burnout est un syndrome d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et de réduction de l'accomplissement personnel qui apparaît chez les individus impliqués professionnellement auprès d'autrui » (Maslach, & Jackson, 1986, p.5). C'est donc pour eux, un modèle tridimensionnel.

La première phase est celle de l'épuisement émotionnel qui est un stade où les ressources mentales et physiques s'amenuisent, le repos n'est plus suffisant et la motivation disparaît. C'est la dimension principale.

Il y a ensuite, le sentiment de dépersonnalisation ou la perte du sens des réalités (Picart, 2018) qui se caractérise par un sentiment négatif du soignant envers le patient, une attitude cynique, un désinvestissement relationnel.

Et pour finir, la réduction de l'accomplissement personnel avec le sentiment d'incompétence, de dévalorisation et la perte d'estime de soi.

Sa définition permet de comprendre ce qui caractérise ce syndrome et ses symptômes multiples.

Les symptômes peuvent se classer en cinq catégories (Kahill, 1988).

Tout d'abord, les symptômes physiques : fatigue, épuisement physique, troubles du sommeil, céphalées, troubles digestifs. Ce sont des signes peu spécifiques qui pourraient être banalisés.

Les symptômes émotionnels : épuisement émotionnel, irritabilité, anxiété, culpabilité, dépression et sentiment d'impuissance.

Les symptômes comportementaux : ce sont souvent des symptômes reliés au travail tels qu'une dépendance rigide aux règles, absentéisme, consommation d'alcool et de drogues, suralimentation.

Les symptômes interpersonnels : ceux-ci peuvent impliquer les patients, amis ou les membres de la famille. Une communication impersonnelle et stéréotypée, des difficultés de concentration en sont les principales manifestations.

Et enfin, les symptômes d'attitudes : cynisme, dureté, pessimisme, intolérance envers les patients, déshumanisation par l'utilisation du jargon et de l'intellectualisation, ainsi qu'une perte de plaisir au travail et une résistance à aller travailler.

D'après Schaufeli et al. (2019), nous retiendrons également des manifestations telles que les troubles cognitifs, les troubles émotionnels, la distance mentale, mais aussi, les symptômes dépressifs, les problèmes de stress psychique et les troubles psychosomatiques.

Les signes comportementaux peuvent également se manifester par de l'irritabilité, sensibilité accrue aux frustrations, méfiance, cynisme, abus de substances.

Ces symptômes nombreux pourraient mener à un diagnostic tardif du syndrome d'épuisement professionnel.

Pour Edelwich et Brodsky (1980), cité par Oigny (2009), le burnout est un processus de « désillusionnement » résultant d'un écart entre normes et faits, qui se traduit par quatre étapes, soit : l'enthousiasme, la stagnation, la frustration et l'apathie. Selon ces auteurs, plus la personne investit d'énergie dans son travail sur le plan émotionnel, plus elle est exposée au burnout, précisément lorsqu'elle connaît au travail, la déception et la frustration.

Cependant, il n'existe pas de cause définie, mais bien un ensemble de facteurs de risque qui peuvent être classifiés.

Il existe des facteurs individuels et des facteurs organisationnels. Selon Picart (2018), ces deux groupes de facteurs sont liés et peuvent, selon une approche psychosociale, être étudiés ensemble.

« En situation de travail, c'est donc l'étude des caractéristiques de l'individu qui est confrontée aux dimensions collectives du travail. » (Picart, 2018, p 38).

En ce qui concerne les facteurs organisationnels, nous distinguons les facteurs de risque liés à l'organisation, au groupe, au type de travail, aux caractéristiques individuelles et aux caractères sous-jacents.

Au niveau de l'organisation, les horaires irréguliers, le manque de communication entre direction et personnel, les règles trop rigides, les tâches mal définies, le manque de possibilité d'avoir une promotion, le manque de personnel, les changements fréquents de personnel, un climat de travail défavorable : espace, matériel, ambiance physique (Hers, 2018 ; Picart, 2018).

En ce qui concerne les facteurs de risque liés au groupe et aux relations interpersonnelles, le manque de coordination au sein du service, le manque de responsabilité et d'initiative des dirigeants et des travailleurs, le manque de collaboration, les conflits avec les autorités, avec les pairs, et une charge de travail trop élevée (physique ou mentale, psychique).

Pour les facteurs liés au type de travail dont la charge émotionnelle, l'écart entre les attentes et la réalité, la non-acceptation des objectifs généraux, l'imprévisibilité du travail, la mort et la souffrance des patients, la non-amélioration de l'état des malades, les incertitudes à l'égard des traitements, des responsabilités importantes, le manque de respect, d'estime, de valorisation et de soutien sur le lieu de travail ou en dehors.

Concernant les facteurs liés aux caractéristiques individuelles, l'âge, le sexe, le statut marital et les autres caractéristiques sociodémographiques sont à prendre en compte. Il n'existe pas de consensus concernant l'âge et le nombre d'enfants.

Des caractères sous-jacents peuvent être des accélérateurs de burnout. Nous retiendrons, le perfectionnisme, le besoin excessif de contrôle, l'excès de sens des responsabilités, le besoin d'harmonie excessif (Robbe-Kernen, & Kehtari, 2014, p. 1790).

Nous pouvons rajouter que, selon Lorenz (2010), ce soit un manque d'adaptation entre les besoins des travailleurs et le contenu des tâches au travail qui conduit à l'insatisfaction, à la souffrance ou à l'anxiété.

Robbe-Kernen et Khetari (2014) ont également identifié des facteurs protecteurs. Ceux-ci sont, l'aide venant de l'extérieur (pairs, famille, amis, autres professionnels de la santé), avoir un médecin traitant. Mais aussi, l'enseignement auprès des étudiants en médecine et la

multiplication des interventions dans les hôpitaux. La «cohabitation professionnelle» de type cabinet de groupe peut dans certaines situations jouer un rôle protecteur, ceci pour autant que divers conflits ou rivalités ne créent pas de barrage et que le rôle du superviseur soit clairement défini au préalable.

Dans certaines études, il a été mis en évidence que le support social ainsi que le support managérial sont des facteurs protecteurs du burnout (Hunsaker, Chen, Maughan, & Heaston, 2015. ; Velando et al., 2018). Nous entendons par support managérial, le support que les travailleurs reçoivent de leurs supérieurs directs ainsi que celui de l'institution. Le support social fait référence au support et à la protection reçus par ses proches ou par ses collègues.

Le burnout est aussi une problématique de santé publique. En effet, il entraîne de multiples symptômes et entraîne une répercussion sur l'absentéisme, la qualité du travail, la qualité de vie.

Ces conséquences impliquent des coûts liés à l'utilisation des services de santé, à l'augmentation de l'absentéisme, aux coûts des incapacités, à la difficulté de réinsertion professionnelle et au fait que le travailleur sorte progressivement du marché de l'emploi (Vézina, 2008).

Le burnout chez les infirmiers affecte également la qualité des soins de santé, car les soignants sont moins nombreux et moins efficaces, ce qui a une répercussion sur les soins délivrés aux patients et sur les familles. Ceci est problématique dans le contexte où l'humanisation dans les soins de santé est devenue une priorité. (Vézina, 2008)

Non seulement la qualité des soins pourrait être altérée, mais la sécurité des patients également. Véniza ajoute,

« Il importe de mentionner que c'est dans une perspective de santé publique que l'on doit s'attaquer aux contraintes de l'environnement psychosocial du travail, compte tenu de l'existence de stratégies efficaces pour réduire ces contraintes et de l'importance des coûts sociaux associés aux problèmes de santé psychologiques liés au travail. C'est dans cette perspective visant à susciter le développement en milieu de travail de pratiques organisationnelles favorables à la santé, que la révision actuelle du programme national de santé publique au Québec prévoit le développement d'outils et la mise en place d'activités de formation à l'intention du personnel du réseau afin de les rendre aptes à offrir aux entreprises des activités de sensibilisation et d'information sur les dimensions-clés de l'organisation du travail et des pratiques de gestion à cibler. En France, l'intégration récente de la santé

au travail à l'intérieur du programme de santé publique pourra permettre d'aller dans le même sens. » (Vézina, 2008, p 5126).

Étant donné qu'il n'existe pas de consensus sur la définition et sur l'expression du burnout, que de nombreux facteurs de risque sociétaux et culturels sont mis en cause, il est difficile d'obtenir des chiffres de prévalence du burnout dans la population générale qui permettent d'être comparés. Une difficulté de comparaison des chiffres réside également dans l'utilisation de différentes échelles de mesure. Dans notre recherche de littérature, nous avons tout de même trouvé quelques chiffres, mais ils sont difficilement interprétables.

L'étude SALVEO menée au Canada entre 2009 et 2012 sur 2132 employés a évalué la prévalence du *burnout* à 3,9 % de la population (Marchand, Blanc, & Durand, 2015, p. 228).

Aux Pays-Bas, l'étude UBOS de 2001 démontrait une prévalence à 5% de la population générale (rapport du conseil supérieur de la santé 2017).

En ce qui concerne la prévalence en Belgique, une étude menée par le SPF entre 2010 et 2019 a déterminé une prévalence à 0,8%, mais peu fiable, car leur méthodologie permettait difficilement de tirer des conclusions sur la population générale (Hansez, Mairiaux, Firket, & Braekman, 2010).

La prévalence du burnout dans la population générale belge n'a pas été beaucoup étudiée jusqu'ici. Nous ne pouvons pas, pour le moment, faire de lien entre le taux de stress au travail et le taux de burnout des travailleurs belges.

Tous les travailleurs ne sont pas exposés aux mêmes risques psychosociaux et donc aux mêmes risques de burnout. Une étude finlandaise de 2006 a montré qu'il ne semble pas exister de différence dans la prévalence du burnout dans différentes catégories de travailleurs (Ahola et al., 2006). Cependant, dans les facteurs du burnout vus précédemment, nous pouvons identifier une série de facteurs qui se rapportent tout particulièrement aux travailleurs du secteur social et médical. Ils sont régulièrement confrontés à la souffrance, la détresse et la mort de ceux qu'ils aident. Le facteur de stress est donc particulier, car il est en partie lié à la personne qu'ils doivent aider (Floru, & Cnockaert, 1998). Viennent s'ajouter à cela des facteurs organisationnels tels que les horaires irréguliers, l'imprévisibilité du travail. Ce qui explique que le personnel médical et donc les infirmiers sont une catégorie particulièrement à risque de burnout.

Une étude de 2012 menée par Shanafelt et al. a montré qu'il existait une différence significative entre le taux de burnout chez les médecins et celui dans la population générale aux États-Unis.

Dans une étude de l'Agency for Healthcare Research and Quality, ils ont pu estimer que 10 à 70% des infirmiers et 30 à 50% des médecins et assistants étaient en burnout (Lyndon A., 2015). Dans un rapport publié par le conseil supérieur de la santé en 2017, ils nous montrent qu'une étude réalisée par la KULeuven et l'IDEWE sur un échantillon de presque 6000 soignants (médecins et infirmiers), a pu déterminer que 6,6% d'entre eux souffraient d'un burnout et que 13,5% étaient à risque de développer un burnout. (Conseil supérieur de la santé, 2017). Une autre étude menée en Belgique en 2017 auprès de médecins et d'infirmiers montre que 6% des interrogés étaient à risque élevé dans les trois dimensions du burnout et 13% dans au moins deux dimensions.

Les soignants sont donc bien une population particulièrement à risque. En lien avec notre profession, nous avons décidé de nous concentrer sur la population des infirmiers.

Une méta-analyse de 2018 a comparé la prévalence du burnout chez les infirmiers dans 21 études. La prévalence de burnout chez les infirmiers était en moyenne de 51.98% (Zhang et al., 2018).

En Belgique, le centre fédéral d'expertise de soins de santé (KCE) a publié un rapport où ils comparaient les chiffres du burnout des infirmiers. Ceux-ci avaient augmenté depuis 2009 avec une prévalence pour l'épuisement émotionnel de 28,9%, 33,7% pour la dépersonnalisation et 27,9% pour la réduction de l'accomplissement personnel (Van Den Heede et al., 2019). Ces chiffres sont détaillés et spécifiques et permettront une comparaison avec notre recherche.

Une recherche a été réalisée sur la population des infirmiers en Belgique pendant la période du covid-19. Ils étaient de 45% pour l'épuisement émotionnel, 46% pour la dépersonnalisation et 47% concernant la réduction de l'accomplissement personnel. (Smith, & Bruyneel, 2020)

Il sera intéressant de comparer nos données avec celles-ci.

Nous avons décidé de rétrécir notre cadre de recherche et de nous intéresser à une population particulière qui est celle des infirmiers travaillant dans la filière de la médecine aiguë, c'est-à-dire les urgences et les soins intensifs. C'est une filière où la charge psychologique et physique pourrait en faire des personnes à haut risque de développer un burnout.

L'environnement de travail aux urgences, mais aussi aux soins intensifs est un environnement où le travail est imprévisible, en changement constant dans un environnement stressant (Adriaenssens, De Gucht, & Maes, 2015). Ces différents facteurs organisationnels expliquent que cette population d'infirmiers n'est pas soumise aux mêmes conditions ni au même stress que d'autres infirmiers.

Une méta-analyse de 2015 a mis en évidence que 26% des infirmiers travaillant aux urgences souffraient de burnout (Adriaenssens et al., 2015)

Une étude menée en Andalousie en 2018 montre qu'un tiers des infirmiers de soins intensifs et d'urgences souffre d'un haut degré de burnout. (Cañadas-de la Fuente et al., 2018)

Au Portugal, une étude menée auprès d'infirmiers travaillant aux soins intensifs montre que 14,3% de cette population est en burnout (Vasconcelos, & Martino, 2018)

En Belgique, une étude réalisée en 2018 dans trois services de soins intensifs en Flandre estime le taux d'infirmiers à risque de burnout à 3% (Vermeir et al., 2018) .

Il n'existe pas encore de données spécifiques sur les infirmiers travaillant aux urgences et aux soins intensifs en Belgique francophone. C'est une des raisons pour lesquelles nous aimerions mesurer ce taux de burnout.

Une autre raison qui motive notre étude vient du fait qu'il y a un cri de colère général dans le monde des infirmiers belges. Nous prenons comme exemple « les mardis des blouses blanches » où de nombreux infirmiers ont protesté afin que le monde politique écoute leur souffrance et fasse quelque chose. Ils protestaient contre des conditions de travail de plus en plus difficiles.

Après la lecture de toutes ces données, nous pouvons facilement comprendre pourquoi il est utile et intéressant d'étudier le taux de burnout de cette population spécifique.

La mesure de l'épuisement professionnel chez les infirmiers de soins intensifs et d'urgences en Belgique francophone est quelque chose qui n'a pas encore été réalisé et qui serait utile si nous arrivons à prouver qu'il y a un taux significatif de burnout ou de risque d'épuisement professionnel, mais surtout si nous arrivons à mettre en évidence des facteurs de risque ou de protection dans cette population ce qui permettrait de cibler les groupes à risques afin de mettre en place des interventions et de prendre des décisions politiques.

Notre problématique est la suivante : quels sont le taux et les facteurs de risque et de protection du burnout chez les infirmiers de soins intensifs et d'urgences en Belgique francophone ?

Notre hypothèse est que ces infirmiers sont une catégorie à haut risque de burnout, nous souhaiterions, au moyen de notre recherche, mesurer le taux de burnout et le comparer aux chiffres de la population générale des infirmiers notamment ceux utilisés dans l'étude du KCE de 2019.

En plus de cette estimation, nous voudrions vérifier si certains facteurs tels que les données sociodémographiques, la satisfaction au travail, le support social, etc. se révèlent être prédicteurs ou non d'un burnout plus élevé. Nous pensons qu'une satisfaction au travail et un

support au travail satisfaisant seraient des facteurs protecteurs et seraient donc des pistes pour la prévention et l'amélioration des conditions de travail des infirmiers.

2. Méthodes

Afin de répondre à notre question de recherche, nous avons donc décidé de créer un questionnaire mesurant le burnout en y intégrant également des données sociodémographiques et d'autres potentiels facteurs d'influence du burnout tels que le support social et la satisfaction au travail.

Population et échantillonnage

Notre population cible étant les infirmiers des urgences et des soins intensifs, un de nos critères d'inclusion était que ces infirmiers devaient travailler dans un de ces services. Nous savons que certains infirmiers travaillant dans ces secteurs n'ont pas de titre spécialisé, étant conscient de cette réalité, nous n'avons pas exclu les infirmiers sans spécialisation.

Notre méthode d'échantillonnage est non probabiliste. C'est un échantillon de convenance, toutes les personnes correspondant aux critères et étant intéressées pouvaient répondre à notre enquête.

Pour toucher notre population, nous avons contacté les associations francophones qui nous ont soutenus dans notre démarche. Elles ont diffusé notre questionnaire à leurs affiliés. Ces deux associations sont l'AFIU (Association francophone des infirmiers d'urgence) et la SIZ Nursing (Société des infirmiers de soins intensifs. Association francophone).

Nous avons également pu diffuser notre questionnaire sur les réseaux sociaux (Facebook®) de ces associations qui comptaient plus de personnes que les affiliés des associations.

Nous avons commencé la diffusion le 10 février 2020 et arrêté la collecte après un mois. Il y a eu un rappel via les mails pour les affiliés et une nouvelle publication sur les réseaux sociaux deux semaines après le début de la distribution.

Nous avons décidé que la langue d'investigation serait le français, ce qui a limité notre recherche aux infirmiers francophones.

Afin de s'assurer de leur appartenance à la filière des soins aigus, nous avons ajouté une question concernant leur secteur de travail (soins intensifs, urgences ou les deux).

Nous avons donc limité notre population aux infirmiers francophones travaillant aux soins intensifs et / ou aux urgences. Nous n'avons pas demandé dans quelle région de Belgique les répondants travaillaient, mais les associations d'infirmiers étant situées en Belgique, nous supposons que notre étendue se limite à la Belgique.

En ce qui concerne notre technique d'échantillonnage, au moment de la diffusion des questionnaires, la SIZ Nursing était composée de 380 membres et l'AFIU de 388 membres. Leurs réseaux sociaux rassemblaient 1300 personnes pour la SIZ Nursing et 1100 personnes pour l'AFIU au moment de la distribution des questionnaires.

Les questionnaires ont donc été publiés sur une période de quatre semaines. Nous avons récolté 491 réponses au total, mais dont 48 avaient des données partiellement manquantes. Nous n'en tiendrons donc pas compte dans notre analyse. Ce qui porte notre échantillon à 443 personnes. Des analyses de sensibilité ont été réalisées et il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les groupes, ce qui limite le biais de sélection dans nos résultats. (Les analyses complètes se trouvent en annexe 4)

Il ne nous est cependant pas possible d'estimer avec exactitude le nombre de personnes qui ont pu être touchées par la distribution. En effet, nous ne savons pas combien de personnes sont à la fois membres de l'association et présentes sur les réseaux sociaux. Ni si des personnes sont à la fois sur le réseau social de la SIZ Nursing et de l'AFIU.

Création du questionnaire

Notre questionnaire était posé sous forme d'auto-évaluation.

- Mesure du burnout

La mesure principale de notre questionnaire est l'estimation du taux de burnout. Étant donné la complexité de ce syndrome, le non-consensus sur sa définition, mais également sur ses différentes phases, il existe différentes échelles de mesure du burnout. Cependant, nous avons décidé de mesurer le taux de burnout avec le Maslach Burnout Inventory test for human services (MBI-HSS).

Nous avons choisi cette échelle, parce qu'elle est une des plus utilisées dans les recherches scientifiques lorsqu'on parle du burnout. Selon Kovess-Masfety & Saunder (2017), à peu près 90% des articles mesurant le burnout utilisent cet outil, ce qui nous permettrait de pouvoir comparer nos futures mesures à d'autres déjà réalisées. Ensuite, cet outil convient à l'évaluation du burnout chez les soignants (Maslach, Jackson, & Leiter, 1997). De plus, cette échelle est validée en français (Girault, 1989).

Le Maslach Burnout Inventory test en version française se trouve en annexe 1.

Ce questionnaire est constitué de 22 items qui permettront, après analyse, de mesurer les trois dimensions du burnout. Neuf questions concernent l'épuisement émotionnel, cinq la

dépersonnalisation et huit l'accomplissement personnel. Il s'agit d'une auto-évaluation au moyen d'une échelle de Likert allant de « Jamais » à « Chaque jour », sept choix sont possibles.

En ce qui concerne l'interprétation des scores, nous avons pu nous rendre compte qu'ils sont malheureusement rarement explicites et qu'il existe parfois des différences d'une étude à l'autre (Kovess-Masfety, & Saunder, 2017). Nous avons choisi de garder les scores établis dans la version de Maslach et al. (1986) car ce sont les scores originaux. De plus, notre choix a été conforté par l'utilisation de ces scores lors de l'étude belge réalisée pendant la période du covid-19 (Smith, & Bruyneel, 2020).

Voici la répartition des scores du burnout allant de faible à élevé :

Niveau de Burnout	Épuisement émotionnel	Dépersonnalisation	Accomplissement personnel
Haut	≥ 27	≥ 10	0-33
Modéré	19-26	6-9	34-39
Bas	0-18	0-5	≥ 40

Source : Maslach, C., Jackson, S., Leiter, M., Schaufeli, W., Schwab, R., Maslach Burnout Inventory manual, general survey, human services survey, educators survey ad scoring guides. Menlo Park, CA: Mind Garden; 1986.

Les qualités psychométriques du questionnaire sont les suivantes :

La validité interne du MBI a été évaluée au moyen des coefficients alpha de Cronbach, ils étaient de 0,90 pour l'épuisement émotionnel, 0,79 pour la dépersonnalisation et 0,71 pour l'accomplissement personnel (Maslach et al., 1986) . Ces scores étant supérieurs à 0,70, ils sont satisfaisants et montrent une validité interne du questionnaire.

Pour la version française du questionnaire, les scores sont équivalents pour l'épuisement émotionnel et l'accomplissement personnel (0,90 et 0,74), mais seulement de 0,64 pour la dépersonnalisation (Dion, & Tessier, 1994). Ce score limite pour la dépersonnalisation est connu et se retrouve également dans plusieurs études sur les questionnaires en français (Langevin, Boini, François, & Riou, 2012).

Les test-retests de fiabilité sont également bons. Ces tests ont été réalisés une première fois après deux à quatre semaines, les coefficients étaient de 0,82 pour l'épuisement émotionnel, 0,60 pour la dépersonnalisation et de 0,80 pour l'accomplissement personnel. Une seconde fois après un an sur un autre échantillon. Les résultats des coefficients de stabilité étaient de 0,60 pour l'épuisement émotionnel, 0,54 pour la dépersonnalisation et 0,57 pour l'accomplissement personnel (Maslach, et al., 1986). Il existe donc une stabilité dans le temps.

Il n'existe pas d'informations sur la sensibilité dans la version originale du questionnaire.

- Échelle du support social de Karasek

Une deuxième mesure importante est celle du support social de Karasek. Lors de nos recherches, nous avons pu voir que le support social et le support hiérarchique pouvaient être des facteurs explicatifs des risques psychosociaux et donc du burnout (Hunsaker et al., 2015). C'est pourquoi, nous avons choisi d'ajouter des questions venant du modèle de Karasek.

Cette échelle permet de mesurer différentes dimensions comme la demande psychologique, la latitude décisionnelle et le soutien social au travail. Ce questionnaire étant long, nous avons pris le parti de ne poser de questions que sur la dernière dimension qui est le support social (soutien social et hiérarchique). Selon Niedhammer et al. (2006) « Un manque de soutien social au travail constituerait un facteur de risque pour la santé ».

Les dimensions du soutien social et du soutien hiérarchique sont calculées sur un maximum de 16 pour chaque. Un faible soutien social est indiqué par un score cumulé inférieur à 24. (« Les facteurs psychosociaux au travail. Une évaluation par le questionnaire de Karasek dans l'enquête Sumer 2003 », 2003)

Le questionnaire complet se trouve en Annexe 2.

Une analyse de la validité interne de la version française du questionnaire de Karasek a été réalisée par Niedhammer (2006) et rapportait un coefficient alpha de Cronbach de 0,69 pour la dimension du soutien social ce qui est satisfaisant. Cependant, ce coefficient était de 0,74 lors de l'étude sur le questionnaire original de Karasek (Karasek et al., 1998). L'étude des sous-échelles du soutien hiérarchique et du soutien des collègues montre des scores également satisfaisants (0,73 et 0,74) (Niedhammer et al., 2006). Les scores de validité factorielle et de convergences sont également satisfaisants et correspondent à d'autres études réalisées (Niedhammer et al., 2006).

- Autres données

En plus de ces deux échelles, nous avons décidé de collecter d'autres données.

Tout d'abord, des données sociodémographiques. Des méta-analyses ont mis en avant différents facteurs explicatifs du burnout comme l'âge, le sexe ou le temps de travail (Cañadas-De la Fuente et al., 2018). Nous avons également intégré le statut marital. Nous savons cependant qu'il n'existe pas pour le moment de preuves significatives que ces données influeraient sur le burnout (Kehtari, 2014).

Nous avons également posé des questions concernant la formation et le nombre d'années d'études.

Nous avons ensuite demandé dans quel secteur ils travaillent et depuis combien de temps (dans le service actuel et en général). Avec quel temps de travail, l'horaire type et si cet horaire est un choix ou non (imposé).

Et pour terminer, nous avons décidé d'intégrer une mesure de la satisfaction au travail. Il existe une échelle mesurant la satisfaction au travail chez les infirmiers qui s'appelle la « Nursing work index – revised ». Malheureusement, elle comporte 57 items, ce qui était trop long à ajouter dans notre questionnaire étant donné les multiples questions déjà posées.

C'est pourquoi nous avons opté pour une échelle de Likert indiquant le score de satisfaction de zéro à cent.

Nous avons d'abord testé notre questionnaire auprès de 10 collègues. Après leur test et commentaires, nous n'avons pas réalisé de modifications.

Au final, notre questionnaire était constitué de 43 questions. Le temps moyen de réponse était de 15 minutes.

Notre questionnaire complet se trouve en Annexe 3.

Recueil des données

Notre collecte de données a été réalisée au moyen de questionnaires en ligne créés au moyen du logiciel Qualtrics™. Un texte d'introduction présentait notre recherche aux participants. En lien avec le RGPD, nous leur avons précisé que les données communiquées seraient uniquement utilisées dans le cadre de notre recherche, nous leur avons garanti la confidentialité des données et l'anonymisation des résultats. Si elles changeaient d'avis, les personnes interrogées pouvaient nous demander de supprimer leurs réponses. Une adresse de contact était renseignée pour répondre à leurs questions éventuelles.

Ce texte est disponible dans l'annexe 1.

Lorsqu'ils complétaient le questionnaire, les participants pouvaient arrêter à tout moment et y revenir plus tard. Ils pouvaient également revenir sur leurs réponses précédentes.

À la fin de la période d'enquête, nous avons pu importer tous les questionnaires commencés, démarrer le nettoyage et la création de notre base de données finale.

Analyse des données

Nos données ont été analysées au moyen du logiciel de statistique SPSS®. Nous avons tout d'abord analysé la population de notre échantillon au moyen de statistiques descriptives. Ensuite, pour les trois dimensions du burnout, nous avons regroupé les valeurs continues du score en une variable binaire afin de distinguer deux groupes : les individus avec un score faible à modéré et les individus avec un score élevé. Par la suite, nous avons comparé les caractéristiques de ces deux groupes et dans les trois dimensions du burnout. Pour ce faire, nous avons utilisé des tests T de Student pour les variables continues et des tests de Khi-carré pour les variables catégorielles. Nous avons répété ces tests pour toutes les variables étudiées en gardant chaque dimension du burnout distincte.

Après cela, nous avons réalisé des modèles de régression logistique uni-variée pour chaque dimension distincte. Et nous avons terminé par des modèles de régression logistique multivariée. Les modèles de régression permettent de mettre en avant les facteurs explicatifs (protecteurs ou de risque) dans les trois dimensions du burnout.

Nos résultats étaient considérés comme significatifs pour une p-valeur inférieure à 0,05.

Les résultats sont décrits dans la section suivante.

3. Résultats

Statistiques descriptives

- Données sociodémographiques :

Dans le tableau 1, nous pouvons observer que notre échantillon se composait majoritairement de femmes (78,3%), l'âge moyen était de 34,89 ans. En ce qui concerne le statut marital, 42,4% des infirmiers étaient en couple et 28,7% mariés.

Notre population était principalement composée d'infirmiers travaillant aux soins intensifs (64,1%) et seulement 26,4% travaillant aux urgences.

69,3% possédaient un diplôme de bachelier accompagné d'une spécialisation avec une moyenne de 5,17 années d'études.

La moyenne des années de travail était de 11,96 ans et 9,91 ans dans le même service, nous noterons toutefois que la déviation standard était de 10 et 9,18 ans, ce qui indique une variation importante autour de la moyenne.

Concernant les horaires de travail, la majorité des infirmiers travaillaient à temps plein (61,6%) venaient ensuite les 80% de temps de travail puis 50%. La plupart avaient des horaires variés et pour 73,6%, leurs horaires étaient imposés. 78,6% n'avaient pas de travail complémentaire.

La satisfaction au travail obtenait une moyenne de 63,1 sur 100.

Et pour terminer, 55,5% des infirmiers recevaient un soutien social au travail faible d'après l'échelle de Karasek.

Tableau 1 : Statistiques descriptives (n = 443)

		<i>N (%)</i> <i>Moyenne (DS)</i>
Informations sociodémographiques		
Âge		34,89 (9,78) ans
Genre	Homme	96 (21,7)
	Femme	347 (78,3)
Statut marital	Célibataire	112 (25,3)
	En couple	188 (42,4)
	Marié	127 (28,7)
	Divorcé	16 (3,6)
Nombre d'enfants à charge		0,85 (1,04)
Informations sur la formation		
Nombre d'années d'études		5,17 (1,49)

		<i>N (%)</i> <i>Moyenne (DS)</i>
Niveau de formation	Bachelier	33 (7,4)
	Bachelier + spécialisation	307 (69,3)
	Master	93 (21)
	École des cadres	10 (2,3)
Informations sur le travail		
Secteur de travail	Soins intensifs	284 (64,1)
	Urgences	117 (26,4)
	Les deux	42 (9,5)
Temps de travail	50%	50 (11,3)
	75%	46 (10,4)
	80%	74 (16,7)
	100%	273 (61,6)
Horaire type	Majorité de matins	39 (8,8)
	Majorité de soirs	20 (4,5)
	Majorité de nuits	25 (5,6)
	Shifts de 12h	33 (7,4)
	Un peu de tout	326 (73,6)
Horaire	Choix	117 (26,4)
	Imposé	326 (73,6)
Boulot complémentaire	Oui	95 (21,4)
	Non	348 (78,6)
Nombre d'années de travail		11,96 (10,1)
Nombre d'années dans leur service		9,91 (9,18)
Satisfaction au travail		63,1 (18,1)
Support social de Karasek		
	Support faible	246 (55,5)
	Support normal	188 (42,4)

- Mesure du Burnout :

Nous avons ensuite procédé à l'analyse du burnout. Dans le tableau 2, nous pouvons voir que 39,7% des infirmiers étaient à risque élevé dans la dimension de l'épuisement émotionnel, 54% pour la dépersonnalisation et 32,3% dans la réduction de l'accomplissement personnel.

Tableau 2 : Statistiques descriptives des dimensions du burnout dans notre échantillon général (n = 443)

		<i>Moyenne (DS)</i>	<i>Catégories</i>	<i>N (%)</i>
Dimensions du burnout	Épuisement émotionnel	23,9/ 54 (11,36)	Risque faible-moyen	267 (60,3)
			Risque élevé	176 (39,7)
	Dépersonnalisation	11,18/30 (7,06)	Risque faible-moyen	204 (46)
			Risque élevé	239 (54)
	Accomplissement personnel	35,93/ 48 (7,31)	Risque faible-moyen	300 (67,7)
			Risque élevé	143 (32,3)

Après cette analyse dans notre échantillon entier, nous avons décidé de vérifier les proportions en fonction du secteur de travail.

Le tableau 2.1 nous montre la proportion parmi les infirmiers travaillant aux urgences. 56,4% étaient à risque élevé d'épuisement émotionnel, 75,2% pour la dépersonnalisation et 31,6% dans l'accomplissement personnel.

Tableau 2.1 : Statistiques descriptives des dimensions du burnout pour les infirmiers travaillant aux urgences (n=117)

		<i>Moyenne (DS)</i>	<i>Catégories</i>	<i>N (%)</i>
Dimensions du burnout	Épuisement émotionnel	27,15 / 54 (11,742)	Risque faible-moyen	51 (43,6)
			Risque élevé	66 (56,4)
	Dépersonnalisation	15,04 /30 (7,466)	Risque faible-moyen	29 (24,8)
			Risque élevé	88 (75,2)
	Accomplissement personnel	35,68 / 48 (7,312)	Risque faible-moyen	80 (68,4)
			Risque élevé	37 (31,6)

Le tableau 2.2 nous montre la proportion aux soins intensifs. 33,5% étaient à risque élevé d'épuisement émotionnel, 43,7% de dépersonnalisation et 30,6% pour l'accomplissement personnel.

Tableau 2.2 : Statistiques descriptives des dimensions du burnout pour les infirmiers travaillant aux soins intensifs (n = 284)

		<i>Moyenne (DS)</i>	<i>Catégories</i>	<i>N (%)</i>
Dimensions du burnout	Épuisement émotionnel	22,61 /54 (11,08)	Risque faible-moyen	189 (66,5)
			Risque élevé	95 (33,5)
	Dépersonnalisation	9,34 / 30 (6,056)	Risque faible-moyen	160 (56,3)
			Risque élevé	124 (43,7)
	Accomplissement personnel	36,25 / 48 (7,211)	Risque faible-moyen	197 (69,4)
			Risque élevé	87 (30,6)

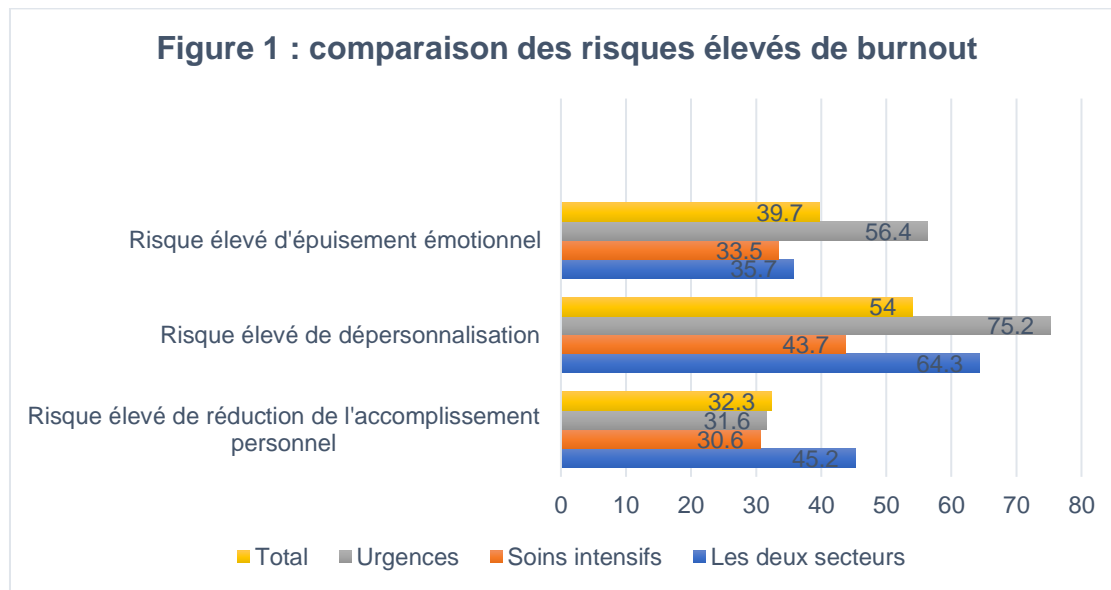
Et enfin, le tableau 2.3 représente les infirmiers travaillant dans les deux secteurs. Les infirmiers à haut risque d'épuisement émotionnel étaient 35,7%, 64,3% à risque élevé de dépersonnalisation et 45,2% à haut risque de réduction de l'accomplissement personnel.

Tableau 2.3 : Statistiques descriptives des dimensions du burnout pour les infirmiers travaillant dans les deux services (n = 42)

		<i>Moyenne (DS)</i>	<i>Catégories</i>	<i>N (%)</i>
Dimensions du burnout	Épuisement émotionnel	23,62 / 54 (10,666)	Risque faible-moyen	27 (64,3)
			Risque élevé	15 (35,7)
	Dépersonnalisation	12,86 / 30 (7,534)	Risque faible-moyen	15 (35,7)
			Risque élevé	27 (64,3)
	Accomplissement personnel	34,48 / 48 (7,970)	Risque faible-moyen	23 (54,8)
			Risque élevé	19 (45,2)

La figure 1 résume les 3 derniers tableaux et illustre les différences de prévalence d'un secteur de travail à un autre, nous observons que pour les deux premières dimensions, les infirmiers travaillant aux urgences présentaient une prévalence plus élevée de risque d'épuisement émotionnel et de risque de dépersonnalisation en comparaison aux infirmiers de SI ou travaillant dans les deux secteurs. Le risque de réduction de l'accomplissement personnel était

lui plus élevé chez les infirmiers travaillant dans les deux services en comparaison à ceux des soins intensifs ou des urgences.



Groupes à risque dans les trois dimensions du burnout

- Dimension d'épuisement émotionnel

Le tableau 3 montre la distribution des groupes pour la première dimension du burnout, l'épuisement émotionnel. Nous pouvons voir qu'il existait une différence statistiquement significative dans la distribution du score d'épuisement émotionnel des infirmiers en fonction de leur secteur de travail (p -valeur = 0,0001), selon le score de satisfaction au travail (p -valeur = 0,0001), mais aussi en fonction du support social de Karasek (p -valeur = 0,0001). Nous observons un pourcentage plus élevé d'infirmiers travaillant aux urgences dans le groupe en risque élevé d'épuisement émotionnel (37,5%) que dans le groupe en risque faible ou modéré (19,1%). Nous observons que le groupe avec un risque plus élevé d'épuisement émotionnel avait une moyenne de satisfaction au travail plus basse (51,7) que le groupe à risque faible à modéré (70,97). Un pourcentage plus important d'infirmiers avec un support social plus faible (75,1%) se retrouvait dans la catégorie à risque élevé d'épuisement émotionnel par rapport à ceux qui étaient dans le groupe faible à modéré (44,4%).

Une autre variable qui est le choix ou non des horaires était également significative (p -valeur = 0,011). Les infirmiers ne pouvant pas choisir leurs horaires étaient plus largement représentés dans la catégorie d'épuisement émotionnel élevé (80,1%) par rapport au groupe faible à modéré (69,3%).

Il ne semble pas qu'il y avait de différence entre les groupes pour les autres facteurs concernant la dimension de l'épuisement émotionnel.

Tableau 3 : Distribution des groupes pour l'épuisement émotionnel (n = 443)

<i>Variables explicatives</i>	<i>Risque moyen-faible épuisement émotionnel N (%), moyenne (SD)</i>	<i>Risque élevé épuisement émotionnel N (%), moyenne (SD)</i>	<i>Khi2 / Test T (p-valeur)</i>
Âge	34,72 (10,38)	34,84 (8,65)	- 0,127 (0,899)
Genre			
• Homme	64 (24)	32 (18,2)	2,094 (0,148)
• Femme	203 (76)	144 (81,8)	
Statut marital			
• Célibataire	70 (26,2)	42 (23,9)	6,679 (0,83)
• En couple	123 (46,1)	65 (36,9)	
• Marié	66 (24,7)	61 (34,7)	
• Divorcé	8 (3)	8 (4,5)	
Nombre d'enfants à charge	0,79 (1,02)	0,91 (1,04)	-1,184 (0,237)
Nombre d'années d'études	5,19 (1,46)	5,18 (1,56)	0,102 (0,919)
Niveau de formation			
• Bachelier	14 (5,2)	19 (10,8)	5,121 (0,163)
• Bachelier + spécialisation	190 (71,2)	117 (66,5)	
• Master	56 (21)	37 (21)	
• École des cadres	7 (2,6)	3 (1,7)	
Secteur de travail			
• Soins intensifs	189 (70,8)	95 (54)	18,554 (0,0001)
• Urgences	51 (19,1)	66 (37,5)	
• Les deux	27 (10,1)	15 (8,5)	
Temps de travail			
• 50 %	32 (12)	18 (10,2)	1,162 (0,762)
• 75 %	27 (10,1)	19 (10,8)	
• 80 %	41 (15,4)	33 (18,8)	
• 100 %	167 (62,5)	106 (60,2)	

<i>Variables explicatives</i>	<i>Risque moyen-faible épuisement émotionnel N (%), moyenne (SD)</i>	<i>Risque élevé épuisement émotionnel N (%), moyenne (SD)</i>	<i>Khi2 / Test T (p- valeur)</i>
Horaire type <ul style="list-style-type: none"> • Majorité de matins • Majorité de soirs • Majorité de nuits • Shifts de 12h • Un peu de tout 	27 (10,1) 8 (3) 18 (6,7) 24 (9) 190 (71,2)	12 (6,8) 12 (6,8) 7 (4) 9 (5,1) 136 (77,3)	8,853 (0,65)
Horaire <ul style="list-style-type: none"> • Choisi • Imposé 	82 (30,7) 185 (69,3)	35 (19,9) 141 (80,1)	6,396 (0,011)
Boulot complémentaire <ul style="list-style-type: none"> • Oui • Non 	56 (21) 211 (79)	39 (22,2) 137 (77,8)	0,088 (0,766)
Nombre d'années de travail	12,18 (10,673)	11,88 (9,027)	0,301 (0,764)
Nombre d'années dans leur service	10,13 (9,633)	9,56 (8,332)	0,637 (524)
Satisfaction au travail	70,97 (13,43)	51,70 (18,135)	12,622 (0,0001)
Support social de Karasek <ul style="list-style-type: none"> • Normal • Faible 	145 (55,6) 116 (44,4)	43 (24,9) 130 (75,1)	39,936 (0,0001)

- Dimension de dépersonnalisation

Le tableau 4 nous montre la distribution des groupes par rapport à la dimension de la dépersonnalisation. Il existe ici plusieurs variables qui étaient significatives. Comme pour le tableau 3, les variables de la satisfaction au travail et le support social de Karasek étaient significatives (p-valeurs de 0,0001 et 0,002), le choix des horaires et le secteur de travail également (p-valeur = 0,005 et 0,0001).

Les infirmiers travaillant aux urgences et dans les deux services étaient plus représentés dans la catégorie à risque élevée de dépersonnalisation (36,8% et 11,3%) que dans la catégorie de risque faible à modéré (14,2% et 7,4%). Les infirmiers étant à risque élevé de dépersonnalisation semblaient avoir une moyenne de satisfaction au travail plus basse (58,3) en comparaison à l'autre groupe (69,5). Et nous observons une proportion plus élevée d'infirmiers

dans le groupe à risque élevé de dépersonnalisation avec un support social faible (63,6 %) par rapport au groupe faible à modéré (48,5%).

Par contre, d'autres variables ressortent dans cette dimension comme l'âge et le genre (p-valeurs de 0,001 et 0,0001). Les groupes à risque étaient les personnes plus jeunes et les hommes.

D'autres variables en rapport avec le lieu de travail étaient aussi significatives comme le temps de travail, les horaires types, le nombre d'années de travail et le nombre d'années dans le service.

Les personnes travaillant depuis plus longtemps, mais également dans le même service seraient à risque moins élevé de dépersonnalisation par rapport à ceux qui travaillaient depuis moins longtemps. Nous observons que les infirmiers travaillant à temps plein étaient plus représentés dans la catégorie à risque élevée de dépersonnalisation (69,9%) que dans la catégorie faible à modéré (52%).

Nous pouvons tout de suite remarquer qu'il existe de nombreuses variables qui nous indiquent une différence entre le taux de burnout faible à modéré et l'élevé.

Tableau 4 : distribution des groupes pour la dépersonnalisation

<i>Variables explicatives</i>	<i>Risque moyen-faible Dépersonnalisation N (%), moyenne (SD)</i>	<i>Risque élevé Dépersonnalisation N (%), moyenne (SD)</i>	<i>Khi2 / Test T (p- valeur)</i>
Âge	36, 64 (10,59)	33,16 (8,62)	3,815 (0,001)
Genre			
• Homme	29 (14,2)	67(28)	12,38 (0,0001)
• Femme	175 (85,8)	172 (72)	
Statut marital			
• Célibataire	45 (22,1)	67 (28)	2,481 (0,479)
• En couple	93 (45,6)	95 (39,7)	
• Marié	59 (28,9)	68 (28,5)	
• Divorcé	7 (3,4)	9 (3,8)	
Nombre d'enfants à charge	0,94 (1,07)	0,75 (0,99)	1,864 (0,063)
Nombre d'années d'études	5,12 (1,49)	5,24 (1,51)	-0,81 (0,419)

<i>Variables explicatives</i>	<i>Risque moyen-faible Dépersonnalisation N (%), moyenne (SD)</i>	<i>Risque élevé Dépersonnalisation N (%), moyenne (SD)</i>	<i>Khi2 / Test T (p- valeur)</i>
Niveau de formation <ul style="list-style-type: none"> • Bachelier • Bachelier + spécialisation • Master • École des cadres 	11 (5,4) 142 (69,6) 45 (22,1) 6 (2,9)	22 (9,2) 165 (69) 48 (20,1) 4 (1,7)	3,141 (0,370)
Secteur de travail <ul style="list-style-type: none"> • Soins intensifs • Urgences • Les deux 	160 (78,4) 29 (14,2) 15 (7,4)	124 (51,9) 88 (36,8) 27 (11,3)	35,199 (0,0001)
Temps de travail <ul style="list-style-type: none"> • 50 % • 75 % • 80 % • 100 % 	33 (16,2) 27 (13,2) 38 (18,6) 106 (52)	17 (7,1) 19 (7,9) 36 (15,1) 167 (69,9)	17,540 (0,001)
Horaire type <ul style="list-style-type: none"> • Majorité de matins • Majorité de soirs • Majorité de nuits • Shifts de 12h • Un peu de tout 	27 (13,2) 9 (4,4) 14 (6,9) 18 (8,8) 136 (66,7)	12 (5) 11 (4,6) 11 (4,6) 15 (6,3) 190 (79,5)	12,862 (0,012)
Horaires <ul style="list-style-type: none"> • Choisi • Imposé 	67 (32,8) 137 (67,2)	50 (20,9) 189 (79,1)	8,05 (0,005)
Boulot complémentaire <ul style="list-style-type: none"> • Oui • Non 	45(22,1) 159 (77,9)	50 (20,9) 189 (79,1)	0,085 (0,771)
Nombre d'années de travail	14,21 (10,96)	10,19 (8,77)	4,23 (0,0001)
Nombre d'années dans leur service	11,52 (9,75)	8,49 (8,32)	3,46 (0,001)
Satisfaction au travail	69,25 (14,87)	58,3 (19,08)	6,54 (0,0001)
Support social de Karasek <ul style="list-style-type: none"> • Normal • Faible 	102 (51,5) 96 (48,5)	86 (36,4) 150 (63,6)	9,965 (0,002)

- Dimension de l’accomplissement personnel

Dans le tableau 5, nous observons que comme pour les deux premières dimensions, la satisfaction au travail ainsi que le support social de Karasek obtiennent des p-valeurs significatives (0,0001 et 0,001) pour l’accomplissement personnel.

Il y a une proportion plus élevée d’infirmiers avec un support faible dans la catégorie à risque élevé de diminution de l’accomplissement personnel (68,1%) par rapport au groupe faible à modéré (51,2%). Les infirmiers du groupe à risque élevé de diminution de l’accomplissement personnel obtenaient une moyenne de satisfaction au travail plus basse que ceux du groupe faible à modéré (55,35 / 67,08).

Nous notons qu’ici le secteur de travail n’obtient pas une valeur significativement différente. Le temps de travail, par contre, nous indique qu’il existerait une différence entre les deux groupes pour le score de la diminution de l’accomplissement personnel, nous observons une plus grande proportion d’infirmiers travaillant à 80% dans le groupe à risque élevé (25,2%) que dans la catégorie faible à modéré (12,7%). Les autres variables ne prouvent pas qu’il y ait une différence statistiquement significative entre les deux groupes.

Tableau 5 : distribution des groupes pour la diminution de l’accomplissement personnel

<i>Variables explicatives</i>	<i>Risque moyen-faible Diminution de l’accomplissement personnel N (%), moyenne (SD)</i>	<i>Risque élevé Diminution de l’accomplissement personnel N (%), moyenne (SD)</i>	<i>Khi2 / Test T (p- valeur)</i>
Âge	34,75 (10,13) ans	34,78 (8,85) ans	-0,3 (0,976)
Genre			
• Homme	63 (21)	33 (23,1)	0,246 (0,620)
• Femme	237 (79)	110 (76,9)	
Statut marital			
• Célibataire	80 (26,7)	32 (22,4)	2,08 (0,556)
• En couple	129 (43)	59 (41,3)	
• Marié	80 (26,7)	47 (32,9)	
• Divorcé	11 (3,7)	5 (3,7)	
Nombre d’enfants à charge	0,8 (1,05)	0,91 (0,99)	-1,007 (0,315)
Nombre d’années d’études	5,2 (1,51)	5,15 (1,49)	0,370 (0,712)

<i>Variables explicatives</i>	<i>Risque moyen-faible Diminution de l'accomplissement personnel N (%), moyenne (SD)</i>	<i>Risque élevé Diminution de l'accomplissement personnel N (%), moyenne (SD)</i>	<i>Khi2 / Test T (p- valeur)</i>
Niveau de formation <ul style="list-style-type: none"> • Bachelier • Bachelier + spécialisation • Master • École des cadres 	23 (7,7) 204 (68) 66 (22) 7 (2,3)	10 (7) 103 (72) 27 (18,9) 3 (2,1)	0,758 (0,859)
Secteur de travail <ul style="list-style-type: none"> • Soins intensifs • Urgences • Les deux 	197 (65,7) 80 (26,7) 23 (7,7)	87 (60,8) 37 (25,9) 19 (13,3)	3,601 (0,165)
Temps de travail <ul style="list-style-type: none"> • 50 % • 75 % • 80 % • 100 % 	37 (12,3) 35 (11,7) 38 (12,7) 190 (63,3)	13 (9,1) 11 (7,7) 36 (25,2) 83 (58)	11,885 (0,008)
Horaire type <ul style="list-style-type: none"> • Majorité de matins • Majorité de soirs • Majorité de nuits • Shifts de 12h • Un peu de tout 	29 (9,7) 15 (5) 14 (4,7) 25 (8,3) 217 (72,3)	10 (7) 5 (3,5) 11 (7,7) 8 (5,6) 109 (76,2)	4,017 (0,404)
Horaire <ul style="list-style-type: none"> • Choisi • Imposé 	84 (28) 216 (72)	33 (23,1) 110 (76,9)	1,208 (0,272)
Boulot complémentaire <ul style="list-style-type: none"> • Oui • Non 	62 (20,7) 238 (79,3)	33 (23,1) 110 (76,9)	0,334 (0,563)
Nombre d'années de travail	12,06 (10,51)	12,06 (9,01)	0,007 (0,994)
Nombre d'années dans leur service	10,02 (9,55)	9,64 (8,19)	0,398 (0,691)
Satisfaction au travail	67,08 (15,816)	55,35 (20,03)	6,556 (0,0001)

<i>Variables explicatives</i>	<i>Risque moyen-faible Diminution de l'accomplissement personnel N (%), moyenne (SD)</i>	<i>Risque élevé Diminution de l'accomplissement personnel N (%), moyenne (SD)</i>	<i>Khi2 / Test T (p- valeur)</i>
Support social de Karasek			
• Normal	143 (48,8)	45 (31,9)	11,060 (0,001)
• Faible	150 (51,2)	96 (68,1)	

Régressions logistiques : facteurs explicatifs du burnout dans les trois dimensions

- Dimension d'épuisement émotionnel

Dans le tableau 7, nous pouvons observer dans les régressions uni-variées qu'il existe des facteurs explicatifs significatifs de l'épuisement émotionnel.

Le premier facteur explicatif est le niveau de formation, la catégorie de référence étant le niveau de formation de bachelier, les infirmiers ayant un bachelier et une spécialisation avaient une probabilité plus faible (OR = 0,454) de se retrouver dans la catégorie élevée d'épuisement émotionnel que les infirmiers ayant un bachelier.

Le secteur de travail comporte une valeur significative avec une p-valeur de 0,0001, les infirmiers travaillant aux urgences avaient une probabilité plus grande d'avoir un risque élevé d'épuisement émotionnel que ceux travaillant aux soins intensifs (OR = 2,575).

Les horaires imposés ont aussi une p-valeur significative, les infirmiers ayant choisi leurs horaires seraient moins à risque (OR = 0.56) de se retrouver dans la catégorie élevée du burnout.

Nous terminons avec la satisfaction au travail et le soutien social de Karasek qui sont toutes les deux des variables prédictives significatives avec des p-valeur de 0,0001. Si la satisfaction au travail augmente, la probabilité de se trouver dans un risque élevé de burnout diminuerait (OR = 0.92). Et le fait d'avoir un soutien social normal par rapport à un soutien social faible diminuerait la probabilité de se retrouver en risque élevé d'épuisement émotionnel (OR = 0.26).

Le reste des variables prédictives ne sont pas statistiquement significatives.

Lorsque nous nous penchons sur les régressions multivariées, certains prédicteurs ne sont plus significatifs. Ceux-ci sont le niveau de formation, les horaires imposés ou non ainsi que le support social de Karasek.

Par contre, certaines variables restent significativement associées à l'épuisement émotionnel. C'est le cas du secteur de travail où nous observons que les infirmiers travaillant aux urgences auraient plus de probabilités de se retrouver dans la phase élevée de l'épuisement émotionnel (OR 1,961 ; p-valeur = 0,013) par rapport aux infirmiers travaillant aux soins intensifs. La satisfaction au travail reste un prédicteur significatif avec une p-valeur de 0,001, au plus la satisfaction au travail augmenterait, au plus la probabilité d'être dans la catégorie élevée d'épuisement émotionnel diminuerait (OR = 0,931).

Tableau 6 : Modèles logistiques pour l'épuisement émotionnel

<i>Prédicteurs</i>	<i>Modèle de régression logistique uni-variée</i>		<i>Modèle de régression logistique multivariée</i>	
	<i>OR (IC95)</i>	<i>p-valeur</i>	<i>OR (IC95)</i>	<i>p-valeur</i>
Âge	1,001 (0,982-1,021)	0,899	/	/
Genre				
• Femme	REF	REF	/	/
• Homme	0,705 (0,438-1,133)	0,149		
Statut marital				
• Célibataire	REF	REF	/	/
• En couple	0,881 (0,541-1,433)	0,609		
• Marié	1,54 (0,918-2,584)	0,102		
• Divorcé	1,667 (0,582-4,772)	0,341		
Nombre d'enfants à charge	1,117 (0,930-1,342)	0,237	/	/
Nombre d'années d'études	0,993 (0,875-1,128)	0,919	/	/
Niveau de formation				
• Bachelier	REF	REF	REF	REF
• Bachelier + spécialisation	0,454 (0,219-0,939)	0,033	0,701 (0,261-1,883)	0,481
• Master	0,487 (0,218-1,090)	0,08	0,623 (0,211-1,840)	0,392
• École des cadres	0,316 (0,069-1,442)	0,137	0,354 (0,053-2,355)	0,283
Secteur de travail				
• Soins intensifs	REF	REF	REF	REF
• Urgences	2,575 (1,657-4,001)	0,0001	1,961 (1,151-3,341)	0,013
• Les deux	1,105 (0,561-2,176)	0,772	1,094 (0,495-2,414)	0,825

<i>Prédicteurs</i>	<i>Modèle de régression logistique uni-variée</i>		<i>Modèle de régression logistique multivariée</i>	
Temps de travail <ul style="list-style-type: none"> • 50% • 75% • 80% • 100% 	0,886 (0,474-1,658)	0,706	/	/
	1,109 (0,587-2,093)	0,750		
	1,268 (0,755-2,131)	0,370		
	REF	REF		
Horaire type <ul style="list-style-type: none"> • Majorité de matins • Majorité de soirs • Majorité de nuits • Shifts de 12h • Un peu de tout 	0,621 (0,304-1,269)	0,191	/	/
	2,096 (0,834-5,265)	0,116		
	0,543 (0,221-1,337)	0,184		
	0,524 (0,236-1,163)	0,112		
	REF	REF		
Horaire <ul style="list-style-type: none"> • Choisi • Imposé 	0,560 (0,356-0,880)	0,012	0,824 (0,481-1,411)	0,481
	REF	REF	REF	REF
Boulot complémentaire <ul style="list-style-type: none"> • Oui • Non 	1,073 (0,676-1,702)	0,766	/	/
	REF	REF		
Nombre d'années de travail	0,997 (0,978-1,016)	0,763	/	/
Nombre d'années dans leur service	0,993 (0,972-1,015)	0,524	/	/
Satisfaction au travail	0,922 (0,906-0,939)	0,0001	0,931 (0,914-0,949)	0,0001
Support social de Karasek <ul style="list-style-type: none"> • Faible • Normal 	REF	REF	REF	REF
	0,265 (0,173-0,404)	0,0001	0,615 (0,373-1,015)	0,057

- Dimension de dépersonnalisation

Le tableau 7, reprenant les modèles logistiques pour la dépersonnalisation nous indique que plusieurs variables seraient prédictives d'un risque de dépersonnalisation élevé. Comme précédemment, la satisfaction au travail ainsi que le support social de Karasek sont significatives (p-valeur = 0,0001 et 0,002). Il semblerait que si la satisfaction au travail augmente, le burnout diminuerait (OR = 0,962). De même avec le support social de Karasek, les infirmiers avec un support social normal auraient une probabilité de burnout plus élevée que

ceux avec un soutien social faible (OR = 0,540). Le secteur de travail nous montre également de p-valeurs significatives, il y aurait plus de probabilité d'être dans la catégorie élevée de burnout pour la catégorie des urgences (p-valeur= 0,0001, OR = 3,915) et pour les travailleurs dans les deux services (p-valeur= 0,014, OR = 2,323), que pour la catégorie de référence qui sont les infirmiers de soins intensifs.

L'âge ainsi que le genre sont aussi significatifs (p-valeur = 0,0001 et 0,001). La disposition au burnout aurait tendance à diminuer chez les plus âgés (OR = 0,963). Les hommes auraient plus de probabilité d'être dans la catégorie à risque élevé de burnout que les femmes (OR = 2,351). Les horaires de travail nous indiquent des p-valeurs significatives, le fait de travailler à moins de 100% protégerait d'un risque élevé de dépersonnalisation, comme pour le choix de ses horaires (OR < 1).

Et nous terminons avec le nombre d'années de travail et le nombre d'années de travail dans le même service qui ont des p-valeurs de 0,0001 et 0,001. Au plus le nombre d'années de carrière et le nombre d'années de travail dans le même service augmentent, au plus la probabilité d'être dans la catégorie élevée de dépersonnalisation diminuerait (OR = 0,960 et 0,964).

Les autres prédicteurs ne sont pas significatifs.

Nous avons ensuite procédé aux régressions multivariées. Les variables prédictives de l'âge, les horaires types, les horaires choisis ou imposés, le nombre d'années de travail, le nombre d'années dans leur service et le support social de Karasek ne sont plus significatives.

La variable du genre reste toutefois significative (p-valeur = 0,001) , les hommes auraient plus de probabilité que les femmes d'être dans la catégorie élevée de dépersonnalisation (OR = 2,927).

Une variable qui est également significative est celle des temps de travail. Les infirmiers ayant un temps de travail de 50% ou 75% auraient moins de probabilité de se retrouver dans la catégorie à risque élevé que ceux travaillant à 100% (OR = 0,347 et 0,325).

Comme pour la première dimension, le secteur de travail et la satisfaction au travail sont toutes les deux des variables prédictives significatives. Les infirmiers travaillant aux urgences et dans les deux secteurs en même temps auraient une probabilité plus grande d'être à risque élevé de dépersonnalisation par rapport aux infirmiers de soins intensifs (OR = 3,186 et 2,612). La satisfaction au travail garde la même tendance que pour la dimension précédente, une meilleure satisfaction au travail diminuerait la probabilité d'être dans la catégorie élevée de dépersonnalisation (OR = 0,963).

Tableau 7 : Modèles logistiques pour la dépersonnalisation

<i>Prédicteurs</i>	<i>Modèle de régression logistique uni-variée</i>		<i>Modèle de régression logistique multivariée</i>	
	<i>OR (IC95)</i>	<i>p-valeur</i>	<i>OR (IC95)</i>	<i>p-valeur</i>
Âge	0,963 (0,944 - (0,982))	0,0001	1,042 (0,914-1,188)	0,540
Genre				
• Femme	REF	REF		
• Homme	2,351 (1,449-3,813)	0,001	2,927 (1,5931-5,377)	0,001
Statut marital				
• Célibataire	REF	REF	/	/
• En couple	0,686 (0,427-1,102)	0,119		
• Marié	0,774 (0,463-1,294)	0,329		
• Divorcé	0,864 (0,3-2,486)	0,786		
Nombre d'enfants à charge	0,842 (0,702-1,01)	0,064	/	/
Nombre d'années d'études	1,053 (0,929-1,194)	0,418	/	/
Niveau de formation				
• Bachelier	REF	REF	/	/
• Bachelier + spécialisation	0,581 (0,272-1,240)	0,160		
• Master	0,533 (0,233-1,223)	0,138		
• École des cadres	0,333 (0,078-1,432)	0,140		
Secteur de travail				
• Soins intensifs	REF	REF	REF	REF
• Urgences	3,915 (2,421-6,332)	0,0001	3,186 (1,780-5,703)	0,0001
• Les deux	2,323 (1,185-4,554)	0,014	2,612 (1,154-5,913)	0,021
Temps de travail				
• 50%	0,327 (0,173-0,616)	0,001	0,347(0,161-0,744)	0,007
• 75%	0,447 (0,237-0,843)	0,013	0,325 (0,146-0,724)	0,006
• 80%	0,601 (0,359-1,008)	0,054	0,772 (0,405-1,473)	0,433
• 100%	REF	REF	REF	REF

<i>Prédicteurs</i>	<i>Modèle de régression logistique uni-variée</i>		<i>Modèle de régression logistique multivariée</i>	
Horaire type				
• Majorité de matins	0,318 (0,156-0,650)	0,002	0,458 (0,179-1,173)	0,104
• Majorité de soirs	0,875 (0,353-2,169)	0,773	1,189 (0,376-3,761)	0,768
• Majorité de nuits	0,562 (0,248-1,277)	0,169	1,191 (0,378-3,749)	0,766
• Shifts de 12h	0,596 (0,290-1,225)	0,159	0,520 (0,205-1,317)	0,168
• Un peu de tout	REF	REF	REF	REF
Horaire				
• Choisi	0,541 (0,353-0,829)	0,005	0,913 (0,474-1,758)	0,786
• Imposé	REF	REF	REF	REF
Boulot complémentaire				
• Oui	0,935 (0,593-1,473)	0,771	/	/
• Non	REF	REF		
Nombre d'années de travail	0,960 (0,941-0,979)	0,0001	0,893 (0,777-1,026)	0,111
Nombre d'années dans leur service	0,964 (0,943-0,985)	0,001	1,037 (0,977-1,101)	0,228
Satisfaction au travail	0,962 (0,949-0,974)	0,0001	0,963 (0,947-0,978)	0,0001
Support social de Karasek				
• Faible	REF	REF	REF	REF
• Normal	0,540 (0,367-0,793)	0,002	0,675 (0,406-1,123)	0,130

- Diminution de l'accomplissement personnel

Pour ce tableau 8, dans la partie des régressions uni-variées, nous observons qu'il y a moins de variables prédictives significatives que pour la dépersonnalisation.

Cependant, la satisfaction et le support social de Karasek restent des variables significatives avec des p-valeurs de 0,0001 et 0,001. Au plus la satisfaction au travail augmente, au plus la probabilité d'être dans la catégorie élevée de la réduction de l'accomplissement personnel diminuerait (OR 0,964). Au plus le soutien social de Karasek est normal, au moins il y aurait de probabilité de se retrouver dans la catégorie élevée de risque de réduction d'accomplissement personnel (OR = 0,492).

Une autre catégorie significative (p-valeur = 0,004) est celle du temps de travail. Les personnes travaillant à 80% auraient plus de probabilité d'être dans la phase élevée de la réduction de l'accomplissement personnel (OR = 2,169).

Les autres variables ne montrent pas de différences significatives.

Lorsque nous passons aux régressions multivariées, les variables du temps de travail et du soutien social de Karasek deviennent non significatives.

La seule variable qui reste significative est une variable commune aux deux autres dimensions, c'est la satisfaction au travail. Avec une augmentation de la satisfaction au travail, la probabilité d'être à risque élevé de réduction de l'accomplissement personnel diminuerait (OR = 0,966).

Tableau 8 : modèles logistiques pour la diminution de l'accomplissement personnel

<i>Prédicteurs</i>	<i>Modèle de régression logistique uni-variée</i>		<i>Modèle de régression logistique multivariée</i>	
	<i>OR (IC95)</i>	<i>p-valeur</i>	<i>OR (IC95)</i>	<i>p-valeur</i>
Âge	1 (0,980-1,021)	0,976	/	/
Genre <ul style="list-style-type: none"> • Femme • Homme 	REF 1,124 (0,697-1,813)	REF 0,632	/	/
Statut marital <ul style="list-style-type: none"> • Célibataire • En couple • Marié • Divorcé 	REF 1,143 (0,685-1,909) 1,469 (0,851-2,535) 1,136 (0,366-3,531)	REF 0,608 0,167 0,825	/	/
Nombre d'enfants à charge	1,103 (0,911-1,335)	0,314	/	/
Nombre d'années d'études	0,975 (0,852-1,115)	0,711	/	/
Niveau de formation <ul style="list-style-type: none"> • Bachelier • Bachelier + spécialisation • Master • École des cadres 	REF 1,161 (0,533-2,531) 0,941 (0,395-2,239) 0,986 (0,211-4,611)	REF 0,707 0,890 0,985	/	/
Secteur de travail <ul style="list-style-type: none"> • Soins intensifs • Urgences • Les deux 	REF 1,047 (0,658-1,666) 1,871 (0,969-3,612)	REF 0,845 0,062	/	/

<i>Prédicteurs</i>	<i>Modèle de régression logistique uni-variée</i>		<i>Modèle de régression logistique multivariée</i>	
Temps de travail <ul style="list-style-type: none"> • 50% • 75% • 80% • 100% 	0,804 (0,406-1,592)	0,532	0,794 (0,386-1,632)	0,530
	0,719 (0,348-1,485)	0,373	0,696 (0,320-1,513)	0,360
	2,169 (1,285-3,661)	0,004	1,999 (1,134-3,524)	0,320
	REF	REF	REF	REF
Horaire type <ul style="list-style-type: none"> • Majorité de matins • Majorité de soirs • Majorité de nuits • Shifts de 12h • Un peu de tout 	0,686 (0,323-1,460)	0,329	/	/
	0,664 (0,235-1,874)	0,439		
	1,5464 (0,687-3,561)	0,286		
	0,637 (0,278-1,459)	0,286		
	REF	REF		
Horaire <ul style="list-style-type: none"> • Choisi • Imposé 	0,771 (0,485-1,226)	0,272	/	/
	REF	REF		
Boulot complémentaire <ul style="list-style-type: none"> • Oui • Non 	1,152 (0,713-1,859)	0,564	/	/
	REF	REF		
Nombre d'années de travail	1 (0,980-1,020)	0,994	/	/
Nombre d'années dans leur service	0,995 (0,973-1,018)	0,690	/	/
Satisfaction au travail	0,964 (0,952-0,976)	0,0001	0,966 (0,953-0,979)	0,0001
Support social de Karasek <ul style="list-style-type: none"> • Faible • Normal 	REF	REF	REF	
	0,492 (0,323-0,750)	0,001	0,835 (0,511 -1,363)	0,470

4. Discussion

Résumé des principaux résultats

Nos statistiques descriptives laissent voir que 39,7% des infirmiers étaient à risque élevé d'épuisement émotionnel, 54% à risque de dépersonnalisation et 32,3% à risque d'une réduction de l'accomplissement personnel. Lorsque nous avons divisé les infirmiers en fonction de leur secteur de travail, nous avons pu observer des différences importantes entre les trois secteurs de travail, les urgences ayant une prévalence plus élevée de risque de burnout pour les dimensions d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation et les travailleurs des deux secteurs pour la dimension de l'accomplissement personnel.

Nous allons maintenant synthétiser les principaux résultats pour chaque dimension du burnout individuellement. Dans la dimension d'épuisement émotionnel, nous avons identifié deux principaux prédicteurs de risque.

Le premier était le secteur de travail et nous indiquait que les infirmiers travaillant aux urgences avaient une probabilité plus élevée d'être à haut risque d'épuisement émotionnel en comparaison à ceux travaillant aux soins intensifs. En effet, nous avons observé que 37,5% des infirmiers à haut risque d'épuisement émotionnel travaillaient aux urgences contre 19,1% dans le groupe à risque faible ou modéré.

Notre autre prédicteur était la satisfaction au travail, au plus la satisfaction augmentait, au plus la probabilité d'être dans la catégorie à risque élevé diminuait.

Une variable explicative au niveau uni-varié avec une p-valeur très basse (0,0001) était le support social de Karasek qui allait devenir non significative en régression multivariée, un support social faible était associé à un risque plus élevé de burnout.

Pour la dimension de dépersonnalisation, lors de nos régressions multivariées, nous avons obtenu plus de variables significatives qui peuvent se traduire en facteurs de risque ou protecteurs.

Tout d'abord, le genre, les hommes avaient une probabilité nettement plus grande que les femmes d'être dans la catégorie à risque élevé de dépersonnalisation. En effet, nous avons pu observer lors de nos comparaisons que 28% des infirmiers à haut risque de dépersonnalisation étaient des hommes contre 14,2% dans le groupe des infirmiers à risque faible à modéré.

Une deuxième variable explicative était celle du temps de travail. Nous avons pris l'horaire à 100% comme catégorie de référence et les infirmiers qui travaillaient à 50% et à 75% avaient

moins de probabilité d'être à haut risque de dépersonnalisation que ceux travaillant à 100%. Lors de nos distributions, nous pouvions pressentir qu'il existait bien une différence pour ces deux groupes, car nous retrouvions seulement 7% et 8% des travailleurs à 50% et 75% dans la catégorie à risque élevé alors qu'ils étaient 16% et 13% dans la catégorie à risque faible à modéré.

Nous pouvons ensuite faire un lien avec la dimension de l'épuisement émotionnel, car les variables des secteurs de travail ainsi que la satisfaction au travail étaient statistiquement significatives.

Comme dans la dimension d'épuisement émotionnel, le fait de travailler aux urgences donnait une probabilité beaucoup plus grande d'être à risque élevé de dépersonnalisation que de travailler aux soins intensifs. Toutefois, ici, le fait de travailler dans les deux services était aussi explicatif. Ces infirmiers avaient une plus grande probabilité que ceux qui travaillaient aux soins intensifs d'être à risque élevé de dépersonnalisation. En effet, dans les distributions, nous comptons dans la classe à risque élevé de dépersonnalisation, 36,8% d'infirmiers urgentistes et 11,3% travaillant dans les deux secteurs contre 14,2% et 7,4% dans la catégorie faible à modéré.

Et enfin, la satisfaction au travail était une variable explicative de la dépersonnalisation, si la satisfaction augmentait, la probabilité d'être dans la catégorie à haut risque de dépersonnalisation diminuait.

Notons également que le support de Karasek avec une p-valeur très significative en modèle de régression uni-variée devenait non significatif dans le modèle multivarié. Dans notre régression uni-variée, un support social faible augmentait la probabilité d'être à haut risque de dépersonnalisation.

Pour la troisième diminution de l'accomplissement personnel, en modèle multivarié, seule la variable de la satisfaction au travail était explicative. Comme pour les dimensions précédentes, l'amélioration de ce score diminuait la probabilité d'être dans la catégorie à haut risque de diminution d'accomplissement personnel.

Nous voulons souligner que de nouveau, le support social de Karasek en ayant une p-valeur très significative (0,001) en modèle de régression uni-variée devenait non significative en multivariée, un support social faible augmentait la probabilité d'être à haut risque de réduction de l'accomplissement personnel.

Nous pouvons donc voir qu'il existait une variable explicative commune à toutes les dimensions qui est la satisfaction au travail, et celle-ci était un facteur protecteur dans notre population. Le secteur de travail est également interpellant, dans deux des trois dimensions le fait de travailler aux urgences est un facteur de risque de se retrouver à haut risque de burnout.

Comparaison avec la littérature

Dans cette partie, nous allons comparer nos résultats avec la littérature existante. Nous avons d'abord choisi de nous intéresser à nos variables significativement associées aux trois dimensions du burnout et ensuite nous nous pencherons sur les variables non significativement associées.

- Comparaison des taux de burnout :

L'étude réalisée en 2019 en Belgique par le KCE ciblait tous les infirmiers hospitaliers, nous allons commencer par comparer les résultats de notre échantillon à cette étude. Ces infirmiers étaient pour 27,9% à haut risque d'épuisement émotionnel, 33,7% à risque élevé de dépersonnalisation et 28,9% à risque élevé de réduction de l'accomplissement personnel.

Nous avons pu observer que dans chaque dimension, notre échantillon obtenait une prévalence plus grande pour le risque élevé. Nous devons toutefois être conscients que les seuils utilisés par le KCE pour définir le risque élevé de burnout dans les trois dimensions ne sont pas précisés, la différence de taux ne représente pas forcément un changement dans la prévalence, car elle pourrait être expliquée par l'utilisation de seuils différents.

Nous pouvons tout de même pressentir que notre échantillon avait un risque plus élevé de burnout que la population générale des infirmiers étudiée par le KCE.

Une méta-analyse a déterminé que 31% des infirmiers (de médecine et chirurgie) étaient à haut risque d'épuisement émotionnel, 24% de dépersonnalisation et 38% de réduction de l'accomplissement personnel (Molina-Praena et al., 2018)

Nous avons ensuite cherché des informations sur la population des infirmiers de la filière aigüe. Une étude espagnole a pu déterminer, sur une population de 337 infirmiers de soins intensifs et d'urgences, un taux de 10,5% de risque élevé d'épuisement émotionnel, 16,8% de dépersonnalisation et 63,3% d'un haut risque de réduction d'accomplissement personnel. Ce

qui démontre pour les deux premières dimensions des taux considérablement plus bas que dans notre échantillon (Cañadas-de la Fuente et al., 2018).

D'autres études ont analysé les urgences et les soins intensifs séparément.

Dans une méta-analyse de Cheng & Zhu, en 2018 sur la prévalence du burnout chez les infirmiers des urgences, 40,5% d'infirmiers étaient à haut risque d'épuisement émotionnel, 44,3% de dépersonnalisation et 42,7% de réduction d'accomplissement personnel (Cheng, & Zhu, 2018). Nous pouvons comparer ces scores, car ils utilisent les mêmes seuils que nous.

Notre étude a rencontré, pour les deux premières dimensions, des taux plus élevés de risque, mais pas pour la troisième dimension.

Lorsque nous reprenons nos modèles multivariés, nous avons pu prouver que pour la dimension de l'épuisement émotionnel et la dépersonnalisation, le secteur de travail des urgences était un prédicteur de se retrouver à risque élevé dans ces deux premières dimensions.

Les caractéristiques de l'environnement de travail peuvent expliquer que ces infirmiers sont plus exposés à des risques élevés de burnout. Dans leur méta-analyse de 2015, Adriaenssens et al. ont mis en évidence que ces infirmiers sont confrontés de manière répétée à des événements traumatisants tels que des blessures sévères, mort, suicide, agression et souffrance étaient plus à risque d'un haut degré de burnout.

Si nous essayons de comparer les taux pour les infirmiers des soins intensifs, nous pouvons confronter nos résultats à l'étude réalisée en Flandre en 2018 par Vermeir et al., leur étude ayant également utilisé le MBI. C'est une étude réalisée dans trois hôpitaux en Flandre auprès de 299 infirmiers de soins intensifs, notre taille d'échantillon est comparable.

Leur prévalence pour l'épuisement émotionnel était de 10,9%, 10,9% également pour la dépersonnalisation et 23,7% pour l'accomplissement personnel bas. Ces taux ne correspondent pas aux nôtres, nos taux étant largement plus élevés qu'en Flandre. Or nous nous trouvons dans le même pays donc comment expliquer une telle différence ?

Nous pourrions d'une part expliquer ceci par leur méthode d'échantillonnage, leur étude a été réalisée auprès d'infirmiers de trois hôpitaux en Flandre (un universitaire et deux hôpitaux généraux), les chefs du département infirmiers de ces hôpitaux ont été contactés directement et ont distribué le questionnaire par mail à leurs infirmiers. De notre côté, nous avons contacté les associations d'infirmiers, les personnes affiliées dans ces associations ne sont pas représentatives de la population générale des infirmiers, ce qui expliquerait une différence entre notre étude et la leur.

Une autre raison qui expliquerait nos taux divergents est que leurs seuils de haut risque des dimensions sont différents par rapport à ceux que nous avons utilisés donc nos prévalences ne sont pas tout à fait comparables.

Une dernière raison résiderait dans la différence de région, la Flandre contre Wallonie / Bruxelles, mais nous ne pouvons pas l'affirmer avec certitude (meilleures conditions de travail, meilleure reconnaissance de la profession d'infirmiers).

Une variable prédictive commune aux trois dimensions était celle de la satisfaction au travail. Dans notre étude, cet indicateur est inversement corrélé avec le burnout. Au plus la satisfaction au travail augmente, au plus le burnout diminue. Comme vu précédemment, notre échantillon révélait une moyenne de 63,1/100 +/- 18,1. Dans une étude menée en Flandre par les mêmes auteurs sur la satisfaction au travail dans la population générale des infirmiers (n= 1454), leur moyenne de satisfaction était de 7,49/10 +/-1,43 (Vermeir et al., 2018) seuls les infirmiers travaillant dans le secteur ambulatoire avaient une moyenne de satisfaction significativement différente, nous supposons que les infirmiers des urgences et des soins intensifs ne montraient pas de différence statistiquement significative. Le lien entre burnout et satisfaction au travail est bien établi (Penn, Romano, & Foat, 1988 ; Tarcan, Tarcan, & Top, 2016), nous pourrions donc expliquer pourquoi nos infirmiers ont un taux de burnout plus élevé dans les trois dimensions par rapport à la recherche de Vermeir et al. (2018).

Dans une étude menée aux États-Unis, les scores du burnout sont plus élevés, mais leur système de soins de santé étant différent du nôtre, nous devons prendre ces chiffres avec une vue critique. Les chiffres étaient les suivants, 61% pour l'épuisement émotionnel, 44% pour la dépersonnalisation et 51% pour le faible accomplissement personnel (Mealer et al., 2012). Une autre étude réalisée en Asie sur une population de 3100 infirmiers de soins intensifs donne ces chiffres, 41,4% étaient à haut risque d'épuisement émotionnel, 37,5% pour la dépersonnalisation et 52,8% pour la diminution de l'accomplissement personnel (See et al. 2018) . Ces chiffres restent élevés comme les nôtres, mais ne sont pas superposables. Des variations sont possibles à cause des différences culturelles entre l'Europe et l'Asie telles que par exemple, la reconnaissance du métier d'infirmier et l'autonomie laissée à la profession.

Nous notons que la dimension de la dépersonnalisation chez les infirmiers des urgences, mais également aux soins intensifs avait la plus grande proportion chez nous, or ce n'est pas le cas dans ces études, c'est la dimension avec la proportion souvent la moins élevée dans les soins

intensifs. Nous avons montré qu'il existait une différence significative entre les infirmiers des urgences et des soins intensifs dans notre échantillon, ceux travaillant aux urgences étant plus à haut risque de dépersonnalisation.

Comment expliquer ces différences ?

Si nous reprenons la définition de la dépersonnalisation, elle se caractérise par un sentiment négatif du soignant envers le patient, une attitude cynique, un désinvestissement relationnel. Les conditions de travail dans la filière aigüe seraient-elles plus propices à se désinvestir dans la relation entre le soignant et le patient ?

Une étude menée en 2005 a montré que des employés ayant un nombre répété de contacts et une durée courte provoquaient un haut degré de dépersonnalisation (Zammuner, & Galli, 2005). Nous ne pouvons que faire le rapprochement avec le secteur des urgences. Les urgences peuvent drainer des centaines de cas par jour, ce qui implique que les infirmiers ont énormément de patients avec parfois un contact bref.

Un autre prédicteur trouvé dans cette étude est ce qu'ils appellent le « surface acting ». Cela signifie masquer une émotion ressentie en rapport avec le travail (paraître heureux alors qu'on ne l'est pas). Cet acte est significativement prédicteur de la dépersonnalisation et de l'épuisement émotionnel (Zammuner, & Galli, 2005). En tant qu'infirmiers, nous sommes parfois obligés de masquer nos émotions afin d'être adéquats dans des situations émotionnellement fortes, ceci pourrait donc expliquer un taux élevé de dépersonnalisation dans notre échantillon. Nous pourrions aller plus loin dans nos hypothèses et supposer qu'étant donné les conditions de travail parfois difficiles aux urgences, ces infirmiers adoptent ce « surface acting » plus souvent, ce qui expliquerait la différence significative entre les urgences et les soins intensifs.

Tant que nous parlons de la dépersonnalisation, le fait de travailler à moins que 100% était un facteur protecteur, cela pourrait être expliqué par le fait que lorsqu'on travaille à temps plein, il ne reste pas énormément de temps pour prendre du recul par rapport à son travail et que les infirmiers qui travaillent à 75% ou 50% ne sont pas tout le temps dans leur unité et peuvent consacrer plus de temps à des activités en dehors de leur travail.

- Satisfaction au travail :

Un prédicteur commun à nos trois dimensions était la satisfaction au travail. Elle apparaissait comme un facteur protecteur pour nos infirmiers.

Il existe ici la question de la causalité. Mais est-ce la satisfaction au travail qui va diminuer le risque de burnout ou bien le fait d'être à haut risque de burnout qui va diminuer la satisfaction au travail.

Khamisa et al. (2015) ont également démontré que la satisfaction était liée au burnout, les infirmiers avec une plus grande satisfaction au travail étaient moins à risque de burnout.

Dans l'étude de Van Bogaert et al. (2010), ils ont étudié différemment cette variable en nous disant que des niveaux plus bas de burnout prédisent une plus grande satisfaction au travail et non l'inverse.

Il est donc difficile d'interpréter si c'est la satisfaction qui influence le burnout, l'inverse ou si c'est une sorte de boucle de rétroaction.

Van Bogaert et al. (2010) se sont également intéressés à ce qui allait influencer cette satisfaction, l'évaluation positive du management de l'hôpital ainsi que le support organisationnel allait influencer positivement la satisfaction au travail. Un management de l'équipe jugé insuffisant ainsi que l'inadéquation des ressources étaient également associés à la satisfaction au travail.

L'étude de Khamisa et al. (2015) a pu prouver que le sentiment de sécurité sur le lieu de travail influence également la satisfaction au travail.

Ce sont donc des pistes à explorer.

- Support social de Karasek :

Le support de Karasek était un prédicteur protecteur fort dans nos modèles uni-variés et devient non-significatif dans les modèles multivariés.

Pour rappel, le support de Karasek regroupe le support au travail des collègues et de la hiérarchie.

Nous avons pu lire qu'un nombre suffisant de personnel, un bon leadership et support adéquat influençait positivement l'épuisement émotionnel et la dépersonnalisation (Leineweber et al., 2014).

La méta-analyse d'Adriaenssens et al. (2015) a pu mettre en évidence un nombre important d'études sur le burnout des infirmiers aux urgences qui montraient un lien entre le modèle de Karasek (JDCS) et le burnout. Il est parvenu à isoler la variable du support dans les différentes études et à montrer une influence de ce prédicteur sur les dimensions du burnout. Dans plusieurs études, il est apparu qu'un manque de support social général engendrait un risque plus élevé d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et un accomplissement personnel plus bas. Ce qui se confirmait dans nos modèles uni-variés.

Une erreur possible concernant notre variable est le fait que nous n'avons pas posé le questionnaire entier, mais simplement un fragment spécifique. Une autre erreur résiderait dans le fait que notre population était assez homogène, or pour Karasek, il est important de distribuer ce questionnaire dans une population hétérogène.

- Âge, genre, statut marital, nombre d'enfants :

Nous allons maintenant nous intéresser aux facteurs sociodémographiques et leur influence sur le burnout. Lors de notre analyse, seul le genre pour la dimension de la dépersonnalisation était significativement prédicteur d'un haut degré de dépersonnalisation. L'âge, le statut marital et le nombre d'enfants n'étaient pas des prédicteurs significatifs.

La méta-analyse de Molina-Praena et al. a analysé 38 articles sur le burnout des infirmiers travaillant dans le domaine de la médecine (vs. Chirurgie) et parmi ceux-ci, la significativité des variables sociodémographiques n'était pas homogène. Il est donc difficile de tirer des conclusions claires pour notre comparaison.

Nous avons cependant pu lire que l'âge, le sexe, le nombre d'enfants n'influençaient pas le degré de burnout (Ezenwaji et al., 2019). Une autre étude sur les aides infirmières a démontré que les travailleurs plus jeunes étaient plus à risque (Molero Jurado et al., 2018), de même que l'article publié par Fernández Sánchez, Pérez Mármol, & Peralta Ramírez (2017). Ce qui s'expliquerait par leur inexpérience et le fait qu'ils ne sont pas habitués / formés à gérer l'anxiété que leur métier peut créer.

Dans une étude réalisée en Chine, le statut marital (être séparé ou divorcé) était un prédicteur d'un risque de dépersonnalisation, le genre n'était pas associé, mais leur échantillon contenait 97,5% de femmes (Guo et al., 2018).

Dans l'étude de Leineweber et al. (2014) réalisée sur les infirmiers suédois, ni le genre, ni l'âge n'étaient prédicteurs d'un burnout. Cañadas-de la Fuente et al. (2018) arrivaient aux mêmes conclusions.

Néanmoins, nous avons trouvé une méta-analyse menée par Cañadas-De la Fuente et al. (2018) qui a démontré que les infirmiers hommes avaient une tendance à un risque plus élevé de dépersonnalisation, ce qui va dans le sens de nos résultats. Cette méta-analyse a montré que les infirmiers célibataires avaient aussi tendance à être dans le risque élevé de dépersonnalisation, ce qui n'est pas le cas dans notre recherche. De même que le fait d'être sans enfant augmenterait la probabilité d'être à haut risque d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation. Ce qui n'apparaît pas chez nous. Cependant, nous avons demandé combien d'enfants nos infirmiers avaient. Une variable binaire avec ou sans enfants aurait pu être plus intéressante à poser.

Nous avons pu nous rendre compte au vu des différences entre les différentes études, qu'il n'existait pas de résultats communs pour les facteurs sociodémographiques, notre comparaison est donc rendue difficile.

- Nombre d'années d'études, niveau de formation :

Lors de notre analyse, le nombre d'années d'études ainsi que le niveau de formation ne se sont pas révélés comme des prédicteurs significatifs du burnout.

Dans l'étude de Leineweber et al. (2014), ni le degré d'étude, ni les années de carrière n'étaient des prédicteurs significatifs.

Dans leur méta-analyse, Zhang et al. (2018), ont trouvé que le fait d'avoir un master ou un diplôme bachelier d'infirmier était un facteur protecteur de burnout, ce qui est pour nous peu pertinent, car le diplôme minimum de notre échantillon est un bachelier.

L'article de Maslach et al. (2001) cité par Adriaenssens et al. (2015) dans leur revue systématique des études sur le burnout des infirmiers travaillant aux urgences, avait mis en évidence qu'un niveau plus élevé d'étude était lié à un plus haut degré de burnout, mais le lien n'est pas clair.

Pour cette catégorie, il n'existe pas non plus de résultats comparables les uns avec les autres ce qui rend difficile toute interprétation.

- Caractéristiques du travail :

Nous avons également exploré différentes caractéristiques du travail. Nous avons vu plus haut que pour les deux premières dimensions, le fait de travailler aux urgences était un facteur de risque pour notre échantillon. Le fait de travailler dans les deux secteurs était un facteur de risque pour la dimension de la dépersonnalisation. Ceci a été étudié plus haut.

Comme pour les autres variables, ce que nous trouvons dans la littérature n'est pas uniforme.

Nous avons cependant pu lire concernant les horaires types que le « shift work » était prédicteur d'un haut risque d'épuisement émotionnel et d'une réduction de l'accomplissement personnel (Guo et al., 2018) (ils ne précisent cependant pas ce qu'ils entendent exactement par shift work).

Dans leur méta-analyse, Molina-Praena et al. (2018) ont pu trouver que les emplois multiples ainsi que le fait de travailler en nuit étaient significatifs d'un haut degré de burnout.

Encore une fois, il est difficile de dégager clairement des tendances.

Forces et limites du mémoire

Notre mémoire contient certaines forces. Tout d'abord, l'évaluation du burnout a été réalisée grâce au MBI-HSS qui est une échelle validée aussi bien en version originale qu'en version française.

Nous avons également utilisé une partie du modèle de Karasek qui est également une échelle validée en version originale et française.

Notre échantillon de 443 participants est assez grand ce qui est un atout pour notre étude et nos résultats. Nous avons pu écarter en partie le biais de sélection lié à la suppression des données manquantes grâce à nos analyses de sensibilité.

Une autre force se trouve dans le fait que nous ayons décidé de séparer les dimensions. Étant des dimensions distinctes, les séparer nous a permis de trouver des facteurs de risque spécifiques pour ces dimensions et d'être donc plus précis. Cependant, toutes les études n'ont pas réalisé cette distinction ce qui rend parfois nos données difficilement comparables.

Nos faiblesses résident dans les risques de biais. Un premier biais potentiel est le biais de sélection, il est en lien direct avec la diffusion des questionnaires sans base de données de mails précise ou sans passer par les hôpitaux, notre type d'échantillonnage était donc un échantillon de convenance, les personnes ayant répondu au questionnaire pourraient être différentes de la population visée.

Nous avons pu voir que la majorité des infirmiers ayant répondu étaient des infirmiers travaillant aux soins intensifs, seulement 25% des infirmiers des urgences étaient représentés. Nous devons prendre en compte le fait que dans les échantillons de convenance, un risque est que les personnes avec des affinités pour le sujet participent plus facilement que d'autres sans particularité. Il est donc possible que les infirmiers des urgences ayant répondu étaient déjà plus à risque de burnout que la population générale des infirmiers et cela expliquerait nos chiffres différents de la littérature.

Nous n'avons pas eu de mails ou de contact général, mais le fait de contacter les gens via les associations d'infirmiers peut également être un risque de biais, la population dans les associations n'est pas représentative de la population générale.

Une autre limite est que nous n'avons pas pu estimer exactement le nombre d'infirmiers touchés par notre recherche et donc de calculer un taux de réponse, en effet, il nous était impossible à cause de notre technique de diffusion des questionnaires de connaître le nombre d'infirmiers à

la fois membres des associations et présents sur les réseaux sociaux, mais également ceux qui étaient présents à la fois sur le réseau social de l'AFIU et sur celui de la SIZ nursing.

Une limite qui nous est revenue via mail était que certains travailleurs qui travaillaient à la fois aux soins intensifs et également aux urgences n'estimaient pas les items du MBI et ceux du support de Karasek de la même manière lorsqu'ils se plaçaient dans un service ou dans l'autre.

Recommandations

Nous avons cherché dans la littérature ce qui était proposé comme mesures de prévention et de traitement du burnout. Concernant le traitement, la première mesure est évidemment l'arrêt de travail. Le médecin s'occupant du soignant en burnout ne doit pas avoir peur de prendre cette mesure pour la personne en souffrance (Hazif-Thomas, Roulleaux, & Thomas, 2009). À ce jour, il n'existe pas réellement de traitement, mais bien des mesures de prévention primaire et secondaire, cependant, elles ne sont pas validées scientifiquement (Hansez, Mairiaux, Firket, & Braekman, 2010).

Dans notre introduction, nous avons pu voir qu'il existe un ensemble de facteurs organisationnels et individuels qui favorisaient le burnout. Les mesures de prévention se basent donc sur ces aspects.

Dans le rapport sur le burnout au sein de la population active belge de 2010, Hansez et al. nous donnent des pistes pour de la prévention primaire et secondaire. Concernant la prévention primaire, nous retiendrons des mesures collectives comme la diminution de la charge de travail, l'augmentation de l'autonomie professionnelle et le soutien social de collègues et de la hiérarchie.

Ils abordent également des mesures de prévention secondaire qui sont des mesures plus centrées sur l'individu et sa capacité à gérer le stress au travail. Nous retenons des actions au niveau organisationnelles telles que des formations continues ou des groupes de soutien, mais également au niveau individuel comme de la thérapie cognitivo-comportementale ou de l'apprentissage à la relaxation.

Toujours selon ce même rapport , « Une approche prônant une démarche participative des travailleurs concernés est essentielle pour mettre en place des modules de prévention et de prise

en charge. » (Hansez et al., 2010, p. 7) . Le travailleur doit donc être actif dans la prise en charge de son burnout.

Dans sa méta-analyse sur le burnout chez les infirmiers des urgences, Adriaenssens et al. (2015) nous suggérait également la réduction de l'exposition aux événements traumatisants, des formations sur la gestion du stress, mais déplorait le peu d'études scientifiques sur la mise en place des interventions. Une difficulté pour la mise en place des études sur le traitement et la prévention du burnout résiderait au niveau éthique. En effet, les recherches proposant les preuves les plus solides sont des études contrôlées et randomisées, or cela pourrait poser un souci si une étude décidait de mettre en place des interventions protectrices pour un échantillon et laisserait l'autre à haut risque de burnout en connaissant les effets si négatifs de ce syndrome.

Au vu de nos résultats, nous pouvons tout de même suggérer certaines recommandations.

Étant donné que la satisfaction au travail est un facteur de protection, nous suggérons aux employeurs de porter une attention particulière au ressenti et au bien-être des infirmiers dans l'institution. Cela pourrait tout aussi bien passer par l'amélioration des conditions de travail, offrir un climat apaisant aux infirmiers lors de leurs pauses, aménager des temps de pause pour les infirmiers, amener plus de reconnaissance pour leurs infirmiers. Les enquêtes de satisfaction menées auprès des patients sont nombreuses, mais qu'en est-il auprès du personnel ? Les institutions de soins pourraient apprendre énormément à propos du sentiment et des besoins de leurs infirmiers s'ils se penchaient sur la question et des pistes d'amélioration pourraient être trouvées.

Nous proposons également de travailler sur la formation des infirmiers à la gestion de leurs propres émotions, dans la filière aigüe nous sommes régulièrement confrontés à la mort, la violence et la souffrance. Tous les hôpitaux ne proposent pas de services d'accompagnement psychologique régulier or il pourrait être intéressant que les infirmiers puissent se décharger de ce qu'ils vivent.

Il est également important au vu de nos résultats de prêter une attention particulière aux infirmiers des urgences, leur apporter un support psychologique et managérial adéquat.

5. Conclusion et perspectives

Après cette analyse, nous pouvons dégager les résultats principaux.

La prévalence du haut risque de burnout dans notre échantillon est élevée, 39,7% pour l'épuisement émotionnel, 54% pour la dépersonnalisation et 32,3% pour la réduction de l'accomplissement personnel. Dans différentes méta-analyses et recherches que nous avons pu lire, les différences entre les études sont assez importantes (Adriaenssens et al., 2015 ; Cañadas-De la Fuente et al., 2018 ; Cheng, & Zhu, 2018), ce qui rend une comparaison difficile. Les méthodes d'échantillonnage ne sont pas toutes les mêmes et les populations visées non plus, ce qui expliquerait cette forte variation. Cependant, si nous prenons comme point de repère la vaste étude menée en Belgique par le KCE en 2019, les prévalences de haut risque de burnout pour nos infirmiers sont toujours supérieures.

Le fait de travailler aux urgences était un facteur de risque pour les dimensions de l'épuisement émotionnel et de la dépersonnalisation. Nous devons toutefois traiter ceci avec notre esprit critique, seulement 25% de notre échantillon étaient des infirmiers des urgences or nous aurions pu espérer un meilleur équilibre avec le nombre d'infirmiers des soins intensifs, le risque de biais de sélection n'étant pas à exclure. Il ne faut cependant pas écarter la possibilité que non seulement les infirmiers des urgences, mais aussi ceux de la filière aigüe en général soient une population à risque à laquelle il faudrait porter une attention particulière.

Lors de notre recherche, nous avons pu observer dans notre échantillon qu'un facteur protecteur commun aux trois dimensions était la satisfaction au travail et cela était confirmé par la littérature.

Le genre et le temps de travail étaient aussi significatifs dans notre échantillon, les hommes étaient plus à risque de dépersonnalisation et les infirmiers qui travaillaient moins qu'un temps plein étaient moins à risque de dépersonnalisation. Malheureusement, après de nombreuses lectures, nous avons pu nous rendre compte que de nombreux prédicteurs significatifs dans une étude ne l'étaient pas dans d'autres. Ce qui ne nous a pas permis de réellement confronter nos résultats.

Après tout ceci, nous pouvons proposer plusieurs perspectives. Il serait intéressant d'explorer la différence entre la Flandre, la Wallonie et Bruxelles.

Il serait également intéressant de changer de méthode d'échantillonnage, de proposer le questionnaire dans des hôpitaux et de passer directement par les départements infirmiers et ainsi pouvoir vérifier si notre échantillon était différent de la population générale.

Et enfin, pourquoi ne pas explorer de manière plus complète les caractéristiques du travail avec le questionnaire entier du modèle de Karasek.

Depuis quelques années, le secteur infirmier commençait à exprimer sa souffrance. Nous pressentions que les infirmiers des soins intensifs et des urgences étaient à haut risque de burnout, ce qu'a confirmé notre recherche. Il est important de comprendre que cette thématique n'est pas juste un problème de santé au travail, mais bien un problème de santé publique, les répercussions du burnout et de la souffrance au travail se traduisent tant au niveau économique que social. Il faut dès lors penser à une revalorisation sociétale et une meilleure mise en valeur de notre métier qui, nous l'avons vu lors de la crise sanitaire récente, est un des piliers forts de notre collectivité et nous a permis de résister et de rester debout.

6. Bibliographie

Adriaenssens, J., De Gucht, V., & Maes, S. (2015). Determinants and prevalence of burnout in emergency nurses: a systematic review of 25 years of research. *International journal of nursing studies*, 52(2), 649–661. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.11.004>

Ahola, K., Honkonen, T., Isometsä, E. et al. Burnout in the general population. *Soc Psychiat Epidemiol* 41, 11 (2006). <https://doi.org/10.1007/s00127-005-0011-5>

Allard-Poesi, F., & Hollet-Haudebert, S. (2012). La construction du sujet souffrant au travail au travers des instruments scientifiques de mesure. *@GRH*, 5(4), 45-74. <https://doi.org/10.3917/grh.124.0045>

BeSWIC Centre de connaissance belge sur le bien-être au travail. (2017, janvier 27). Risques psychosociaux (RPS). Consulté le 21 janvier 2020, à l'adresse <https://www.beswic.be/fr/themes/risques-psychosociaux-rps>

Cañadas-de la Fuente, G. A., Albendín-García, L., R Cañadas, G., San Luis-Costas, C., Ortega-Campos, E., & de la Fuente-Solana, E. I. (2018). Nurse burnout in critical care units and emergency departments: intensity and associated factors. Factores asociados con los niveles de burnout en enfermeros de urgencias y cuidados críticos. *Emergencias : revista de la Sociedad Española de Medicina de Emergencias*, 30(5), 328–331.

Cañadas-De la Fuente, G. A., Vargas, C., San Luis, C., García, I., Cañadas, G. R., & De la Fuente, E. I. (2015). Risk factors and prevalence of burnout syndrome in the nursing profession. *International Journal of Nursing Studies*, 52(1), 240-249. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.07.001>

Cañadas-De la Fuente, G. A., Ortega, E., Ramirez-Baena, L., De la Fuente-Solana, E. I., Vargas, C., & Gómez-Urquiza, J. L. (2018). Gender, Marital Status, and Children as Risk Factors for Burnout in Nurses: A Meta-Analytic Study. *International journal of environmental research and public health*, 15(10), 2102. <https://doi.org/10.3390/ijerph15102102>

Chabot, P. (2013). *Global burn-out*. Paris, France : Presses Universitaires de France.

Conseil supérieur de la santé. (2017). Burnout et travail. Consulté à l'adresse https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/css_9339_burn_out_a4_28092017.pdf

Dion, Guylaine & Tessier, Rejean. (1994). Validation de la traduction de l'Inventaire d'épuisement professionnel de Maslach et Jackson. / Validation of a French translation of the Maslach Burnout Inventory (MBI).. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*. 26. 210-227. 10.1037/0008-400X.26.2.210

Eurofound. (2014). Risques psychosociaux en Europe : prévalence et stratégies de prévention. <https://doi.org/10.2802/30397>

Ezenwaji, I. O., Eseadi, C., Okide, C. C., Nwosu, N. C., Ugwoke, S. C., Ololo, K. O.,... Oboegbulem, A. I. (2019). Work-related stress, burnout, and related sociodemographic factors among nurses. *Medicine*, 98(3), e13889. <https://doi.org/10.1097/md.00000000000013889>

Fernández Sánchez, J. C. (2017). Influence of sociodemographic, occupational and life style factors on the levels of burnout in palliative care health professionals. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 421-430. <https://doi.org/10.23938/assn.0114>

Floru, R., & Cnockaert, J. C. (1998). Stress professionnel et Burnout. *Les cahiers de l'actif*, 264(265), 25-40.

Friganović, A., Selič, P., Ilić, B., & Sedić, B. (2019). Stress and burnout syndrome and their associations with coping and job satisfaction in critical care nurses: a literature review. *Psychiatria Danubina*, 31(Suppl 1), 21–31.

Girault, N. (1989). *Burnout : émergence et stratégie d'adaptation, le cas de la médecine d'urgence*, Thèse de Doctorat de Psychologie, Université René Descartes, Paris

Gluschkoff K., Elovainio M., Kinnunen U., Mullola S., Hintsanen M., Keltikangas-Järvinen L., Hintsala T., Work stress, poor recovery and burnout in teachers, *Occupational Medicine*, Volume 66, Issue 7, October 2016, Pages 564–570, <https://doi.org/10.1093/occmed/kqw086>

Gómez-Gascón, T., Martín-Fernández, J., Gálvez-Herrer, M., Tapias-Merino, E., Beamud-Lagos, M., & Mingote-Adán, J. C. (2013). Effectiveness of an intervention for prevention and treatment of burnout in primary health care professionals. *BMC Family Practice*, 14(1), /. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-14-173>

Guo, Y., Luo, Y., Lam, L., Cross, W., Plummer, V., & Zhang, J. (2018). Burnout and its association with resilience in nurses : A cross-sectional study. *Journal of Clinical Nursing*, 27(1-2), 441-449. <https://doi.org/10.1111/jocn.13952>

Hansez, I., Mairiaux, P., Firket, P., & Braekman, L. (2010). *Recherche sur le Burnout au sein de la population active belge : Rapport final*. Consulté à l'adresse <https://emploi.belgique.be/sites/default/files/content/documents/Bien-%C3%AAtre%20au%20travail/Projets%20de%20recherche/synth%C3%A8se%20finale.pdf>

Hazif-Thomas, C., Roulleaux, J., & Thomas, P. (2009). Quelles stratégies thérapeutiques adopter face au burn out des soignants ? *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, 9(53-54), 251-255. <https://doi.org/10.1016/j.npg.2009.06.005>

Hers, D. (2018-2019). WESP2102 Sociologie et psychologie de la santé : la souffrance du soignant. Faculté de Santé Publique UClouvain

Hunsaker, S., Chen, H.-C., Maughan, D., & Heaston, S. (2015). Factors That Influence the Development of Compassion Fatigue, Burnout, and Compassion Satisfaction in Emergency Department Nurses. *Journal of Nursing Scholarship*, 47(2), 186-194. <https://doi.org/10.1111/jnu.12122>

Jacquemin, D., (2019). LTECO2103: *Questions d'éthique chrétienne*, Notes de cours, Faculté de santé publique, UClouvain

Kahill, S. (1988). Symptoms of professional burnout : A review of the empirical evidence. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 29(3), 284-297.
<https://doi.org/10.1037/h0079772>

Karasek, R., Brisson, C., Kawakami, N., Houtman, I., Bongers, P., & Amick, B. (1998). The Job Content Questionnaire (JCQ): An instrument for internationally comparative assessments of psychosocial job characteristics. *Journal of Occupational Health Psychology*, 3(4), 322–355. <https://doi.org/10.1037/1076-8998.3.4.322>

Khamisa, N., Oldenburg, B., Peltzer, K., & Ilic, D. (2015). Work Related Stress, Burnout, Job Satisfaction and General Health of Nurses. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 12(1), 652-666. <https://doi.org/10.3390/ijerph120100652>

Kovess-Masfety, V., & Saunder, L. (2017). Le burnout : Historique, mesures et controverses. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*, 78(1), 16-23.
<https://doi.org/10.1016/j.admp.2016.01.007>

Langevin, V., Boini, S., François, M., & Riou, A. (2012, septembre). Risques psychosociaux : outils d'évaluation / Maslach Bunout Inventory (MBI). Consulté à l'adresse <http://www.inrs.fr/dms/inrs/CataloguePapier/DMT/TI-FRPS-26/frps26.pdf>

Les facteurs psychosociaux au travail. Une évaluation par le questionnaire de Karasek dans l'enquête Sumer 2003. (2003). Consulté à l'adresse <https://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/questionnaire-dares-karasek.pdf>

Leineweber, C., Westerlund, H., Chungkham, H. S., Lindqvist, R., Runesdotter, S., & Tishelman, C. (2014). Nurses' Practice Environment and Work-Family Conflict in Relation to Burn Out : A Multilevel Modelling Approach. *PLoS ONE*, 9(5), e96991.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0096991>

Lhuillier, D., & Amado, G. (2012). Souffrance au travail et clinique de l'intervention. Présentation. *Bulletin de psychologie*, Numéro 519(3), 211-215.
<https://doi.org/10.3917/buppsy.519.0211>

Li, H., Cheng, B., & Zhu, X. P. (2018). Quantification of burnout in emergency nurses: A systematic review and meta-analysis. *International Emergency Nursing*, 39, 46–54.
[doi:10.1016/j.ienj.2017.12.005](https://doi.org/10.1016/j.ienj.2017.12.005)

Lorenz, V. R., Benatti, M. C. C., & Sabino, M. O. (2010). Burnout and Stress Among Nurses in a University Tertiary Hospital. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(6), 1084-1091. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692010000600007>

Lyndon, A. (2015). Burnout Among Health Professionals and Its Effect on Patient Safety | PSNet. Consulté à l'adresse <https://psnet.ahrq.gov/perspective/burnout-among-health-professionals-and-its-effect-patient->

safety#: %7E:text=Burnout% 20is% 20viewed% 20as% 20a,delivered% 20substandard% 20care % 20at% 20work.

Marchand, A., Blanc, M.-E., & Durand, P. (2015). Genre, âge, catégorie professionnelle, secteur économique et santé mentale en milieu de travail : les résultats de l'étude SALVEO. *Canadian Journal of Public Health*, 106(4), 223-229. <https://doi.org/10.17269/cjph.106.4672>

Maslach C. et Jackson S., *Maslach Burnout Inventory: Second Edition*, Palo Alto, CA, Consulting Psychologists Press, 1986.

Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. P. (1997). Maslach Burnout Inventory: Third edition. In C. P. Zalaquett & R. J. Wood (Eds.), *Evaluating stress: A book of resources* (p. 191–218). Scarecrow Education.

Maslach, C., Jackson, S., Leiter, M., Schaufeli, W., & Schwab, R., *Maslach Burnout Inventory manual, general survey, human services survey, educators survey ad scoring guides*. Menlo Park, CA: Mind Garden; 1986.

Mealer, M., Jones, J., Newman, J., McFann, K. K., Rothbaum, B., & Moss, M. (2012). The presence of resilience is associated with a healthier psychological profile in intensive care unit (ICU) nurses : Results of a national survey. *International Journal of Nursing Studies*, 49(3), 292-299. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.09.015>

Molero Jurado, M., Pérez-Fuentes, M., Gázquez Linares, J., Simón Márquez, M., & Martos Martínez, Á. (2018). Burnout Risk and Protection Factors in Certified Nursing Aides. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(6), 1116. <https://doi.org/10.3390/ijerph15061116>

Molina-Praena, J., Ramirez-Baena, L., Gómez-Urquiza, J., Cañadas, G., De la Fuente, E., & Cañadas-De la Fuente, G. (2018). Levels of Burnout and Risk Factors in Medical Area Nurses: A Meta-Analytic Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(12), 2800. doi:10.3390/ijerph15122800

Niedhammer, I., Ganem, V., Gendrey, L., David, S. & Degioanni, S. (2006). Propriétés psychométriques de la version française des échelles de la demande psychologique, de la latitude décisionnelle et du soutien social du « Job Content Questionnaire » de Karasek : résultats de l'enquête nationale SUMER. *Santé Publique*, vol. 18(3), 413-427. doi:10.3917/spub.063.0413.

Oigny, M. (2009). Le burnout ou l'effet d'usure imputable à la régulation permanente d'incidents critiques: L'exemple du milieu policier. *Revue internationale de psychosociologie*, vol. xv(36), 207-228. doi:10.3917/rips.036.0207.

Picart, L., & Jaussaud, J. (2018). Risques psychosociaux : Envisager le burnout comme un processus organisationnel. *RIMHE : Revue Interdisciplinaire Management, Homme & Entreprise*, 33(4), 34-52. <https://doi.org/10.3917/rimhe.033.0034>

- Penn, M., Romano, J. L., & Foat, D. (1988). The relationship between job satisfaction and burnout : A study of human service professionals. *Administration in Mental Health*, 15(3), 157-165. <https://doi.org/10.1007/bf00869249>
- Risques psychosociaux (RPS). (2017, 27 janvier). Consulté le 1 décembre 2019, à l'adresse <https://www.beswic.be/fr/themes/risques-psychosociaux-rps>
- Robbe-Kernen, M., & Kehtari, R. (2014). Les professionnels de la santé face au burnout. Facteurs de risque et mesures préventives. *Revue Médicale Suisse*, 1787-1792. Consulté à l'adresse <https://www.revmed.ch/RMS/2014/RMS-N-443/Les-professionnels-de-la-sante-face-au-burnout.-Facteurs-de-risque-et-mesures-preventives>
- Schaufeli, W., De Witte, H., Desart, S. (2019). Handleiding Burnout Assessment Tool (BAT). KULeuven, Belgique.
- See, K. C., Zhao, M. Y., Nakataki, E., Chittawatanarat, K., Fang, W.-F., Faruq, M. O.,... Phua, J. (2018). Professional burnout among physicians and nurses in Asian intensive care units : a multinational survey. *Intensive Care Medicine*, 44(12), 2079-2090. <https://doi.org/10.1007/s00134-018-5432-1>
- Shanafelt, T. D., Boone, S., Tan, L., Dyrbye, L. N., Sotile, W., Satele, D.,... Oreskovich, M. R. (2012). Burnout and Satisfaction With Work-Life Balance Among US Physicians Relative to the General US Population. *Archives of Internal Medicine*, 172(18), 1377. <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2012.3199>
- Smith, P., & Bruyneel, A. (2020, mai). Communiqué : Risque de burnout du personnel infirmier. Consulté à l'adresse <https://www.siznursing.be/wp-content/uploads/2020/05/Communiqu%C3%A9.pdf>
- Tarcan, G. Y., Tarcan, M., & Top, M. (2016). An analysis of relationship between burnout and job satisfaction among emergency health professionals. *Total Quality Management & Business Excellence*, 28(11-12), 1339-1356. <https://doi.org/10.1080/14783363.2016.1141659>
- Truchot, D. (2016). Burn out. Dans : Philippe Zawieja éd., *Dictionnaire de la fatigue* (pp. 126-134). Genève, Suisse: Librairie Droz. doi:10.3917/droz.zawie.2016.01.0126 .
- Van Bogaert, P., Kowalski, C., Weeks, S. M., Van heusden, D., & Clarke, S. P. (2013). The relationship between nurse practice environment, nurse work characteristics, burnout and job outcome and quality of nursing care : A cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Studies*, 50(12), 1667-1677. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.05.010>
- Van den Heede Koen, Bruyneel Luk, Beeckmans Dorien, Boon Niels, Bouckaert Nicolas, Cornelis Justien, Dossche Dorien, Van de Voorde Carine, & Sermeus Walter. (2019). Dotation infirmière pour des soins (plus) sûrs dans les hôpitaux aigus (Health Services Research (HSR) N° 325B; KCE Reports). Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE).
- Vandenbroeck, S., Van Gerven, E., De Witte, H., Vanhaecht, K., & Godderis, L. (2017). Burnout in Belgian physicians and nurses. *Occupational Medicine*, 67(7), 546-554. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqx126>

Vargas, C., Cañadas, G. A., Aguayo, R., Fernández, R., & de la Fuente, E. I. (2014). Which occupational risk factors are associated with burnout in nursing? A meta-analytic study. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 14(1), 28–38. [https://doi.org/10.1016/S1697-2600\(14\)70034-1](https://doi.org/10.1016/S1697-2600(14)70034-1)

Vasconcelos, E. M., & Martino, M. (2018). Predictors of burnout syndrome in intensive care nurses. Preditores da síndrome de burnout em enfermeiros de unidade de terapia intensiva. *Revista gaucha de enfermagem*, 38(4), e65354. <https://doi-org.proxy.bib.ucl.ac.be:2443/10.1590/1983-1447.2017.04.65354>

Velando-Soriano, A., Ortega-Campos, E., Gómez-Urquiza, J. L., Ramírez-Baena, L., De La Fuente, E. I., & Cañadas-De La Fuente, G. A. (2019). Impact of social support in preventing burnout syndrome in nurses : A systematic review. *Japan Journal of Nursing Science*, 17(1), 1-10. <https://doi.org/10.1111/jjns.12269>

Vermeir, P., Blot, S., Degroote, S., Vandijck, D., Mariman, A., Vanacker, T., ... Vogelaers, D. (2018). Communication satisfaction and job satisfaction among critical care nurses and their impact on burnout and intention to leave : A questionnaire study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 48, 21-27. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2018.07.001>

Vermeir, P., Downs, C., Degroote, S., Vandijck, D., Tobback, E., Delesie, L., Mariman, A., De Veugele, M., Verhaeghe, R., Cambré, B., & Vogelaers, D. (2018). Intraorganizational Communication and Job Satisfaction Among Flemish Hospital Nurses: An Exploratory Multicenter Study. *Workplace health & safety*, 66(1), 16–23. <https://doi.org/10.1177/2165079917703411>

Vézina, M. (2008). La prévention des problèmes de santé psychologique liés au travail : Nouveau défi pour la santé publique. *Santé Publique*, 20(hs), 121-128. <https://doi.org/10.3917/spub.080.0121>

Work-related stress. (2010). Eurofound. Consulté 24 janvier 2020, à l'adresse <https://www.eurofound.europa.eu/fr/publications/report/2010/work-related-stress>

Zammuner, V. L., & Galli, C. (2005). Wellbeing: causes and consequences of emotion regulation in work settings. *International review of psychiatry (Abingdon, England)*, 17(5), 355–364. <https://doi.org/10.1080/09540260500238348>

Zhang, Y.-Y., Han, W.-L., Qin, W., Yin, H.-X., Zhang, C.-F., Kong, C., & Wang, Y.-L. (2018). Extent of compassion satisfaction, compassion fatigue and burnout in nursing : A meta-analysis. *Journal of Nursing Management*, 26(7), 810-819. <https://doi.org/10.1111/jonm.12589>

7. Annexes

Annexe 1 : MBI

Test d'Inventaire de Burnout de Maslach - MBI

Comment percevez-vous votre travail ? Etes-vous épuisé(e) ?
 Quelle est votre capacité à gérer votre relation aux autres ?
 Où en êtes-vous sur votre degré d'accomplissement personnel ?

- Précisez la fréquence à laquelle vous ressentez la description des propositions suivantes en entourant le chiffre correspondant avec :

- 0 = Jamais
- 1 = Quelques fois par an, au moins
- 2 = Une fois par mois au moins
- 3 = Quelques fois par mois
- 4 = Une fois par semaine
- 5 = Quelques fois par semaine
- 6 = Chaque jour

- Additionnez les scores obtenus dans chacune des 3 dimensions proposées au bas du questionnaire. Voyez si ces scores sont à un degré « faible », « modéré » ou « élevé ».

	Jamais ↓						Chaque jour ↓
01 - Je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail	0	1	2	3	4	5	6
02 - Je me sens à bout à la fin de ma journée de travail	0	1	2	3	4	5	6
03 - Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail	0	1	2	3	4	5	6
04 - Je peux comprendre facilement ce que mes patients/clients/élèves ressentent	0	1	2	3	4	5	6
05 - Je sens que je m'occupe de certains patients/clients/élèves de façon impersonnelle, comme s'ils étaient des objets	0	1	2	3	4	5	6
06 - Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort	0	1	2	3	4	5	6
07 - Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes patients/clients/élèves	0	1	2	3	4	5	6
08 - Je sens que je craque à cause de mon travail	0	1	2	3	4	5	6
09 - J'ai l'impression, à travers mon travail, d'avoir une influence positive sur les gens	0	1	2	3	4	5	6
10 - Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail	0	1	2	3	4	5	6
11 - Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement	0	1	2	3	4	5	6
12 - Je me sens plein(e) d'énergie	0	1	2	3	4	5	6
13 - Je me sens frustré(e) par mon travail	0	1	2	3	4	5	6
14 - Je sens que je travaille « trop dur » dans mon travail	0	1	2	3	4	5	6
15 - Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes patients/clients/élèves	0	1	2	3	4	5	6
16 - Travailler en contact direct avec les gens me stresse trop	0	1	2	3	4	5	6
17 - J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes patients/clients/élèves	0	1	2	3	4	5	6
18 - Je me sens ragaillard(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de patients/clients/élèves	0	1	2	3	4	5	6
19 - J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail	0	1	2	3	4	5	6
20 - Je me sens au bout du rouleau	0	1	2	3	4	5	6
21 - Dans mon travail, je traite les problèmes émotionnels très calmement	0	1	2	3	4	5	6
22 - J'ai l'impression que mes patients/clients/élèves me rendent responsable de certains de leurs problèmes	0	1	2	3	4	5	6

Total du Score d'Épuisement Professionnel (SEP)

Additionnez les scores que vous avez obtenus aux questions 01. 02. 03. 06. 08. 13. 14. 16. 20

SEP =

Épuisement Professionnel	SEP < à 17	18 < SEP < 29	30 < SEP
	Degré faible	Degré modéré	Degré élevé

Total du Score Dépersonnalisation / Perte d'empathie (SD)

Additionnez les scores que vous avez obtenus aux questions 05. 10. 11. 15. 22

SD =

Dépersonnalisation	SD < à 5	6 < SD < 11	12 < SD
	Degré faible	Degré modéré	Degré élevé

Total du Score Accomplissement Personnel (SAP)

Additionnez les scores que vous avez obtenus aux questions 04. 07. 09. 12. 17. 18. 19. 21.

SAP =

Accomplissement Personnel	SAP < à 33	34 < SAP < 39	40 < SAP
	Degré faible	Degré modéré	Degré élevé

Degré de Burn Out

Attention si vos scores SEP et SD se trouvent tous les deux dans le rouge !

Surtout si votre degré d'accomplissement est également dans le rouge !!!

SEP	L'épuisement professionnel (Burn Out) est typiquement lié au rapport avec un travail vécu comme difficile, fatiguant, stressant... Pour Maslach, il est différent d'une dépression car il disparaîtrait pendant les vacances.
SD	La dépersonnalisation, ou perte d'empathie, se caractérise par une baisse de considération positive à l'égard des autres (clients, collègues...), c'est une attitude où la distance émotionnelle est importante, observables par des discours cyniques, dépréciatifs, voire même par de l'indifférence.
SAP	L'accomplissement personnel est un sentiment « soupape de sécurité » qui assurerait un équilibre en cas d'épuisement professionnel et de dépersonnalisation. Il assure un épanouissement au travail, un regard positif sur les réalisations professionnelles.

Maslach, C et col. (2006). *Burn-out : l'épuisement professionnel*. Presses du Belvédère.

Annexe 2

Questionnaire de karasek, version francisée validée

Les questions ci-dessous concernent votre travail et les relations avec votre entourage professionnel
Cocher une seule case par question

	fortement en désaccord	en désaccord	d'accord	tout à fait d'accord	
1 - Mon travail nécessite que j'apprenne des choses nouvelles	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	1 <input type="checkbox"/>
2 - Mon travail nécessite un niveau élevé de qualifications	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	2 <input type="checkbox"/>
3 - Dans mon travail, je dois faire preuve de créativité	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	3 <input type="checkbox"/>
4 - Mon travail consiste à refaire toujours les mêmes choses	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	4 <input type="checkbox"/>
7 - Au travail, j'ai l'opportunité de faire plusieurs choses différentes	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	7 <input type="checkbox"/>
9 - Au travail, j'ai la possibilité de développer mes habiletés personnelles	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	9 <input type="checkbox"/>
6 - Mon travail me permet de prendre des décisions de façon autonome	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	6 <input type="checkbox"/>
5 - J'ai la liberté de décider comment je fais mon travail	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	5 <input type="checkbox"/>
8 - J'ai passablement d'influence sur la façon dont les choses se passent à mon travail	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	8 <input type="checkbox"/>
10 - Mon travail exige d'aller très vite	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	10 <input type="checkbox"/>
11 - Mon travail exige de travailler très fort mentalement	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	11 <input type="checkbox"/>
12 - On ne me demande pas de faire une quantité excessive de travail	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	12 <input type="checkbox"/>
13 - J'ai suffisamment de temps pour faire mon travail	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	13 <input type="checkbox"/>
14 - Je ne reçois pas de demandes contradictoires de la part des autres	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	14 <input type="checkbox"/>
15 - Mon travail m'oblige à me concentrer intensément pendant de longues périodes	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	15 <input type="checkbox"/>
16 - Ma tâche est souvent interrompue avant que je l'aie terminée, je dois alors y revenir plus tard	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	16 <input type="checkbox"/>
17 - Mon travail est très souvent mouvementé	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	17 <input type="checkbox"/>
18 - Je suis souvent ralenti dans mon travail parce que je dois attendre que les autres aient terminé le leur	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	18 <input type="checkbox"/>
19 - Mon chef se soucie du bien-être des travailleurs qui sont sous sa supervision	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	19 <input type="checkbox"/>
20 - Mon chef prête attention à ce que je dis	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	20 <input type="checkbox"/>

	fortement en désaccord	en désaccord	d'accord	tout à fait d'accord	
21 – Mon chef a une attitude hostile ou conflictuelle envers moi	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	21 <input type="checkbox"/>
22 – Mon chef facilite la réalisation du travail	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	22 <input type="checkbox"/>
23 – Mon chef réussit à faire travailler les gens ensemble	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	23 <input type="checkbox"/>
24 – Les gens avec qui je travaille sont qualifiés pour les tâches qu'ils accomplissent	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	24 <input type="checkbox"/>
25 – Les gens avec qui je travaille s'intéressent personnellement à moi	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	25 <input type="checkbox"/>
26 – Les gens avec qui je travaille ont des attitudes hostiles ou conflictuelles envers moi	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	26 <input type="checkbox"/>
27 – Les gens avec qui je travaille sont amicaux	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	27 <input type="checkbox"/>
28 – Les gens avec qui je travaille s'encouragent mutuellement à travailler ensemble	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	28 <input type="checkbox"/>
29 – les gens avec qui je travaille facilitent la réalisation du travail	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	29 <input type="checkbox"/>

- ☞ Latitude décisionnelle : LD = “ skill discretion ” (1, 2, 3, 4, 7, 9) + “ Decision authority (6, 5, 8)
- ☞ Exigences mentales (psychological job demands) : (10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 18)
Inverser les questions 12 (quantité excessive), 13 (assez de temps), 14 (demandes contradictoires)
- ☞ Support social
Hiérarchie : 19, 20, 21, 22, 23
Inverser la question 21
Collègues : 24, 25, 26, 27, 28, 29
Inverser la question 26

Calcul :

Latitude décisionnelle = $q1 + q2 + q3 + (5 - q4) + q7 + q9 + q6 + q5 + q8$

Exigences mentales = $q10 + q11 + (5 - q12) + (5 - q13) + (5 - q14) + q15 + q16 + q18$

Support social = support hiérarchique + support collègues

$[q19 + q20 + (5 - q21) + q22 + q23] + [q24 + q25 + (5 - q26) + q27 + q28 + q29]$

Traduction française validée au Canada (Brisson, Bourbonnais), utilisée par de Gaudemaris

Références

Karasek R, Baker D, Marxer F, Ahlbom A, Theorell T. Job decision latitude, job demands and cardiovascular disease : prospective study of Swedish men. American Journal of Public Health 1981, 71 : 694-705.

Karasek R, Theorell T, Schwartz JE, Schnall PL, Pieper CF, Michela JL. Job characteristics in relation to the prevalence of myocardial infarction in the US Health Examination Survey (HES) and the Health and Nutrition Examination Survey (HANES). American Journal of Public Health 1988 ; 78 : 910-918.

Johnson JV, Hall EM. Job strain, work place social support, and cardiovascular disease : a cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population. American Journal of Public Health 1988;78:1336-1342.

Source : http://rsmv.fr/content/karasek-questionnaire-2_contenus1402997546.pdf

Annexe 3 :

Mesure du Burnout

Début de bloc: Consentement

Q1

Madame, Monsieur,

L'objectif de cette enquête est de mesurer le burnout chez les infirmiers de soins intensifs et d'urgences dans la partie francophone du pays ainsi que d'analyser les facteurs de risques et les facteurs protecteurs.

Le questionnaire reprend une description socio-démographique et une seconde partie permettra de mesurer l'épuisement professionnel.

Cela devrait vous prendre une dizaine de minutes afin de répondre.

Cette enquête est réalisée dans le cadre d'un mémoire de santé publique à l'UCLouvain. Avant d'aller plus loin dans le questionnaire, nous vous invitons à lire attentivement le texte suivant afin de donner votre consentement.

Il n'y a aucune obligation relative à la participation à cette étude. Vous pouvez mettre fin à votre participation à tout moment. Toutes les informations communiquées sont utilisées uniquement dans le cadre de cette recherche et de publications scientifiques. Elles sont strictement confidentielles et seront anonymisées dans la présentation des résultats. Ces données ne seront jamais transmises à des tiers et seront conservées pour la durée nécessaire de la recherche, conformément à la législation applicable en matière de droit à la vie privée (loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel et Règlement 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE).

Conformément aux réglementations en vigueur, vous disposez d'un droit d'accès aux données qui vous concernent ainsi qu'un droit de correction et un droit d'opposition au traitement de vos données. Nous nous tenons à votre disposition pour tout renseignement complémentaire à l'adresse courriel : natacha.brasseur@student.uclouvain.be

Acceptez-vous de participer à cette enquête ?

J'accepte (1)

Je refuse (2)

Passer à : Fin de bloc Si Q1 = J'accepte

Passer à : Fin de l'enquête Si Q1 = Je refuse

Fin de bloc: Consentement

Début de bloc: Socio-démographique

Q2 Quel est votre âge?

Q3 Quel est votre genre?

Homme (1)

Femme (2)

Autre (3) _____

Q44 Quel est votre statut marital?

Célibataire (1)

En couple (2)

Marié (3)

Divorcé (4)

Veuf (5)

Autre (6) _____

Q4 Combien d'enfants à charge avez-vous?

Fin de bloc: Socio-démographique

Début de bloc: Bloc 5

Q45 Combien d'années d'études supérieures avez-vous réalisées? (années échouées comprises)

Q46 Quel est votre niveau de formation?

- Bachelier (1)
- Bachelier + spécialisation (2)
- Master (3)
- Autre (4) _____

Fin de bloc: Bloc 5

Début de bloc: Bloc 3

Q5 Dans quel secteur travaillez-vous?

- Urgences (1)
- Soins Intensifs (2)
- Les deux (3)

Q6 Depuis combien de temps travaillez-vous?

Q7 Depuis combien de temps travaillez-vous dans ce service?

Q8 Quel est votre temps de travail?

25% (1)

50% (2)

75% (3)

100% (4)

Autre (5) _____

Q9 Quel est votre horaire type?

Majoritairement des matins (1)

Majoritairement des soirs (2)

Majoritairement des nuits (3)

Shifts de 12h (4)

Un peu de tout (matins, soirs, nuits) (5)

Q43 Ce type d'horaire est:

Un choix (1)

Imposé (2)

Q47 Avez-vous un travail complémentaire?

- Oui (4)
- Non (5)

Fin de bloc: Bloc 3

Début de bloc: MBI

Q48 Nous allons nous intéresser à la mesure du burnout chez les infirmiers.
Le questionnaire suivant est le Maslach Burnout Inventory test, cette échelle est composée de 22 items.

Q1.1 Je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail

- Jamais (1)
 - Quelques fois par an, au moins (2)
 - Une fois par mois au moins (3)
 - Quelques fois par mois (4)
 - Une fois par semaine (5)
 - Quelques fois par semaine (6)
 - Chaque jour (7)
-

Q1.2 Je me sens à bout à la fin de ma journée de travail

- Jamais (1)
 - Quelques fois par an, au moins (2)
 - Une fois par mois au moins (3)
 - Quelques fois par mois (4)
 - Une fois par semaine (5)
 - Quelques fois par semaine (6)
 - Chaque jour (7)
-

Q1.3 Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail

- Jamais (1)
 - Quelques fois par an, au moins (2)
 - Une fois par mois au moins (3)
 - Quelques fois par mois (4)
 - Une fois par semaine (5)
 - Quelques fois par semaine (6)
 - Chaque jour (7)
-
-

Q1.4 Je peux comprendre facilement ce que mes patients ressentent

- Jamais (1)
 - Quelques fois par an, au moins (2)
 - Une fois par mois au moins (3)
 - Quelques fois par mois (4)
 - Une fois par semaine (5)
 - Quelques fois par semaine (6)
 - Chaque jour (7)
-

Q1.5 Je sens que je m'occupe de certains patients de façon impersonnelle, comme s'ils étaient des objets

- Jamais (1)
- Quelques fois par an, au moins (2)
- Une fois par mois au moins (3)
- Quelques fois par mois (4)
- Une fois par semaine (5)
- Quelques fois par semaine (6)
- Chaque jour (7)

Q1.6 Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort

- Jamais (1)
 - Quelques fois par an, au moins (2)
 - Une fois par mois au moins (3)
 - Quelques fois par mois (4)
 - Une fois par semaine (5)
 - Quelques fois par semaine (6)
 - Chaque jour (7)
-

Saut de page

Q1.7 Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes patients

- Jamais (1)
 - Quelques fois par an, au moins (2)
 - Une fois par mois au moins (3)
 - Quelques fois par mois (4)
 - Une fois par semaine (5)
 - Quelques fois par semaine (6)
 - Chaque jour (7)
-

Q1.8 Je sens que je craque à cause de mon travail

- Jamais (1)
 - Quelques fois par an, au moins (2)
 - Une fois par mois au moins (3)
 - Quelques fois par mois (4)
 - Une fois par semaine (5)
 - Quelques fois par semaine (6)
 - Chaque jour (7)
-

Q1.9 J'ai l'impression, à travers mon travail, d'avoir une influence positive sur les gens

- Jamais (1)
 - Quelques fois par an, au moins (2)
 - Une fois par mois au moins (3)
 - Quelques fois par mois (4)
 - Une fois par semaine (5)
 - Quelques fois par semaine (6)
 - Chaque jour (7)
-

Saut de page

Q1.10 Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail

- Jamais (1)
 - Quelques fois par an, au moins (2)
 - Une fois par mois au moins (3)
 - Quelques fois par mois (4)
 - Une fois par semaine (5)
 - Quelques fois par semaine (6)
 - Chaque jour (7)
-

Q1.11 Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement

- Jamais (1)
- Quelques fois par an, au moins (2)
- Une fois par mois au moins (3)
- Quelques fois par mois (4)
- Une fois par semaine (5)
- Quelques fois par semaine (6)
- Chaque jour (7)

Q1.12 Je me sens plein(e) d'énergie

- Jamais (1)
 - Quelques fois par an, au moins (2)
 - Une fois par mois au moins (3)
 - Quelques fois par mois (4)
 - Une fois par semaine (5)
 - Quelques fois par semaine (6)
 - Chaque jour (7)
-

Saut de page

Q1.13 Je me sens frustré(e) par mon travail

- Jamais (1)
 - Quelques fois par an, au moins (2)
 - Une fois par mois au moins (3)
 - Quelques fois par mois (4)
 - Une fois par semaine (5)
 - Quelques fois par semaine (6)
 - Chaque jour (7)
-

Q1.14 Je sens que je travaille « trop dur » dans mon travail

- Jamais (1)
 - Quelques fois par an, au moins (2)
 - Une fois par mois au moins (3)
 - Quelques fois par mois (4)
 - Une fois par semaine (5)
 - Quelques fois par semaine (6)
 - Chaque jour (7)
-

Q1.15 Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes patients

- Jamais (1)
 - Quelques fois par an, au moins (2)
 - Une fois par mois au moins (3)
 - Quelques fois par mois (4)
 - Une fois par semaine (5)
 - Quelques fois par semaine (6)
 - Chaque jour (7)
-

Saut de page

Q1.16 Travailler en contact direct avec les gens me stresse trop

- Jamais (1)
 - Quelques fois par an, au moins (2)
 - Une fois par mois au moins (3)
 - Quelques fois par mois (4)
 - Une fois par semaine (5)
 - Quelques fois par semaine (6)
 - Chaque jour (7)
-

Q1.17 J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes patients

- Jamais (1)
- Quelques fois par an, au moins (2)
- Une fois par mois au moins (3)
- Quelques fois par mois (4)
- Une fois par semaine (5)
- Quelques fois par semaine (6)
- Chaque jour (7)

Q1.18 Je me sens ragaillardi(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de patients

- Jamais (1)
- Quelques fois par an, au moins (2)
- Une fois par mois au moins (3)
- Quelques fois par mois (4)
- Une fois par semaine (5)
- Quelques fois par semaine (6)
- Chaque jour (7)

Saut de page

Q1.19 J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail

- Jamais (1)
- Quelques fois par an, au moins (2)
- Une fois par mois au moins (3)
- Quelques fois par mois (4)
- Une fois par semaine (5)
- Quelques fois par semaine (6)
- Chaque jour (7)

Q1.20 Je me sens au bout du rouleau

- Jamais (1)
 - Quelques fois par an, au moins (2)
 - Une fois par mois au moins (3)
 - Quelques fois par mois (4)
 - Une fois par semaine (5)
 - Quelques fois par semaine (6)
 - Chaque jour (7)
-

Q1.21 Dans mon travail, je traite les problèmes émotionnels très calmement

- Jamais (1)
 - Quelques fois par an, au moins (2)
 - Une fois par mois au moins (3)
 - Quelques fois par mois (4)
 - Une fois par semaine (5)
 - Quelques fois par semaine (6)
 - Chaque jour (7)
-

Q1.22 J'ai l'impression que mes patients me rendent responsable de certains de leurs problèmes

- Jamais (1)
- Quelques fois par an, au moins (2)
- Une fois par mois au moins (3)
- Quelques fois par mois (4)
- Une fois par semaine (5)
- Quelques fois par semaine (6)
- Chaque jour (7)

Fin de bloc: MBI

Début de bloc: Karasek

Q49 Les questions suivantes nous en apprendrons un peu plus sur le support social et managérial au travail.

Ces questions sont tirées du modèle de Karasek et comprennent 9 items.

Q38 Mon chef se soucie du bien-être des travailleurs qui sont sous sa supervision

- Fortement en désaccord (1)
 - En désaccord (2)
 - D'accord (3)
 - Tout à fait d'accord (4)
-

Q39 Mon chef prête attention à ce que je dis

- Fortement en désaccord (1)
 - En désaccord (2)
 - D'accord (3)
 - Tout à fait d'accord (4)
-

Q40 Mon chef a une attitude hostile ou conflictuelle envers moi

- Fortement en désaccord (1)
 - En désaccord (2)
 - D'accord (3)
 - Tout à fait d'accord (4)
-

Saut de page

Q41 Mon chef facilite la réalisation du travail

- Fortement en désaccord (1)
- En désaccord (2)
- D'accord (3)
- Tout à fait d'accord (4)

Q42 Mon chef réussit à faire travailler les gens ensemble

- Fortement en désaccord (1)
 - En désaccord (2)
 - D'accord (3)
 - Tout à fait d'accord (4)
-

Q43 Les gens avec qui je travaille sont qualifiés pour les tâches qu'ils accomplissent

- Fortement en désaccord (1)
 - En désaccord (2)
 - D'accord (3)
 - Tout à fait d'accord (4)
-

Saut de page

Q44

Les gens avec qui je travaille s'intéressent personnellement à moi

- Fortement en désaccord (1)
 - En désaccord (2)
 - D'accord (3)
 - Tout à fait d'accord (4)
-

Q45 Les gens avec qui je travaille ont des attitudes hostiles ou conflictuelles envers moi

- Fortement en désaccord (1)
- En désaccord (2)
- D'accord (3)
- Tout à fait d'accord (4)

Q46 Les gens avec qui je travaille sont amicaux

- Fortement en désaccord (1)
 - En désaccord (2)
 - D'accord (3)
 - Tout à fait d'accord (4)
-

Q47 Les gens avec qui je travaille s'encouragent mutuellement à travailler ensemble

- Fortement en désaccord (1)
 - En désaccord (2)
 - D'accord (3)
 - Tout à fait d'accord (4)
-

Q48 Les gens avec qui je travaille facilitent la réalisation du travail

- Fortement en désaccord (1)
- En désaccord (2)
- D'accord (3)
- Tout à fait d'accord (4)

Fin de bloc: Karasek

Début de bloc: Bloc 6

Q50 Sur une échelle de 0 à 100, comment êtes-vous satisfaits de votre travail?
(environnement, conditions de travail, etc.)

0 : Vous n'êtes pas du tout satisfait

100: Vous êtes totalement satisfait

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Cliquer pour renseigner le choix 1 ()



Q51 De combien de patients étaient présents lors de votre dernier shift?

Q52 Combien d'infirmiers étaient présents lors de votre dernier shift?

Fin de bloc: Bloc 6

Annexe 4

Analyses de sensibilité

	Échantillon	Données manquantes	Khi carré ou test t (p-valeur)
Âge	34,76 (9,774)	34,13 (9,923)	0,436 (0,664)
Genre	438 (F : 342 ; H : 95)	53 (F :38, H :15)	1,293 (0,524)
Nombre d'enfants à charge	0,84 (1,035)	0,6 (0,817)	1,891 (0,063)
Nombre d'années d'études	5,18 (1,5)	5,08 (1,567)	0,462 (0,645)
Nombre d'années de travail	12,05 (10,90)	11,29 (10,440)	0,499 (0,619)
Nombre d'années dans leur service	9,89 (9,177)	9,02 (8,668)	0,677 (0,501)
Secteur de travail	438 (SI : 281, U : 115, 2 : 42)	53 (SI : 30, U :17, 2 :16)	1,166 (0,558)
Horaires types	438	53	1,336 (0,855)
Choix ou imposé ?	438 (Choix : 117, Imposé : 321)	53 (Choix : 10, Imposé : 43)	1,517 (0,218)
Boulot à coté ?	438 (Oui : 95, Non 343)	53 (Oui : 10, Non : 43)	0,224 (0,636)
Temps de travail	438	53	3,221 (0,864)
Niveau de formation	438	53	9,086 (0,059)
Statut marital	428	53	2,443 (0,655)

Nous pouvons observer qu'aucune p-valeur n'est significative. Le retrait des données manquantes n'a pas provoqué de biais.

Tableau croisé

		Horaire type					Un peu de tout	Total
		Maj. matins	Maj. soirs	Maj. nuits	Shifts de 12h			
manquante	ok	Effectif	39	20	25	33	321	438
		% dans manquante	8,9%	4,6%	5,7%	7,5%	73,3%	100,0%
manquantes		Effectif	6	2	3	2	40	53
		% dans manquante	11,3%	3,8%	5,7%	3,8%	75,5%	100,0%
Total		Effectif	45	22	28	35	361	491
		% dans manquante	9,2%	4,5%	5,7%	7,1%	73,5%	100,0%

Tableau croisé

			Temps de travail								
			25%	50%	60%	75%	80%	100%	Autre	66	Total
manquante	ok	Effectif	4	33	12	46	72	267	3	1	438
		% dans manquante	0,9%	7,5%	2,7%	10,5%	16,4%	61,0%	0,7%	0,2%	100,0%
manquantes		Effectif	0	4	1	6	13	29	0	0	53
		% dans manquante	0,0%	7,5%	1,9%	11,3%	24,5%	54,7%	0,0%	0,0%	100,0%
Total		Effectif	4	37	13	52	85	296	3	1	491
		% dans manquante	0,8%	7,5%	2,6%	10,6%	17,3%	60,3%	0,6%	0,2%	100,0%

Tableau croisé

			Niveau de formation					
			Bachelier	Bachelier + spécialisation	Master	Ecole des cadres	Autre	Total
manquante	ok	Effectif	32	306	87	10	3	438
		% dans manquante	7,3%	69,9%	19,9%	2,3%	0,7%	100,0%
manquantes		Effectif	8	29	16	0	0	53
		% dans manquante	15,1%	54,7%	30,2%	0,0%	0,0%	100,0%
Total		Effectif	40	335	103	10	3	491
		% dans manquante	8,1%	68,2%	21,0%	2,0%	0,6%	100,0%

Tableau croisé

			Statut marital					
			Célibataire	En couple	Marié	Divorcé	Cohabitant légal	Total
manquante	ok	Effectif	112	187	120	16	3	438
		% dans manquante	25,6%	42,7%	27,4%	3,7%	0,7%	100,0%
manquantes		Effectif	11	22	18	1	1	53
		% dans manquante	20,8%	41,5%	34,0%	1,9%	1,9%	100,0%
Total		Effectif	123	209	138	17	4	491
		% dans manquante	25,1%	42,6%	28,1%	3,5%	0,8%	100,0%

LOUVAIN-LA-NEUVE | **BRUXELLES** | MONS | TOURNAI | CHARLEROI | NAMUR

Clos Chapelle-aux-champs, 30 bte B1.30.02, 1200 Woluwe-Saint-Lambert, Belgique | www.uclouvain.be/fsp