

**Faculté de santé publique**

**Analyse de l'impact de la perception  
du soutien des managers et de la  
demande psychologique sur le  
stress au travail du personnel  
infirmier belge francophone durant  
la première vague de Covid-19**

Mémoire réalisé par  
**Louis Knuts**

Promoteurs  
**Nataly Filion**  
**Pierre Smith**

Année académique 2020-2021  
**Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée**



**Faculté de santé publique**

**Analyse de l'impact de la perception  
du soutien des managers et de la  
demande psychologique sur le  
stress au travail du personnel  
infirmier belge francophone durant  
la première vague de Covid-19**

Mémoire réalisé par  
**Louis Knuts**

Promoteurs  
**Nataly Filion**  
**Pierre Smith**

Année académique 2020-2021  
**Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée**

## Remerciements

Je tiens d'abord à exprimer toute ma reconnaissance à la promotrice du mémoire, Madame Nataly Fillion, pour la qualité de nos échanges, le soutien et les précieux conseils dont j'ai pu bénéficier. Je tiens aussi à remercier Monsieur Pierre Smith, co-promoteur du mémoire, pour son aide précieuse dans l'analyse statistique et la lecture des résultats, sa disponibilité et sa bienveillance. Tous deux, grâce à leur attention et leur expertise, m'ont permis de réaliser ce mémoire sereinement.

Je tiens à remercier Delphine Huberland du CHU Saint-Pierre et Deniz Avcioglu de l'UGIB qui se sont prêtées aux rôles de lectrices.

Je désire aussi remercier Arnaud Bruyneel qui, en collaboration avec Pierre Smith, a élaboré le questionnaire et fourni la base de données. Je tiens aussi à exprimer toute ma gratitude aux infirmiers et infirmières qui ont pris de leur temps durant la première vague de la Covid-19 afin de répondre à l'enquête.

Un tout grand merci à Stéphanie, ma tante, Sylvie et Pierre, mes parents et Marie, ma compagne, pour leurs nombreuses relectures, leur soutien et leurs conseils.

## **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

Introduction .....	9
Cadre Théorique.....	10
1 Le bien-être psychologique au travail .....	10
1.1 Définitions du bien-être.....	10
1.2 Les dimensions du bien-être au travail.....	12
1.3 Le stress et le bien-être.....	12
2. Le stress au travail.....	14
2.1 Le stress : définition .....	15
2.2 Les manifestations du stress .....	15
2.3 Les approches du stress .....	16
2.4 Le stress infirmier durant la première vague de la Covid-19.....	17
2.5 Le cadre législatif belge relatif au bien-être au travail.....	18
3. Les managers infirmiers .....	19
3.1 Le cadre légal belge de la hiérarchie infirmière.....	19
3.2 Les types de management .....	21
3.3 Le management infirmier et le bien-être au travail .....	22
3.4 L'apport des hôpitaux magnétiques .....	24
3.5 Les difficultés des managers de première ligne .....	25
Partie pratique .....	26
1. Méthode.....	26
1.1 Hypothèses .....	26
1.2 Recueil des données .....	26
1.3 Choix des items pour l'analyse statistique .....	27
1.4 Analyse des données .....	28
2. Résultats .....	29
2.1 Description de l'échantillon .....	29
2.2 Répartition de l'épuisement émotionnel dans l'échantillon.....	34
2.3 Associations entre les variables choisies et le risque élevé d'épuisement émotionnel. .....	38
3. Discussion .....	45
3.1 Synthèse des résultats.....	45
3.2 Discussions des résultats .....	46

3.3 Limites.....	51
3.4 Recommandations en termes de santé publique.....	52
3.5 Perspectives .....	53
Conclusion.....	54
Bibliographie.....	55
Annexes .....	63
Annexe 1.....	63
Annexe 2 .....	88

## Table des figures

Figure 1 : Tableau des quatre formes de bien-être au travail (Veenhoven, 1998).....	12
Figure 2 : Bien-être au travail selon Delobbe (2009) .....	13
Figure 3 : La hiérarchie des besoins (création personnelle inspirée de la hiérarchie des besoins de Maslow (2000)) .....	14
Figure 4 : Mesure du stress professionnel : questionnaire de Karasek (Giorgio, 2020).....	17
Figure 5 : Transformal Leader and Transactional Leader selon Bass (1990) .....	21

## Table des tableaux

Tableau 1 : Description de l'échantillon selon les données sociodémographiques et les éléments propres à la pandémie.....	31
Tableau 2 : Description de l'échantillon selon la demande psychologique .....	32
Tableau 3 : Description de l'échantillon selon le soutien managérial.....	33
Tableau 4 : Description de l'échantillon selon l'épuisement émotionnel .....	34
Tableau 5 : Répartition de l'épuisement émotionnel dans l'échantillon .....	36
Tableau 6 : Répartition de l'épuisement émotionnel selon la demande psychologique .....	37
Tableau 7 : Répartition de l'épuisement émotionnel selon le soutien des managers .....	38
Tableau 8 : Association entre les caractéristiques socio-démographiques, les variables liées à la pandémie de la Covid-19 et le risque élevé d'épuisement émotionnel .....	41
Tableau 9 : Association entre l'épuisement émotionnel élevé et la demande psychologique selon l'échelle de Karasek.....	43
Tableau 10 : Association entre le risque élevé d'épuisement émotionnel et le soutien managérial selon l'échelle de Karasek .....	44

## Introduction

Mars 2020, la Belgique est touchée par la première vague de l'épidémie de Sars-Cov2. D'une ampleur inédite, cette dernière donnera lieu à plus de 17 000 hospitalisations ainsi qu'à 9 000 morts dans la période de mars à juin 2020 (Sciensano, 2020). Véritables acteurs de première ligne, les infirmiers vivent pleinement les événements. Lors de cette première vague de nombreux éléments ont contribué au stress des infirmiers. En se basant sur des précédentes épidémies telles que celle de la grippe H1N1 et sur les premières données sur la Covid-19, El Hage et al. (2020) en ont établi une liste. Tout d'abord, le caractère du virus : récent, inconnu, rapide, meurtrier. Se sont ajoutés à cela : le manque de soutien, la crainte de contaminer les autres, l'isolement et la forte intensité de stress au travail. Ce stress fut par ailleurs alimenté, pour de nombreux infirmiers, par un manque d'équipements de protection individuels, 61% des infirmiers ayant répondu au questionnaire de Bruyneel et Smith (2020) disent en manquer, mais aussi par des réaffectations de poste, des manques de communication (El Hage et al., 2020). Chirico et al. (2021) rajoutent à ces éléments le manque de formation et de protocoles pour les travailleurs de la santé. L'intensité du stress ressenti au travail a pu s'identifier au regard des résultats de Bruyneel et Smith (2020) qui ont trouvé que plus de 7 infirmiers sur 10 sont à risque de burnout. Ce concept d'épuisement lié à son lieu de travail peut s'exprimer à la suite d'un stress prolongé (Chahraoui, 2012). Dans la littérature, Karasek et al. (1998) abordent le stress professionnel en 3 dimensions à savoir la demande psychologique, l'autonomie décisionnelle et le support social. Toujours selon ceux-ci, le support social peut être un facteur protecteur du stress au travail. Légeron (2015) ajoute que les managers peuvent intervenir sur la prévention primaire, secondaire et tertiaire du stress. C'est pourquoi au travers de ce mémoire, j'ai donc voulu analyser des éléments propres à la période de la Covid-19, la demande psychologique et le support social des managers ressentis par les infirmiers durant cette même pandémie. L'hypothèse de ce mémoire est que les éléments propres à cette pandémie et la demande psychologique ressentie par les infirmiers ont été délétères au stress au travail tandis que le support social managérial a été un facteur protecteur du stress.

## Cadre Théorique

Afin d'entamer ma partie théorique, je vais tout d'abord vous présenter des concepts clés à la compréhension du travail via des recherches dans la littérature. Ces derniers sont : le bien-être au travail, le stress au travail et le management infirmier. Plusieurs approches seront abordées et des éléments légaux belges seront présentés. Aussi, afin de poser le contexte propre à cette pandémie certains nouveaux paramètres dus à la crise et influençant le stress et le bien-être seront présentés. Enfin, des éléments de réflexion sur les liens entre les managers infirmiers, le bien-être et le stress au travail seront étayés.

### 1 Le bien-être psychologique au travail

Avant de pouvoir aborder la notion de stress au travail, petit détour vers le bien-être et plus particulièrement le bien-être psychologique au travail. Bien que ce soit une notion courante. Le bien-être psychologique au travail a suscité beaucoup de questions quant à sa définition. Le bien-être se différencie-t-il seulement du bien-être au travail par son lieu d'épanouissement ? Le bien-être au travail est-il un sentiment de plaisir, de confort, d'accomplissement ? Est-il propre à chacun ou existe-t-il des valeurs que la plupart des gens partagent ? Voici ce qui ressort de la littérature :

#### 1.1 Définitions du bien-être

Tout d'abord, j'ai voulu définir le bien-être afin de bien cerner celui-ci avant d'y ajouter la notion de travail. Au sein de la littérature, j'ai pu trouver un éventail de définitions se rapportant au bien-être. C'est sans doute une certaine dimension subjective du concept qui apporte une telle diversité de sources. Beaucoup de définitions se rapprochent de celle-ci : Selon Wadell et Burton (2006) cités dans Schulte et Vainio (2010) le bien-être est « *l'état subjectif d'être en bonne santé, heureux, satisfait, à l'aise et satisfait de sa vie* ». Elle comprend le développement physique, matériel, social, émotionnel (bonheur) et les dimensions de l'activité. » [Traduction libre]. Il est intéressant de souligner d'ores et déjà ici qu'il existe des liens étroits entre la santé et le bien-être en général et donc a fortiori le bien-être au travail. En effet, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (1946) parle de bien-être dans sa définition de la santé. Cette dernière est d'ailleurs en étroite liaison avec la définition de Wadell et Burton (2006) cités dans Schulte et Vainio (2010). On peut retenir de la définition de l'OMS (1946) que la santé est pour

eux un complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.

Le fait que le bien-être se distingue en deux philosophies, l'hédonisme et l'eudémonisme, apporte aussi des approches différentes (Richard, 2012). Laguardia et Ryan (2000) nous apprennent que par le passé la définition du bien-être et les moyens de l'atteindre ont fait longuement débat. D'une part, la psychologie hédoniste qui met l'accent sur l'obtention du bonheur et du plaisir. D'autre part, la psychologie eudémoniste qui décrit le fonctionnement optimal d'une personne en termes d'actualisation et de réalisation de son bien-être. Richard (2012) ajoute que c'est la théorie hédoniste, avec sa théorie de « ce qui rend heureux est bon » qui domine la recherche. Enfin, on peut résumer par ceci : « le bien-être hédonique réfère à ce que la personne ressent, tandis que le bien-être eudémonique renvoie à ses actions et à son mode de pensée » (Lent, 2004), cité dans Mérineau et al. (2020).

Pawin (2014), cite Campbell (1976) qui ajoute l'importance de la terminologie. « Happy » et « Happiness » se rapportent plus à une émotion, à un affect, tandis que la satisfaction est en lien avec le jugement et l'expérience cognitive.

La définition du bien-être ne peut donc venir que de l'individu lui-même. Pawin (2014) ajoute qu'à l'heure actuelle, il n'y a pas de recette toute faite du bien-être, ce qui laisse donc la place à encore beaucoup de recherches.

Dans mon travail, les deux facettes du bien-être, hédonique et eudémonique, seront donc à prendre en compte étant donné que l'individu a une expérience propre du concept.

## 1.2 Les dimensions du bien-être au travail

Richard (2012), dans sa thèse, reprend la classification de Ruth Veenhoven, sociologue à l'Université Erasmus de Rotterdam. Ce dernier nous propose 4 dimensions du bien-être au travail dans un tableau croisé en distinguant d'une part les qualités intrinsèques et extrinsèques et d'autre part les chances et résultats. Par ce travail, nous allons nous attarder sur la dimension « vivre dans un bon environnement de travail » puisqu'il sera question de l'approche des managers dans ce contexte. Par ailleurs, il sera possible aussi d'analyser le rôle du manager comme levier ou frein vers les trois autres dimensions.

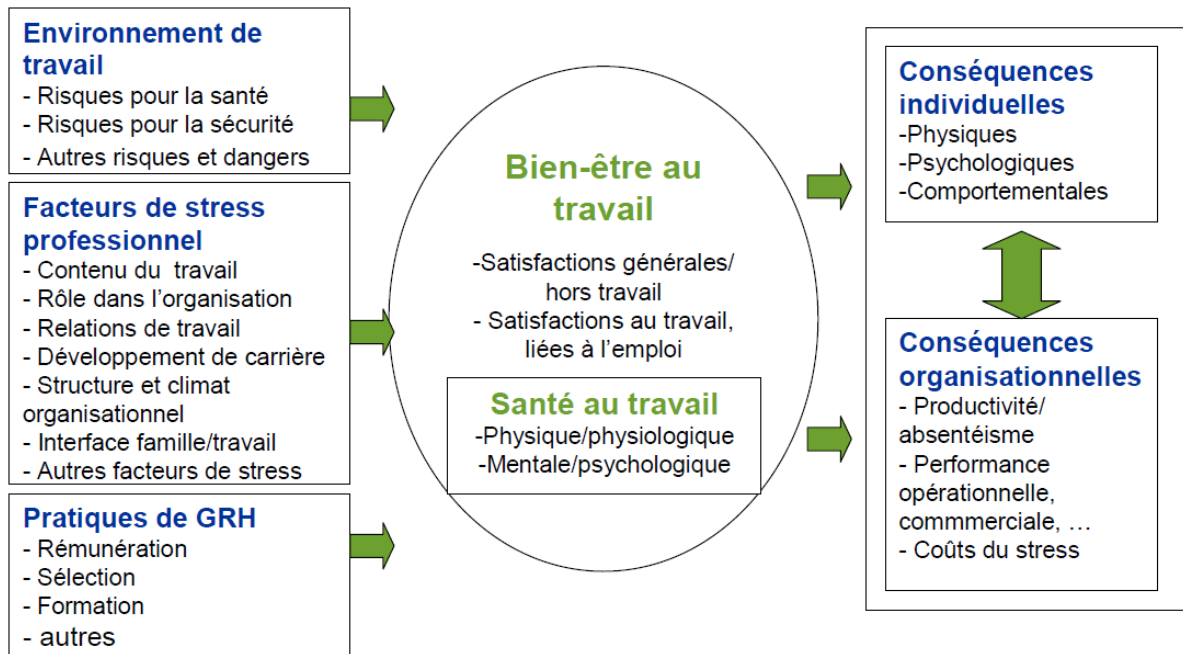
	Qualités extrinsèques	Qualités intrinsèques
Chances	Vivre dans un bon environnement de travail	Être capable de faire face à la vie professionnelle
Résultats	Être une contribution de valeur à son environnement	Profiter de la vie au travail

Figure 1 : Tableau des quatre formes de bien-être au travail (Veenhoven, 1998)

## 1.3 Le stress et le bien-être

Delobbe (2009), dans sa thèse sur le bien-être au travail et performance de l'organisation, synthétise les expériences contribuant au bien-être au travail et en détaille les conséquences. Si les caractéristiques de l'individu ne sont pas explicites dans ce schéma, elles ne sont néanmoins pas à négliger. Cependant, je ne m'attarderai pas sur l'influence des différents aspects de la personnalité des individus dans ce travail.

Au travers de la figure 2 ci-dessous, on peut remarquer que le concept de bien-être au travail a des origines et une portée très large.



Inspiré de Danna & Griffin (1999) : Health and well-being in the workplace

Figure 2 : Bien-être au travail selon Delobbe (2009)

Bien que le concept de santé au travail semble assez vaste, le schéma ci-dessus permet d'identifier le choix de ce mémoire qui est d'analyser le stress au travail et ses différentes dimensions afin de promouvoir la santé sur ce dernier.

Maslow (2000), référence en psychologie notamment grâce à sa pyramide des besoins, nous permet d'argumenter que le stress se trouve plutôt dans le besoin de sécurité, et le bien-être au travail dans les trois parties supérieures qui sont le besoin d'appartenance, d'estime et enfin d'accomplissement.

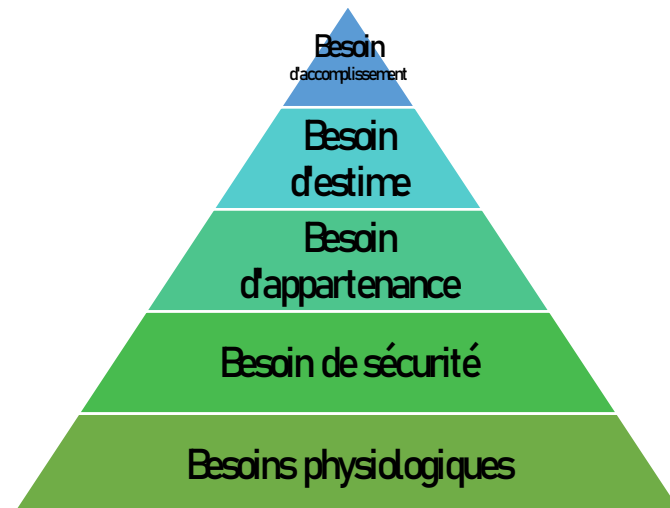


Figure 3 : La hiérarchie des besoins (création personnelle inspirée de la hiérarchie des besoins de Maslow (2000))

## 2. Le stress au travail

Maintenant que le bien-être au travail a été défini et que son lien avec le stress au travail a été établi, allons voir plus en profondeur, ce que nous pouvons apprendre sur le stress.

L'Agence Européenne pour la Sécurité et la Santé au travail (European Agency for Safety and Health at work et al., 2014) nous apprend que 10% des maladies professionnelles ont pour origine le stress. Elle poursuit en nous enseignant que le stress a donc un coût pour l'individu, pour les systèmes de santé et sur le Produit Intérieur Brut. Selon Payre (2014), pour prévenir les facteurs psychosociaux dont fait partie le stress, de nombreux auteurs mettent en avant le fonctionnement de l'entreprise et la gestion de celle-ci.

## 2.1 Le stress : définition

Le stress provient de la sensation d'un déséquilibre entre la contrainte imposée et la perception par l'individu des ressources dont il dispose pour y faire face selon Leka et al. (2004). Légeron (2015), psychiatre et spécialiste du stress au travail, insiste sur le fait que ce stress n'est pas une pathologie mais une adaptation de notre organisme pour faire face aux différentes menaces. Il ajoute que le stress est tout simplement nécessaire à la survie. Il ne faut donc pas éliminer le stress mais s'y adapter.

D'après Légeron (2015), ce syndrome général d'adaptation qu'est le stress, bien que souvent plus complexe, s'articule généralement autour de 3 phases : les phases d'alerte, d'habituation ou d'endurance et enfin d'épuisement. Il distingue aussi 3 éléments : les stressseurs, la réaction au stress et les conséquences du stress. Pour lui, seule la réaction au stress peut être considérée véritablement comme du stress. Les agents stressseurs (causes) comme l'environnement et les conséquences comme l'anxiété sont d'autres réalités. Pour qualifier cette réaction au stress, Moisson-Duthoit (2016) identifie deux approches qui seront décrites plus tard dans le travail.

## 2.2 Les manifestations du stress

Tout d'abord, le stress s'identifie de manière biologique. Selon Légeron (2015), il existe de nombreuses sécrétions d'hormones liées au stress dont les principales sont les catécholamines et les glucocorticoïdes plus souvent appelés « Cortisol ». Turquetil et Reznik (2019), médecins, nous expliquent que les catécholamines apportent une réponse rapide et efficace à un élément stressant tandis que les glucocorticoïdes fournissent aussi une réponse efficace au stress en fournissant l'énergie nécessaire pour faire face à un stress prolongé. Légeron (2015), ajoute que les deux systèmes biologiques ont des stratégies et des finalités différentes. Le système adrénergique, via les catécholamines, a pour but de préparer le corps à l'action pour contrôler son environnement. Le système cortico-surrénalien, via les glucocorticoïdes, quant à lui, a pour but d'augmenter l'endurance en vue d'une résignation.

Légeron (2015) poursuit avec les manifestations comportementales du stress. D'un point de vue émotionnel, la peur et l'anxiété permettent à l'individu de fuir tandis que la colère et l'agressivité permettent de combattre l'élément stressant. Sur le long terme, ces émotions peuvent mener à l'anxiété, la dépression ou encore le burnout (Légeron, 2008).

Les conséquences sur le plan physiologique sont multiples et complexes puisque les expressions biologiques du stress sont présentes dans une multitude de systèmes. Cependant, en voici une

liste non exhaustive : les maladies cardiaques (Consoli, 2015), les maladies auto-immunes (Delévaux et al., 2013), l'obésité et le diabète (Bonfont-Rousselot, 2013),...

### 2.3 Les approches du stress

Il existe deux approches du stress selon Moisson-Duthoit (2016) : l'approche transactionnelle et l'approche interactionniste. La première aborde le stress non par l'environnement ou l'individu mais par la transaction entre les deux. Cette approche laisse donc beaucoup de place aux processus de « faire face », comme le coping, que ce soit sur la cause du stress ou les émotions. Bien que le stress ne soit pas centré sur l'individu, les caractéristiques de ce dernier sont à prendre en compte, notamment sur la perception de son environnement. La seconde approche, dite interactionniste, décrit le stress comme une inadéquation entre l'environnement et l'individu. Il s'agit d'un modèle comportementaliste qui stipule que lorsqu'on croise certaines caractéristiques d'une situation on peut s'attendre à obtenir une telle réaction de stress. Karasek et al. (1998) se basent aussi sur le modèle comportementaliste en analysant le soutien social. C'est donc sur une approche comportementaliste du stress que ce travail va s'orienter.

Karasek et al. (1998) apportent un modèle tridimensionnel sur la vision du stress au travail. Ces trois dimensions sont les demandes psychologiques, la latitude décisionnelle et le soutien social. Ce concept est aussi appelé « Job demands-control-support ».

Grebot (2019) nous les décrit comme ceci :

- Les demandes psychologiques sont les contraintes exercées sur le travailleur en vue de l'accomplissement de son travail.
- La latitude décisionnelle est l'autonomie qu'a le travailleur d'utiliser ses capacités de prendre des décisions en vue de réaliser une activité. L'autonomie est vue comme un facteur protecteur du stress au travail.
- Le support social est, quant à lui, décrit par la qualité des relations de l'individu au travail.

Afin de préciser d'avantage ce qu'est la demande psychologique (Job demand), de Jonge et al. (1999) ajoutent ceci : « *Les demandes psychologiques du travail, ou la charge de travail, sont définies par Karasek comme des facteurs de stress psychologique présents dans l'environnement de travail (par exemple, une forte pression du temps, un rythme de travail élevé, un travail difficile et mentalement exigeant).* » [Traduction Libre]

A nouveau selon Grebot (2019), pour analyser l'échelle de Karasek, il faut croiser les deux premières dimensions. On obtient alors quatre situations de stress professionnel :

- Une demande psychologique faible et une autonomie décisionnelle élevée donne le profil des « détendus ».
- Une demande psychologique faible et une autonomie décisionnelle faible donne les « passifs ».
- Une demande psychologique élevée et une autonomie décisionnelle élevée donne les « actifs ».
- Une demande psychologique élevée et une autonomie décisionnelle faible donne les « stressés » soit les personnes confrontées à un haut niveau de stress.

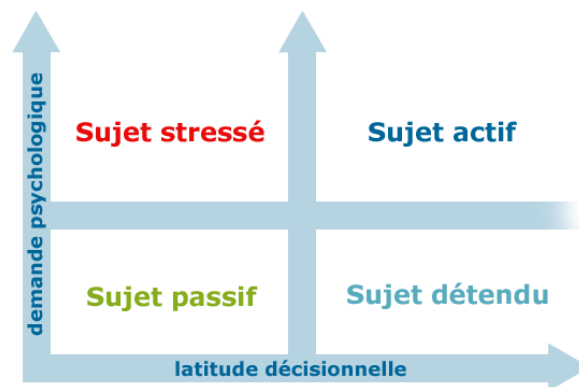


Figure 4 : Mesure du stress professionnel : questionnaire de Karasek (Giorgio, 2020)

Toujours selon le même auteur, le soutien social est, quant à lui, un facteur accentuant le stress quand il est faible et protecteur quand il est élevé.

#### 2.4 Le stress infirmier durant la première vague de la Covid-19

Alors que la pandémie sévit toujours, des chercheurs ont commencé à identifier des paramètres qui ont influencé le stress des acteurs de première ligne.

Selon Chirico et al. (2021), qui ont étudié des infirmiers en Italie, de nombreux éléments ont contribué à accentuer le stress des infirmiers qui furent des acteurs de premier plan durant la première vague de la Covid-19. Premièrement, avant la première vague, les infirmiers évoluaient déjà dans un environnement stressant et étaient par conséquent plus à risque d'épuisement professionnel. Deuxièmement, ils citent Tsmakis et al. (2020) qui démontrent que l'absence de protocoles, de traitements ou de connaissances ont joué un rôle sur la perception de la pandémie par ces acteurs. Troisièmement, l'absence de formation, le manque de préparation et le manque d'équipements de protection n'ont fait qu'accentuer leur stress. Quatrièmement, des dilemmes éthiques ont été provoqués par du matériel insuffisant. Enfin, les auteurs relèvent une charge de travail considérablement augmentée et accentuée par une pénurie d'infirmiers. Tous ces éléments plus le fait que le soutien familial fut limité ont contribué à un

niveau de stress important dans le personnel infirmier. El-Hage et al. (2020), parlent des mêmes éléments. Ils les complètent avec le fait que certains infirmiers ont dû changer leur environnement et acquérir de nouvelles compétences et faire face à des situations difficiles. Ils ajoutent aussi que l'environnement relationnel est souvent nouveau avec la création de nouvelles équipes. Mekonen et al. (2020), qui ont étudié des infirmiers en Ethiopie, ajoutent que des éléments comme le fait d'être atteint d'une maladie chronique, de travailler de nuit, d'avoir des personnes atteintes dans sa famille ou la peur de les contaminer ont augmenté le risque de développer du stress. Ces facteurs sont issus de littérature internationale et ne sont peut-être pas applicables à la Belgique sur laquelle nous n'avons que peu d'informations. Cependant, Bruyneel et Smith (2020) ont trouvé que 70% du personnel infirmier belge interrogé était à risque de burnout durant la première vague de la Covid-19. Cette prévalence élevée de risque de burnout pourrait être le fruit d'un stress élevé au travail. « *La communication entre soignants, le positionnement de l'encadrement, des personnels de direction, sont aussi des paramètres importants protecteurs ou anxiogènes.* » (El-Hage et al., 2020). Ces derniers paramètres montrent le rôle qu'ont pu jouer les managers infirmiers dans la perception de cette crise. C'est pourquoi j'ai trouvé pertinent de s'intéresser aux managers et à l'impact qu'ils ont pu influencer sur le stress ressenti par leurs équipes.

## 2.5 Le cadre législatif belge relatif au bien-être au travail

Selon le Service Public Fédéral Belge (SPF) (2020), le bien-être au travail implique différentes dimensions légales :

- La protection de la santé du travailleur
- La charge psychosociale (stress, harcèlement ...)
- L'hygiène du lieu de travail
- L'ergonomie et l'embellissement des lieux de travail
- La sécurité au travail

La loi bien-être du 4 août 1996 est la base légale de la sécurité et de la santé au travail. En marge de cette loi, on trouve des arrêtés royaux afin de la mettre à jour. Toute cette législation est rassemblée dans le Code sur le bien-être au travail.

Dans le Code sur le bien-être au travail (2020), on peut trouver différents apports légaux sur la thématique abordée dans ce travail. Les éléments qui suivent ne sont pas exhaustifs, d'autres peuvent les compléter. Ils reflètent néanmoins la ligne de conduite à suivre pour les employeurs.

Dans le Chapitre V qui concerne les mesures en situation d'urgence et en cas de danger grave et immédiat, on peut trouver ceci : « l'Art. I.2-23.– L'employeur élabore un plan d'urgence interne à mettre en œuvre pour la protection des travailleurs lorsque cela s'avère nécessaire suite aux constatations faites lors de l'analyse des risques. ». L'article ajoute plus loin que dans ces procédures doivent se trouver, entre autres, l'information et les instructions relatives aux mesures d'urgence et les mesures pour prévenir ou limiter le stress post-traumatique.

Dans la partie 3 : « Prévention des risques psychosociaux au travail » on peut trouver ceci :

*« Art. I.3-1.– Lors de l'analyse des risques réalisée conformément à l'article I.2-6, l'employeur identifie notamment les situations qui peuvent engendrer des risques psychosociaux au travail. Il tient compte notamment des situations qui peuvent mener au stress ou au burn-out occasionnés par le travail ou à un dommage à la santé découlant de conflits liés au travail ou de violence ou de harcèlement moral ou sexuel au travail. Il détermine et évalue les risques psychosociaux au travail en tenant compte des dangers liés aux composantes de l'organisation du travail, du contenu du travail, des conditions de travail, des conditions de vie au travail et des relations interpersonnelles au travail. L'analyse des risques portant sur les risques psychosociaux au travail est réalisée par l'employeur avec la participation des travailleurs. L'employeur y associe le conseiller en prévention aspects psychosociaux lorsqu'il fait partie du service interne. A défaut, il y associe le conseiller en prévention aspects psychosociaux du service externe lorsque la complexité de l'analyse le requiert. » (Code du bien-être au travail, 2020, Chap Ier .-Analyse des risques et mesures de prévention)*

Le chapitre II, quant à lui, nous informe sur les demandes psychosociales des travailleurs. Les articles nous apprennent que tout employé qui le désire peut s'adresser à son employeur, à sa hiérarchie, à son comité ou un délégué syndical lorsqu'il estime subir un dommage physique ou psychique. Ils rappellent le rôle essentiel des conseillers en prévention des aspects psychosociaux. Les procédures peuvent être formelles ou informelles et doivent être considérées comme temps de travail.

### 3. Les managers infirmiers

Les concepts de bien-être et de stress ayant été abordés, passons maintenant au management infirmier. Avant d'aller voir ce qu'on peut lire sur le management infirmier dans la littérature, je vais présenter le contexte légal belge dans lequel ceux-ci doivent exercer.

#### 3.1 Le cadre légal belge de la hiérarchie infirmière

Les arrêtés royaux qui suivent, désormais sous la responsabilité de la région wallonne, sont les bases légales de l'organigramme des infirmiers en hôpital. (Les arrêtés royaux se trouvent dans

leur entièreté dans l'annexe 2). J'ai décidé de me concentrer sur la hiérarchie infirmière car c'est dans celle-ci que nous retrouvons les managers infirmiers. Cependant, il faut savoir que le département infirmier travaille avec différents pôles comme les ressources humaines, le département médical et l'administration qui impactent, eux aussi, le vécu des infirmiers.

On retrouve principalement quatre niveaux de hiérarchie propres aux infirmiers et aux sages-femmes. L'organigramme se présente comme suit : la direction infirmière, les cadres intermédiaires, les chefs d'unités et enfin les infirmiers. (Arrêté royal portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre, 1963)

### *3.1.1 Direction infirmière*

Pour commencer, au sommet de la hiérarchie infirmière se trouve la direction infirmière. Le chef de département infirmier a pour rôle d'intégrer l'activité infirmière dans l'ensemble des activités de l'hôpital. Ceci en ayant d'étroites collaborations avec la direction médicale mais aussi les autres départements de l'hôpital. (Arrêté royal portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre, 1963)

### *3.1.2 Cadre intermédiaire*

Ensuite, dans l'organigramme régi par la loi, sous la direction infirmière se trouvent les cadres intermédiaires qui exercent dans l'environnement suivant : Selon l'arrêté royal portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre (1963), les cadres intermédiaires ou infirmiers-chefs de services doivent avoir suivi une formation universitaire en plus d'un bachelier en arts infirmiers ou un bachelier en art de la sage-femme. Il y en a un par 150 lits. Plusieurs tâches peuvent lui être confiées comme l'accueil ou la formation du personnel, l'amélioration de la qualité des soins que ce soit par l'hygiène ou l'implémentation de nouvelles méthodes ou procédures. L'arrêté royal poursuit en précisant l'importance des rencontres entre le chef de département et ses cadres afin d'avoir un réel suivi de l'activité infirmière.

### *3.1.3 Infirmier en chef d'unité*

Pour clôturer la hiérarchie infirmière, l'Arrêté Royal portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre de (1963) définit l'infirmier en chef d'unité. Comme son nom l'indique, il y en a un par unité et il doit être teneur d'un titre d'infirmier gradué ou de sage-femme et doit avoir une formation complémentaire en cadre de santé ou universitaire. Il doit gérer les membres de son équipe afin d'assurer une continuité des soins et agit sous

l'autorité du chef du département infirmier. Afin d'assurer la continuité des soins, il doit s'assurer qu'il y a assez de personnel et doit déterminer à chaque instant un responsable pour chaque patient. Il ancre aussi l'activité de son unité au sein des autres départements.

Nous avons maintenant les éléments légaux qui posent le contexte légal des 3 composantes hiérarchiques des infirmiers belges en hôpital.

### 3.2 Les types de management

A présent, intéressons-nous au management au sens large du terme. Bass (1990) est l'un des membres fondateurs du leadership transformationnel. Il distingue les deux styles de management : transactionnel et transformationnel. Voici, selon ce dernier, leurs caractéristiques respectives :

<b>Transformational Leader</b>	<b>Transactional Leader</b>
<i>Charisma: Provides vision and sense of mission, instills pride, gains respect and trust</i>	<i>Contingent Reward: Contracts exchange of rewards for effort, promises rewards for good performance, recognizes accomplishments</i>
<i>Inspiration: Communicates high expectations, uses symbols to focus efforts, expresses important purposes in simple ways</i>	<i>Management by Exception (active): Watches and searches for deviations from rules and standards, takes corrective action</i>
<i>Intellectual Stimulation: Promotes intelligence, rationality, and careful problem solving</i>	<i>Management by Exception (passive): Intervenes only if standards are not met</i>
<i>Individualized Consideration: Gives personal attention, treats each employee individually, coaches, advises</i>	<i>Laissez-Faire : Abdicates responsibilities, avoids making decisions. »</i>

Figure 5 : Transformational Leader and Transactional Leader selon Bass (1990)

Grâce à ces caractéristiques, nous pouvons dire que le management transformationnel incite le manager à personnaliser son leadership en fonction de chaque membre de son équipe. Cela permettra de mieux le conseiller, l'orienter, le soutenir mais aussi de le valoriser là où il est bon. Le leader, par son charisme et son respect, partage des objectifs simples avec son équipe qui le suivra en croyant à son idéal. Quant au management transactionnel, il s'exprime par un cadre plus défini. Il se traduit en 4 niveaux d'efficacité allant du laissez-faire à la récompense conditionnelle en passant par la gestion d'exceptions que ce soit actif en surveillant, recherchant et corrigeant les écarts de normes ou passif en se contentant de corriger les écarts de règles.

### 3.3 Le management infirmier et le bien-être au travail

S'il existe différents styles de management, certains sont sans doute plus à même à favoriser le bien-être des employés. Pourtant, Morsiani et al. (2017) nous informent que peu d'études cliniques sont réalisées sur le ressenti des infirmiers par rapport au management de leurs supérieurs tandis que les études théoriques sont, quant à elles, plus présentes dans la littérature. Ils citent notamment Kramer et al. (2007), qui ont identifié des différences entre le soutien que pensait donner la hiérarchie et le soutien perçu par les infirmiers. Pourtant les managers ont un réel rôle à jouer dans le bien-être des infirmiers.

En prémisses de leur étude portant, entre autres, sur le lien entre bien-être psychologique au travail et leader chez les professionnels du secteur médical et paramédical, Dose et al. (2019) citent différents auteurs en mettant en avant le rôle du leader dans le bien-être qu'il soit hédonique ou eudémonique :

*« Reflétant l'idée que tout leader traite de manière adaptée chacun de ses subordonnés par des échanges directs et interpersonnels différenciés (Dansereau, Graen, & Haga, 1975 ; Graen & Uhl-Bien, 1995), le leader/membre est un facteur clé du bien-être chez les travailleurs en général (Atkinson, Hill, Matthews, & Morgenson, 2016) et chez les infirmiers (Borgonovi, Farr-Wharton, & Trincherio, 2014). Les collaborateurs sont en effet sensibles à la qualité de la relation entretenue avec leur supérieur hiérarchique (Wayne, Shore, & Liden, 1997). ... Lorsque les échanges leader-membre sont de qualité, les employés reçoivent plus de soutien, d'informations, et de récompenses de la part de leurs superviseurs et ont tendance également à se sentir plus en sécurité dans leur relation avec l'organisation (Dienesch & Liden, 1986). » (Dose et al, 2019, p8)*

Selon Moore et al. (2016) qui citent Cowden et al. (2011), Shirey (2006) et Shirey et al. (2008), les infirmiers gestionnaires impactent considérablement la satisfaction du personnel infirmier et leur maintien dans l'organisation. Dans le même article, il est souligné que la productivité et la rentabilité sont impactées par l'engagement des infirmiers gestionnaires.

Dose et al. (2020) ajoutent différents éléments afin de maintenir le bien-être du personnel médical et paramédical. Tout d'abord, pour améliorer la qualité du soutien et des échanges, les leaders devraient prêter attention à la relation qu'ils vivent avec chacun de leurs employés. Cette relation permettra une meilleure communication et un sentiment de sécurité pour l'employé. Stordeur et D'Hoore (2007), qui travaillent sur les hôpitaux magnétiques ajoutent en citant Leveck & Jones (1996) que faire participer le personnel à la prise de décision améliore la satisfaction au travail du personnel. En ce qui concerne la communication, Stordeur et D'Hoore

(2007) affirment que si cette dernière est bonne entre l'équipe, la direction infirmière et les médecins, il y a une diminution des conflits.

Légeron (2008) évoque 3 stades de prévention au stress dans lequel le manager peut intervenir : la prévention primaire, c'est-à-dire agir sur les sources de stress ; la prévention secondaire, c'est-à-dire apprendre aux individus à gérer le stress et enfin la prévention tertiaire qui s'occupera de prendre en charge le personnel impacté par le stress. Afin de réduire ce stress, il propose 4 axes : l'axe évaluatif, l'axe organisationnel, l'axe individuel et enfin celui qui nous intéresse plus particulièrement : l'axe managérial. Il invite les managers à développer une culture de bien-être au travail en plus de la performance. Cette culture passe aussi en faisant d'eux de véritables gestionnaires de stress tant pour eux que pour leur équipe. Légeron (2015), insiste sur la qualité de la communication, de la cohérence des objectifs à atteindre. Il insiste aussi sur la reconnaissance et le sentiment d'utilité que le manager peut induire.

La démarche participative fait le lien entre la prévention du stress et la vision de Stordeur. Colombat et al. (2018) nous expliquent que le but de cette démarche est de :

- Faire des soignants des « acteurs/partenaires »
- Faire naître une intelligence collective tout en suivant des valeurs comme la collaboration ou le respect.
- Trouver des solutions aux problèmes dans les différents services de soins en tenant compte de leur contexte.

Colombat et al. (2018) poursuivent l'explication de ce modèle organisationnel en 5 composantes distinctes.

- 1) Les formations internes à l'équipe : les professionnels de la santé ont l'habitude de suivre toutes sortes de formations que ce soit dans leur établissement ou ailleurs. Les formations internes à l'équipe apporteraient un plus via deux moyens. Le premier est de bénéficier d'échanges avec des membres d'origines socio-professionnelles différentes. Le second serait de fédérer les équipes grâce à l'échange sur différentes thématiques.
- 2) Les débriefings : ce sont des réunions animées idéalement par un psychologue externe qui font suite à un événement traumatisant.
- 3) Les staffs pluridisciplinaires centrés sur le patient et ses proches : ils permettent de questionner leur pratique, d'identifier des éléments manquants ou qui ne fonctionnent pas en vue de les améliorer. Il est conseillé de commencer par les aides-soignants,

infirmiers et de terminer par les médecins. Ces staffs améliorent la performance du service.

- 4) La démarche projet : elle peut se traduire en milieu de soin par des groupes de travail ou encore un projet de service. Les auteurs rappellent l'importance du fait que ces projets soient pluridisciplinaires et insistent sur les qualités de communication.
- 5) La création d'un espace d'échanges réguliers entre cadres que ce soient les managers du service ou les médecins pour toutes les décisions de l'ordre de l'organisationnel.

Ensuite, pour inscrire le management infirmier dans une dimension plus large, Letellier (2017) fait le lien avec Ricoeur (1990), philosophe reconnu dans ses écrits pour la visée du bonheur avec une approche plus éthique. Ils apportent le concept d'organisation juste. L'organisation juste peut se rapporter à toutes les institutions qui travaillent avec autrui. C'est une organisation qui prendrait tout autant soin des personnes dont elle s'occupe que de ses propres équipes. Letellier (2017) ajoute que le cadre de proximité en santé serait artisan du prendre soin des personnes qui prennent elles-mêmes soin.

Cette envie d'entretenir de bons liens entre manager/infirmier, d'instaurer du soutien, de faire participer l'équipe aux décisions, d'avoir une bonne communication, à prévenir et accompagner le stress, s'inscrit plutôt dans le management transformationnel. Il semblerait que ce dernier soit donc plus bénéfique.

### 3.4 L'apport des hôpitaux magnétiques

Comme mentionné plus haut via Stordeur et D'Hoore (2007), les hôpitaux magnétiques veulent mettre en avant la satisfaction au bien-être des travailleurs entre autres via les managers. En effet, Sibé et Alis (2016) citent les 8 dimensions établies par Kramer et Schmalenberg (2004, 2008) pour mesurer un hôpital magnétique. Les managers infirmiers sont directement impliqués dans plusieurs d'entre elles : le leadership transformationnel, l'empowerment et la gestion adéquate des effectifs. Ils sont aussi indirectement impliqués dans les 4 autres dimensions à savoir : une culture centrée sur le patient, l'expertise des soignants, le soutien à la formation et le climat collégial entre médecins et soignants. Ils sont donc des acteurs clés de cette façon de penser l'hôpital.

L'hôpital magnétique suit certaines valeurs décrites par Sibé et Alis (2016). Ce dernier se veut bienveillant que ce soit envers les patients ou envers son personnel. La recherche de la qualité des soins doit être absolue puisqu'elle conditionne le sens collectif du but de l'hôpital. Ce dernier veut permettre la réalisation de soi en passant par des objectifs communs entre l'individu et l'organisation. Ensuite, ce type d'organisation promeut l'autonomie de chaque profession

tout en portant de l'importance à l'interdisciplinarité. Cette autonomie passe par une division du pouvoir entre les soignants, le corps médical et l'administratif. Ce pouvoir doit être constructif et se préoccuper du bien-être des personnes dont il a la charge.

Ces valeurs peuvent être mises en lien avec différentes parties de cette partie théorique. Tout d'abord, le bien-être eudémonique (Richard 2012) ou la vision du bonheur de Ricoeur (1990) puisque l'hôpital magnétique veut favoriser la réalisation de soi et donner un sens commun au travail. Ensuite, l'autonomie voulue nous fait penser à l'une des trois dimensions de l'échelle de stress de Karasek et al. (1998). Le soutien managérial via un management transformationnel et la diminution de la demande psychologique en prenant soin du personnel entrent aussi dans leur vision. Les hôpitaux magnétiques sont donc pertinents dans la prévention du stress établie par Karasek et al. (1998) et promeuvent le bien-être au travail.

#### 3.4.1 L'hôpital Magnétique en pratique

En pratique l'hôpital magnétique se met en œuvre grâce à différentes politiques : de recrutement, d'intégration des nouveaux personnels, de formation, de rémunération, d'amélioration des conditions de travail et enfin une politique de responsabilisation et de développement des compétences des managers. (Sibé et Alis, 2016).

*« Une politique de responsabilisation et de développement des compétences des managers : l'encadrement de proximité, chefs de services, cadres de santé, mais aussi les médecins jouent un rôle clé pour reconnaître l'importance du collectif et développer le sentiment d'efficacité des soins. À ce titre, le développement de la formation au management des médecins et des cadres de santé et la mise en œuvre de dispositifs de gestion des compétences collectives, notamment par l'ouverture d'espaces de discussion sur le travail (Detchessahar, 2009), sont fortement à encourager. Ils sont le vecteur d'un contexte magnétique alliant performance et mobilisation du service tout en ayant des retombées potentielles sur l'attractivité et la fidélisation des professionnels. » (Sibé et Alis, 2016, para.46)*

#### 3.5 Les difficultés des managers de première ligne

Bien que nous ayons pu voir les bénéfices d'un management de qualité sur le bien-être et le stress, il n'est pas toujours facile à mettre en place. Les chefs infirmiers d'unité aussi appelés « chefs de service » occupent une fonction complexe. Adams et al. (2019) affirment que les chefs infirmiers ont un rôle dans le bien-être de leur équipe. Cependant, ce rôle est compliqué et difficile. En effet, Bingen et Melon (2015) nous expliquent que les cadres intermédiaires doivent exercer leur fonction en tenant compte des différents acteurs et pouvoirs. Ils sont à la fois au contact des équipes de terrains mais doivent répondre aux injonctions de leur direction tout en respectant les objectifs de l'institution et des normes tant d'un point de vue budgétaire

que de qualité. Moore et al. (2016) ajoutent à ces fonctions celles du recrutement et de l'évaluation du personnel.

Pour accentuer ces difficultés, Moore et al. (2016) citent Fennimore et Wolf (2011) et McCallin et Frankson (2010) et nous apprennent que de nombreux chefs d'unité ont été sélectionnés pour leur expertise clinique et non leurs qualités de leader ou de gestionnaire. Ils manquent donc souvent de préparation et de compétences. Ils apprennent alors leur rôle petit à petit.

## Partie pratique

Afin de répondre à notre objectif initial qui est de déterminer si les éléments propres à cette pandémie et la demande psychologique ressentie par les infirmiers ont été délétères au stress au travail et si le support social managérial a été un facteur protecteur du stress, nous avons analysé des données collectées auprès d'infirmiers en Belgique francophone durant la première vague de la Covid-19. Sur base des apports théoriques plus haut, nous avons formulé plusieurs hypothèses.

### 1. Méthode

#### 1.1 Hypothèses

- Les caractéristiques de la pandémie de la Covid-19 sur la prise en charge infirmière seraient des paramètres significatifs aggravants de l'épuisement émotionnel.
- La demande psychologique serait un facteur aggravant significativement l'épuisement émotionnel.
- Le soutien managérial infirmier serait un facteur significativement protecteur de l'épuisement émotionnel.

#### 1.2 Recueil des données

Le recueil des données a été réalisé par Pierre Smith (Infirmier, chercheur et docteur en santé publique à l'UCLouvain) et Arnaud Bruyneel (Infirmier et chercheur doctorant en santé publique à l'ULB, SIZ Nursing). Les données ont été recueillies auprès d'infirmiers de la partie francophone de la Belgique. A un stade précoce de la pandémie, un pic de la première vague de la Covid-19 était déjà détectable en avril 2020, c'est pourquoi ils ont décidé de lancer l'enquête durant ce mois précis. L'étude est transversale. Ils ont mis en place une enquête en ligne via la plateforme Qualtrics®XM qui est conforme au RGPD. Le questionnaire en ligne auto-administré était disponible du 21 avril au 04 mai 2020 et a été diffusé auprès des associations professionnelles belges d'infirmiers, des services de soins de santé hospitaliers et

ambulatoires (par exemple, les hôpitaux, les maisons de repos, les services de soins à domicile, etc.) et des médias sociaux. Ils ont ciblé les infirmiers travaillant dans et hors des hôpitaux en Belgique et ont obtenu un total de 4552 répondants par échantillonnage de convenance.

### 1.3 Choix des items pour l'analyse statistique

Afin de réaliser l'analyse statistique, nous avons croisé l'épuisement émotionnel avec différentes caractéristiques sociodémographiques, différents facteurs d'exposition à la Covid-19 et deux dimensions de l'échelle de Karasek.

#### 1.3.1 L'épuisement émotionnel

L'épuisement émotionnel a été choisi comme notre indicateur de stress prolongé. Celui-ci est l'une des trois dimensions du burn-out.

*« Le burn-out, ou épuisement professionnel, est un syndrome conceptualisé comme résultant d'un stress chronique au travail qui n'a pas été correctement géré »* (Organisation Mondiale de la Santé, 2019).

Le burn-out étant le résultat négatif du stress chronique, l'épuisement émotionnel nous semblait un indicateur adéquat.

L'épuisement émotionnel a été mesuré via le Maslach Burnout Inventory (MBI). Questionnaire mesurant de prime abord le burnout ou épuisement professionnel, il mesure 3 dimensions à savoir la déshumanisation, l'accomplissement personnel au travail et, celui qui nous intéresse, l'épuisement émotionnel. (Langevin et al., 2012). Selon Langevin et al. (2012), la validité externe est satisfaisante et ces derniers citent Maslach et Jackson (1986) qui disent avoir une fidélité satisfaisante. Dion et Tessier (1994) ont validé la traduction de l'échelle en français.

La mesure de l'épuisement émotionnel se fait comme telle : 9 items du MBI sur les 22 mesurent ce dernier. Pour chaque item, le répondant s'évalue sur une échelle mesurant la fréquence de l'item en 7 niveaux allant de « jamais » à « chaque jour ». Ces niveaux sont alors scorés de façon réciproque de 0 à 6. Un score de 0 à 16 indique un épuisement émotionnel bas, de 17 à 26, modéré et au-dessus de 27, élevé. Pour plus de facilités nous avons décidé de binariser le score. Le répondant est alors catégorisé en épuisement émotionnel soit élevé ( $\geq 27$ ) soit faible à modéré ( $\leq 26$ ).

#### 1.3.2 L'impact de la Covid-19

Afin de mesurer l'impact de la Covid-19 sur l'épuisement émotionnel, nous avons choisi différents items. Tout d'abord, le fait de changer d'environnement pouvait avoir un impact selon El-Hage et al. (2020) c'est pourquoi nous avons analysé la mobilité des infirmiers. On entend par mobilité le déplacement d'infirmiers dans différents services, leur réaffectation vers

un nouveau service ou le maintien dans leur service d'origine. Ensuite, Chirico et al. (2021) ajoutent, eux, que le manque d'équipements a pu jouer un rôle dans le stress au travail. Nous avons donc demandé aux infirmiers s'ils estimaient que leurs équipements de protection à la Covid-19 étaient adéquats et en suffisance. Enfin, El-Hage et al. (2020) et Chirico et al. (2021) parlent dans leur article respectif d'une énorme charge de travail. C'est pourquoi nous avons voulu voir si le ressenti de la charge de travail avait été augmenté et l'impact psychologique de celui-ci à la suite de la pandémie de la Covid-19.

### *1.3.3 L'échelle de Karasek*

Afin d'analyser la charge mentale de travail, nous avons choisi la dimension de la demande psychologique dans l'échelle de Karasek que nous avons détaillée dans la partie théorique. El-Hage et al. (2020), ajoutent la notion d'encadrement des supérieurs qui, selon eux, peut être protecteur ou anxiogène. Une autre dimension de l'échelle de Karasek qui est le soutien managérial pourra nous permettre d'aller analyser cet aspect.

L'échelle de Karasek, n'établissant pas un score de stress, sera utilisée comme simple formulation et sera croisée avec l'épuisement émotionnel. Niedhammer et al. (2006) annoncent des validités factorielle et convergente satisfaisantes.

### *1.3.4 Les données sociodémographiques*

Afin d'établir un profil des personnes impactées par l'épuisement émotionnel et cibler de possibles interventions nous avons décidé d'analyser certaines données sociodémographiques à savoir : l'âge, l'ancienneté, le sexe et le type de service dans lequel les répondants travaillaient.

## *1.4 Analyse des données*

Afin de réaliser une analyse statistique de nos données, nous avons utilisé le logiciel SPSS® de la compagnie IBM®. Le seuil de significativité a été placé à 5% et pourra être noté d'une « \* », les seuils de 1% et 0,1% pourront, quant à eux, être respectivement remplacés par « \*\* » et « \*\*\* » lorsque la p-valeur n'est pas notée de façon explicite. L'analyse s'est faite en trois temps. Le premier temps est une description de l'échantillon. Le deuxième temps, quant à lui, est une répartition de l'épuisement émotionnel élevé dans l'échantillon. Afin de rejeter les hypothèses nulles, nous avons utilisé le Test T pour les variables indépendantes continues et le test du chi carré pour les variables catégorielles. Enfin, la 3<sup>ème</sup> partie se fait en deux temps : la première consiste à réaliser une régression logistique univariée. La seconde sera une régression logistique multivariée où seules les variables indépendantes significatives seront utilisées. Les modèles de régression ont pour objectif de quantifier la force d'association entre les variables

indépendantes et notre variable dépendante ainsi que la direction de l'association (facteur de risque ou facteur protecteur).

## 2. Résultats

### 2.1 Description de l'échantillon

Notre échantillon est essentiellement composé d'infirmiers belges francophones. Ces derniers sont 4524 à avoir répondu à l'épuisement émotionnel qui est notre variable dépendante. L'âge moyen de l'échantillon est de 39,8 ans avec une ancienneté de 15,8 ans avec une dériviation standard respective de 10,96 ans et 11,11 ans. 83,9% d'entre eux sont des femmes, 16% des hommes et 0,1% se sont identifiés comme « autre ». Les répondants sont distribués dans différents services, à savoir que le service qu'ils se sont attribué représente celui dans lequel ils ont exercé durant la première vague. Les 4 principaux services représentés sont les soins intensifs avec 27,6%, les unités de soins en hôpital avec 22,2%, les soins à domicile avec 13,6% et enfin les urgences avec 11,2%. Ensuite, nous avons analysé la mobilité : la majorité avec 84,7% se sont dit travailler dans un service fixe tandis que 12,7% se sont dit volants dans différents services et 2,6% volants dans un service fixe. En ce qui concerne le ressenti de la charge de travail, pour 70,1% des répondants, il a augmenté, pour 15,6%, il est resté le même et enfin dans 14,3%, il a diminué. Aussi nous avons recueilli des données sur l'exposition à la Covid-19. Celle-ci est divisée en trois points : le nombre de patients porteurs, le nombre de décès liés à ce virus et enfin la proportion de collègues atteints par ce dernier. Tout d'abord, 13,5% des personnes interrogées ont eu au maximum un patient porteur de la Covid-19. Ensuite, toujours en ce qui concerne la proportion de patients porteurs, 28,9% de nos répondants en ont eu approximativement un quart, 18,9% approximativement la moitié et 12,9% approximativement trois-quarts. A noter que plus d'un quart de l'échantillon (28,8%) s'occupait exclusivement de patients atteints de la Covid-19. Dans le deuxième point qui est le nombre de patients décédés à la suite du variant 19 du coronavirus, près de 46% ont eu maximum un seul patient décédé. Le pourcentage de nos répondants ayant perdu approximativement un quart de leurs patients à la suite de la Covid-19 durant la première vague s'élève à 41,7%, pour ceux qui en ont perdu approximativement la moitié, il s'élève à 8,5%, pour ceux ayant perdu approximativement les trois-quarts, 3,4% et enfin 0,3% affirment avoir perdu la totalité de leurs patients. Par ailleurs en ce qui concerne le troisième type d'exposition, à savoir la proportion de collègues atteints par la Covid-19 : 32,2% de l'échantillon a eu maximum un collègue. La majorité qui est de 58,8% a eu approximativement un quart de ses collègues testés positif à la maladie tandis que 6,3% en ont eu approximativement la moitié, 2,6% approximativement les

trois-quarts et 0,1% la totalité. Enfin, avant d'entamer une partie de l'échelle de Karasek et l'épuisement émotionnel, nous avons ajouté la proportion de personnes qui estimaient avoir eu des équipements de protection individuels en suffisance et de qualité. Cette dernière s'élève à 39,6%. 60,4% en ont donc manqués.

Tableau 1 : Description de l'échantillon selon les données sociodémographiques et les éléments propres à la pandémie

N = 4524		Répondants (%)
<b>Âge, années, Moyenne, Ecart-type</b>	4214 (93,1%)	39,74 ± 10,96
<b>Genre, N (%)</b>	4237 (93,7%)	
Femmes		3554 (83,9%)
Hommes		679 (16%)
Autres		4 (0,1%)
<b>Ancienneté, années, Moyenne, Ecart-Type</b>	3511 (77,6%)	15,8 ± 11,11
<b>Type de service principal durant la pandémie de Covid-19, N (%)</b>	4157 (91,9%)	
Service d'urgence hospitalière		467 (11,2%)
Soins intensifs		1149 (27,6%)
Unité de soins en hôpital général ou universitaire		921 (22,2%)
Service de psychiatrie hospitalier		148 (3,6%)
Services ambulatoires		217 (5,2%)
Soins à domicile		566 (13,6%)
Maison de repos et de soins		237 (5,7%)
Quartier opératoire		81 (1,9%)
Unité Covid		96 (2,3%)
Unité médico-technique		112 (2,7%)
Autres		163 (3,9%)
<b>Mobilité, N (%)</b>	2477 (54,7%)	
Service fixe		2098 (84,7%)
Volant dans différents services		315 (12,7%)
Volant fixe dans un service		64 (2,6%)
<b>Ressenti de la charge de travail durant la pandémie de la Covid-19, N (%)</b>	3590 (79,4%)	
Diminué		513 (14,3%)
Identique		561 (15,6%)
Augmenté		2516 (70,1%)
<b>Proportion de patients porteurs de la Covid-19, N (%)</b>	3708 (82%)	
Aucun ou un seul		500 (13,5%)
Approximativement 25%		1070 (28,9%)
Approximativement 50%		700 (18,9%)
Approximativement 75%		480 (12,9%)
100% des patients		958 (25,8%)
<b>Proportion de décès liés à la Covid-19, N (%)</b>	3664 (81%)	
Aucun ou un seul		1687 (46%)
Approximativement 25%		1529 (41,7%)
Approximativement 50%		313 (8,5%)
Approximativement 75%		125 (3,4%)
100% des patients		10 (0,3%)
<b>Proportion de collègues atteints par la Covid-19, N (%)</b>	3720 (82,2%)	
Aucun ou un seul		1198 (32,2%)
Approximativement 25%		2187 (58,8%)
Approximativement 50%		236 (6,3%)
Approximativement 75%		96 (2,6%)
100%		3 (0,1%)
<b>Equipements de protection adéquats et en suffisance, N (%)</b>	3749 (82,9%)	
Désaccord		2265 (60,4%)
Accord		1484 (39,6%)

Pour continuer, nous avons analysé 2 des 3 dimensions de l'échelle de Karasek à savoir la demande psychologique et une partie du soutien social à savoir celui des managers.

En ce qui concerne la demande psychologique, tous les items sont marqués par un pourcentage supérieur à 50% dans la catégorie « demande psychologique élevée » hormis l'item « je suis souvent ralenti dans mon travail parce que je dois attendre que les autres aient terminé le leur ». Les 3 items qui ressortent avec près de 90% de personnes en accord avec la proposition sont : « mon travail exige de travailler très fort mentalement » (93,8%) ; « mon travail m'oblige à me concentrer intensément pendant de longues périodes » (89,1%) ; « mon travail est très souvent mouvementé » (90,2%). Lorsqu'on pondère la moyenne des résultats, 76,5% sont d'accord avec une demande psychologique élevée.

*Tableau 2 : Description de l'échantillon selon la demande psychologique*

<b>Demande psychologique selon l'échelle de Karasek</b>			
	<b>Répondants (%)</b>	<b>Désaccord, N (%)</b>	<b>Accord, N (%)</b>
Mon travail exige d'aller très vite	3411 (75,4%)	930 (27,3%)	2481 (72,7%)
Mon travail exige de travailler très fort mentalement	3395 (75)	211 (6,2%)	3184 (93,8%)
On me demande de faire une quantité excessive de travail	3408 (75,3%)	1279 (37,5%)	2129 (62,5%)
Je n'ai pas suffisamment de temps pour faire mon travail	3413 (75,4%)	1143 (42,3%)	1970 (57,7%)
Je reçois des demandes contradictoires de la part des autres	3370 (74,5%)	1194 (35,4%)	2176 (64,6%)
Mon travail m'oblige à me concentrer intensément pendant de longues périodes	3400 (75,2%)	370 (10,9%)	3030 (89,1%)
Ma tâche est souvent interrompue avant que je l'aie terminée, je dois alors y revenir plus tard	3402 (75,2%)	932 (27,4%)	2470 (72,6%)
Mon travail est très souvent mouvementé	3392 (75%)	334 (9,8%)	3058 (90,2%)
Je suis souvent ralenti dans mon travail parce que je dois attendre que les autres aient terminé le leur	3386 (74,8%)	1810 (53,5%)	1576 (46,5%)
		<b>Total pondéré</b>	<b>Total pondéré</b>
		911,22	2452,78
		<b>Moyenne pondérée</b>	<b>Moyenne pondérée</b>
		27,09%	72,91%

Ensuite vient la dernière variable indépendante, à savoir, le soutien des managers. Tous les items ont eu plus de 70% de répondants en accord avec un soutien managérial élevé. Le plus élevé avec 88,6% étant « mon chef n'a pas d'attitude hostile ou conflictuelle avec moi ». La moyenne pondérée du soutien des managers élevé ressenti par les infirmiers qui ont répondu au questionnaire est de 76,5%.

*Tableau 3 : Description de l'échantillon selon le soutien managérial*

<b>Soutien des managers selon l'échelle de Karasek</b>			
	<b>Répondants (%)</b>	<b>Désaccord (%)</b>	<b>Accord (%)</b>
Mon chef se soucie du bien-être des travailleurs qui sont sous sa supervision	3214 (71%)	901 (28%)	2313 (72%)
Mon chef prête attention à ce que je dis	3207 (70,9%)	845 (26,3%)	2362 (73,7%)
Mon chef n'a pas d'attitude hostile ou conflictuelle envers moi	3211 (71%)	367 (11,4%)	2844 (88,6%)
Mon chef facilite la réalisation du travail	3198 (70,7%)	833 (26%)	2365 (74%)
Mon chef réussit à faire travailler les gens ensemble	3198 (70,7%)	807 (25,2%)	2391 (74,8%)
		<b>Total Pondéré</b>	<b>Total Pondéré</b>
		750,5	2455,1
		<b>Moyenne pondérée</b>	<b>Moyenne pondérée</b>
		23,4%	76,5%

Enfin, pour terminer, voici la répartition dans l'échantillon de notre variable dépendante qu'est l'épuisement émotionnel. 34,9% sont classés comme étant en épuisement émotionnel élevé tandis que les 65,1 % restant ont été classés dans un épuisement émotionnel faible à modéré.

*Tableau 4 : Description de l'échantillon selon l'épuisement émotionnel*

<b>Epuisement Emotionnel selon le MBI</b>	
N = 4524 (100%)	N (%)
Risque d'épuisement émotionnel faible à modéré	2943 (65,1%)
Risque d'épuisement émotionnel élevé	1581 (34,9%)

## 2.2 Répartition de l'épuisement émotionnel dans l'échantillon

Dans cette partie, nous allons analyser la répartition des personnes à risque d'épuisement émotionnel en fonction des variables précédentes et vérifier si cette répartition est significativement<sup>1</sup> différente.

Les répartitions les plus différentes se trouvent dans la dimension de la demande psychologique de l'échelle de Karasek (Tableau 6). Tous les éléments de la demande psychologique ont une différence significative avec une p-valeur plus petite que 0,000. L'élément le plus expressif concerne le temps accordé pour leurs tâches avec l'affirmation « Je n'ai pas suffisamment de temps pour faire mon travail ». Parmi les infirmiers à risque élevé d'épuisement émotionnel, 54.1% déclaraient ne pas avoir suffisamment de temps pour effectuer leur travail alors que le pourcentage était de 45.9% chez les infirmiers à risque faible et modéré d'épuisement émotionnel. Ce paramètre obtient un chi carré de 160,27. Ensuite, la deuxième dimension de l'échelle de Karasek utilisée dans l'analyse, à savoir le soutien managérial, a, elle aussi, une répartition significativement différente dans ses 5 items (Tableau 7). Le chi carré le plus caractéristique concerne l'écoute du supérieur hiérarchique avec l'affirmation « Mon chef prête attention à ce que je dis ». En effet, 60,4 % des répondants en accord avec cet item sont en épuisement émotionnel faible à modéré contre 39,6% en épuisement émotionnel élevé.

Par ailleurs, d'autres variables sélectionnées ont un pourcentage attribué d'épuisement émotionnel significativement différent (Tableau 5).

Ces dernières sont :

- Le ressenti de la charge de travail durant la pandémie de la Covid-19\*\*\*\*<sup>1</sup>. En effet, 31,8% des personnes ayant répondu que leur ressenti de charge de travail avait diminué sont à risque élevé d'épuisement émotionnel et 31,7% lorsque la charge de travail est

<sup>1</sup> \*\*\* = p-valeur < 0,000 ; \*\* = p-valeur <0,01 ; \* = p-valeur < 0,05

restée identique. Ce pourcentage passe à 47,6% lorsque le ressenti de la charge de travail durant la pandémie de la Covid-19 a augmenté.

- Les équipements de protection individuels adéquats et en suffisance\*\*\* : dans cet item, 34,4% des personnes en accord avec cette affirmation sont à risque d'épuisement émotionnel élevé contre 65,6% sont considérés comme ayant un risque faible ou modéré. Lorsque les personnes sont en désaccord avec l'affirmation, 52,8% sont à risque émotionnel faible ou modéré contre 47,2% sont à risque élevé.
- Le type de service\*\*\*. Les 3 types de services avec l'épuisement émotionnel élevé le plus faible sont : les services considérés comme « autres » avec 26,4%, les quartiers opératoires avec 27,2% et les services de psychiatrie hospitaliers avec 31,1%. Les 3 types de services avec le pourcentage le plus élevé sont quant à eux : tout d'abord les unités Covid (51%), ensuite les maisons de repos et de soins (49,8%), enfin les unités médico-techniques et les unités de soins en hôpital général ou universitaire qui obtiennent le score de 40,2%.
- La proportion de collègues atteints \*\*\* : 38,5% des répondants n'ayant pas de collègues atteints ont un risque d'épuisement émotionnel élevé, 42,9% pour ceux qui ont répondu approximativement 25%, 55,9% approximativement 50%, 54,2% approximativement 75%. Seules trois personnes ont eu 100% de leurs collègues atteints par la Covid-19 et l'une d'entre-elle est à risque d'épuisement élevé.
- La proportion de patients décédés des suites de la Covid-19\*\* : 38,4% des répondants n'ayant pas eu de décès liés à la Covid-19 sont à risque d'épuisement émotionnel élevé. Lorsque les répondants ont perdu des patients à la suite de la Covid-19, la proportion monte à 44,7% pour ceux ayant répondu approximativement 25%, 47,9% pour ceux ayant répondu approximativement 50% et 48% pour ceux ayant répondu approximativement 75%. 10 personnes ont vu la totalité de leurs patients décéder et 40% d'entre eux sont considérés à risque d'épuisement émotionnel élevé.
- La proportion de patients porteurs de la Covid-19\*\* : dans cet items 37,2% des répondants ayant répondu « aucun ou un seul patient » sont à risque d'épuisement émotionnel élevé. Le pourcentage augmente au plus la proportion de patients augmente pour arriver à 47,5% lorsque la totalité des patients sont porteurs de la Covid-19.

L'âge, le genre, l'ancienneté et la mobilité semblent quant à eux ne pas avoir de répartitions distinctes.

Tableau 5 : Répartition de l'épuisement émotionnel dans l'échantillon

	Epuisement émotionnel faible à modéré N (%), Moyenne (DS)	Epuisement émotionnel élevé N (%), Moyenne (DS)	Chi²/ Test T (p-valeur)
<b>Âge</b>	39,65 (11,09)	39,9 (10,74)	-0,69 (0,122)
<b>Genre</b>			3,34 (0,189)
Femmes	2225 (62,6%)	1329 (37,4%)	
Hommes	449 (66,1%)	230 (33,1%)	
Autres	2 (50%)	2 (50%)	
<b>Ancienneté</b>			-0,52 (0,687)
<b>Type de service principal durant la pandémie de Covid-19</b>			44,27 (0,000)
Service d'urgence hospitalière	310 (66,4%)	157 (33,8%)	
Soins intensifs	707 (61,5%)	442 (38,5%)	
Unité de soins en hôpital général ou universitaire	551 (59,8%)	370 (40,2%)	
Service de psychiatrie hospitalier	102 (68,9%)	46 (31,1%)	
Services ambulatoires	136 (62,7%)	81 (37,3%)	
Soins à domicile	362 (64%)	204 (36%)	
Maison de repos et de soins	119 (50,2%)	118 (49,8%)	
Quartier opératoire	59 (72,8%)	22 (27,2%)	
Unité Covid	47 (49%)	49 (51%)	
Unité médico-technique	67 (59,8%)	45 (40,2%)	
Autres	120 (73,6%)	43 (26,4%)	
<b>Mobilité</b>			0,752 (0,686)
Service fixe	1309 (62,4%)	789 (37,6%)	
Volant dans différents services	192 (61%)	123 (39%)	
Volant fixe dans un service	37 (57,8%)	27 (42,2%)	
<b>Ressenti de la charge de travail durant la pandémie de Covid-19</b>			77,35 (0,000)
Diminué	350 (68,2%)	163 (31,8%)	
Identique	383 (68,3%)	178 (31,7%)	
Augmenté	1318 (52,4%)	1198 (47,6%)	
<b>Equipements de protection adéquats et suffisants</b>			60,13 (0,000)
Désaccord	1197 (52,8%)	1058 (47,2%)	
Accord	974 (65,6%)	510 (34,4%)	
<b>Proportion de patients porteurs de la Covid-19</b>			17,923 (0,001)
Aucun ou un seul	314 (62,8%)	186 (37,2%)	
Approximativement 25%	638 (59,6%)	432 (40,4%)	
Approximativement 50%	412 (59,9%)	288 (41,1%)	
Approximativement 75%	277 (57,7%)	203 (42,3%)	
100% des patients	503 (52,5%)	455 (47,5%)	
<b>Proportion de décès liés à la Covid-19</b>			19,7 (0,001)
Aucun ou un seul	1039 (61,6%)	648 (38,4%)	
Approximativement 25%	846 (55,3%)	683 (44,7%)	
Approximativement 50%	163 (52,1%)	150 (47,9%)	
Approximativement 75%	65 (52%)	60 (48%)	
100% des patients	6 (60%)	4 (40%)	
<b>Proportion de collègues atteints à la Covid-19</b>			30,79 (0,000)
Aucun ou un seul	737 (61,5%)	461 (38,5%)	
Approximativement 25%	1266 (57,9%)	921 (42,9%)	
Approximativement 50%	104 (44,1%)	132 (55,9%)	
Approximativement 75%	44 (45,8%)	52 (54,2%)	
100%	2 (66,7%)	1 (33,3%)	

Tableau 6 : Répartition de l'épuisement émotionnel selon la demande psychologique

Répartition de l'épuisement émotionnel de la demande psychologique selon l'échelle de Karasek				
		Epuisement émotionnel faible à modéré N (%)	Epuisement émotionnel élevé N (%)	Chi <sup>2</sup> (P- valeur)
Mon travail exige d'aller très vite	Désaccord	648 (69,7%)	282 (30,3%)	111,75 (0,000)
	Accord	1227 (49,5%)	1254 (50,5%)	
Mon travail exige de travailler très fort mentalement	Désaccord	169 (80,1%)	42 (19,9%)	57,15 (0,000)
	Accord	1669 (53,4%)	1485 (46,6%)	
On me demande de faire une quantité excessive de travail	Désaccord	859 (67,2%)	420 (32,8%)	121,43 (0,000)
	Accord	1017 (47,8%)	1112 (52,2%)	
Je n'ai pas suffisamment de temps pour faire mon travail	Désaccord	977 (67,7%)	466 (32,3%)	160,27 (0,000)
	Accord	904 (45,9%)	1066 (54,1%)	
Je reçois des demandes contradictoires de la part des autres	Désaccord	766 (64,2%)	428 (35,8%)	63,61 (0,000)
	Accord	1085 (49,9%)	1081 (50,1%)	
Mon travail m'oblige à me concentrer intensément pendant de longues périodes	Désaccord	291 (75,9%)	89 (24,1%)	72,61 (0,000)
	Accord	1594 (52,6%)	1438 (47,4%)	
Ma tâche est souvent interrompue avant que je l'aie terminée, je dois alors y revenir plus tard	Désaccord	635 (68,1%)	297 (31,9%)	88,33 (0,000)
	Accord	1239 (50,2%)	1231 (49,2%)	
Mon travail est très souvent mouvementé	Désaccord	245 (73,4%)	89 (26,6%)	49,74 (0,000)
	Accord	1625 (53,1%)	1433 (46,9%)	
Je suis souvent ralenti dans mon travail parce que je dois attendre que les autres aient terminé le leur	Désaccord	1104 (61%)	706 (39%)	54,44 (0,000)
	Accord	762 (48,4%)	814 (51,6%)	

Tableau 7 : Répartition de l'épuisement émotionnel selon le soutien des managers

Répartition de l'épuisement émotionnel selon le soutien des managers selon l'échelle de Karasek				
		Epuisement émotionnel faible à modéré N (%)	Epuisement émotionnel élevé N (%)	Chi <sup>2</sup> (P- valeur)
Mon chef se soucie du bien-être des travailleurs qui sont sous sa supervision	Désaccord	383 (42,5%)	518 (57,5%)	82,73 (0,000)
	Accord	1394 (60,3%)	919 (39,7%)	
Mon chef prête attention à ce que je dis	Désaccord	347 (41,1%)	498 (58,9%)	94,27 (0,000)
	Accord	1427 (60,4%)	935 (39,6%)	
Mon chef n'a pas d'attitude hostile ou conflictuelle envers moi	Désaccord	140 (38,1%)	227 (61,9%)	49,75 (0,000)
	Accord	1638 (57,6%)	1206 (42,4%)	
Mon chef facilite la réalisation du travail	Désaccord	342 (41,1%)	491 (58,9%)	92,66 (0,000)
	Accord	1427 (60,3%)	938 (39,7%)	
Mon chef réussit à faire travailler les gens ensemble	Désaccord	345 (42,8%)	462 (57,2%)	67,99 (0,000)
	Accord	1421 (59,4%)	970 (40,6%)	

### 2.3 Associations entre les variables choisies et le risque élevé d'épuisement émotionnel.

Dans cette dernière partie de l'analyse statistique, nous allons analyser l'association entre d'une part le risque d'épuisement émotionnel et d'autre part trois catégories de variables, à savoir : les caractéristiques socio-démographiques ainsi que les items propres à la pandémie, la demande psychologique et le soutien managérial. Dans un premier temps, les principaux facteurs explicatifs du risque élevé d'épuisement émotionnel (p-valeur < 0,05), analysés en univarié, seront listés. Enfin, nous terminerons par exprimer les résultats significatifs en multivarié.

1) Les facteurs explicatifs socio-démographiques et liés à la pandémie de la Covid-19 du risque élevé d'épuisement émotionnel (Tableau 8) :

- Les résultats univariés

Les facteurs explicatifs significatifs sont : le type de service principal durant la pandémie de la Covid19 ; le ressenti de la charge de travail durant la pandémie de la Covid-19 ; les équipements de protection adéquats et suffisants ; la proportion de patients porteurs de la Covid19 ; la proportion de décès liés à la Covid-19 ; la proportion de collègues atteints à la Covid-19.

Dans notre échantillon, les personnes ayant eu un ressenti de la charge de travail augmenté durant la pandémie de la Covid-19 sont plus à risque d'épuisement émotionnel (OR, 1,952\*\*\*) que les personnes qui ont ressenti que cette dernière avait diminué. On peut dire aussi que les personnes ayant travaillé dans les maisons de repos et de soins (OR = 1,958\*\*\*), les unités Covid-19 (OR = 2,059\*\*) et les unités de soins en hôpital général ou universitaire (OR = 1,326\*) sont plus à risque d'épuisement émotionnel en comparaison aux personnes travaillant dans un service d'urgences. Au seuil de 5%, nous ne pouvons affirmer que d'autres types de services étaient plus à risque d'épuisement émotionnel que les urgences. Pour la proportion de collègues atteints à la Covid-19, les personnes ayant répondu « approximativement 50% » (OR = 2,029\*\*\*), « approximativement 75% » (OR = 1,889\*\*) et « approximativement 25% » (OR = 1,163\*) sont plus à risque d'épuisement émotionnel que les personnes ayant répondu aucun ou un seul. Ensuite, dans l'item « proportion de décès liés à la Covid-19 », les répondants ayant choisi « approximativement 50% » (OR = 1,476\*\*\*), approximativement 25% (OR = 1,294\*\*\*) et « approximativement 75% (OR = 1,480\*) sont plus à risque d'épuisement émotionnel que les personnes ayant répondu aucun ou un seul décès lié à la Covid-19. Pour continuer avec les facteurs liés à la pandémie, les personnes ayant répondu avoir « 100% des patients porteur de la Covid19 » (OR = 1,527\*\*\*) sont plus à risque que ceux qui n'en avait aucun ou un seul. Enfin, dans les caractéristiques liées à la pandémie de la Covid-19, un seul facteur fut protecteur. En effet, les personnes ayant répondu être en accord avec le fait d'avoir des équipements de protection adéquats et en suffisance (OR = 0,587\*\*\*) étaient moins à risque d'épuisement émotionnel que celles en désaccord.

- Les résultats multivariés

Les facteurs explicatifs qui restent significatifs en analyse multivariée sont : le type de service principal durant la pandémie de la Covid-19 et les équipements de protections adéquats et suffisants.

Premièrement, en ce qui concerne le type de service principal durant la pandémie de la Covid-19, on peut dire que les répondants au questionnaire ayant travaillé en soins à domicile (OR = 2,172\*\*\*), dans un service considéré comme « autre » (OR = 2,622\*\*), dans une unité médico-technique (OR = 1,996\*), dans une maison de repos et de soins (OR = 1,765\*) sont plus à risque d'épuisement émotionnel que les personnes ayant travaillé dans un service d'urgence hospitalière. Deuxièmement, le fait d'être en accord avec le fait d'avoir assez d'équipements de protection adéquats (0,703\*\*\*) protège du risque élevé d'épuisement émotionnel comparé aux personnes en désaccord.

Les résultats détaillés sont présentés ci-après. (Tableau 8)

Tableau 8 : Association entre les caractéristiques socio-démographiques, les variables liées à la pandémie de la Covid-19 et le risque élevé d'épuisement émotionnel

Variables	Univariée		Multivariée	
	OR (p-valeur)	IC 95%	OR	IC 95%
<b>Âge</b>	1,002 (0,490)	0,996 - 1,008		
<b>Genre</b>				
Femmes	REF (0,190)			
Hommes	0,858 (0,082)	0,721 - 1,019		
Autres	1,674 (0,607)	0,236 - 11,899		
<b>Ancienneté</b>	1,002 (0,601)	0,996 - 1,008		
<b>Type de service principal durant la pandémie de Covid-19</b>				
Service d'urgence hospitalière	REF (0,000)		REF (0,000)	
Soins intensifs	1,234 (0,068)	0,985 - 1,547	0,774 (0,119)	0,580 - 1,069
Unité de soins en hôpital général ou universitaire	1,326 (0,018)	1,050 - 1,574	1,118 (0,494)	0,812 - 1,538
Service de psychiatrie hospitalier	0,890 (0,567)	0,598 - 1,325	0,987 (0,959)	0,590 - 1,651
Services ambulatoires	1,176 (0,344)	0,841 - 1,645	1,437 (0,114)	0,917 - 2,252
Soins à domicile	1,113 (0,416)	0,880 - 1,439	2,172 (0,000)	1,435 - 3,285
Maison de repos et de soins	1,958 (0,000)	1,423 - 2,693	1,765 (0,012)	1,134 - 2,747
Quartier opératoire	0,736 (0,254)	0,435 - 1,246	0,614 (0,174)	0,204 - 1,152
Unité Covid	2,059 (0,001)	1,321 - 3,209	1,376 (0,269)	0,781 - 2,425
Unité médico-technique	1,326 (0,192)	0,868 - 2,026	1,996 (0,016)	1,139 - 3,497
Autres	0,708 (0,088)	0,475 - 1,053	2,622 (0,002)	1,413 - 4,865
<b>Mobilité</b>				
Service fixe	REF 0,687			
Volant dans différents services	1,063 (0,623)	0,834 - 1,355		
Volant fixe dans un service	1,21 (0,457)	0,731 - 2,004		
<b>Ressenti de la charge de travail durant la pandémie de Covid-19</b>				
Diminué	REF (0,000)		REF (0,007)	
Identique	0,998 (0,987)	0,772 - 1,291	0,842 (0,263)	0,616 - 1,152
Augmenté	1,952 (0,000)	1,595 - 2,388	1,231 (0,131)	0,940 - 1,613
<b>Equipements de protection adéquats et suffisants</b>				
Désaccord	REF		REF	
Accord	0,587 (0,000)	0,513 - 0,672	0,703 (0,000)	0,594 - 0,832
<b>Proportion de patients porteurs de la Covid-19</b>				
Aucun ou un seul	REF (0,001)		REF (0,002)	
Approximativement 25%	1,143 (0,231)	0,919 - 1,422	0,851 (0,261)	0,641 - 1,128
Approximativement 50%	1,180 (0,169)	0,932 - 1,494	0,855 (0,377)	0,604 - 1,210
Approximativement 75%	1,237 (0,104)	0,957 - 1,599	1,129 (0,541)	0,765 - 1,668
100% des patients	1,527 (0,000)	1,224 - 1,905	1,409 (0,975)	0,975 - 2,037
<b>Proportion de décès liés à la Covid-19</b>				
Aucun ou un seul	REF (0,001)		REF (0,841)	
Approximativement 25%	1,294 (0,000)	1,125 - 1,490	1,032 (0,784)	0,825 - 1,291
Approximativement 50%	1,476 (0,000)	1,158 - 1,880	0,959 (0,811)	0,683 - 1,347
Approximativement 75%	1,480 (0,035)	1,028 - 2,131	1,239 (0,371)	0,775 - 1,979
100% des patients	1,069 (0,918)	0,301 - 3,802	0,690 (0,622)	0,157 - 3,022
<b>Proportion de collègues atteints à la Covid-19</b>				
Aucun ou un seul	REF (0,000)		REF (0,236)	
Approximativement 25%	1,163 (0,040)	1,007 - 1,343	1,070 (0,484)	0,885 - 1,293
Approximativement 50%	2,029 (0,000)	1,530 - 2,690	1,422 (0,056)	0,786 - 2,341
Approximativement 75%	1,889 (0,003)	1,244 - 2,870	1,357 (0,273)	0,786 - 2,341
100%	0,799 (0,855)	0,072 - 8,840	???	???

## 2) La demande psychologique comme facteur explicatif potentiel de l'épuisement émotionnel

### - Les résultats univariés

Les facteurs explicatifs liés à la demande psychologique sont tous significatifs. On peut dire que tous les infirmiers ayant répondu être en accord avec les affirmations citées ci-dessous sont à risque plus élevé d'épuisement émotionnel que les personnes en désaccord : « Mon travail exige de travailler très fort mentalement » (OR = 3,517\*\*\*) ; « Mon travail m'oblige à me concentrer intensément pendant de longues périodes » (OR = 2,844\*\*\*) ; « Je n'ai pas suffisamment de temps pour faire mon travail » (OR = 2,472\*\*\*) ; « Mon travail exige d'aller très vite » (OR = 2,348\*\*\*) ; « On me demande de faire une quantité excessive de travail » (OR = 2,236\*\*\*) ; « Mon travail est très souvent mouvementé » (OR = 2,428\*\*\*) ; « Ma tâche est souvent interrompue avant que je l'aie terminée, je dois alors y revenir plus tard » (OR = 2,124\*\*\*) ; « Je reçois des demandes contradictoires de la part des autres » (OR = 1,800\*\*\*) ; « Je suis souvent ralenti dans mon travail parce que je dois attendre que les autres aient terminé le leur » (OR = 1,670\*\*\*).

### - Les résultats multivariés

Les facteurs explicatifs liés à la demande psychologique qui restent significatifs dans l'analyse multivariée sont : « Mon travail m'oblige à me concentrer intensément pendant de longues périodes » (OR = 1,640\*\*) ; « Je n'ai pas suffisamment de temps pour faire mon travail » (OR = 1,353\*\*) ; « Mon travail exige d'aller très vite » (OR = 1,317\*) ; « Ma tâche est souvent interrompue avant que je l'aie terminée, je dois alors y revenir plus tard » (OR = 1,328\*) ; « Je suis souvent ralenti dans mon travail parce que je dois attendre que les autres aient terminé le leur » (OR = 1,254\*\*) ; « Mon travail exige de travailler très fort mentalement » (OR = 1,592\*).

Les infirmiers ayant été en accord avec ces affirmations ont un risque plus élevé d'épuisement émotionnel que les personnes en désaccord avec ces items.

Tableau 9 : Association entre l'épuisement émotionnel élevé et la demande psychologique selon l'échelle de Karasek

Demande psychologique selon l'échelle de Karasek					
		Univariée		Multivariée	
		OR	IC 95%	OR	IC 95%
Mon travail exige d'aller très vite	Désaccord	REF		REF	
	Accord	2,348***	2,000 – 2,757	1,317 (0,01)	1,069 – 1,623
Mon travail exige de travailler très fort mentalement	Désaccord	REF		REF	
	Accord	3,517 (0,000)	2,491 – 4,966	1,592 (0,029)	1,049 – 2,416
On me demande de faire une quantité excessive de travail	Désaccord	REF		REF	
	Accord	2,236 (0,000)	1,936 – 2,584	1,184 (0,096)	0,970 – 1,444
Je n'ai pas suffisamment de temps pour faire mon travail	Désaccord	REF		REF	
	Accord	2,472 (0,000)	2,146 – 2,848	1,353 (0,003)	1,109 – 1,649
Je reçois des demandes contradictoires de la part des autres	Désaccord	REF		REF	
	Accord	1,8 (0,000)	1,557 – 2,081	1,219 (0,033)	1,017 – 1,463
Mon travail m'oblige à me concentrer intensément pendant de longues périodes	Désaccord	REF		REF	
	Accord	2,844 (0,000)	2,218 – 3,648	1,640 (0,002)	1,201 – 2,239
Ma tâche est souvent interrompue avant que je l'aie terminée, je dois alors y revenir plus tard	Désaccord	REF		REF	
	Accord	2,124 (0,000)	1,812 – 2,490	1,328 (0,012)	1,065 – 1,655
Mon travail est très souvent mouvementé	Désaccord	REF		REF	
	Accord	2,428 (0,000)	1,885 – 3,126	1,165 (0,357)	0,841 – 1,615
Je suis souvent ralenti dans mon travail parce que je dois attendre que les autres aient terminé le leur	Désaccord	REF		REF	
	Accord	1,670 (0,000)	1,457 – 1,915	1,254 (0,009)	1,059 – 1,458

3) Le soutien managérial comme variable explicative de l'épuisement émotionnel.

- Les résultats univariés

Dans l'échantillon, les 5 items du soutien managérial sont significatifs et protecteurs. En effet, les personnes en accord avec les affirmations suivantes : « Mon chef n'a pas d'attitude hostile ou conflictuelle envers moi » (OR = 0,454\*\*\*); « Mon chef prête attention à ce que je dis » (OR = 0,457\*\*\*); « Mon chef facilite la réalisation du travail » (OR = 0,458\*\*\*); « Mon chef se soucie du bien-être des travailleurs qui sont sous sa supervision » (OR = 0,487); « Mon chef réussit à faire travailler les gens ensemble » (OR = 0,510), sont moins à risque d'épuisement émotionnel que ceux en désaccord avec celles-ci.

- Les résultats multivariés

Dans l'analyse multivariée, deux variables restent significatives. Il s'agit de « Mon chef prête attention à ce que je dis » (OR = 0,715\*) et « Mon chef n'a pas d'attitude conflictuelle envers moi » (OR = 0,725\*)

Les infirmiers de l'échantillon qui étaient d'accord avec ces deux affirmations sont au seuil de 5% moins à risque d'épuisement émotionnel que les personnes en désaccord.

*Tableau 10 : Association entre le risque élevé d'épuisement émotionnel et le soutien managérial selon l'échelle de Karasek*

		Soutien des managers selon l'échelle de Karasek			
		Univariée		Multivariée	
		OR	IC 95%	OR	IC 95%
Mon chef se soucie du bien-être des travailleurs qui sont sous sa supervision	Désaccord	REF		REF	
	Accord	0,487 (0,000)	0,417 – 0,570	0,991 (0,943)	0,769 - 1,276
Mon chef prête attention à ce que je dis	Désaccord	REF		REF	
	Accord	0,457 (0,000)	0,389 – 0,536	0,715 (0,011)	0,552 – 0,926
Mon chef n'a pas d'attitude hostile ou conflictuelle envers moi	Désaccord	REF		REF	
	Accord	0,454 (0,000)	0,363 – 0,568	0,725 (0,022)	0,551 – 0,954
Mon chef facilite la réalisation du travail	Désaccord	REF		REF	
	Accord	0,458 (0,000)	0,390 – 0,538	0,800 (0,076)	0,626 – 1,023
Mon chef réussit à faire travailler les gens ensemble	Désaccord	REF		REF	
	Accord	0,510 (0,000)	0,434 – 0,599	0,950 (0,659)	0,756 – 1,193

### 3. Discussion

L'objectif de ce mémoire est d'analyser l'impact de la perception du soutien des managers et de la demande psychologique sur le stress au travail du personnel infirmier belge francophone durant la première vague de Covid-19. Le second objectif est aussi de ressortir quels éléments propres à la pandémie ont pu influencer la perception du stress.

#### 3.1 Synthèse des résultats

Dans l'échantillon de 4524 infirmiers travaillant en Belgique francophone, 34,1% sont à risque élevé d'épuisement émotionnel lors de la première vague de Covid-19 et plusieurs résultats explicatifs se sont révélés significatifs au travers de cette recherche.

Tout d'abord, on peut voir que le risque d'épuisement émotionnel est significativement différent selon le type de service. Les unités Covid (51%) et les maisons de repos (49,8%) sont les deux services avec le plus haut taux de risque d'épuisement, tandis que les services considérés comme « autres » (26,4%) et le personnel du quartier opératoire (27,2%) ont les pourcentages les moins élevés. Dans l'analyse univariée, les deux services avec le pourcentage le plus élevé de risque d'épuisement ainsi que les unités de soins en hôpital ont une plus grande probabilité d'être à risque d'épuisement émotionnel que les personnes travaillant aux urgences. En analyse multivariée, en revanche, seul le personnel des maisons de repos reste plus à risque. Il est toutefois rejoint par les soins à domicile, les unités médico-techniques et les services considérés comme « autres ».

Ensuite, comme autres facteurs aggravants, on peut retrouver des éléments de la demande psychologique selon l'échelle de Karasek. Les répondants sont généralement plus d'accord avec les items de l'échelle ( $\mu = 72,91\%$ ) sauf l'item « Je suis souvent ralenti dans mon travail parce que je dois attendre que les autres aient terminé le leur » qui obtient 46,5%. Tous les items ont une répartition significativement différente du risque d'épuisement émotionnel. Dans l'analyse univariée, on peut constater qu'avoir une demande psychologique élevée est un facteur de risque significatif d'épuisement émotionnel. Enfin, dans l'analyse multivariée, les items « Mon travail est très souvent mouvementé » et « On me demande de faire une quantité excessive de travail » ne sont, quant à eux, plus significatifs.

Passons maintenant aux facteurs qui se sont révélés comme facteurs protecteurs de l'épuisement émotionnel. Tout d'abord, être en accord avec le fait d'avoir des équipements de protection adéquats et en suffisance s'est révélé protecteur que ce soit dans l'analyse univariée ou multivariée. La majorité est néanmoins en désaccord avec le fait d'en avoir (60,4%).

Par ailleurs, les autres variables protectrices se trouvent dans le soutien managérial de l'échelle de Karasek. La majorité des répondants (+- 76,5%) déclarent avoir un soutien managérial élevé. Aussi, il y a une répartition significativement différente du risque d'épuisement émotionnel en fonction du soutien managérial. Dans l'analyse univariée, tous les items du soutien managérial se révèlent protecteurs. Cependant, dans l'analyse multivariée seuls deux items du soutien managérial restent significatifs : « mon chef prête attention à ce que je dis » et « mon chef n'a pas d'attitude hostile ou conflictuelle envers moi ».

### 3.2 Discussions des résultats

#### *3.2.1 La prévalence du risque élevé d'épuisement émotionnel chez les infirmiers*

Dans notre étude 34,1% des infirmiers qui ont répondu sont à risque élevé d'épuisement émotionnel. Un rapport du KCE sur une dotation plus sûre pour des soins plus sûrs dans les hôpitaux aigus indique que le pourcentage de risque élevé d'épuisement émotionnel est de 36% (Van den Heede et al., 2019). Les résultats ne peuvent être superposés puisque notre échantillon ne couvre pas uniquement des infirmiers travaillant en hôpital. Aussi, notre échantillon d'infirmiers ne couvre qu'une population francophone alors que le rapport du KCE couvre une population belge avec des origines linguistiques différentes. Le rapport soulève aussi une forte disparité entre régions et entre hôpitaux. Bien que l'échantillon ne soit pas tout à fait superposable, on peut remarquer une même tendance : plus d'un tiers des infirmiers belges sont à risque d'épuisement émotionnel élevé. Cependant, on ne peut pas avancer que durant la première vague de la Covid-19, l'incidence du risque d'épuisement émotionnel ait augmenté. Pourtant, le nombre d'infirmiers en épuisement émotionnel semblait augmenter ces dernières années puisqu'il était de 31,1% en 2012 (Vandenbroeck et al., 2012).

#### *3.2.2 La demande psychologique selon Karasek comme variable explicative*

La demande psychologique est un facteur important dans notre étude. En effet, la moyenne pondérée de nos répondants était de 72,91%, ce qui représente une large majorité. Lorsque la demande psychologique est élevée, les répondants peuvent être classés comme « actifs » ou « sujets stressés » (Giorgio, 2020). N'ayant pas analysé l'autonomie décisionnelle de l'échelle de Karasek, nous ne pouvons déterminer dans quelle catégorie ils se trouvent. Cependant, au vu des résultats de la prévalence de l'épuisement émotionnel qui est la conséquence d'un stress prolongé, on peut imaginer qu'un certain nombre d'entre eux se trouve dans la catégorie « sujets stressés ». En ce qui concerne la répartition du risque de l'épuisement émotionnel, il était tout à fait différent entre les personnes avec une demande psychologique faible ou élevée. Bien que deux des neuf items ne sont pas significatifs dans la régression logistique multivariée, la

demande psychologique a été un facteur explicatif de l'épuisement émotionnel et donc du stress durant la première vague de la Covid-19.

Pour savoir si la demande psychologique a augmenté durant la première vague, nous pouvons nous repérer via un autre élément du questionnaire lié à la demande psychologique : le ressenti de la charge de travail (bien que celui-ci n'inclut pas que la demande psychologique). Ce que nous pouvons dire, c'est que 70,1% de nos répondants ont ressenti une augmentation de la charge de travail à la suite de la pandémie. Ce résultat confirme les dires de El-Hage et al. (2020) et de Chirico et al. (2021). Cependant, au seuil de 5%, notre recherche ne le décèle pas comme facteur explicatif direct du risque de l'épuisement émotionnel bien qu'il y ait une répartition différente de l'épuisement émotionnel en fonction du ressenti de la charge de travail et qu'il ait un rapport de cote compris entre 0,940 et 1,613.

### *3.2.3 Le soutien managérial selon Karasek comme variable explicative*

Selon Karasek et al. (1998), le support social des managers accentuerait ou limiterait le stress des membres de leur équipe. Dans notre étude, 76,5% (moyenne pondérée) déclarent avoir eu un soutien managérial élevé. Nous avons pu observer une répartition différente du risque d'épuisement émotionnel en fonction du niveau de soutien des managers. Tous les rapports de cotes montrent que le soutien managérial a été protecteur du risque d'épuisement émotionnel bien qu'il n'y ait que deux items significatifs sur cinq lors de l'analyse multivariée. Nos données confirment ce que Karasek et al. (1998) avançait : le soutien managérial peut être une variable protectrice du stress. Plusieurs raisons peuvent expliquer que la qualité du management a été un facteur protecteur du stress. Bass (1990) dans sa description du management transformationnel, Dose et al (2019) et Legéron (2015) dans leurs écrits soulèvent l'importance de l'échange, de la communication et de la considération. Aussi, dans le questionnaire, l'item « mon chef prête attention à ce que je dis » a été marqué par une adhésion à 73,7% et s'est révélé facteur explicatif significatif. De plus, Stordeur et D'Hoore (2007) ajoutent que s'il y a une bonne communication, c'est-à-dire de l'infirmier vers le leader et l'organisation et inversement, il y a une diminution des conflits. Dans notre recherche, 88,6% des répondants étaient en accord avec l'item « Mon chef n'a pas d'attitude hostile ou conflictuelle envers moi » et cette variable s'est aussi révélée protectrice du risque d'épuisement émotionnel. Un autre élément qui pourrait expliquer ces résultats est le leadership des managers. Colombat et al. (2018) parlent de faire naître une intelligence collective en collaborant et de trouver des solutions aux problèmes. De plus, Bass (1990) parle de charisme et d'inspiration dans son leadership transformationnel et nous avons vu que ce dernier peut être bénéfique en prévention du stress. Ces qualités peuvent s'identifier dans le questionnaire au travers des items : « Mon

chef facilite la réalisation du travail » et « Mon chef réussit à faire travailler les gens ensemble » qui ont obtenu respectivement 74 et 74,8% d'adhésion. Malgré cette forte adhésion, ces variables ne se sont pas révélées explicatives du risque d'épuisement émotionnel dans l'analyse multivariée, bien qu'elles aient toutes les deux un rapport de cotes qui fait apparaître une variable plutôt protectrice. Enfin, un dernier élément à prendre en compte bien qu'il ne soit pas explicatif en analyse multivariée, c'est le fait que le manager se soucie du bien-être de ses subordonnés. Lettelier (2017) nous dit que le cadre de proximité en santé est un artisan du prendre soin des personnes qui travaillent dans le soin aux autres. Au regard de nos résultats, où 72% des répondants ont adhéré à cet item et où il y a une répartition différente des personnes à risque d'épuisement émotionnel dans l'échantillon, nous pouvons confirmer les dires de Lettelier (2017) mais nous ne pouvons confirmer au seuil de 5% que cet élément est explicatif de l'épuisement émotionnel.

Adams et al. (2019) et Bingen et Melon (2015) ont identifié la difficulté d'être manager de première ligne par la multitude de personnes intervenant dans leur fonction. Pourtant, à la lumière de nos résultats, on peut dire que les managers ont joué un rôle prépondérant dans le bien-être au travail des infirmiers qui ont répondu au questionnaire. Si Moore et al. (2016) soulignaient le fait que les leaders étaient parfois choisis pour leur expertise clinique et non leur qualité de leader ou de gestionnaire, dans notre recherche il s'est avéré que les managers infirmiers étaient des leaders. Deux hypothèses s'offrent alors à nous : soit, depuis l'étude de Moore et al. (2016), les managers ont de plus en plus de compétences en leadership, soit leur expertise clinique a fait d'eux des leaders durant la première vague de la Covid-19.

Pour clore ce point relatif à l'évaluation des managers par les infirmiers répondants, on peut remarquer qu'il y a plus ou moins un quart des répondants qui n'adhéraient pas au fait que leur manager les soutenait. Afin d'augmenter le soutien des managers, l'hôpital magnétique pourrait être une solution. En effet, Sibé et Alis (2016) et Stordeur et D'Hoore (2007) nous apprennent que ce dernier se veut bienveillant envers le personnel et qu'ils veulent développer les compétences des managers notamment par le développement du leadership transformationnel.

#### *3.2.4 Les équipements de protection adéquats et en suffisance comme variable explicative*

Chirico et al. (2021) ainsi que El-Hage et al. (2020) ont mis en avant que le stress ait pu être influencé par le manque d'équipements et cela s'est révélé vrai dans notre étude. En effet, les personnes qui déclaraient ne pas avoir suffisamment de matériel avaient des taux plus élevés de risque d'épuisement émotionnel que les personnes avec du matériel en suffisance. Cette variable s'est aussi révélée comme explicative puisque les personnes qui estimaient en avoir eu assez et de qualité adéquate ont été moins sujets à être à risque d'épuisement émotionnel que

ceux qui estimaient le contraire. Un autre élément marquant est la proportion de personnes qui estimaient ne pas pouvoir en bénéficier de façon adéquate : elle est de 60,4%. Les problèmes de sécurité dus aux équipements de protection individuels ont donc touché énormément d'infirmiers et ces infirmiers n'ont pas été protégés du stress. Nous n'avons en revanche pas analysé, dans ce travail, dans quels types de services, les infirmiers en ont manqué. Dans un article du guide sociale (Le guide social, 2020), où Bruyneel et Smith donnaient, avant la fin de la récolte des données, les premières tendances de résultats : le manque d'équipements touchait 66% des répondants en maisons de repos et de soins, 71% des répondants en centres de revalidation et de rééducation, 74% des répondants des services psychiatriques hospitaliers et 81% des répondants travaillant en soins infirmiers à domicile. Un élément étonnant est que les services considérés comme « autres » (comprenant les centres de revalidation) et les services de psychiatrie hospitalière ont une prévalence d'épuisement émotionnel plus basse que les autres alors que ceux-ci ont manqué d'équipements et que cette variable se soit révélée explicative.

Analysons donc les types de service comme variable explicative.

### *3.2.5 Le type de service comme variable explicative*

La première chose que l'on peut ressortir est le fait que les services ont été touchés différemment par le risque d'épuisement émotionnel. En effet, ce sont dans les quartiers opératoires et les services considérés comme « autres » que la prévalence du risque d'épuisement émotionnel est la plus basse bien qu'elle s'élève tout de même à plus d'un quart des infirmiers. Cela pourrait s'expliquer par le fait que les quartiers opératoires ont tourné au ralenti durant la première vague ce qui a sans doute amoindri le stress chez ces infirmiers. Un autre type de service où l'épuisement émotionnel est plus bas (31,1%) est celui de la psychiatrie hospitalière. Le fait que ces services ont accueilli moins de patients durant la première vague est une première hypothèse, la deuxième est que les infirmiers de ces services ont une formation plus poussée en ce qui concerne les debriefings et le coping. Ensuite, nous pouvons constater un autre élément marquant : « seul » un tiers des infirmiers des services d'urgence hospitalière se sont révélés en épuisement émotionnel, pourtant c'est un service où le stress prolongé est souvent marqué. En effet, une étude de Brasseur (2020) a été réalisée juste avant la première vague de la Covid-19 (du 10 février 2020 au 10 mars 2020) auprès d'infirmiers de soins intensifs et d'urgences. La prévalence du risque élevé de l'épuisement émotionnel était à ce moment-là de 56,4% pour les infirmiers des urgences et 39,7% pour les soins intensifs. Dans notre étude, seuls 33,8% des infirmiers étaient à risque élevé d'épuisement émotionnel dans les services d'urgences contre 38,5% dans les services de soins intensifs. Si le pourcentage dans

les soins intensifs est à peu près le même, on peut noter une baisse considérable dans les services d'urgences. Une baisse de fréquentation des urgences, à la suite du confinement, pourrait expliquer cette baisse. Ensuite, avec un pourcentage proche de la moyenne du risque d'épuisement émotionnel de nos répondants, nous trouvons les services ambulatoires et les soins à domicile. Dans la suite, nous trouvons trois types de services hospitaliers à savoir les unités médico-techniques, les unités de soins en hôpital et les soins intensifs avec près de 40% de leur personnel touché par le risque d'épuisement émotionnel. Les hôpitaux ont tourné à plein régime durant la première vague de la Covid-19 que ce soit avec des patients atteints par cette maladie ou non. Enfin, ce sont les unités Covid et les maisons de repos qui ont été les plus touchées, près de 50% de leur personnel fut durant la première vague de la Covid19 à risque d'épuisement émotionnel... Un rapport de Médecin Sans Frontières (MSF) (2020), décrit la situation dans les maisons de repos où ils sont intervenus... L'intitulé du rapport « Les laissés pour compte de la réponse au Covid-19 » introduit bien ce que certaines maisons de repos ont pu vivre. D'abord des lieux de vie, les maisons de repos se sont vu s'isoler, se transformant en hôpitaux de fortune, sans matériel, protocole ou capacité de dépistage et finalement énormément de décès. Ces éléments sont, sans doute, à prendre en compte dans le résultat accablant d'un infirmier sur deux à risque élevé d'épuisement émotionnel dans ces lieux.

Si certains services avaient des prévalences d'épuisement émotionnel plus élevées que d'autres, leur probabilité d'être plus à risque d'épuisement émotionnel n'était pas toujours significative. En effet, au regard de nos résultats, le fait de travailler dans des soins à domicile, dans un service considéré comme « autre », une unité médico-technique et en maison de repos conduit à un risque plus élevé de tomber en épuisement émotionnel que de travailler dans un service d'urgence durant la première vague de la Covid-19. Enfin, bien qu'on ne puisse l'affirmer au seuil de 5%, il semblerait que travailler dans un quartier opératoire ou des soins intensifs conduirait moins au risque d'épuisement émotionnel que de travailler aux urgences.

### *3.2.6 Discussion des autres résultats*

Tout d'abord, nous pouvons mettre en avant le fait que 86,5% des répondants ont soigné plus d'un patient porteur de la Covid-19. Ce chiffre montre que la plupart des soignants ont été en contact avec la Covid-19 et montre l'étendue de l'exposition sur les soins de santé et en particulier des infirmiers en Belgique francophone. Par ailleurs, pour continuer avec cette exposition à la maladie, on peut remarquer que 54% des répondants ont dû faire face à plus d'un décès. En ce qui concerne la proportion de collègues atteints, 67,8% en ont eu approximativement 25% ou plus. Si la répartition de l'épuisement émotionnel est significativement différente entre les différents items quant à l'exposition à la Covid-19 et que

le nombre de personnes semble augmenter au plus l'exposition est forte, on ne peut pas y déceler une variable explicative dans la régression multivariée. On peut imaginer que ce sont les éléments qui gravitent autour de cette exposition qui ont pu être des facteurs d'épuisement émotionnel.

Ensuite, en ce qui concerne la mobilité des infirmiers (on entend par là la mobilité de leur affectation), il ressort qu'elle n'a pas été un élément prépondérant dans l'explication de l'épuisement émotionnel. El-Hage et al. (2020) suggéraient que le changement d'environnement a été un facteur de stress dans la pandémie, il semble que notre échantillon ne va pas en ce sens. Toutefois, on peut imaginer que les managers ont eu un rôle positif à jouer puisque l'item « Mon chef réussit à faire travailler les gens ensemble » a obtenu une adhésion de 74,8%.

Pour terminer, ils semblent que l'âge, l'ancienneté et le sexe n'influent pas le risque d'épuisement émotionnel. On peut toutefois remarquer que la prévalence des répondants de sexe féminin est légèrement plus élevée que celui des hommes alors que dans l'étude de Bruyneel et Smith (2020), qui pour rappel, ont travaillé sur la même base de données, 74% des infirmiers sont à risque de burnout en comparaison à 68% des infirmières. On peut supposer que les répartitions dans les différentes dimensions du burnout sont différentes en fonction du sexe.

### 3.3 Limites

Ce travail permet de ressortir certains éléments significatifs. Néanmoins il comporte certaines limites. La première est que le critère d'épuisement émotionnel que nous analysons se base sur une auto-évaluation. Il ne s'agit donc pas d'un diagnostic de burnout à proprement parlé. Toutefois, le stress, sous toutes ses formes est bien une perception de l'individu (Michiels et Danet, 2017), l'auto-évaluation ne porte donc pas préjudice. Toutefois, puisque nous ne pouvons poser un diagnostic médical, il faut dès lors, dans ce travail, entendre par épuisement émotionnel que c'est un stress perçu sur une longue durée menant à l'épuisement. Ce n'est pas un diagnostic médical bien que l'outil du MBI soit reconnu et validé. C'est pourquoi aussi, la dénomination « risque » a aussi été ajoutée à « épuisement émotionnel » dans le travail. La seconde limite provient de la limitation du stress au travers d'un questionnaire car, toujours dans la même idée où le stress est une perception de l'individu, les questions proposées ne peuvent donner qu'un aperçu de ce que le travailleur ressent.

Les limites suivantes viennent de l'analyse des données. Tout d'abord, l'épuisement émotionnel dans le questionnaire original se distingue en 3 catégories : faible, modéré ou élevé. En

regroupant les deux premières catégories nous perdons en nuance lorsque l'épuisement émotionnel est considéré comme faible à modéré. En effet, la régression logistique donne une idée des éléments significatifs, cependant un certain nombre de facteurs liés à l'épuisement émotionnel ont sans doute été oubliés et pourraient changer l'équation de l'épuisement émotionnel.

Enfin, on peut terminer par un biais de sélection qui touche notre échantillon puisque les questionnaires n'ont été réalisés qu'en ligne et, bien que cela devienne rare, tous les infirmiers ne sont pas informatisés ou à l'aise avec la technologie. De plus les répondants ont tous eu une certaine motivation à répondre, on peut imaginer que ceux qui ne l'ont pas fait pourrait avoir une autre perception de leur vécu.

### 3.4 Recommandations en termes de santé publique

La première recommandation est de préconiser aux hôpitaux et aux politiques qui les ont en charge d'investir dans des équipements de protection individuels en suffisance et de façon adéquate. Cela passe à la fois par l'élaboration et l'entretien de stocks stratégiques mais aussi par des protocoles de protection sûrs pour tous les infirmiers.

La seconde recommandation concerne la diminution des contraintes et l'augmentation des facilitateurs afin de diminuer la demande psychologique et l'épuisement émotionnel sur les infirmiers belges. Cela pourrait se faire en revoyant les normes d'encadrement mais aussi en investissant dans la technologie au service de l'infirmier, par exemple.

La troisième recommandation est de continuer d'investir dans la formation des managers notamment au travers du management transformationnel afin d'en faire de véritables leaders et, par leurs actions, diminuer le risque d'épuisement émotionnel. Les hôpitaux magnétiques pourraient être une réponse à cette demande.

Si les trois premières recommandations visent principalement la prévention primaire, au vu de la prévalence de l'épuisement émotionnel dans l'analyse, il faut ajouter que les personnes ayant en charge les infirmiers belges doivent déceler et traiter l'épuisement émotionnel et probablement le burnout de ces derniers. Cela peut se jouer à tous les niveaux de pouvoir, du chef infirmier qui pourrait déceler le mal-être de ses collègues jusqu'aux politiques qui pourraient régir des lois en faveur de la protection des infirmiers belges, comme la reconnaissance du métier en métier pénible, en passant par les institutions qui pourraient mettre en place un suivi psychologique dans leur hôpital. L'employeur a d'ailleurs cette responsabilité puisque la prise en charge du stress est régie dans le code du bien-être au travail (2020).

### 3.5 Perspectives

Dans cette partie nous allons repérer des actions afin d'améliorer ou compléter les données qui ressortent de ce travail. Tout d'abord, s'intéresser aux deux côtés de la frontière permettrait un meilleur bilan de la situation belge durant la première vague de la Covid-19. Aussi, réaliser des études similaires, hôpital par hôpital, ajouterait de la pertinence puisque le KCE a remarqué une forte disparité de l'épuisement émotionnel des infirmiers suivant leur lieu de travail (Van den Heede et al., 2019). Ensuite, il semble évident que compléter ces données quantitatives par des données qualitatives sur le ressenti au stress pourrait ajouter de la précision ou de la nuance aux constats dégagés. Et puisque la perception du stress est propre à l'individu, s'intéresser aux caractéristiques de la personnalité des individus pourra nous en apprendre encore plus et peut-être déceler d'autres points d'attention dans le cadre de préventions.

Ensuite, afin de compléter notre étude, il serait intéressant de continuer d'analyser la base de données en utilisant l'échelle de Karasek dans son ensemble. Nous pourrions alors, par cette analyse, classer plus précisément les infirmiers qui éprouvent du stress en « sujets actifs » ou « sujets stressés ». Aussi, l'analyse du soutien des collègues pourrait également compléter l'analyse que nous avons réalisée sur le soutien managérial. L'analyse multivariée s'en trouverait, elle aussi, plus complète.

Aussi, nous avons pu remarquer que, dans l'analyse multivariée, certains lieux de travail avaient plus de risques d'être en épuisement émotionnel que dans un service d'urgences et ce en faisant abstraction de tous les autres facteurs de la pandémie. Enquêter sur le pourquoi ces environnements de travail, comme les soins à domicile, les maisons de repos ou les unités médico-techniques sont particulièrement à risque a un intérêt en termes de santé publique.

Pour terminer, il serait intéressant de poursuivre l'analyse de l'épuisement émotionnel avec une étude longitudinale couvrant toute la période liée à la pandémie puisque celle-ci ne s'est pas limitée à une seule vague, la chronicité et la récurrence ont sans doute joué sur de nombreux éléments.

## Conclusion

Dans ce travail, nous avons voulu analyser le stress des infirmiers belges francophones durant la première vague de la Covid-19. Il en ressort que 34,1% des personnes interrogées ont été à risque d'épuisement émotionnel. Ensuite, pour déceler les origines de ce stress, nous avons analysé l'impact du soutien des managers et de la demande psychologique sur ce dernier. Nous pouvons conclure que la demande psychologique a été un facteur aggravant du stress de la première vague de la Covid-19 tandis que le soutien des managers a été, quant à lui, un facteur protecteur. Ce soutien s'est surtout transmis aux infirmiers grâce à un leadership transformationnel. Ensuite, nous avons aussi repéré d'autres facteurs qui ont influencé la perception du stress. Les infirmiers qui avaient des équipements de protection adéquats et en suffisance ont été moins enclins à être à risque d'épuisement émotionnel. Le type de service dans lequel l'infirmier travaillait a, lui aussi, eu une influence sur le risque d'épuisement émotionnel.

Ce travail a néanmoins quelques limites, notamment l'absence d'apport de données qualitatives sur un sujet qui est pourtant complexe et propre à l'individu. Il serait donc intéressant de compléter ces chiffres par des mots. Ensuite, l'échelle de Karasek n'a été utilisée qu'en partie. Une utilisation dans son ensemble permettrait une analyse plus complète des dimensions du stress.

Enfin, afin de prévenir l'épuisement émotionnel des infirmiers francophones de Belgique, investir dans la prévention en élaborant des stocks de matériel de protection adéquats et en suffisance, en diminuant la demande psychologique et en favorisant le soutien de la part des managers semblent recommandés.

Prenons soin de ceux qui soignent.

## Bibliographie

- Adams, A. M. N., Chamberlain, D., & Giles, T. M. (2019). The perceived and experienced role of the nurse unit manager in supporting the wellbeing of intensive care unit nurses : An integrative literature review. *Australian Critical Care*, 32(4), 319-329.  
<https://doi.org/10.1016/j.aucc.2018.06.003>
- Arrêté royal portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre, (1963). <https://wallex.wallonie.be/contents/acts/1/1822/1.html?doc=8791>
- Bass, B. M. (1990). From transactional to transformational leadership : Learning to share the vision. *Organizational Dynamics*, 18(3), 19-31. [https://doi.org/10.1016/0090-2616\(90\)90061-S](https://doi.org/10.1016/0090-2616(90)90061-S)
- Bingen, A., & Mélon, L. (2015). Cadres de proximité partagés entre contraintes externes et internes. In *Les chefs de service à l'épreuve du changement* (p. 169-190). Dunod.  
<https://www.cairn.info/les-chefs-de-service-a-l-epreuve-du-changement--9782100726844-page-169.htm?contenu=resume>
- Bonnefont-Rousselot, D. (2014). Obésité et stress oxydant. *Obésité*, 9(1), 8-13.  
<https://doi.org/10.1007/s11690-013-0408-3>
- Brasseur, N. (2020). *Prévalence, facteurs de risque et facteurs protecteurs du burnout chez les infirmiers de soins intensifs et d'urgences en Belgique francophone*.  
<https://dial.uclouvain.be/memoire/ucl/en/object/thesis%3A25510>
- Bruyneel, A., & Smith, P. (2020). *7 infirmiers(e) sur 10 en Belgique francophone sont à risque de burnout*. <https://www.siznursing.be/wp-content/uploads/2020/05/Communiqu%C3%A9.pdf>
- Chahraoui, K. (2012). Stress et épuisement professionnel chez les soignants. In *L'Aide-mémoire de psychologie médicale et de psychologie du soin* (p. 239-243). Dunod.

<https://www.cairn.info/l-aide-memoire-de-psychologie-medicale--9782100570157-page-239.htm>

Chirico, F., Nucera, G., & Magnavita, N. (2021). Protecting the mental health of healthcare workers during the COVID-19 emergency. *BJPsych International*, 18(1).

<https://doi.org/10.1192/bji.2020.39>

Code du bien-être au travail, (2020). <https://emploi.belgique.be/fr/themes/bien-etre-au-travail/principes-generaux/code-du-bien-etre-au-travail>

Colombat, P., Lejeune, J., Altmeyer, A., & Fouquereau, E. (2019). Mieux manager pour mieux soigner. *Bulletin du Cancer*, 106(1), 55-63. <https://doi.org/10.1016/j.bulcan.2018.10.012>

Consoli, S. M. (2015). Stress professionnel et infarctus du myocarde. *La Presse Médicale*, 44(7), 745-751. <https://doi.org/10.1016/j.lpm.2015.05.006>

de Jonge, J., Mulder, M. J. G. P., & Nijhuis, F. J. N. (1999). The incorporation of different demand concepts in the job demand-control model : Effects on health care professionals. *Social Science & Medicine*, 48(9), 1149-1160. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(98\)00429-8](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(98)00429-8)

Delévaux, I., Chamoux, A., & Aumaître, O. (2013). Stress et auto-immunité. *La Revue de Médecine Interne*, 34(8), 487-492. <https://doi.org/10.1016/j.revmed.2012.10.366>

Delobbe, N. (2009). *Bien-être au travail et performance de l'organisation : Revue de la littérature et pistes de recherche* (Louvain School of Management). Article Louvain School of Management. <https://dial.uclouvain.be/pr/boreal/object/boreal:117348>

Dion, G., & Tessier, R. (1994). Validation de la traduction de l'Inventaire d'épuisement professionnel de Maslach et Jackson. *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue Canadienne Des Sciences Du Comportement*, 26(2), 210-227. <https://doi.org/10.1037/0008-400X.26.2.210>

Dose, E., Desrumaux, P., & Colombat, P. (2019). Le bien-être psychologique au travail des professionnels du médical et du paramédical : Rôles des échanges leader-membres, du soutien organisationnel perçu, du sentiment d'efficacité et médiations par la satisfaction des besoins psychologiques. *Psychologie Du Travail et Des Organisations*, 25(4), 251-268.

<https://doi.org/10.1016/j.pto.2019.09.002>

El-Hage, W., Hingray, C., Lemogne, C., Yroni, A., Brunault, P., Bienvenu, T., Etain, B., Paquet, C., Gohier, B., Bennabi, D., Birmes, P., Sauvaget, A., Fakra, E., Prieto, N., Bulteau, S., Vidailhet, P., Camus, V., Leboyer, M., Krebs, M.-O., & Auouizerate, B. (2020). Les professionnels de santé face à la pandémie de la maladie à coronavirus (COVID-19) : Quels risques pour leur santé mentale ? *L'Encéphale*, 46(3, Supplement), S73-S80.

<https://doi.org/10.1016/j.encep.2020.04.008>

European Agency for Safety and Health at Work., TC OSH., Birkbeck College University of London (BBK)., Robert Gründler and Danny Flemming, DGUV., & Prevent. (2014). *Calculating the costs of work-related stress and psychosocial risks : Literature review*. Publications Office.

<https://data.europa.eu/doi/10.2802/20493>

Giorgio, M.-T. (2021). *Mesure du stress professionnel : Questionnaire de Karasek*. Atousanté.

<https://www.atousante.com/risques-professionnels/stress-professionnel-questionnaire-karasek/>

Grebot, É. (2019). Le stress au travail : « piment de la vie ou baiser de la mort » ? *Univers Psy*, 31-109.

<https://www.cairn.info/les-pathologies-au-travail--9782100791347-page-31.htm>

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>

Laguardia, J., & Ryan, R. (2000). Buts personnels, besoins psychologiques fondamentaux et bien-être : Théorie de l'autodétermination. *Revue québécoise de psychologie*, 21(2).

[http://elearning.ileps.org/courses/GLPSY11OCTOBRE2011/document/Laguardia\\_et\\_ryan.pdf](http://elearning.ileps.org/courses/GLPSY11OCTOBRE2011/document/Laguardia_et_ryan.pdf)

Langevin, V., Boini, S., François, M., & Riou, A. (2012). Risques Psychosociaux : Outils d'évaluation « Maslach Burnout Inventory (MBI) ». *Références en Santé au Travail*, 131.

<https://www.inrs.fr/media.html?refINRS=FRPS%2026>

Le Guide Social. (2020). *Les effets du Coronavirus : « 62% des infirmiers risquent un burnout »*.

Guide Social. Consulté 25 avril 2021, à l'adresse

<https://pro.guidesocial.be/articles/actualites/les-effets-du-coronavirus-62-des-infirmiers-risquent-un-burnout>

Légeron, P. (2008). Le stress professionnel. *L'information psychiatrique*, Volume 84(9), 809-820.

<https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2008-9-page-809.htm>

Légeron, P. (2015). *Le Stress au travail : Un enjeu de santé*. Odile Jacob.

<https://books.google.be/books?hl=fr&lr=&id=LeuhCgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR80&dq=patrick+legeron+stress+au+travail+2015&ots=q6togg72XG&sig=mYkCOrb9rmurSP-X7Q7tkRXmPHQ#v=onepage&q=patrick%20legeron%20stress%20au%20travail%202015&f=false>

Leka, S., Griffiths, A., & Cox, T. (2004). *Organisation du travail & stress*.

[https://www.who.int/occupational\\_health/publications/en/pwh3f.pdf](https://www.who.int/occupational_health/publications/en/pwh3f.pdf)

Letellier, F. (2017). *Les cadres de santé à la croisée du management et du « prendre soin » : Formation et usages de la recherche dans l'accompagnement des équipes soignantes*

[Université François-Rabelais de Tours]. [http://www.applis.univ-tours.fr/theses/2017/fabienne.letellier\\_6717.pdf](http://www.applis.univ-tours.fr/theses/2017/fabienne.letellier_6717.pdf)

Maslow, A. H. (2000). *The Maslow Business Reader*. John Wiley & Sons.

[https://books.google.be/books?id=8PvwwrWnX5IC&printsec=frontcover&hl=fr&source=gbs\\_ge\\_summary\\_r&cad=0#v=onepage&q&f=false](https://books.google.be/books?id=8PvwwrWnX5IC&printsec=frontcover&hl=fr&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false)

Médecins sans frontières. (2020). *Les laissés pour compte de la réponse au Covid-19*.

[https://www.msf-azg.be/sites/default/files/imce/Rapport\\_MaisonsDeRepos/MSF\\_lessons%20learned%20report\\_FR\\_FINAL.pdf](https://www.msf-azg.be/sites/default/files/imce/Rapport_MaisonsDeRepos/MSF_lessons%20learned%20report_FR_FINAL.pdf)

Mekonen, E., Shetie, B., & Muluneh, N. (2021). The Psychological Impact of COVID-19 Outbreak on Nurses Working in the Northwest of Amhara Regional State Referral Hospitals, Northwest Ethiopia. *Psychology Research and Behavior Management*, 13, 1353-1364.

<https://doi.org/10.2147/PRBM.S291446>

Mérineau, S., Roberge, V., Savard, Y. P., & Najem, J. (2020). Soutien social et bien-être psychologique au travail. *Humain et Organisation*, 6(1), 13.

[https://www.researchgate.net/publication/342476080\\_Soutien\\_social\\_et\\_bien-etre\\_psychologique\\_au\\_travail\\_Revue\\_Humain\\_et\\_Organisation](https://www.researchgate.net/publication/342476080_Soutien_social_et_bien-etre_psychologique_au_travail_Revue_Humain_et_Organisation)

Moisson-Duthoit, V. (2016). Infirmières, entre implication et stress au travail. *Forum*, N° 149(3), 35-43.

<https://www-cairn-info.proxy.bib.ucl.ac.be:2443/revue-forum-2016-3-page-35.htm>

Moore, L. W., Sublett, C., & Leahy, C. (2016). Nurse managers' insights regarding their role highlight the need for practice changes. *Applied Nursing Research*, 30, 98-103.

<https://doi.org/10.1016/j.apnr.2015.11.006>

Morsiani, G., Bagnasco, A., & Sasso, L. (2017). How staff nurses perceive the impact of nurse managers' leadership style in terms of job satisfaction : A mixed method study. *Journal of Nursing Management*, 25(2), 119-128. <https://doi.org/10.1111/jonm.12448>

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. *Sante Publique*, Vol. 18(3), 413-427. <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2006-3-page-413.htm>

Organisation Mondiale de la Santé. (1946). *Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé*. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/88278/Official\\_record2\\_fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/88278/Official_record2_fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Organisation Mondiale de la Santé. (2019). *OMS | Dans la Classification internationale des maladies, le burn-out, ou épuisement professionnel, est considéré comme un «phénomène lié au travail»*. WHO; World Health Organization. [http://www.who.int/mental\\_health/evidence/burn-out/fr/](http://www.who.int/mental_health/evidence/burn-out/fr/)

Pawin, R. (2014). Le bien-être dans les sciences sociales : Naissance et développement d'un champ de recherches. *L'Annee sociologique*, Vol. 64(2), 273-294. <https://www.cairn.info/revue-l-annee-sociologique-2014-2-page-273.htm>

Payre, S. (2014). Quand la qualité du management contribue au développement du stress : Analyse des défauts de la fonction hiérarchique et des pratiques d'encadrement. *Recherches en Sciences de Gestion*, N° 100(1), 173-191. <https://www.cairn.info/revue-recherches-en-sciences-de-gestion-2014-1-page-173.htm>

- Richard, D. (2012). *Management des risques psychosociaux : Une perspective en termes de bien-être au travail et de valorisation des espaces de discussion* [Université de Grenoble].  
<https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00780951/document>
- Ricœur, P. (1990). *Soi-même comme un autre*. Seuil.  
[http://palimpsestes.fr/textes\\_philo/ricoeur/ricoeur-soi-meme.pdf](http://palimpsestes.fr/textes_philo/ricoeur/ricoeur-soi-meme.pdf)
- Schulte, P., & Vainio, H. (2010). Well-being at work—Overview and perspective. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 36(5), 422-429. <https://doi.org/10.5271/sjweh.3076>
- Sciensano. (2020). *Belgium COVID-19 Epidemiological Situation*.  
<http://datastudio.google.com/reporting/c14a5cfc-cab7-4812-848c-0369173148ab>
- Service Public Fédéral Belge. (2020). *Bien-être au travail | Belgium.be*.  
[https://www.belgium.be/fr/emploi/sante\\_et\\_bien-etre/bien-etre\\_au\\_travail](https://www.belgium.be/fr/emploi/sante_et_bien-etre/bien-etre_au_travail)
- Sibé, M., & Alis, D. (2016). Chapitre 10. L'hôpital magnétique : Un hôpital « aimant » qui favorise performance et bien-être au travail. In *Stress, burn-out, harcèlement moral* (p. 131-145). Dunod. <https://www-cairn-info.proxy.bib.ucl.ac.be:2443/stress-burnout-harcelement-moral-9782100743353-page-131.htm>
- Stordeur, S., & D'Hoore, W. (2007). Organizational configuration of hospitals succeeding in attracting and retaining nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 57(1), 45-58.  
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04095.x>
- Tsamakis, K., Rizos, E., Manolis, A. J., Chaidou, S., Kypourouopoulos, S., Spartalis, E., Spandidos, D. A., Tsiptsios, D., & Triantafyllis, A. S. (2020). COVID-19 pandemic and its impact on mental health of healthcare professionals. *Experimental and Therapeutic Medicine*, 19(6), 3451-3453. <https://doi.org/10.3892/etm.2020.8646>
- Turquetil, A., & Reznik, Y. (2019). Les glandes surrénales, rôle et dysfonctionnement. *Actualités Pharmaceutiques*, 58(585), 18-22. <https://doi.org/10.1016/j.actpha.2019.02.004>

Van den Broeck, A., van der Heijden, B., Luyckx, K., & De Witte, H. (2012). Employees' job demands–resources profiles, burnout and work engagement : A person-centred examination. *Economic and Industrial Democracy*, 33, 691-706.

<https://doi.org/10.1177/0143831X11428228>

Van den Heede, K., Bruyneel, L., Beeckams, D., Boon, N., Bouckaert, N., Cornelis, J., Dossche, D.,

Van de Voorde, C., & Sermeus, W. (s. d.). *Dotation infirmière pour des soins (plus) sûrs dans les hôpitaux aigus*. KCE. Consulté 25 juillet 2021, à l'adresse <https://kce.fgov.be/fr/dotation-infirmi%C3%A8re-pour-des-soins-plus-s%C3%BBrs-dans-les-h%C3%B4pitaux-aigus>

Veenhoven, R. (1998). Two State-Trait Discussions on Happiness. A Reply to Stones et al. *Social Indicators Research*, 43, 211-225. <https://doi.org/10.1023/A:1006867109976>

## Annexes

### Annexe 1

Questionnaire réalisé par Bruyneel et Smith :

# Nursing - Burnout - Suite

---

Début de bloc: Bloc de questions par défaut

#### Consent and RGPD

En cliquant sur le bouton « j'accepte de participer », vous donnez votre consentement à ce que les informations recueillies soient utilisées à des fins de recherche uniquement. Dès lors, avant de participer, lisez attentivement le texte ci-dessous.

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, y compris les publications qui en découlent. Les données individuelles sont strictement confidentielles et anonymes. Aucune information individuelle ne peut être divulguée dans la présentation et publication des résultats. Aucune donnée ne peut être transmise à des tiers. La base de données anonymes sera conservée pour la durée nécessaire de la recherche, conformément à la législation applicable dans votre pays en matière de droit à la vie privée (y compris le 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).

En outre, 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.

- J'accepte de participer (1)
- Je n'accepte pas de participer (2)

### FR1 A PROPOS DE VOUS

A quel genre vous identifiez-vous ?

- Féminin (1)
- Masculin (2)
- Autre (3) \_\_\_\_\_
- 



FR2 Quel est votre âge (arrondir à l'année) ?

\_\_\_\_\_

---

FR3 Quel est votre niveau de formation? (Plusieurs réponses possibles)

- Brevet (5)
- Bachelier (1)
- Bachelier + spécialisation (2)
- Master (3)
- Autre (4) \_\_\_\_\_
-

FR4 Quel est votre statut marital?

- Célibataire (1)
- En couple (2)
- Marié (3)
- Divorcé (4)
- Veuf (5)
- Autre (6) \_\_\_\_\_

Fin de bloc: Bloc de questions par défaut

---

Début de bloc: Bloc 1

FR5 Qui vit avec vous sous le même toit ? (Plusieurs réponses possibles)

- Mon/ma partenaire (1)
- Un/des enfant(s) (2)
- Un/des colocataire(s) (3)
- Je vis seul(e) (4)
- Je vis en institution (5)
- Autre (6) \_\_\_\_\_

FR6 Avez-vous un ou des enfant(s)?

- Oui (1)
  - Non (2)
-

Afficher cette question :

If FR6 = 1



FR7 Combien d'enfants vivent avec vous sous votre toit (y compris garde alternée)?

---

Afficher cette question :

If FR6 = 1

FR8 Depuis les événements liés au coronavirus, vos enfants sont à la maison

- Toute la journée (1)
- Une partie de la journée (2)
- Jamais (3)

FR9-14

Actuellement:

	Oui (1)	Non (2)
Je suis ou j'ai été porteur(euse) avéré(e) du coronavirus (diagnostiqué par test ou médecin) (1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je suis ou j'ai été porteur(euse) suspecté(e) du coronavirus (symptômes mais non diagnostiqué) (2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'ai un ou j'ai eu un proche sous mon toit porteur(euse) avéré(e) du coronavirus (diagnostiqué par test ou médecin) (3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'ai un ou j'ai eu un proche sous mon toit porteur(euse) suspecté(e) du coronavirus (symptômes mais non diagnostiqué) (4)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'ai un ou j'ai eu un proche hors de mon foyer porteur(euse) avéré(e) du coronavirus (diagnostiqué par test ou médecin) (5)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'ai un ou j'ai eu un proche hors de mon foyer porteur(euse) suspecté(e) du coronavirus (symptômes mais non diagnostiqué) (6)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Fin de bloc: Bloc 1

Début de bloc: Bloc 2

FR15

VOTRE TRAVAIL

Dans quel type de service travaillez-vous principalement depuis les événements liés au coronavirus ?

- Service d'urgence hospitalière (1)
  - Soins intensifs (2)
  - Unité de soins en hôpital général ou universitaire (médecine, chirurgie, gériatrie, etc.) (3)
  - Service psychiatrique hospitalier (4)
  - Centres spécialisés et centres de rééducation (revalidation, soins aux personnes handicapées, etc.) (5)
  - Soins à domicile (6)
  - Maison de Repos et de Soins (7)
  - Première ligne / Service ambulatoire (8)
  - Cabinet privé (9)
  - Autre (10) \_\_\_\_\_
  - Quartier opératoire (11)
  - Unité COVID (12)
  - Unité médico-technique (13)
-

FR15BIS Dans quelle Province travaillez-vous?

- Anvers (1)
- Limbourg (2)
- Flandre-Orientale (3)
- Brabant Flamand (4)
- Flandre-Occidentale (5)
- Brabant Wallon (6)
- Hainaut (7)
- Liège (8)
- Luxembourg (9)
- Namur (10)
- Région de Bruxelles-Capitale (11)

---

Afficher cette question :

If FR15 = 1

Or FR15 = 2

Or FR15 = 3

Or FR15 = 4

FR16 Dans quel type d'hôpital travaillez-vous?

- Académique (Saint Luc, Erasme, ULG, Mont Godinne, etc.) (1)
- Centre Hospitalier Universitaire (2)
- Hôpital général (3)

Afficher cette question :

If FR15 = 1

Or FR15 = 2

Or FR15 = 3

Or FR15 = 4

FR16BIS Travaillez-vous dans un service fixe ou êtes-vous volant entre différents services?

- Service Fixe (1)
- Volant entre différents services (2)
- Volant fixe dans un service (5)



FR17 Depuis combien d'années travaillez-vous?

\_\_\_\_\_

FR18 Quel est votre temps de travail approximatif sur ces dernières semaines ?

- 25% (1)
- 50% (mi-temps) (2)
- 75% (3)
- 100% (temps plein) (4)
- Plus de 100% (5)

FR19 Avez-vous travaillé dans votre service depuis les événements liés au coronavirus (depuis le 18 mars) ?

- Oui (1)
- Non (2)

---

Afficher cette question :

If FR19 = 1



FR20 Combien de patients étaient présents dans votre service lors de votre dernier shift?

\_\_\_\_\_

---

Afficher cette question :

If FR19 = 1



FR21 Combien d'infirmiers étaient présents dans votre service lors de votre dernier shift?

\_\_\_\_\_

---

Afficher cette question :

If FR19 = 1

FR12BIS Quel était votre horaire lors de ce dernier shift?

- Matin (1)
- Soir (2)
- Nuit (3)
- Shift de 12 heures en journée (4)

---

Afficher cette question :

If FR19 = 1

FR22 Quel est votre horaire type depuis les évènements liés au coronavirus?

- Majoritairement des matins (1)
- Majoritairement des soirs (2)
- Majoritairement des nuits (3)
- Shifts de 12 heures en journée (4)
- Un peu de tout (matins, soirs, nuits) (5)

---

Afficher cette question :

If FR19 = 1

FR23 Est-ce que ce type d'horaire était différent avant les évènements liés au coronavirus ?

- Oui (1)
- Non (2)

---

Afficher cette question :

If FR19 = 1

FR24 Ce type d'horaire est

- Un choix (1)
- Imposé (2)

Fin de bloc: Bloc 3

---

Début de bloc: Bloc 4

FR25 Avez-vous l'impression d'avoir l'équipement de protection adéquat et en suffisance dans votre service face au coronavirus?

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

FR26 Cette dernière semaine, combien de patients étaient porteurs avérés (diagnostiqués) ou suspectés (symptômes mais sans diagnostique) du coronavirus dans votre service ?

- Aucun (1)
  - Un seul patient (2)
  - Moins de 25% des patients (3)
  - Approximativement 25% des patients (4)
  - Approximativement 50% des patients (5)
  - Approximativement 75% des patients (6)
  - 100% des patients (7)
-

FR27 Depuis les événements liés au coronavirus, combien de patients sont décédés des suites du coronavirus dans votre service ?

- Aucun (1)
  - Un seul décès (2)
  - Moins de 25% des patients suspectés ou infectés par le coronavirus sont décédés (3)
  - Approximativement 25% des patients suspectés ou infectés par le coronavirus sont décédés (4)
  - Approximativement 50% des patients suspectés ou infectés par le coronavirus sont décédés (5)
  - Approximativement 75% des patients suspectés ou infectés par le coronavirus sont décédés (6)
  - 100% des patients suspectés ou infectés par le coronavirus sont décédés (7)
- 

FR28 Depuis les événements liés au coronavirus, combien de vos collègues ont été écartés à cause du virus ?

- Aucun (1)
- Un seul collègue (2)
- Moins de 25% des collègues (3)
- Approximativement 25% des collègues (4)
- Approximativement 50% des collègues (5)
- Approximativement 75% des collègues (6)
- 100% des collègues (7)

Fin de bloc: Bloc 4

---

Début de bloc: Bloc 5

FR29 Depuis les événements liés au coronavirus, vos conditions de travail :

- Sont les mêmes qu'avant (y compris si vous êtes habituellement sans emploi ou retraité) (1)
  - Je suis plus souvent sur mon lieu de travail (2)
  - Je suis plus souvent en télétravail (3)
  - Je suis en arrêt de travail (4)
  - J'ai perdu mon travail (5)
- 

FR30 Depuis les événements liés au coronavirus, est-ce que votre revenu :



- A diminué (1)
  - Est identique (2)
  - A augmenté (3)
- 

FR31 Depuis les événements liés au coronavirus, est-ce que votre charge de travail :

- A diminué (1)
  - Est identique (2)
  - A augmenté (3)
- 

FR32 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

<b><u>Avant</u></b> les événements liés au coronavirus ()	
<b><u>Depuis</u></b> les événements liés au coronavirus ()	

	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)
Je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail (1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je me sens à bout à la fin de ma journée de travail (2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail (3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je peux comprendre facilement ce que mes patients ressentent (4)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je sens que je m'occupe de certains patients de façon impersonnelle, comme s'ils étaient des objets (5)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort (6)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes patients (7)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	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)
Je sens que je craque à cause de mon travail (1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'ai l'impression, à travers mon travail, d'avoir une influence positive sur les gens (2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail (3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement (4)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je me sens plein(e) d'énergie (5)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je me sens frustré(e) par mon travail (6)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je sens que je travaille « trop dur » dans mon travail (7)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Fin de bloc: Bloc 7

FR47-54  
VOTRE STRESS AU 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)
Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes patients (1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Travailler en contact direct avec les gens me stresse trop (2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes patients (3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je me sens ragaillardi(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de patients (4)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail (5)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je me sens au bout du rouleau (6)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Dans mon travail, je traite les problèmes émotionnels très calmement (7)

J'ai l'impression que mes patients me rendent responsable de certains de leurs problèmes (8)

Fin de bloc: Bloc 8

---

Début de bloc: Bloc 9

FR55-62 ENCORE QUELQUES QUESTIONS SUR VOTRE CHARGE DE TRAVAIL, VOTRE AUTONOMIE  
DÉCISIONNELLE ET VOTRE SUPPORT SOCIAL ET MANAGERIAL AU TRAVAIL  
Votre charge de travail depuis les événements liés au coronavirus:

	Fortement en désaccord (1)	En désaccord (2)	D'accord (3)	Tout à fait d'accord (4)
Mon travail exige d'aller très vite (1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mon travail exige de travailler très fort mentalement (2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
On ne me demande <u>pas</u> de faire une quantité excessive de travail (3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'ai suffisamment de temps pour faire mon travail (4)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je ne reçois <u>pas</u> de demandes contradictoires de la part des autres (5)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mon travail m'oblige à me concentrer intensément pendant de longues périodes (6)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ma tâche est souvent interrompue avant que je l'aie terminée, je dois alors y revenir plus tard (7)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mon travail est très souvent mouvementé (8)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Je suis souvent ralenti dans mon travail parce que je dois attendre que les autres aient terminé leur (9)



FR63-71 Votre autonomie décisionnelle au travail depuis les événements liés au coronavirus:

	Fortement en désaccord (1)	En désaccord (2)	D'accord (3)	Tout à fait d'accord (4)
Mon travail nécessite que j'apprenne des choses nouvelles (1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mon travail nécessite un niveau élevé de qualifications (2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dans mon travail, je dois faire preuve de créativité (3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mon travail consiste à refaire toujours les mêmes choses (4)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Au travail, j'ai l'opportunité de faire plusieurs choses différentes (5)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Au travail, j'ai la possibilité de développer mes habiletés personnelles (6)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mon travail me permet de prendre des décisions de façon autonome (7)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'ai la liberté de décider comment je fais mon travail (8)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'ai passablement d'influence sur la façon dont les choses se passent à mon travail (9)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

FR72-77 Votre support social au travail depuis les événements liés au coronavirus:

	Fortement en désaccord (1)	En désaccord (2)	D'accord (3)	Tout à fait d'accord (4)
Les gens avec qui je travaille sont qualifiés pour les tâches qu'ils accomplissent (1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les gens avec qui je travaille s'intéressent personnellement à moi (2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les gens avec qui je travaille ont des attitudes hostiles ou conflictuelles envers moi (3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les gens avec qui je travaille sont amicaux (4)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les gens avec qui je travaille s'encouragent mutuellement à travailler ensemble (5)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les gens avec qui je travaille facilitent la réalisation du travail (6)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Fin de bloc: Bloc 10

Début de bloc: Bloc 11

FR78-81 Votre support managérial au travail depuis les événements liés au coronavirus:

	Fortement en désaccord (1)	En désaccord (2)	D'accord (3)	Tout à fait d'accord (4)
Ty	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mon chef prête attention à ce que je dis (2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mon chef a une attitude hostile ou conflictuelle envers moi (3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mon chef facilite la réalisation du travail (4)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mon chef réussit à faire travailler les gens ensemble (5)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Annexe 2

Cette annexe reprend les arrêtés royaux de la hiérarchie infirmière :

Chef du département infirmier :

*« Sans préjudice de la mission du directeur de l'hôpital, visée à l'article 8, 2°, et à l'article 12 de la loi sur les hôpitaux, le chef du département infirmier participe à l'intégration de l'activité infirmière dans l'ensemble des activités de l'hôpital, et cela en contact étroit avec le médecin en chef et les responsables des différents aspects des activités de l'hôpital. »* (Arrêté royal portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre, 1963)

Cadre intermédiaire :

*« Afin de soutenir les aspects de l'organisation et de contenu des soins infirmiers, un cadre intermédiaire composé d'infirmiers-chefs de service doit être prévu dans les hôpitaux généraux. Le cadre intermédiaire est constitué, par 150 lits, par au moins un infirmier gradué ou accoucheuse, ou un bachelier en soins infirmiers ou bachelier accoucheuse qui aura réussi une formation complémentaire de niveau universitaire, master en art infirmier et obstétrique ou master en santé publique. »* *« Selon l'organisation interne de l'hôpital, des tâches spécifiques peuvent être confiées au cadre intermédiaire, notamment l'accueil et la formation du personnel, les problèmes d'hygiène hospitalière, l'évaluation de la qualité des soins infirmiers, l'éducation du patient, l'introduction de nouvelles procédures et méthodes de travail. »* (Arrêté royal portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre, 1963)

Infirmier en chef :

*« Un infirmier en chef est désigné par unité de soins. L'infirmier en chef est un infirmier gradué ou accoucheuse, ou un bachelier en soins infirmiers ou bachelier accoucheuse qui aura réussi une formation complémentaire de cadre de santé, ou une formation complémentaire de niveau universitaire, master en art infirmier et obstétrique ou master en santé publique. Cette formation doit être en rapport avec la direction d'une équipe d'infirmiers. L'infirmier en chef participe à l'intégration de l'activité infirmière dans l'ensemble des activités de l'hôpital, et accomplit sa mission sous l'autorité hiérarchique du chef du département infirmier et en contact étroit avec les médecins et les responsables des différents aspects des activités de l'unité. La présence d'un infirmier gradué ou breveté ou d'un bachelier en soins infirmiers ou bachelier accoucheuse sera garantie au côté de l'infirmier en chef, tous les jours de l'année, en permanence, par unité et maximum par 30*

*patients, ceci afin d'assurer la continuité et la qualité des soins. Le rapport entre le travail à temps plein et le travail à temps partiel doit être fixé en concertation avec le chef du département infirmier de l'hôpital de manière à ce que la continuité et la qualité des soins restent assurées. Le travail infirmier dans les unités sera organisé de telle manière à pouvoir déterminer à chaque instant l'infirmier responsable d'un malade*

