

## **Faculté de santé publique**

Le burn-out des équipes soignantes en milieu hospitalier :  
Perception du syndrome et des moyens de prévention par les  
infirmiers chefs

Mémoire réalisé par

**Angèle Mango**

Promoteurs

**Mme Ksenia Lomova**

**M. Eric Gaziaux**

Année académique 2023-2024

**Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisé**

## **Remerciements**

Je tiens à remercier ma promotrice de recherche, Mme Ksenia Lomova, et mon co-promoteur, M. Éric Gaziaux, pour leur temps, leur disponibilité et leurs conseils tout au long de la rédaction de ce travail.

Mes remerciements s'adressent aussi à la direction des hôpitaux Iris Sud pour m'avoir permis d'y réaliser la présente recherche, mais aussi à tous les infirmiers chefs et adjoints qui ont accepté de participer à ce travail. Merci à eux pour m'avoir consacré du temps et d'avoir accepté de partager leurs connaissances.

Je remercie ma famille et mes amis pour leur soutien indéniabte.

Je remercie particulièrement mon fils, Nolan Mango, qui a pu comprendre, aussi jeune soit-il, quand je ne pouvais pas toujours jouer avec lui, ou ne pouvais l'emmener au parc, parce que j'étais occupée à rédiger mon mémoire de fin d'études.

## **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, cartes, graphes, 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 étudiant(e)s 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 MATIERES

INTRODUCTION-----	1
PREMIERE PARTIE : PARTIE THEORIQUE-----	3
Chapitre 1 : Cadre de l'étude-----	3
I-    Importance de la problématique-----	3
II-   Objectifs de la recherche-----	5
Chapitre 2 : Revue de la littérature-----	6
I-    La notion de burn-out-----	6
1) Définitions-----	6
2) Diagnostics différentiels-----	9
3) Manifestations et symptômes du burn-out-----	9
a) Les étapes-----	10
b) Les symptômes-----	11
4) Causes et facteurs de risque du burn-out chez les infirmiers en milieu hospitalier -----	12
II-   Diagnostiquer et prévenir le burn-out des infirmiers en milieu hospitalier-----	17
1) Outils de mesure et de dépistage du burn-out-----	17
2) Conséquences du burn-out des infirmiers en milieu hospitalier -----	18
3) Stratégies et mesures de prévention du burn-out des infirmiers en milieu hospitalier -----	20
a) Prévention primaire-----	21
b) Prévention secondaire-----	23
c) Prévention tertiaire-----	23
4) Les acteurs dans la prévention des risques psycho-sociaux-----	24
III-  L'infirmier chef d'unité en milieu hospitalier-----	25
1) Compétences de l'infirmier chef-----	25
2) L'infirmier chef dans la pratique-----	25
Conclusion de la partie théorique-----	26

DEUXIEME PARTIE : PARTIE PRATIQUE-----	27
Chapitre 3 : Méthodologie-----	27
I-    Déroulement de la recherche-----	27
1) Rappel de la question et but de la recherche-----	27
2) Lieu de la recherche-----	28
3) Caractéristiques de l'échantillon-----	28
4) Sélection des intervenants et prise de contact-----	29
5) Considérations éthiques-----	30
II-   La collecte des données et la recherche documentaire-----	30
1) Type de recherche-----	30
2) Technique de collecte de données utilisée-----	30
3) Méthode d'analyse de données-----	32
4) Stratégie de recherche documentaire-----	33
Chapitre 4 : Analyse-----	34
I-    Les résultats de l'étude-----	34
1) Caractéristiques des différents managers-----	34
2) Résultats des différents thèmes-----	35
II-   Discussion-----	54
1) Analyse des différents résultats-----	54
2) Limites, forces et perspectives futures-----	60
Conclusion de la partie Pratique-----	61
CONCLUSION GENERALE-----	62
Références bibliographiques-----	63
Annexe 1 : Grille d'analyse des données-----	73

## LISTE DES ABBREVIATIONS

AR : Arrêté Royal  
ANACT : Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail  
BAT: Burn-out Assessment Tool  
BM : Burn-out Measure  
BO : Burn-out  
CFAI : Conseil Fédéral de l'Art Infirmier  
CIM : Classification Internationale des Maladies  
CSS : Conseil Supérieur de la Santé  
CBI : Copenhague Burn-out Inventory  
DSM : Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux  
DGT : Direction Générale du Travail  
DGPPN: Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde  
FEDRIS : Agence Fédérale pour les Risques Professionnels  
HAS : Haute Autorité de Santé  
HIS : Hôpitaux Iris Sud  
INRS : Institut National de Recherche et de Sécurité  
KCE : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé  
MBI : Maslach, Burn-out Inventory  
SPF ETCS : Service Public Fédéral Emploi, Travail et Concertation Sociale  
RPS : Risques psycho-sociaux  
SEP : Syndrome d'Épuisement Professionnel  
OCM: Observatoire de la Compétence Métier  
OMS: Organisation Mondiale de la Santé  
OIT : Organisation Internationale du Travail  
OMEDIT: Observatoire du Médicament des Dispositifs Médicaux et de l'Innovation Thérapeutique

## INTRODUCTION

Ce travail de recherche s'inscrit dans le cadre d'un mémoire de fin d'études portant sur la perception qu'ont les infirmiers chefs dans la prévention du burn-out des équipes dont ils ont la responsabilité.

Je tiens à préciser tout d'abord que le masculin utilisé dans ce travail a un sens épique et le terme « équipe infirmière » fait référence au personnel infirmier et aide-soignant.

Bien qu'étant déjà présentes depuis plusieurs années, nombre de problématiques relatives aux soins de santé ont été mises en lumière par la pandémie du COVID 19, entre autres la pénurie du personnel soignant. En 2020, l'OMS faisait état d'une pénurie à hauteur 5,9 millions d'infirmiers dans le monde. Depuis 2020, cette pénurie n'a fait que s'accroître.

Au niveau des institutions belges, la pénurie du personnel soignant infirmier se fait de plus en plus ressentir. Plusieurs raisons peuvent être invoquées pour expliquer cette situation: le passage des études d'infirmières à 4 ans, rendant ainsi la formation beaucoup moins attrayante parce que plus longue, les horaires inconfortables qui ne sont pas toujours en adéquation avec une vie de famille, le rapport entre le salaire et la charge de travail considéré comme guère équitable, la non-reconnaissance de la profession à plusieurs niveaux, l'augmentation des tâches administratives au détriment des soins, la dégradation des conditions de travail, l'incivisme régnant dans certaines institutions, etc.

Face à cette pénurie accentuée, les infirmiers en milieu hospitalier se trouvent le plus souvent en sous-effectif pour une charge de travail qui, elle, reste inchangée. Au plus cette situation persiste, au plus ce personnel est exposé à une souffrance progressive au travail et à une dégradation de son bien-être, de sa santé psychologique et de son équilibre. Il devient dès lors important de mettre en place des moyens et des méthodes pour prévenir ce burn-out des soignants afin de limiter au mieux les conséquences de ce syndrome aussi bien au niveau individuel qu'au niveau organisationnel.

De par leur proximité avec les infirmiers, les chefs d'unité ou d'équipe occupent une place importante dans la prévention du burn-out auprès du personnel soignant. Il leur revient ainsi de mettre en place des moyens et des méthodes pour maintenir la santé physique et mentale du personnel infirmier dont ils ont la responsabilité. De ce fait, questionner leurs connaissances sur les différents facteurs de risques psycho-sociaux ainsi que leur perception de ceux-ci, dont le burn-out, apparaît comme une première nécessité.

Dans ce travail, il s'agira de décrire et d'analyser le rôle que joue l'infirmier chef dans la prévention du burn-out du personnel soignant dont il est responsable.

A cette fin, nous aborderons la perception qu'ont les infirmiers responsables d'équipe de la notion de burn-out, des moyens de prévention existant mis à leur disposition ainsi que de leur rôle et de leur capacité dans la mise en œuvre de ceux-ci. Nous considérerons aussi les difficultés auxquelles ces responsables sont (ou pourraient être) confrontés dans la gestion de telles situations.

Pour ce faire, nous avons réalisé, par des entretiens semi-dirigés, une étude auprès de 13 infirmiers chefs d'un réseau hospitalier bruxellois, à savoir celui des Hôpitaux Iris Sud. L'objectif de ces entretiens a pour but de dresser un état des lieux des connaissances qu'ont les infirmiers chefs du réseau Iris Sud du syndrome de burn-out afin de pouvoir, par la suite, tracer un parallèle avec les écrits issus de la littérature et « croiser » les deux approches.

Deux grandes parties scandent la démarche de notre travail :

- Une première partie, *théorique*, présentera successivement, dans un premier temps, le contexte de la problématique du travail, aussi bien dans un cadre international que dans le cadre belge et la revue de la littérature au sujet du burn-out, à savoir les facteurs de risque personnels et organisationnels, les signes et les symptômes, ainsi que les conséquences sur le personnel soignant et sur l'organisation. Dans un second temps sera brièvement abordée la fonction qui revient aux managers de proximité.
- Une deuxième partie, *pratique* rappellera, dans un premier temps, la méthodologie utilisée pour la collecte des données (rédaction des guides d'entretien, le nombre d'entretiens, les types d'entretiens, les personnes interviewées, la méthode d'analyse des entretiens, etc.) et exposera, dans un second temps, les différents résultats issus des entretiens ainsi qu'une analyse comparative et interprétative de ces résultats avec ceux relevés dans la littérature mentionnée à ce propos.

## **Partie I : PARTIE THEORIQUE**

Cette partie abordera la notion de burn-out sous un angle théorique. Deux chapitres la constituent. Le premier chapitre présente la problématique de notre sujet ainsi que les différents objectifs de la recherche proposée. Le deuxième chapitre opérera un rappel de la revue de la littérature autour de la notion de burn-out.

### **Chapitre 1 : Cadre de l'étude**

Ce chapitre présente tout d'abord la problématique de la recherche (I), puis un aperçu des différents objectifs spécifiques de la recherche (II).

#### **I- Importance de la problématique**

Le burn-out ou syndrome d'épuisement professionnel est une réalité de plus en plus répandue dans la société en général et dans les hôpitaux belges en particulier, à tel point qu'aujourd'hui ce syndrome, de par ses conséquences aux niveaux personnel, social et économique, fait l'objet de nombreuses études scientifiques. Ces études visent à présenter au public les connaissances nécessaires sur ledit syndrome, et, entre autres, les causes et facteurs de risque, les mécanismes physiopathologiques et les moyens de prévention.

Comme le montre un rapport publié par l'OMS en 2022, la pandémie du COVID 19 a accentué les problèmes de santé mentale dans le monde. En effet, d'après ce rapport, la pandémie de COVID 19 a entraîné une augmentation de 25% de l'anxiété générale et de la dépression dans le monde. Au cours de cette même année (juin 2022), un autre rapport de l'OMS indique que sur un milliard de personnes vivant avec un trouble mental en 2019, 15% des adultes en âge de travailler ont connu un état d'anxiété et de dépression. Ce rapport stipule aussi que le travail amplifierait différents problèmes sociétaux qui, à la longue, pourraient avoir un impact négatif sur la santé mentale des travailleurs (OMS, 2022). En Belgique, le taux de prévalence du burn-out sur la population active belge a été évalué à 0,8% de cas sur l'échantillon étudié en 2010. Notons que cet échantillon représentait environ 19 000 travailleurs en Belgique (Hansez et al., 2010).

Toujours en vue d'évaluer les cas de burn-out, une étude sur le bien-être au travail du personnel médical et infirmier réalisée pour le compte du SPF Santé Publique et SPF Emploi en 2012, montre que 6,6% de l'échantillon souffre de burn-out et que 13,5% appartient au groupe à risque. Cette étude précise aussi qu'il n'existe pas de différence significative entre les médecins et les infirmiers, mais que les cas de burn-out étaient plus nombreux chez les infirmiers (6,9% contre 5,4%) et que les médecins sont plus nombreux à figurer dans le groupe à risque (17,8% contre 12,4%) (Vandenbroeck et al., 2012).

D'un point de vue économique, le syndrome d'épuisement professionnel a aussi un important impact financier. Un article publié en 2012 par l'Organisation Internationale du Travail signale que le coût global des accidents de travail et des maladies professionnelles, y compris celles

liées au stress, était très élevé dans la plupart des pays industrialisés. Dans l'Union Européenne par exemple, ce coût est estimé entre 2,6% et 3,8% du produit intérieur brut (OIT, 2012).

Dans cette même logique, le projet MATRIX, financé par l'Union Européenne en 2013, a estimé à 617 milliards d'euros par an le coût des dépressions liées au travail en Europe. Son rapport répartit ce coût comme suit : les coûts d'absentéisme et de présentéisme supportés par les employeurs sont estimés à 272 milliards d'euros ; les coûts liés à la perte de productivité avoisinent 242 milliards d'euros ; les coûts des soins de santé sont estimés à 63 milliards d'euros ; les coûts des prestations sociales versées sous forme d'allocations pour invalidité approchent les 39 milliards d'euros (MATRIX 2013, cité par l'Agence Européenne pour la Sécurité et Santé au Travail, 2014).

En Belgique, les calculs de l'INAMI concernant les versements liés aux cas de burn-out diagnostiqués s'élevaient en 2020 à plus de 478 millions, soit une augmentation d'un peu moins de 40% entre 2016 et 2020 (INAMI, 2020). Une analyse de Securex montre que le coût lié à l'absence d'un employé suite au burn-out a été estimé pour l'employeur en moyenne à 23 677 euros en 2022. Dans ce coût sont inclus les frais de remplacement, de recrutement et de formation des remplaçants, des frais liés à la réduction de la qualité du travail, les heures supplémentaires et celles de réorganisation du travail, etc. (Securex, 2022 ; Van den Broele et al., 2024).

En Belgique, l'étude réalisée en 2019 par Hansez et al., pour le compte du SPF Emploi Travail et Concertation Sociale en vue de comparer des cas de burn-out récoltés en consultation de médecine générale et de médecine du travail réalisée sur les années 2010-2018 fait état de ce que la charge de travail était la contrainte la plus fréquemment rapportée (respectivement 57,9% et 68,6% des cas) comme cause de mal être au travail. Les ressources manquantes qui étaient le plus souvent citées étaient le soutien de la hiérarchie et la reconnaissance (Hansez et al., 2019).

Selon une étude réalisée en 2022 par Securex et en collaboration avec la KU Leuven, 28,5% des travailleurs belges sont exposés à un risque de burn-out et près de la moitié (13,4%) d'entre eux s'avérait déjà plus que probablement épuisés ou au bord de l'épuisement professionnel (par rapport à 23,8% en 2018 et 2019). D'après cette même étude, les cinq caractéristiques professionnelles spécifiques qui seraient à l'origine de 41% des plaintes de burn-out seraient les contraintes personnelles, l'insécurité de l'emploi, les conflits de rôles, l'intensité du travail et la charge émotionnelle (De Vlieghe et Mertens, 2022).

Il apparaît donc clairement que le syndrome de burn-out est un réel problème de santé publique qui n'a fait que s'accroître avec le temps. Dès lors, au vu de la pénurie grandissante en personnel infirmier dans les hôpitaux, il devient important de mettre en place des moyens et des méthodes pour garder le plus de personnel possible, et si possible le plus longtemps et en « bonne santé ». Or, un tel souhait n'est réalisable, entre autres, que par l'amélioration des conditions de travail, la mise en place d'un management de qualité ainsi que par un souci concernant le bien-être du personnel engagé.

Dans son rôle de manager, l'infirmier chef doit être le garant de ce bien-être afin de limiter au mieux l'apparition des risques psycho-sociaux. A cette fin, la connaissance et l'utilisation des

différents moyens de prévention du burn-out pouvant être mis en place pour limiter lesdits risques sont nécessaires.

## **II- Objectifs de la recherche**

Dans les hôpitaux, les chefs d'unité jouent un rôle majeur dans le maintien du bien-être du personnel soignant et par conséquent dans la prévention du burn-out des équipes infirmières, et ce de par leur proximité avec ces dernières. Il est important que ces chefs puissent avoir des connaissances concernant le syndrome de burn-out et les moyens de prévention de celui-ci.

Le but poursuivi dans ce travail est double :

- Aborder les causes, les manifestations, les conséquences et les différents moyens de prévention du burn-out ;
- Mettre en lumière le rôle des infirmiers chefs (managers de proximité) dans la prévention du burn-out des équipes soignantes dont ils sont responsables, et ceci en analysant leur perception du syndrome de burn-out, leurs connaissances (ou non) des moyens de prévention de celui-ci en milieu hospitalier, leur rôle dans la mise en œuvre de ceux-ci, et les différentes suggestions qu'ils émettent pour améliorer cette prévention auprès de leurs équipes soignantes ou dans l'organisation.

Pour atteindre cet objectif, la question de recherche est la suivante : Quelle est la perception du syndrome de burn-out par les infirmiers chefs en milieu hospitalier ainsi que de leur rôle dans la prévention du burn-out auprès des équipes soignantes dont ils ont la responsabilité ?

Cette question de recherche conduit à définir plusieurs objectifs spécifiques. Il s'agit de :

- Définir ce qu'est le syndrome de burn-out ;
- Comprendre la perception qu'ont les infirmiers chefs du syndrome de burn-out (causes, manifestations, conséquences et moyens de prévention) des équipes infirmières en milieu hospitalier ;
- Explorer la perception des infirmiers chefs de leur rôle en tant que managers, mais aussi de leur rôle dans la prévention du burn-out des équipes infirmières qui sont sous leur responsabilité ;
- Mettre en lumière les difficultés auxquelles peuvent être confrontés les infirmiers chefs dans la prévention du burn-out des équipes infirmières en milieu hospitalier ;
- Faire ressortir quelques stratégies à mettre en place pour améliorer la prévention du burn-out des équipes infirmières au sein des hôpitaux Iris Sud ?

## Chapitre 2 : Revue de la littérature

Le burn-out est classé comme une manifestation des risques psycho-sociaux. Pour rappel, les risques psycho-sociaux se définissent comme « la probabilité qu'un ou plusieurs travailleurs subissent un dommage psychique, suite à l'exposition à des composantes de l'organisation du travail, du contenu du travail, des conditions de travail, des conditions de vie au travail, des relations interpersonnelles au travail sur lesquelles l'employeur a un impact et qui comportent objectivement un danger et à des situations de harcèlement moral, de harcèlement sexuel, de violences, d'injustices »(Laplanche et Olivo, 2017).

Ces risques psycho-sociaux peuvent aussi induire des coûts importants aussi bien pour le travailleur que pour l'employeur. Les manifestations les plus courantes de ces risques psycho-sociaux sont le stress, le harcèlement moral, le suicide, l'abus d'alcool, et le burn-out (SPF Travail Emploi et Concertation Sociale, 2024).

Ce chapitre présente dans une première section la notion de burn-out (I) en proposant d'abord des définitions de ce concept (point 1), ensuite en considérant les diagnostics différentiels du burn-out (point 2), puis ses manifestations et symptômes (point 3), ses causes et facteurs de risque chez les infirmiers (point 4). Dans une seconde section, « Diagnostiquer et prévenir le burn-out des infirmiers en milieu hospitalier » (II), sont présentés les différents outils de mesure et de dépistage du burn-out (point 1), ensuite les conséquences du burn-out chez les infirmiers en milieu hospitalier (point 2), puis les différentes stratégies et mesures de prévention du burn-out existant en milieu hospitalier (point 3), enfin les différents acteurs dans la prévention des risques psycho-sociaux (point 4). Dans une troisième section, « L'infirmier chef d'unité en milieu hospitalier » (III), deux points seront relevés, à savoir les compétences de l'infirmier chef et les réalités sur le terrain.

### I- La notion de burn-out

Cette partie aborde de façon succincte les définitions complémentaires de la notion de burn-out, les différents diagnostics différentiels, les manifestations et les symptômes du burn-out ainsi que les causes et les facteurs de risque.

#### 1) Définitions

A l'heure actuelle, s'il n'existe pas de définition unique de la notion de burn-out dans la littérature, il est néanmoins possible de repérer un ensemble de définitions qui sont plutôt complémentaires.

En 1974, le psychanalyste Herbert Freudenberger fut l'un des premiers auteurs à s'intéresser à la notion de burn-out dans le contexte spécifique de soignants s'épuisant dans la prise en charge de patients toxicomanes. Pour lui, le travailleur, en essayant de répondre à certaines obligations imposées par son milieu de travail, finit par s'épuiser. Plusieurs autres symptômes accompagnent ces changements, entre autres les maux de tête, les insomnies, la colère, l'irritabilité. Il définit alors le burn-out comme « un état de fatigue ou de frustration causé par

le dévouement à une cause, à un mode de vie ou à une relation qui n'a pas répondu aux attentes » (Freudenberger 1974, cité par Jacques Frenette, 2008).

En 1981, Christina Maslach, professeur de psychologie sociale et auteure du « Maslach Burnout Inventory » (MBI), se penche sur les métiers qui incluent une relation d'aide. Contrairement à Freudenberger qui lui se penchait sur les facteurs personnels, elle relève surtout les causes du burn-out dans l'environnement de travail. Pour elle, l'environnement de travail joue un rôle important dans l'apparition de l'épuisement professionnel. Par conséquent, cet épuisement ne saurait être lié exclusivement à des causes personnelles. Elle appréhende le burn-out ou le syndrome d'épuisement professionnel comme « un processus de dégradation du rapport subjectif au travail à travers trois dimensions, à savoir l'épuisement émotionnel, le cynisme vis-à-vis du travail ou la dépersonnalisation (déshumanisation, indifférence), la diminution de l'accomplissement personnel au travail ou réduction de l'efficacité professionnelle » (Christina Maslach 1981, citée par Salembier - Trichard A., 2019).

Dans cet ordre d'idées, la revue de la littérature sur l'épuisement professionnel des infirmiers réalisée en 2020 par D'all Ora, Ball Jane, Maria Reinuis et Peter Griffiths explique que le burn-out est un état qui se produit à la suite d'un décalage prolongé entre une personne et au moins l'une des six dimensions suivantes du travail :

**La charge de travail** : Lorsque la lourdeur de la charge de travail et les exigences qui y sont associées font qu'une récupération n'est souvent pas réalisable ;

**Le contrôle** : Lorsqu'une personne travaille dans un environnement dans lequel elle n'a aucun contrôle sur les ressources matérielles et humaines nécessaires à l'accomplissement de son travail ;

**La récompense** : Lorsque malgré les efforts du travailleur, le travail accompli n'est pas récompensé ;

**La communauté** : Lorsque les relations au travail ne favorisent pas le soutien social, le travailleur est dans un environnement dans lequel les liens positifs avec les collègues sont inexistantes, et peuvent ainsi devenir source de frustration ;

**L'équité** : Lorsque le travailleur est soumis à une forme d'iniquité dans la répartition de la charge de travail ou alors lorsqu'il est souvent sujet à des injustices sur son lieu de travail ;

**Les valeurs** : Lorsque le travailleur doit agir à l'encontre de ses propres valeurs, ou lorsqu'il existe un conflit entre les valeurs de l'organisation qu'il ne parvient pas à résoudre (Maslach 1998, Maslach et Leiter 2016, Maslach et al., 2001 cité par Dall 'Ora et al., 2020).

En outre, la notion de burn-out ou épuisement professionnel est incluse dans la 11ème révision de la Classification Internationale des Maladies (CIM-11) en tant que phénomène professionnel, mais n'y est pas classée comme une condition médicale. Elle y est définie comme « un syndrome conceptualisé résultant d'un stress chronique au travail qui n'a pas été géré avec succès. Elle se caractérise par trois dimensions : un sentiment d'épuisement ; une distance mentale accrue par rapport à son travail, ou des sentiments de négativisme ou de

cynisme liés à son travail ainsi que d'une réduction de l'efficacité professionnelle » (OMS, 2019).

En 2017, le Conseil Supérieur de la Santé définit le burn-out comme un « processus multifactoriel qui résulte de l'exposition prolongée (en situation de travail) à un manque de réciprocité entre l'investissement et ce qui est reçu en retour (ressources), ce qui provoque un épuisement (à la fois émotionnel, physique et psychique) » (CSS, 2017).

D'après la Société allemande de Psychiatrie, Psychothérapie Psychosomatique et Neurologie (2012), le burn-out est considéré d'un point de vue médical comme « un trouble lié à une situation de stress qui représente un état de risque non spécifique pouvant engendrer des maladies secondaires, tant psychiatriques (insomnies, dépression, troubles anxieux) que somatiques (syndrome métabolique, diabète, maladies cardio-cérébrovasculaires, acouphène), dans le cas de chronicisation de l'état de stress ou d'une récupération insuffisante, ainsi que d'une prédisposition correspondante » (DGPPN 2012 cité par Hochstrasser et al., 2016) .

Pour Dominique Barbier, le burn-out touche particulièrement les personnes exerçant les métiers d'aide à autrui, les soignants car ce sont des métiers où les personnes sont en prise directe avec la souffrance, le malheur, la misère, la maladie, la mort (Barbier Dominique, 2004 ; HAS, 2017).

Pour certains auteurs, le burn-out est syndrome évolutif. Alexandra Salembier-Trichar liste et développe quatre étapes dans le processus d'apparition du syndrome d'épuisement professionnel. Il s'agit :

**De l'enthousiasme** : A ce niveau, le travailleur est ambitieux et a des idéaux et objectifs élevés. Il utilise son énergie débordante pour se consacrer à son travail. Dans cette étape, le travailleur retire une certaine satisfaction de son travail.

**Du surinvestissement** : A ce stade, le travailleur « plafonne » pour plusieurs raisons, dont le manque de satisfaction malgré ses efforts constants et la non-reconnaissance de ceux-ci à leur juste valeur. L'évolution de sa carrière ne correspond pas à ce qu'il avait souhaité et malgré cela, on lui demande toujours plus. Le travailleur se met à travailler à tout moment et cela sans jamais se déconnecter psychologiquement.

**De la désillusion** : Cette phase est marquée par une perte d'espoir car malgré ce surinvestissement, les efforts du travailleur ne sont toujours pas appréciés à leur juste valeur. Cette phase est aussi marquée par l'apparition des signes cliniques tels que l'impatience, l'irritabilité, le cynisme, l'isolement, les troubles somatiques, etc.

**Le burn-out** : A ce niveau, le travailleur perd de l'intérêt pour son travail et pour son entourage professionnel. Il se sent épuisé, découragé. Cette phase correspond au burn-out proprement dit. (Alexandra Salembier-Trichar, 2019).

## 2) Diagnostics différentiels

Même s'il existe des caractéristiques communes quant aux différents symptômes, il est important de différencier le burn-out d'autres états de santé. Nous mentionnons ici quelques diagnostics différentiels du burn-out, à savoir le workaholisme, le stress au travail, la dépression, la fibromyalgie, la fatigue chronique.

**Le workaholisme ou dépendance au travail** : Il s'agit d'un état où les personnes sont incapables de se détacher psychologiquement de leur travail. Ils s'imposent un rythme de travail élevé. Très investies dans leur travail, ces personnes ont une vie privée qui s'en trouve le plus souvent affectée. Un changement brusque, un échec ou une remise en cause de leurs efforts et donc de leur travail peuvent alors facilement les faire basculer dans un syndrome d'épuisement professionnel (DGT et al., 2015).

**Le stress au travail** : Le stress peut être passager ou chronique. Il est le résultat d'une exposition prolongée à des facteurs de risques psycho-sociaux. Contrairement au burn-out, le travailleur qui vit une situation de stress au travail ne remet pas forcément en cause le sens de son travail et la situation qu'il vit n'est pas forcément accompagnée d'attitudes négatives envers autrui. Par rapport au stress, le burn-out est en partie liée à l'exposition à un stress persistant et ce sur une longue durée (DGT et al., 2015).

**La dépression** : La dépression est en lien avec la sphère personnelle et s'étend à divers aspects de la vie privée contrairement au burn-out qui, lui, est lié à la sphère professionnelle. La dépression est marquée par une perte d'estime de soi, une perte de goût aux choses de la vie en rapport à la sphère privée (DGT et al., 2015). En cas de burn-out, l'absence de plaisir est liée à l'incapacité d'entreprendre des activités, alors qu'en cas de dépression l'absence de plaisir est plutôt liée à une perte d'intérêt (Conseil Supérieur de la Santé, 2020).

**La fibromyalgie** : La fibromyalgie n'est pas liée à la sphère professionnelle. La différence avec le burn-out se situe au niveau des douleurs musculosquelettiques; celles-ci sont très présentes en cas de fibromyalgie alors qu'en cas de burn-out les douleurs physiques ne doivent pas être perçues comme symptômes principaux (Conseil Supérieur de la Santé, 2020).

**La fatigue chronique** : La fatigue chronique entretient un lien au travail ; la fatigue sera plutôt émotionnelle en cas de burn-out et sera associée à d'autres symptômes tels que la dépersonnalisation et la perte d'accomplissement (Conseil Supérieur de la Santé, 2020).

## 3) Manifestations et symptômes du burn-out

Le burn-out est un syndrome qui se développe en plusieurs étapes. Une fois le burn-out avéré, le soignant affecté par ce syndrome va développer plusieurs signes et symptômes pouvant être physiques ou psychologiques.

## **a) Les étapes :**

Maslach définit trois étapes dans l'apparition du burn-out. Il s'agit de l'épuisement émotionnel, du cynisme vis-à-vis du travail, de la diminution de l'accomplissement personnel au travail (Maslach et Jackson, 1981 cité par Truchot, 2004).

### **L'épuisement émotionnel**

Il s'agit de la première phase du processus. Le travailleur est fatigué, nerveux, irritable, démotivé. Pour pouvoir réaliser les tâches dont il a la responsabilité, il va « piocher » dans ses ressources personnelles qui, elles aussi étant limitées, finissent par s'épuiser. Le soignant se sent « vidé », en manque d'énergie à tel point qu'il lui devient même insupportable d'affronter une nouvelle journée de travail (Tony Machado, 2015).

### **Le cynisme vis-à-vis du travail ou la dépersonnalisation**

Le soignant se met à distance des patients, de ses collègues et adopte des attitudes négatives à leur égard. Afin de préserver le peu d'énergie qu'il lui reste, le soignant met en place de façon spontanée des mécanismes de défense tels que les barrières émotionnelles entre lui, les personnes et les situations énergivores (Tony Machado, 2015).

### **La diminution de l'accomplissement personnel au travail**

A ce stade, le soignant éprouve une perte de motivation et une perte d'estime de soi. Il a un regard sévère sur son travail et ses réalisations autant personnelles que professionnelles. Sa confiance et son estime de soi sont affectées. Il est incapable d'accomplir ses tâches professionnelles. Il pense qu'il ne pourra plus faire avancer les choses (Picart et Jaussaud, 2018).

Dans ce même ordre d'idées, les **quatre stades** d'apparition du burn-out tel que décrits par les travaux du Professeur **Hansez Isabelle et son équipe** en 2018 sont les suivants :

#### **STADE 0 : Engagement au travail avec enthousiasme idéaliste**

A ce stade, le travailleur idéalise son travail et a des objectifs professionnels élevés. Il entretient des relations de qualité avec ses collègues et est très autonome. Le travailleur est investi dans l'organisation pour laquelle il travaille et, à cette fin, doit dépenser beaucoup en énergie. Le travailleur met tout en œuvre pour être productif. Les signes du burn-out sont ici très faibles ou inexistants.

#### **STADE 1 : Fragilisation de l'idéal (Marquée par le surinvestissement)**

Le travail perd son sens. Le travailleur constate des contradictions dans son environnement de travail. Il ne perçoit plus la reconnaissance des collègues et doute de son efficacité au travail. A ce stade, il n'œuvre plus par intérêt, mais par nécessité. Il devient difficile pour lui de changer ou de faire évoluer la situation dans le bon sens. Il se surinvestit alors dans ses tâches au point

de s'épuiser. S'il s'arrête de travailler, il risque de constater la frustration grandissante liée à son travail.

## **STADE 2 : Apparition du retrait protecteur (Désillusion)**

Le travailleur est déçu et se désinvestit tout doucement de l'organisation pour laquelle il travaille et se distancie des valeurs qui y sont associées. Il ne ressent plus d'émotions et modifie son comportement. Il devient difficile pour lui de garder une image positive de lui-même. Les signes cliniques tels que les troubles du sommeil ou l'impatience apparaissent. Il s'absente de plus en plus de son travail et ce "mal-être" qu'il vit se propage au niveau de la sphère privée. C'est la phase où les émotions du travailleur s'extériorisent.

## **STADE 3 : Burn-out avéré**

A ce niveau, la notion d'idéal n'existe plus. Le travailleur n'est plus capable de travailler et est incompris par son entourage. Il est « à risque » de développer un état dépressif. Il est possible qu'il réalise des projets mais en dehors de son travail. Plusieurs événements marquants peuvent être liés à cette phase : crise d'angoisse, de larmes, difficulté ou impossibilité d'aller travailler (Hansez et al., 2018).

### **b) Les symptômes du burn-out**

Les différentes manifestations du burn-out telles que décrites par la Haute Autorité de Santé en 2017 sont les suivantes ( liste non exhaustive):

**Manifestations émotionnelles** : La personne affectée est très anxieuse, triste, facilement irritable, hypersensible. La personne est marquée par une absence d'émotion, un manque d'entrain. Elle peut aussi ressentir des tensions musculaires.

**Manifestations cognitives** : Il peut s'agir de troubles de la mémoire, de l'attention, de la concentration, de difficultés à réaliser plusieurs tâches à la fois, d'erreurs mineures, d'oublis.

**Manifestations comportementales** : Un repli sur soi du travailleur est observable ainsi qu'un désintérêt pour son travail. La personne affectée s'isole et peut adopter un comportement agressif. Une diminution de l'empathie, du ressentiment, une moindre tolérance à la frustration, un sentiment d'impuissance peuvent aussi apparaître.

**Manifestations motivationnelles** : Elles sont marquées par un désengagement progressif chez le travailleur, une baisse de motivation et de moral, une diminution des valeurs associées au travail ; elles se signalent aussi par de la dévalorisation. Le travailleur va douter de ses propres compétences.

**Manifestations physiques** : Le travailleur peut souffrir par exemple d'asthénie, de troubles du sommeil, de troubles musculosquelettiques, de crampes, de céphalées, de vertiges, d'anorexie, de troubles gastro-intestinaux, de transpiration, d'angoisse. Une baisse du système immunitaire et une vulnérabilité face aux infections peuvent aussi être observées, etc (Haute Autorité de Santé, 2017 ; DGT et al., 2015).

Outre les manifestations individuelles du burn-out, il est tout aussi important de tenir compte de certains signes annonciateurs de l'existence des risques psycho-sociaux au sein d'une unité. Il s'agit de l'augmentation d'absentéisme ou de présentéisme, l'augmentation d'actions telles que les procédures judiciaires, le nombre de grèves, les violences ou les conflits interpersonnels, les mouvements accrus du personnel représentés par des démissions, des demandes de mutation, des postes non pourvus, des demandes d'aménagement de poste, etc. (DGT et al., 2015).

#### **4) Causes et facteurs de risque du burn-out chez les infirmiers en milieu hospitalier**

D'après une étude réalisée en 1996 par Lee et Ashforth sur les corrélats des trois dimensions de l'épuisement professionnel, les causes de l'épuisement professionnel seraient à 40% liés aux facteurs personnels contre 60% pour les facteurs organisationnels. (Lee et Ashforth 1996 cité par Olié et al., 2016).

Comme facteurs du burn-out, sont à citer :

##### **- *Les causes et facteurs institutionnels/Organisationnels***

Les causes ou facteurs institutionnels sont les causes liées à l'institution dans laquelle la personne travaille. Parmi les causes organisationnelles sont à souligner :

##### **La charge de travail**

D'après certains auteurs, l'épuisement émotionnel serait associé à une charge de travail élevée ainsi qu'à la pression du temps, tandis que l'épuisement professionnel, quant à lui, serait associé à des niveaux de dotation en personnel infirmier (Dall'Ora et al., 2020).

Depuis plusieurs années, les institutions de santé en Belgique font face à une pénurie du personnel infirmier. Plusieurs raisons peuvent être invoquées pour expliquer cette situation parmi lesquelles le passage des études à quatre années sans de réelles valorisations salariales pour les infirmiers, les horaires inconfortables qui ne sont pas toujours en adéquation avec une vie de famille, les risques inhérents à la profession, etc. Tout ceci fait que, pour un nombre moindre de personnel, la charge de travail est restée inchangée. Une telle situation a des conséquences sur la qualité de vie au travail car le soignant se voit dans l'impossibilité de décompresser. De plus, il doit continuer d'accomplir des tâches propres à sa profession qu'il ne peut pas confier à une personne n'ayant pas la même qualification. Ainsi, même quand la charge de travail est élevée, il se doit de poser lui-même certains actes pour le bien des patients.

En outre, la lourdeur des tâches administratives dans le milieu hospitalier ne facilite pas les choses et ne fait qu'accentuer cette charge de travail. Les tâches administratives consistent par exemple dans la mise à jour du « Dossier Patient Informatisé » : la validation de l'administration des traitements, la validation des actes techniques (la réfection des pansements, les prises de sang, la mise en place d'un cathéter périphérique), la réalisation des bilans infirmiers, etc. L'infirmier se trouve alors le plus souvent dans l'incapacité d'aller au bout de ses tâches. Ces exigences administratives réduisent fortement le temps dont disposent

les infirmiers pour être en contact direct avec les patients, risquant par ce fait de mettre en danger la sécurité de ceux-ci (Safety et Page, 2004).

### **La relation au travail**

La qualité de la relation au travail joue un rôle important dans l'apparition des risques psychosociaux. D'après une enquête réalisée en France en 2003, les relations interpersonnelles avec les supérieurs hiérarchiques, sont une source fréquente de tension au travail pour près d'un travailleur sur trois (Guignon et al., 2008 cité par Laberon et al., 2016).

Pour Estryn-Béhar et al., la qualité du travail d'équipe, les relations interpersonnelles sont autant de facteurs qui peuvent influencer la décision des infirmiers de quitter ou non la profession infirmière (Estryn-Béhar et al., 2007).

Pour limiter le risque de burn-out, le Conseil Supérieur de la Santé prône la participation du travailleur dans les prises de décision. Il est important que le travailleur puisse donner son avis et être écouté, mais surtout que cet avis puisse être pris en compte. En d'autres termes, le manager doit intégrer les subordonnés dans le processus de prise de décision (CSS, 2017).

En 2017, le Conseil Supérieur de la Santé a énuméré plusieurs conditions nécessaires pour qu'un travailleur puisse bénéficier du soutien social. Il s'agit :

- De l'existence de relations interpersonnelles de qualité entre collègues et supérieurs hiérarchiques ;
- De la reconnaissance, par la hiérarchie, du travail accompli à travers des feedbacks ;
- De la solidarité et de la confiance entre les travailleurs au travers de l'entraide, la communication, etc ;
- De la présence d'équipes compétentes et disponibles ;
- De la présence de groupes de discussion et de régulation pour les travailleurs (CSS, 2017 ; DGT et al., 2015).

Le harcèlement est aussi un phénomène à ne pas négliger dans le cadre des relations au travail. Pour le Conseil Économique et Social, le harcèlement moral au travail est défini comme reprenant « tous agissements répétés visant à dégrader les conditions humaines, relationnelles, matérielles de travail d'une ou plusieurs victimes, de nature à porter atteinte à leurs droits et leur dignité, pouvant altérer gravement leur état de santé et pouvant compromettre leur avenir professionnel » (Conseil Économique et Social 2001, cité par Picart, 2017).

### **Les exigences émotionnelles**

Dans le milieu des soins, les soignants sont souvent appelés à « simuler » leurs propres émotions. En effet, le soignant est fréquemment en contact avec la souffrance et la détresse ; il peut aussi être en tension avec les patients et les familles. Même dans ces situations, le soignant ne doit pas laisser transparaître ses émotions lors des soins et doit pouvoir montrer une attitude positive (INRS, 2021). Ainsi, par exemple, dans le cas d'un patient agressif, l'infirmier est tenu de prodiguer les soins à ce dernier; dans la majorité des cas on dira que

l'agressivité du patient est liée à son état (hospitalisation) mais l'infirmier doit trouver le moyen de le rendre réceptif malgré son propre ressenti d'agressivité.

### **Les conflits de valeur**

Concernant ce point, la question est de savoir si les valeurs partagées par les soignants sont en adéquation avec les valeurs partagées au sein de l'institution dans laquelle ils travaillent, ou tout simplement dans le service dans lequel ils prestent. Dans les unités de soins, ces conflits peuvent être entre les infirmiers, entre les infirmiers et les médecins, entre les soignants et les familles. Lorsque par exemple des soignants prennent en charge des patients chroniques avec souvent des pronostiques incertains, ils ont besoin de trouver un sens à leur travail difficile. S'ils ne peuvent pas, ils sont susceptibles d'en souffrir et d'avoir le sentiment que leur travail n'a aucun sens et ne sert pas à grand-chose. Dans le cas de certains services aigus, des études montrent que jusqu'à 30% des soignants de par le monde ont vécu au moins une situation où ils trouvaient inappropriés les soins prodigués et, dans la majorité des cas, les soins étaient jugés trop importants par rapport aux résultats attendus (Piers et al., cité par Ricou et Merlani, 2011).

La perte du sens au travail peut être amplifiée par des échanges non constructifs avec des collègues ou un manque d'encadrement dans la manière de travailler. C'est par exemple le cas lorsqu'il n'existe aucune possibilité de discussion ; ou lorsque le manager impose aux soignants ce qui fait sens pour lui en refusant toute possibilité de discussion. Le soignant se retrouve alors sans aucun mot à dire (DGT et al., 2015).

### **Les horaires de travail**

Dans une étude réalisée en Thaïlande en 2015, les résultats montrent qu'il existe une corrélation positive entre les heures de travail prolongées et la survenue d'erreurs sur les patients, l'émergence des plaintes émanant des patients et/ou l'apparition des escarres d'une part, et d'autre part l'apparition de l'épuisement émotionnel et de la dépersonnalisation des infirmiers. Cette même étude fait part de ce que la moyenne des heures de travail prolongées du personnel infirmier étaient de 18,82 heures par semaine. Or, ces heures de travail prolongées ne favorisent pas la satisfaction au travail de façon générale, ni l'intention de ne pas quitter l'organisation et la productivité de l'organisation (Kunaviktikul et al., 2015).

Les raisons pouvant expliquer ces longues heures de travail sont multiples, allant de l'envie d'avoir une rémunération supplémentaire, en passant par la recherche d'horaires de travail plus flexibles, jusqu'au remplacement d'un personnel absent.

Généralement, les infirmiers travaillant dans les unités d'hospitalisation travaillent sur trois shifts (matin, après midi et nuit). Ceux du matin commencent leur journée de travail aux environs de 7h00 ; ceux du soir terminent leur travail après 20h. Ces horaires sont souvent assez délicats pour les infirmiers ayant des familles. Ils se voient souvent contraints de faire des concessions à l'égard de leur famille afin d'honorer leur travail.

## **L'ambiguïté des rôles**

Le rôle se définit par les attentes au niveau des comportements, des attitudes et des devoirs formulés par l'organisation. Défini en fonction d'autres rôles occupés par d'autres personnes, il permet ainsi de fournir un cadre de référence dans lequel chacun sait ce qui est attendu de lui (Picart, 2017).

Pour Truchot (2004), il existe quatre sources d'ambiguïté de rôles. Il s'agit des buts, des attentes et des responsabilités (ce qui est attendu) ; des processus (comment faire les choses ?) ; des priorités (ce qu'il faut faire et dans quel ordre le faire); et des comportements (quels comportements pour arriver aux résultats attendus ?). L'ambiguïté des rôles apparaît alors lorsque les tâches prescrites sont « floues » (Truchot, 2004 cité par Picart, 2017).

Dans les équipes infirmières, de plus en plus d'infirmiers remplacent un collègue d'un grade différent en cas d'absence (par exemple l'infirmier de salle remplace le chef, ou l'infirmier remplace l'aide logistique ou l'aide-soignant, etc.). Dans ce cas, les tâches à accomplir par l'infirmier remplaçant ne sont pas forcément connues par ce dernier. Il ne sait pas exactement ce qui est attendu de lui et il joue un rôle qui n'est pas le sien. Une telle situation peut entraîner une gêne, des oublis, des erreurs, et même souvent des conflits entre les collègues.

## **L'interruption des tâches**

Dans l'exercice de sa fonction, l'infirmier est souvent interrompu pour différentes raisons : les sonnettes des patients, les cas d'urgence à gérer, les demandes des collègues, les besoins des familles, les demandes d'autres services, etc.

Un article de revue réalisé en 2016 pour le compte de la Haute Autorité de Santé définit l'interruption des tâches comme « l'arrêt inopiné, provisoire ou définitif d'une activité humaine, la raison étant propre à l'opérateur ou au contraire externe. Cette interruption des tâches induit une rupture dans le déroulement de l'activité, une perturbation de la concentration de l'opérateur et une altération de la performance de l'acte ». Cette perturbation de concentration chez l'infirmier peut donc être source d'erreurs et de stress (Sami et al., 2016).

Même si certaines interruptions de tâches sont justifiées, l'Observatoire du Médicament, des Dispositifs et de l'Innovation Thérapeutique préconise une réduction de l'interruption des tâches des soignants en vue d'une meilleure prise en charge des patients et d'une réduction de la survenue d'erreurs médicamenteuses (OMEDIT, 2021).

## **Le style de management**

Le style de management adopté par le manager est en lien avec la santé mentale des collaborateurs. Pour Mackie et al., les pratiques d'un management participatif ont pour effet d'atténuer les phénomènes de stress et de dépression des employés tandis que le contrôle hiérarchique est plutôt une source de souffrance au travail (Mackie et al., 2001, cité par Laberon et al., 2016).

Dans le même ordre d'idées, les travaux de Likert réalisés en 1961 soutiennent que le management participatif serait une forme de management efficace car il permettrait d'avoir un niveau plus élevé de motivation, de performance et de bien-être des collaborateurs. Ce style de management permettrait une meilleure collaboration entre collaborateurs, moins d'absentéisme et de turn-over, tandis que le style de management autoritaire serait plutôt, quant à lui, une source de phénomènes opposés au style participatif (Likert 1961, cité par Laberon et al., 2016).

#### - ***Les causes individuelles du burn-out chez les infirmiers***

Les causes individuelles du burn-out peuvent être regroupées en plusieurs catégories :

#### **Les variables socioprofessionnelles**

Pour Thibaud Socquet, le nombre d'années d'expérience professionnelle joue un rôle dans la survenue du burn-out. En effet, et selon lui, plus un individu a de l'expérience dans un travail, plus il pourra puiser des solutions dans ses expériences antérieures afin de faire face aux stressseurs. Pour Socquet, le risque de burn-out serait aussi en lien avec le niveau de responsabilité. Au plus un travailleur occupera un poste à forte responsabilité, au plus il sera à risque de développer le burn-out (Thibaud Socquet-Clerc, 2021).

Pour De Vlieghe et Mertens, l'âge et la composition familiale sont des composantes à prendre en compte dans la survenue ou non du burn-out. Par exemple, les travailleurs de moins de 25 ans présenteraient un risque de burn-out 2,4 fois plus élevé que ceux de plus de 54 ans (39,0% contre 16,3%) ; les célibataires avec de jeunes enfants, quant à eux, courent un risque plus élevé que les autres travailleurs (33,3% contre 23,9%) (De Vlieghe et Mertens, 2022).

#### **Le style de vie**

Il est important d'adopter un style de vie qui aide à faire face au stress ; il s'agit par exemple d'une alimentation équilibrée, d'un sommeil de qualité, de la pratique d'une activité physique régulière, des relations sociales positives, etc (Thibaud Socquet-Clerc, 2021).

#### **Les traits de personnalité**

Plusieurs traits de personnalité peuvent favoriser la survenue du burn-out chez des personnes. C'est ainsi par exemple qu'une personne perfectionniste va générer des tensions qui ne sont pas nécessaires. En effet, les perfectionnistes ont des attentes beaucoup trop élevées ; ils ont besoin d'être parfaits et ont souvent besoin de faire mieux. Toujours en état de tension, le perfectionniste a du mal à lâcher prise et est donc plus susceptible de souffrir de burn-out. Le manque d'affirmation de soi peut aussi être source de burn-out. Or, il est important, certaines fois, de pouvoir dire non et de postposer une demande. La connaissance de ses limites est aussi un atout car l'incapacité à mettre des limites peut engendrer une surcharge de travail pouvant conduire au burn-out (Haikin Dimitri, 2008).

## **II- Diagnostiquer et prévenir le burn-out des infirmiers en milieu hospitalier**

Cette partie aborde de façon succincte les différents outils de mesure du burn-out, les conséquences du burn-out aussi bien au niveau organisationnel qu'individuel, les différentes stratégies et mesures de prévention existant en milieu hospitalier ainsi que les différents acteurs dans la prévention des risques psycho-sociaux.

### **1) Outils de mesure et de dépistage du burn-out**

Avant de débiter toute analyse diagnostique du burn-out, il est important au préalable de faire une anamnèse pour évaluer l'existence ou non d'un burn-out. Cette anamnèse se fait sur la base de différentes manifestations cliniques, d'analyse des conditions de travail et des facteurs individuels de prédisposition au burn-out. Plusieurs instruments que nous citons ci-après peuvent être utilisés à des fins informatives (Conseil Supérieur de la Santé, 2017).

#### **Le Maslach Burn-Out Inventory (MBI)**

Développé en 1981 par Maslach et Jackson, cet outil de mesure permet d'évaluer les conséquences du stress chronique chez une personne au travers de 22 questions qui explorent les trois échelles du burn-out comme suit : 9 items pour l'épuisement émotionnel, 5 items pour la dépersonnalisation, 8 items pour le sentiment d'accomplissement personnel. Il existe en deux versions : une pour la population spécifique (population d'aide et de soins, profession d'enseignement, d'éducation) et une autre pour la population générale au travail (Maslach et Jackson, 1981 cité par INRS, 2015).

#### **Le Burn-Out Measure (BM)**

Développé par Pines et Aronson en 1988, le Burn-Out Measure est l'un des outils les plus utilisés pour évaluer le degré d'exposition d'un individu au burn-out. Il explore à travers 21 questions trois dimensions également : l'épuisement physique, l'épuisement émotionnel et l'épuisement mental. Il s'agit d'un instrument stable dans le temps et associé à une échelle de réponses en sept points : allant de « jamais » (point 1) à pour « toujours » (point 7) (Lourel et al., 2007).

#### **Le Oldenburg Burn-Out Inventory**

Il s'agit d'un questionnaire qui évalue deux dimensions du burn-out : l'épuisement et le désengagement à l'égard du travail. L'épuisement serait ici la conséquence d'une intense tension physique, affective et cognitive, liée à une exposition prolongée à certaines exigences de travail (Demerouti et al., 2003).

#### **Le Copenhagen Burn-Out Inventory**

Grâce à 19 items, ce questionnaire évalue le burn-out sur trois dimensions à savoir l'épuisement personnel, l'épuisement professionnel et l'épuisement relationnel. Si une seule de ces dimensions obtient un score élevé, le problème serait plutôt ponctuel, mais nécessite toutefois d'être résolu afin que ce dernier n'envahisse pas d'autres sphères de la vie aussi bien

privée que professionnelle. Par contre, un score élevé dans deux ou les trois dimensions indiquerait un état d'épuisement professionnel préoccupant nécessitant une attention urgente (Kristensen et al., 2005 ; Peter Cogen, 2014).

### **Le Burn-Out Assessment Tool**

Il s'agit d'un questionnaire validé en 2019 et qui a été élaboré par des chercheurs de la KU Leuven afin de déceler les risques d'épuisement et de burn-out chez les travailleurs et ceci grâce à différents indicateurs (Securex, 2024). En effet, ces chercheurs partent du principe que le MBI, qui est l'instrument scientifique utilisé depuis plusieurs années pour détecter le burn-out chez les travailleurs, est non seulement déjà très ancien, mais aussi n'est plus à jour ( par exemple, on note l'absence de questions sur les symptômes cognitifs liés au stress et sur l'impossibilité d'effectuer correctement le travail). De plus, avec le temps, les connaissances en matière de burn-out ont largement évolué. L'objectif de ces chercheurs a donc été de mettre sur pied un instrument à jour et de meilleure qualité (Schaufeli et al., 2017).

Tel que spécifiés par le rapport de la Direction Générale du Travail en 2015 et Olié et al., en 2016, il est important de souligner que les différents outils cités ci-dessus sont à utiliser en complément des données liées au vécu des travailleurs, de leur santé, des signes cliniques observés et entendus ; ils ne sont donc pas des outils diagnostiques proprement dits (ou qui se suffiraient à eux-mêmes).

## **2) Les conséquences du burn-out des infirmiers en milieu hospitalier**

Les conséquences du burn-out peuvent être organisationnelles (c'est-à-dire au niveau de l'équipe, de l'institution) ou individuelles (c'est-à-dire liées à la personne).

### **- Conséquences au niveau de l'organisation**

#### **Diminution de la qualité des soins aux patients**

Le burn-out du soignant n'agit pas seulement sur la qualité de vie de ce dernier, mais aussi sur celui des patients. Lorsque la charge de travail est trop élevée, ou alors lorsque le ratio patient/infirmier est trop élevé, les infirmiers sont insatisfaits de leur travail et souvent en burn-out. Ceux-ci n'ont pas assez de force pour s'investir dans la qualité des soins aux patients. On peut l'observer, par exemple, par un manque de réactivité dans des situations urgentes de réanimation entraînant un risque élevé de décès des patients (Aiken et al., 2002 ; Ricou et Merlani, 2012).

#### **Accroissement du taux d'absentéisme**

L'absentéisme est un phénomène a ne pas à prendre à la légère. C'est un phénomène qui peut affecter l'organisation, mais aussi la santé et le bien-être des travailleurs. D'après un article de SD Worx, le taux d'absentéisme en Belgique aurait atteint un nouveau niveau record en 2022. L'absentéisme à court terme, c'est-à-dire à moins d'un mois, aurait connu une augmentation de près de 20% (à 3,43%), et l'absentéisme à moyen terme, c'est-à-dire entre un mois et un an, quant à lui, aurait augmenté de 1,65% à 3,18%. D'après ce même article, près de 13% de

salariés ont été absents pour une durée moyenne comprise entre 1 mois et 1 an (SD Worx, 2022).

### **Augmentation du présentisme**

Le présentisme consiste dans le fait pour un travailleur d'aller travailler alors qu'il est sujet à des problèmes de santé de nature physique et/ou psychologique nécessitant de s'absenter (Gosselin et Lauzier, 2011). Ce présentisme peut être volontaire ou involontaire. Pour Shan et al. (2021), les principales causes de présentisme chez le personnel infirmier seraient le système de congés, les besoins financiers, la charge de travail, et la conscience professionnelle.

Une étude réalisée aux États-Unis en 2012 fait état de ce que le présentisme a pour conséquences l'augmentation des chutes de patients, d'erreurs de médication et une baisse de la qualité des soins. Les coûts liés à l'augmentation des chutes et des erreurs de médication causées par le présentisme seraient estimés à 1 346 dollars par infirmier en Caroline du Nord et un peu moins de 2 milliards de dollars par an aux États-Unis (Letvak et al., 2012).

### **Turn over et roulement du personnel**

Un taux de roulement élevé du personnel infirmier dans un service ou une unité de soins peut avoir des conséquences néfastes sur la sécurité des patients car souvent, le personnel nouveau ou intérimaire ne connaît pas bien l'hôpital ou les spécificités de soins propres à l'unité. Berkman et al. (2008), vont aussi dans ce sens quand ils soulignent qu'à une dotation infirmière trop faible dans une unité de soins est liée une augmentation des erreurs médicales, des infections nosocomiales, des escarres de décubitus, une augmentation des durées de séjour, des échecs thérapeutiques.

Pour l'hôpital, le roulement élevé du personnel entraîne plusieurs coûts. Il s'agit, par exemple, des coûts d'absence pour maladie, des coûts directs liés à la formation du personnel nouveau, à l'embauche de ce nouveau personnel, des coûts liés à l'emploi du personnel intérimaire, des coûts relatifs aux heures supplémentaires des infirmiers fixes présents, etc (Margaret Lindquist, 2023).

### **Au niveau de l'équipe/unité de soins**

Une exposition chronique du personnel au stress dans son travail peut avoir un impact sur l'équipe. Le soignant qui subit une situation de stress chronique finit par devenir irritable. Il aura du mal à bien faire son travail, à accepter les remarques, même si elles sont énoncées dans son propre intérêt. Au fur et à mesure, le reste de l'équipe sera aussi impacté et des conflits apparaîtront. Ceux-ci auront pour conséquence une dégradation des relations et l'installation d'une mauvaise ambiance de travail au sein de l'équipe. Afin d'éviter des conflits, certains travailleurs préfèrent se tenir à distance d'autres collègues. Or la distanciation sociale a pour conséquence l'absence de soutien social qui elle-même est un facteur de risque de burn-out.

## - **Conséquences du burn-out sur le soignant**

### **Atteintes physiques et psychologiques**

Les atteintes physiques et psychologiques du burn-out sur les soignants varient d'une personne à l'autre : il s'agit d'atteintes telles que maux de tête, problèmes digestifs, fatigue chronique, troubles du sommeil, douleurs musculaires, hypertension, diabète, ulcères (pour ce qui est des atteintes physiques), colère, anxiété, pertes de mémoire et oublis, sentiment d'impuissance, etc. (pour ce qui est des atteintes psychologiques) (Amraoui, 2018).

### **Consommation abusive de médicaments**

Pour garder ou recouvrer un niveau de performance professionnelle élevé, certaines personnes atteintes de burn-out vont s'automédiquer avec des psychostimulants tels que la cocaïne, la caféine, les amphétamines, ou consommer des substances telles que l'alcool et des anxiolytiques pour réduire l'angoisse (Olié et al., 2016).

### **Volonté d'abandon et de réorientation professionnelle**

Une étude réalisée en 2018 auprès d'un échantillon pondéré de 50 273 infirmiers aux États-Unis faisait état de ce que, parmi les infirmiers ayant quitté la profession ou qui envisageaient de quitter la profession en 2017, 31,5% déclaraient quitter la profession suite à un épuisement professionnel. Cet épuisement professionnel était en lien avec un environnement de travail stressant (milieu hospitalier) et aussi un manque de personnel (Shah et al., 2021).

## **3) Stratégies et mesures de prévention du burn-out des infirmiers en milieu hospitalier**

Afin de prévenir le burn-out du personnel soignant, des stratégies et des mesures peuvent être mises en place. Elles sont d'ordre individuel et d'ordre organisationnel.

### - ***Les stratégies individuelles***

Il s'agit ici des mesures propres à la personne :

#### **L'équilibre vie personnelle - professionnelle**

Il est important d'avoir un juste équilibre entre le temps ou importance à accorder à la vie professionnelle et le temps ou importance à consacrer à des activités personnelles. Cet équilibre requiert une réévaluation constante et une distinction entre ces deux sphères de la vie. Par ce moyen, le travailleur sera plus à même de se rendre compte ou de prendre conscience des différents signes précurseurs du burn-out en étant plus attentif aux différentes manifestations physiques, émotionnelles et cognitives en lien avec le stress chronique. Cette évaluation peut être faite en autonomie ou avec l'aide d'un professionnel. Le travailleur devra choisir la période qui lui convient le mieux (annuellement, mensuellement, etc.) afin d'agir dans les plus brefs délais (Doutriaux Alphonse, 2024).

## **L'hygiène de vie**

Pour prévenir le burn-out, il est important de prendre soin de soi, d'adopter une bonne hygiène de vie, qui passe par la réalisation d'une activité physique régulière, une alimentation équilibrée, un sommeil de qualité (Doutriaux Alphonse, 2024).

## **Participation à des programmes de formation de gestion du stress**

Le but de ces formations est de mettre à disposition des infirmiers et infirmiers chefs des moyens pour leur permettre de faire face au stress, facteur de risque du burn-out.

### **- Les stratégies organisationnelles**

Il s'agit des mesures de prévention qui peuvent être mises en place par l'hôpital. Ces mesures de prévention peuvent être décrites à trois niveaux :

#### **a) La prévention primaire**

D'après Hansez et al. (2018), elle correspond au stade 0 de l'apparition d'un burn-out chez un travailleur. Le but est d'éliminer les causes du burn-out. Dans cette phase, le travailleur est enthousiasmé par sa profession. Il n'y a apparemment pas de signes de burn-out. Le travailleur idéalise sa profession.

Pour la DGT, l'ANACT et l'INRS (2015), la prévention du burn-out par une organisation passe par l'intégration des différents facteurs de risques psycho-sociaux dans son processus d'évaluation et de prévention des risques professionnels. Pour eux, la prévention primaire se fera à six niveaux. Il s'agit de :

#### **Informier et former les travailleurs**

Il s'agira ici de former le travailleur et les managers de proximité à la connaissance des différents risques psycho-sociaux existants et des différents réseaux de prévention présents aussi bien au sein de l'organisation qu'à l'extérieur de celle-ci. Au plus l'employeur sensibilise et forme les travailleurs à la connaissance des différents risques psycho-sociaux, dont le burn-out, au plus ceux-ci seront capables de détecter des signes ou signaux de ces risques auprès de leurs collègues ou pour eux-mêmes. Cette sensibilisation doit être faite à tous les niveaux de la ligne hiérarchique (DGT et al., 2015 ; Hansez et al., 2018).

La formation continue va permettre de mettre à jour les connaissances des travailleurs.

#### **Veiller à la charge de travail de chacun**

Il est important pour les infirmiers chefs d'adapter les horaires de travail de façon à ce qu'il y ait une adéquation entre la vie professionnelle et la vie personnelle afin de respecter les différents désidératas des travailleurs (du moins dans la mesure du possible). Le manager de proximité doit pouvoir réguler les heures supplémentaires de manière à ce que celles-ci ne soient pas considérées comme une norme contraignante absolument obligatoire. Les heures

supplémentaires doivent pouvoir être récupérées par les collaborateurs d'après la politique existante dans l'hôpital (par récupération en nature d'heures ou de façon pécuniaire). Le manager de proximité doit instaurer au sein des équipes des dialogues et des discussions en vue de s'accorder sur la vision des « priorités » et sur la façon de traiter les surcharges de travail (DGT et al., 2015).

### **Garantir un soutien social solide**

Il s'agit pour l'infirmier chef de mettre en place des ressources en vue de favoriser un engagement optimal des travailleurs. Il s'agit, par exemple, pour le chef d'équipe/d'unité de jouer son rôle de régulateur d'équipe, de définir des objectifs communs, en faisant participer les travailleurs au projet de l'unité ou du service, en mettant en place des politiques qui favorisent les feedbacks, les possibilités de développement des travailleurs, l'autonomie des personnes, les relations de confiance entre les membres de l'équipe (Hansez et al., 2018). Il est important d'instaurer dans l'organisation des groupes de discussion et de parole dans lesquels les personnes pourront échanger sur les difficultés rencontrées au travail, les situations vécues, et aborder différentes solutions envisageables et ce de manière collective. De plus, cette disposition permet aux membres des équipes d'avoir des moments de convivialité entre eux, de rendre plus fluides les rapports entre travailleurs et responsables de proximité (DGT et al., 2015).

### **Assurer la juste reconnaissance du travail**

Dans son engagement professionnel, le travailleur ne doit pas avoir le sentiment qu'il est lésé, qu'il y a un manque de reconnaissance de son travail, ou alors qu'il y a un déséquilibre entre ce qu'il investit dans ses tâches et ce qu'il reçoit en retour. Il est important que les managers de proximité soient assez équitables et transparents dans la reconnaissance du travail entre les différents collègues et qu'ils luttent contre toute forme d'injustice (DGT et al., 2015).

### **Discuter des critères de qualité du travail**

Il est primordial qu'un cadre soit fixé pour tous. Les travailleurs doivent partager la même conception de ce qu'est un travail de qualité en tenant compte des contraintes propres à la profession. Une telle orientation ne peut se faire que grâce à un dialogue entre l'équipe et le supérieur hiérarchique (DGT et al., 2015).

### **Donner des marges de manœuvre**

Il est aussi essentiel que le travailleur se sente intégré dans l'organisation dans laquelle il travaille. Pour cela, il doit pouvoir avoir son « mot à dire » dans les prises de décision et être écouté. A cette fin, les managers de proximité doivent mettre en place des formes de communication efficaces ouvrant l'espace pour une discussion concernant les projets de l'organisation et les différentes décisions à prendre. Le travailleur doit être un acteur dans les processus de décision et l'organisation doit pouvoir lui faire confiance et intégrer son avis (DGT et al., 2015).

Pour certains auteurs, notamment la plateforme Addict'Aide, il est capital d'adapter un management sain au sein des équipes. En effet, certains managers adoptent des styles de management qui ont pour but de contrôler les individus. Or ce type de management a pour conséquence d'augmenter le stress au sein des équipes. Au vu du rôle important du manager de proximité dans la prévention du burn-out, adopter un management sain au sein des équipes consisterait pour le manager à :

- Favoriser la confiance de par les encouragements, les feedbacks positifs, en reconnaissant les efforts, en maintenant des valeurs telles que l'équité ;
- Diminuer la pression par des échanges de qualité, par exemple en encourageant les loisirs personnels, en favorisant l'adéquation entre vie professionnelle et vie familiale ;
- Alléger la charge de travail en faisant respecter les horaires, en évitant de valoriser le surinvestissement, en se rassurant de la légitimité d'un effort demandé (Addict'Aide, 2020).

### **b) La prévention secondaire**

Pour Hansez et al., la prévention secondaire correspond au stade un et deux d'apparition du burn-out. Ce stade est marqué par le cynisme vis-à-vis d'autrui et le détachement. La personne souffre déjà de quelques troubles liés au burn-out. La prévention secondaire a pour but le diagnostic précoce et le traitement de ces symptômes (Delbrouck et al., 2011). Au niveau organisationnel, elle vise à trouver des solutions pour réduire les différentes contraintes liées au travail et pour favoriser de nouvelles ressources telles que des espaces de collaborations, des mentorats, le support social, etc. (Hansez et al., 2018).

### **c) La prévention tertiaire**

Pour Hansez et al. (2018), la prévention tertiaire est liée au stade 3 d'apparition du burn-out. Il s'agit du stade de burn-out avéré. Cette prévention s'opère à trois niveaux, à savoir l'accompagnement des personnes en arrêt de travail, le suivi thérapeutique par la médecine du travail, et l'accompagnement pour le retour au travail.

#### **Accompagner la personne en arrêt maladie**

Ce niveau est assuré par le médecin généraliste. Il consiste à écouter le patient afin de repérer les symptômes qui accompagnent le burn-out. Le médecin généraliste devra mettre la personne en arrêt de travail en fonction de sa situation. Une prescription d'anti-dépresseurs est envisageable mais n'est conseillée que si la personne a des antécédents de dépression. De manière générale, il est important de limiter au mieux la prise de médicaments (Hansez et al., 2018).

#### **Assurer le suivi thérapeutique par la médecine du travail**

Ce suivi se fera en plusieurs étapes : la première consiste en un suivi en phase de crise, et cela grâce au dialogue avec la personne ; la deuxième phase vise à trouver des solutions aux problèmes ; la troisième phase se focalise sur la mise en application. Pour cela, le travailleur devra appliquer à sa vie quotidienne les différentes solutions repérées afin de mieux correspondre à ses besoins. Cette étape dure entre trois à six semaines. A l'issue de ce

processus, la médecine du travail évalue la nécessité d'un suivi psychologique complémentaire et elle accompagne ensuite la personne à son retour au travail ou, le cas échéant, l'accompagne dans une transition professionnelle (Hansez et al., 2018).

### **Accompagner le retour au travail**

Il s'agira pour l'organisation d'aménager les conditions de travail tels que les horaires de travail, la sensibilisation de l'équipe sur les conditions de reprise du travail ainsi que les difficultés rencontrées par le travailleur, la mise en place d'une politique claire de réintégration « des malades » de longue durée au sein de l'organisation (Hansez et al., 2018).

#### **4) Les acteurs de la prévention des risques psycho-sociaux**

Pour que la prévention des risques psycho-sociaux réussisse dans une organisation, tous les acteurs doivent être impliqués. D'après le guide pour la prévention des risques psycho-sociaux au travail du SPF Emploi Travail et Concertation Sociale parut en 2020, plusieurs acteurs peuvent accompagner le travailleur en souffrance. Il s'agit :

**Des collègues et des managers de proximité** : Etant plus proche du travailleur, ils sont plus susceptibles d'écouter celui-ci en souffrance, d'aider à comprendre le problème et à le résoudre ;

**La personne de confiance** : Généralement elle intervient dans les petites organisations. Il s'agit d'une personne désignée par l'organisation qui agit en toute confidentialité et qui est là pour écouter, informer, conseiller et chercher une solution avec le travailleur. Cette personne agit de manière informelle et cette mesure n'est pas obligatoire ;

**Le conseiller en prévention** : Il peut être interne ou externe à l'organisation. Il écoute, informe et conseille aussi bien l'employeur que le travailleur sur les différents risques psycho-sociaux et aide à trouver les solutions aux problèmes. Contrairement à la personne de confiance, il s'agit d'un expert obligatoire dans l'organisation qui agit aussi bien pour les procédures informelles que formelles.

**Le médecin du travail de l'entreprise** : Sur le lieu du travail, ce médecin est garant de la santé des travailleurs. En cas de problème de santé, il aide et informe sur les solutions existantes, aussi bien en interne qu'en externe (associations, psychiatres, etc.).

**L'inspection du travail** : Elle a pour rôle de conseiller les organisations et de contrôler l'application de la réglementation en matière de bien-être et de sécurité des travailleurs. Il peut obliger l'employeur à prendre certaines mesures pour le bien-être de ceux-ci (SPF, 2020).

**Les représentants des travailleurs (syndicats)** : Constitués en groupe de personnes, les syndicats ont pour rôle l'étude et la défense des droits ainsi que des intérêts matériels et moraux, des personnes visées par leurs statuts aussi bien au niveau individuel que sociétal (Infor Jeunes Bruxelles, 2024).

A noter que tous ces différents acteurs qui interviennent dans la prévention des risques psycho-sociaux peuvent être interpellés par le chef d'unité ou de service au besoin.

### **III- L'infirmier chef en milieu hospitalier**

En milieu hospitalier, les chefs/adjoins d'unité jouent un rôle important dans la prévention du burn-out des équipes dont ils ont la responsabilité. Pour remplir ce rôle, il est important que ces infirmiers aient des compétences nécessaires. Souvent, et même malgré leur bonne volonté, ces leaders de proximité font face à plusieurs difficultés qui rendent parfois difficile l'exercice de leur rôle propre.

#### **1) Les compétences de l'infirmier chef**

L'infirmier chef d'unité telle que visé par l'article 17bis de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, est défini comme étant le « responsable de l'organisation, de la continuité et de la qualité de l'activité infirmière au sein de son équipe, qui lui est confiée par le chef du département infirmier » (AR du 13 Juillet 2006).

L'infirmier chef d'unité travaille en collaboration directe avec son supérieur hiérarchique, l'infirmier chef de service. Les compétences de l'infirmier chef d'unité relèvent d'abord des sept compétences de l'infirmier responsable des soins généraux tels que définies par le Conseil Fédéral de l'Art Infirmier en ses séances du 1er avril 2015 et du 12 janvier 2016, à savoir être capable de poser un diagnostic infirmier de manière autonome, d'assurer une communication professionnelle, d'analyser et évaluer la qualité de soins, de collaborer aussi bien avec les familles, les patients et l'équipe multidisciplinaire, de gérer des projets de santé, d'assurer sa responsabilité professionnelle, de responsabiliser les individus dans la prise en charge de leur santé (CFAI, 2015 et 2016). A cela s'ajoutent les compétences de management ou de gestion d'une équipe propres à la fonction. Cette fonction de manager consiste à planifier, organiser et contrôler les moyens et les ressources humaines et matérielles nécessaires pour atteindre les objectifs de l'établissement de soins (AR du 13 Juillet 2006).

Le management est un facteur important dans la prévention des risques psycho-sociaux sous plusieurs aspects. Il permet de faire remonter les problèmes au niveau de la hiérarchie et permet au manager de réguler les différents troubles ou risques psycho-sociaux existants. A cette fin, le manager doit non seulement être formé à son rôle de régulation, mais doit aussi être sensibilisé aux différents risques psycho-sociaux présents. Cependant, si le manager est lui-même touché par un trouble psycho-social, il lui sera difficile d'assurer son rôle propre de manager et il risque être un potentiel vecteur de troubles chez ses collaborateurs en déchargeant sa propre souffrance chez ces derniers (Bilheran et Adam, 2011).

(En annexe 2, un descriptif de fonctions de l'infirmier chef d'unité au sein des hôpitaux Iris Sud).

#### **2) Les réalités sur le terrain**

Aujourd'hui, la main d'œuvre en personnel infirmier se fait de plus en plus rare. Les unités de soins sont souvent en manque de personnel et doivent faire face à des absences de différentes

natures. Dans ces unités de soins, les équipes infirmières se retrouvent bien des fois avec la même charge de travail pour un personnel moins nombreux, et donc plus soumises à nombre de facteurs pouvant causer le burn-out.

Quant à lui, l'infirmier chef, de par sa fonction et de par sa proximité avec les équipes soignantes, est souvent appelé à remplacer un membre du personnel absent. Concrètement, cette situation l'amène, en plus de son rôle de manager, à prodiguer des soins et à endosser deux rôles à la fois. Non seulement cette situation peut l'épuiser, mais aussi l'entraver dans l'exercice même de son rôle de manager. S'il est fatigué ou en manque de ressources, étant en outre accablé par la charge de travail, il manque de disponibilité et d'attention pour observer, prendre soin de son équipe, être tout simplement avec elle. En outre, dans bien des cas, il devra assumer des options ou des décisions prises par sa hiérarchie, et cela alors qu'il ne les partage peut-être pas ou qu'il n'a pas été inclus dans le processus de discussion et de décision. Cet état des choses peut devenir source de frustration pour lui, et donc d'éventuel burn-out.

Pour Nelson Kenneth, le rôle de l'infirmier chef serait considéré comme le rôle le plus exigeant en soins de santé. En effet, il soutient que les infirmiers chefs sont responsables des résultats financiers de l'unité, de l'expérience du patient, de la fourniture d'un environnement de travail sûr pour le personnel avec qui ils travaillent, etc. Pour lui, l'étendue des responsabilités des chefs infirmiers contribue à l'augmentation des exigences professionnelles et de leur stress au travail. La charge de travail, le stress peuvent conduire à un épuisement de ces infirmiers chefs et par conséquent être source de désengagement de ces derniers (Nelson Kenneth, 2017).

### ***Conclusion de la partie théorique***

Dans cette première partie, nous avons abordé la notion de burn-out ainsi que les différentes notions liées à ce syndrome. A tour de rôle, nous avons évoqué les causes et facteurs de risque, les manifestations et les symptômes, les moyens de prévention. Il en ressort que le burn-out serait la résultante d'une exposition prolongée à des « stressseurs » entraînant l'épuisement émotionnel, le cynisme vis-à-vis du travail ainsi qu'une diminution de l'accomplissement personnel au travail. La survenue du burn-out dépend à la fois de facteurs individuels, c'est-à-dire qui sont propres à l'individu, et de facteurs d'ordre organisationnel, relatifs à la « structure » dans laquelle il travaille. Ses manifestations peuvent être d'ordre physique, émotionnel, motivationnel, comportemental, etc. De nos jours, s'il existe différents outils permettant de déceler les signes de burn-out chez un travailleur, il apparaît que ces outils de prévention d'ordre individuel et organisationnel doivent être utilisés en tenant compte du vécu et de la singularité de la personne. De même, plusieurs moyens de prévention peuvent être activés pour déjouer le piège de ce syndrome. De par leur proximité avec l'équipe infirmière, il convient de souligner que les chefs d'unité jouent un rôle primordial dans la prévention du burn-out au sein de leurs équipes. Ce rôle de prévention passe par la reconnaissance du travail de chacun, par des encouragements, le soutien social, des feedbacks réguliers, la prise en compte de l'avis de chaque membre, l'information, l'insertion dans des processus de décision, etc. Cependant, force est de constater que la pénurie existante dans les hôpitaux contraint souvent les infirmiers chefs à endosser deux rôles et à les placer dans une situation guère favorable à l'exercice de leur fonction première et susceptible d'être elle-même source de fatigue accrue voire de burn-out pour eux. Dans la suite de ce travail sera présenté un ensemble de solutions émises par les infirmiers chefs en vue d'améliorer la prévention du burn-out des équipes dont ils sont responsables.

## DEUXIEME PARTIE : PARTIE PRATIQUE

La première partie, d'ordre théorique, après la description du cadre de l'étude (Chapitre 1) s'est penchée sur le syndrome du burn-out (Chapitre 2) en présentant brièvement la « littérature » à ce sujet quant à sa définition, aux manifestations, aux causes et moyens de prévention de celui-ci, ainsi qu'à la « figure et au rôle de l'infirmier chef ».

Quant à elle, la présente partie, d'ordre théorique, est consacrée à la méthodologie mise en œuvre (Chapitre 3) et à l'analyse des données recueillies lors des entretiens (Chapitre 4).

### Chapitre 3 : Méthodologie

Ce chapitre présente, dans une première section, « Le déroulement de la recherche » (I), un rappel de la question et du but de notre recherche (point 1), le lieu de la recherche (point 2), les caractéristiques de l'échantillon (point 3), la sélection de celui-ci et la prise de contact (point 4) ainsi que les considérations éthiques en lien avec la recherche (point 5). Dans la deuxième section, « Méthodes d'analyses et de collecte de données » (II), seront définis le type de recherche (point 1), la technique de collecte de données utilisée (point 2), la méthode de collecte de données utilisée (point 3) et la stratégie de recherche documentaire utilisée (point 4).

#### I- Déroulement de la recherche

Avant d'entrer dans le vif du sujet, il est nécessaire de présenter le cadre dans lequel s'est effectuée la recherche ainsi que la façon dont ont été choisis les intervenants.

##### 1) Rappel de la question et du but de la recherche

*La question de la recherche peut s'énoncer en ces termes :* Quelle est la perception du syndrome de burn-out par les infirmiers chefs en milieu hospitalier ainsi que de leur rôle dans la prévention du burn-out auprès des équipes soignantes dont ils ont la responsabilité ?

Les hypothèses soulevées par notre question sont les suivantes :

- Vu la pénurie du personnel soignant, les conditions de travail en milieu hospitalier peuvent être source de risques psycho-sociaux ;
- De par la proximité avec les équipes soignantes, l'infirmier chef doit mettre en place des moyens et méthodes pour limiter au mieux ces différents risques ;
- La connaissance des différents risques psycho-sociaux et plus particulièrement du syndrome de burn-out par ces managers apparaît comme nécessaire dans l'exercice de leur rôle de prévention.

*Quant au but de la recherche,* il consiste à décrire ce qu'est le syndrome de burn-out en abordant les causes, les manifestations, les conséquences et les différents moyens de prévention d'une part ; et d'autre part, de mettre en lumière le rôle des infirmiers chefs dans la prévention du burn-out des équipes soignantes dont ils sont responsables, mais aussi de relever les différentes propositions d'amélioration de la prévention dudit syndrome.

## **2) Lieu de la recherche**

Pour ce travail, nous nous sommes intéressés aux infirmiers chefs travaillant dans le milieu hospitalier afin de respecter au mieux notre thématique de recherche. Nous nous sommes concentré sur les hôpitaux du réseau Iris Sud en raison de la faisabilité de la recherche dans ces hôpitaux (accord de la direction) et de l'accessibilité aux infirmiers chefs d'unité et de service. Une autre raison réside dans le fait que les hôpitaux Iris Sud constituent un ensemble de quatre hôpitaux implantés sur quatre sites différents avec des spécialités différentes dans chacun de ces sites. Cette disposition permet d'avoir un échantillon conséquent pour la réalisation de l'enquête ainsi qu'une diversité de services représentés.

Les hôpitaux Iris Sud constituent un « établissement hospitalier » membre du réseau des hôpitaux publics bruxellois IRIS. Ils se définissent comme un hôpital public de proximité réparti sur quatre sites, à savoir Joseph Bracops à Anderlecht, Molière Longchamp à Forest, Etterbeek-Ixelles à Ixelles et Baron Lambert à Etterbeek. La mission des hôpitaux Iris Sud s'énonce dans le service à la vie avec passion, bienveillance et respect. En matière de soins, toutes les spécialités sont représentées. Les unités d'hospitalisation sont regroupées sur les sites d'Ixelles, Molière et Joseph Bracops. Le réseau est constitué de 2500 collaborateurs (700 indépendants et 1800 salariés), 520 lits pour 36000 hospitalisations classiques et de jour. Parmi les 1800 salariés, on dénombre un total de 990 infirmiers et paramédicaux (HIS, 2024).

## **3) Caractéristiques de l'échantillon**

A la fin de notre recherche, l'échantillon final s'est composé de 13 infirmiers chefs répartis comme suit : 3 infirmiers chefs de service (un de médecine, un de gériatrie et de soins palliatifs, un de réhabilitation); 3 infirmiers chefs adjoints d'unités de soins (un de chirurgie, un de soins intensifs, et un de cardiologie) ; 7 infirmiers chefs d'unité (deux chefs des soins intensifs, un chef de réhabilitation, un chef de gériatrie, un chef de « one Day chirurgical », un chef d'unité de cardiologie et « stroke unit », un chef d'unité de chirurgie). Notons que les différents chefs d'unité et adjoints ont été choisis de façon intentionnelle dans les différents sites. Les trois chefs de service couvrent toutes les unités d'hospitalisation ( de leur pôle) des trois différents sites.

Pour Kohn et Christiaens (2014), une douzaine d'entretiens bien ciblés peut suffire à atteindre l'objectif de saturation en recherche qualitative. Il est dès lors important de sélectionner les personnes pouvant apporter l'information pertinente. Dans le cadre de ce travail, la saturation de données a été atteinte au terme de onze entretiens. Cependant, pour une meilleure fiabilité des résultats, nous avons réalisé les deux autres entretiens.

Notons que dans les hôpitaux Iris Sud, les chefs d'unité travaillent en étroite collaboration avec leurs chefs adjoints et leurs chefs de service. Comme les chefs d'unité, les chefs adjoints jouent aussi un rôle très important dans la prévention du burn-out des équipes infirmières. Ceux-ci étant le plus souvent dans les soins proprement dits et donc plus proches du personnel infirmier, ils sont fréquemment les premiers à être au courant des dysfonctionnements de l'équipe. Ils sont alors à même de communiquer (ou transmettre) au plus tôt ces dysfonctionnements au chef d'unité afin que des mesures soient prises le plus rapidement possible. De plus, en l'absence de l'infirmier chef, il revient à l'infirmier chef adjoint d'assumer pleinement le rôle de chef.

Les critères d'inclusion retenus pour cette recherche sont les suivants :

- Travailler au sein des hôpitaux Iris Sud ;
- Être infirmier chef de service, d'unité ou adjoint d'unité ;
- Avoir au moins une année d'expérience dans la fonction de chef ;
- Travailler depuis au moins deux années au sein des hôpitaux Iris Sud ;
- Être capable de comprendre et de s'exprimer en français.

Les critères d'exclusion pour cette recherche sont, quant eux, les suivants :

- Ne pas travailler au sein des hôpitaux Iris Sud ;
- Occuper un poste autre que celui d'infirmier chef d'unité, adjoint d'unité ou chef de service ;
- Occuper le poste d'infirmier chef depuis moins d'un an ;
- Ne pas être en mesure de communiquer en français.

#### **4) Sélection des intervenants et prise de contact**

Concernant la sélection des intervenants, nous avons adopté la démarche suivante :

Tout d'abord, et cela avant de commencer la collecte de données, un courrier a été envoyé à la direction des soins des hôpitaux Iris Sud afin de demander l'autorisation pour y mener les entretiens nécessaires à notre travail de recherche (voir annexe 3). Trois semaines plus tard environ, un courrier de relance a été envoyé pour marquer notre volonté de conduire notre recherche au sein des hôpitaux Iris Sud (voir annexe 4). Suite à cette relance, la direction des soins des hôpitaux Iris Sud a directement marqué son accord quelques heures plus tard (voir annexe 5).

Travaillant moi-même au sein des hôpitaux Iris Sud, j'ai pu recevoir, en me renseignant auprès du secrétariat de direction, les courriels des différents chefs d'unité (et chefs adjoints) et de service des unités de soins des différents sites des hôpitaux Iris Sud.

Dans la foulée, un courrier électronique a été envoyé aux différents intervenants (voir annexes 6 et 7). Ce courrier mentionnait le sujet de la recherche, le contexte de celle-ci, son but ainsi que le déroulement projeté pour les différents interviews.

Deux jours plus tard, deux infirmiers chefs d'unité et un infirmier chef de service avaient marqué leur intérêt pour le projet par retour de courrier. Sept jours plus tard, un appel téléphonique a été passé aux différents infirmiers chefs et de service sollicités pour l'étude. Cet appel téléphonique visait à connaître la décision de ces derniers (pour ceux qui n'avaient pas répondu au premier mail) et à fixer de commun accord un rendez-vous pour ceux dont la décision était positive. Les infirmiers chefs contactés par téléphone n'ont pas hésité à donner leur accord pour l'entretien. Vu leur absence pour causes de maladie, deux infirmiers chefs ont été contactés plus tard. Lors de l'appel téléphonique, la thématique de la recherche a été mieux expliquée aux différents intervenants. De même, ils ont été informés du caractère anonyme de ces entretiens. Ils ont aussi été prévenus de l'enregistrement de ceux-ci en vue d'une retranscription afin de faciliter l'analyse des données récoltées. Les lieux et moments des interviews ont été choisis par les différents intervenants. Vu les agendas chargés de part

et d'autre, convenir d'une date et d'une heure pour les entretiens n'a pas été évident. Souvent, il a fallu attendre trois semaines pour avoir un rendez-vous. Les entretiens ont eu lieu pour certains dans une salle de réunion réservée par leur soin et, pour d'autres, dans le bureau infirmier. Les entretiens ont été réalisés sur une période de deux mois et demi.

Sur l'échantillon de départ constitué de 15 chefs, ont pu être interviewés 13 chefs au total. Deux d'entre eux n'ont pas pu être rencontrés à cause d'un déplacement non prévu.

Afin de préserver l'anonymat des différents intervenants, les services dirigés par chacun ainsi que leur nom n'ont pas été précisés dans ce travail.

## **5) Considérations éthiques**

La recherche effectuée ici porte sur la perception qu'ont les infirmiers chefs du syndrome de burn-out et de leur rôle dans la prévention dudit syndrome. Elle s'intéresse donc uniquement aux leaders de proximité et pas aux patients. En effet, la présente recherche ne vise en aucun cas un partage d'expérience ou de vécu de situations en lien avec le burn-out, que ce soit au niveau individuel ou organisationnel. Elle ne s'adresse non plus aux patients des différentes unités d'hospitalisations. Pour cela, nous n'avons pas été obligée de passer par le comité d'éthique de l'Université catholique de Louvain. Toutefois, il a été garanti aux différents intervenants l'anonymat concernant l'utilisation des données issues des différents entretiens. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle dans les différentes retranscriptions ni les noms, ni les services des différents managers n'ont été mentionnés.

## **II- La collecte des données et la recherche documentaire**

### **1) Type de recherche**

Ce travail de recherche vise à appréhender les connaissances qu'ont les infirmiers chefs du syndrome de burn-out. En effet, au vu du rôle important que ceux-ci jouent dans la prévention du burn-out des équipes dont ils ont la responsabilité, explorer la perception qu'ont ces chefs du syndrome de burn-out, à savoir la connaissance des causes et facteurs de risque, les manifestations, les moyens de prévention existants ainsi que leur capacité à utiliser ou à mettre en place ces moyens de prévention, nous apparaît essentiel à étudier. Afin d'arriver à cet objectif, nous avons utilisé la recherche qualitative de nature exploratoire.

Pour Claude Gaspard (2019), la recherche qualitative permet de comprendre ou d'expliquer un phénomène. Elle se concentre sur les interprétations et les expériences des personnes et la signification qu'elles en donnent. Les résultats sont exprimés avec des mots.

### **2) Technique de collecte des données utilisée**

En vue de collecter les données nécessaires pour ce travail, la technique de collecte de données utilisée a été l'entretien semi-dirigé. Le but de l'entretien semi-dirigé est de collecter des données en vue de développer des connaissances grâce à une approche qualitative et interprétative (Lincoln, 1995 cité par Geneviève Imbert, 2010). Il consiste en une forme

d'entretien structuré à l'aide d'un guide d'entretien. Ce guide reprend une liste de questions ouvertes ou de sujets à aborder au cours de la discussion. Dans le contexte de la recherche en soins de santé, ce type de procédé est justifié lorsque l'objectif est d'identifier les croyances, les attitudes, les points de vue, l'enjeu ou encore l'expérience de patients et/ou des praticiens (Kohn et christiaens, 2014).

Durant l'entretien, l'interviewé et le chercheur sont en interaction permanente. Il s'agit d'un échange entre deux personnes basé sur l'empathie, le partage, l'écoute et la reconnaissance de l'expertise des deux intervenants (le chercheur et l'interviewer). Le chercheur laisse l'interviewé répondre sans interférer, c'est-à-dire en évitant d'insérer des éléments de réponse dans l'entretien (Geneviève Imbert, 2010).

Le guide d'entretien a été utilisé pour mieux structurer les échanges avec les intervenants et pour rester dans le vif du sujet, à savoir aborder les connaissances des infirmiers chefs en matière de burn-out et atteindre les différents objectifs spécifiques de recherche. Il contenait un ensemble de 14 questions portant sur le burn-out et en lien avec la question et les objectifs spécifiques de recherche mentionnés en début de ce travail. Inspiré des écrits de Nathalus (2018) pour sa réalisation, ce guide d'entretien a été au préalable validé par notre promoteur.

Le guide d'entretien a été conçu de façon à mettre en évidence les grands thèmes qui seront utilisés pour l'analyse des résultats de la recherche. Il évoque notamment :

- La perception des infirmiers chefs de la notion de burn-out, à savoir sa définition, les causes, les manifestations et les conséquences du burn-out des infirmiers en milieu hospitalier ;
- Les connaissances des infirmiers chefs quant aux moyens de prévention existants, de leur rôle dans la mise en place de ces moyens de prévention et éventuellement des pistes pour améliorer la prévention du burn-out au sein des hôpitaux Iris Sud ;
- La perception qu'ont les infirmiers chefs de leur rôle de manager de proximité ;
- L'opinion personnel qu'ont les différents managers du syndrome de burn-out.

Les différents entretiens ont été réalisés sur une durée moyenne de 37 minutes (avec un minimum de 21 minutes et un maximum de 55 minutes). Ils ont été enregistrés et retranscrits par la suite. L'accord pour l'enregistrement a été obtenu avant le début des enregistrements, tout comme a été rappelé le caractère confidentiel des entretiens avant le début de chaque entretien.

Sur les 13 infirmiers ayant participé à la recherche, 2 participants n'ont pas pu être enregistrés. Les deux cheffes d'unité ont préféré répondre elles-mêmes aux différentes questions par écrit et donc sans enregistrement. Après avoir vérifié et structuré les différentes réponses, un mail a été envoyé à ces deux infirmières cheffes pour validation. Ces deux cheffes, par retour de mail, ont marqué leur accord pour l'exactitude de leurs réponses.

### 3) Méthode d'analyse des données

L'analyse consiste, premièrement, en une identification, parmi les données recueillies lors des entretiens, d'informations significatives en regard des objectifs de la recherche, et, deuxièmement, en un établissement de corrélations entre elles. L'analyse des données permet d'identifier l'information à traiter grâce aux retranscriptions, à la codification de celle-ci et à sa catégorisation. S'ensuit dans un deuxième temps une présentation de cette information en lien avec les différentes catégories ou thèmes retenus, et en troisième temps une discussion ou interprétation de cette information (Umbriaco Michel, 2024).

Au terme de l'enregistrement des différents entretiens semi-dirigés, une retranscription de ceux-ci dans leur intégralité a été effectuée. Lors des différents entretiens, nous nous sommes munis d'un enregistreur, de notre guide d'entretien et d'un stylo pour les prises de notes. Nous avons reformulé les demandes à chaque fois qu'une question n'était pas assimilée par l'interviewé. A plusieurs reprises, nous avons utilisé des questions de relance lorsque les réponses transmises n'étaient pas assez claires pour nous ou lorsque nous voulions nous rassurer de la bonne compréhension de ces dernières. Lors des retranscriptions des différents entretiens, nous avons supprimé les mots répétés, les informations personnelles, les discours qui parlent de la vie personnelle ou qui sont trop éloignés de la thématique, les erreurs de langage. Les questions n'étaient pas posées suivant l'ordre exact tel qu'il avait été prévu dans le guide d'entretien. De plus, certaines questions n'ont plus été posées quand elles avaient déjà été abordées d'une manière ou d'une autre pendant l'entretien. D'autres questions ont été modifiées en fonction de l'interlocuteur et certaines questions ont été ajoutées pendant les interviews. Cependant, nous avons notifié les expressions et les attitudes telles que les rires ou les silences.

Pour garder l'anonymat des personnes interviewées, nous avons procédé à un codage des données. Pour ce codage des données, la lettre M a été utilisée pour indiquer le manager, la lettre C pour symboliser le chercheur, la lettre Q pour signifier qu'il s'agit d'une question et la lettre R pour signaler qu'il s'agit d'une réponse. Ensuite une combinaison de ces lettres a été faite pour mieux désigner les entretiens dans les résultats. Ainsi, le sigle M1.R1 signifie « Manager numéro un » (interview 1) – « Réponse une », le sigle C.Q1 équivaut à « Chercheur - Question une ».

Une fois les différents entretiens retranscrits et codés, une grille d'analyse des résultats (voir annexe 1) a été conçue. Dans cette grille ont été rassemblées et synthétisées par thèmes les différentes informations des managers. Les différents thèmes sont en lien avec les objectifs spécifiques de la recherche. L'objectif final est de relever le plus précisément possible les perceptions des infirmiers chef du syndrome de burn-out ainsi que de leur rôle dans sa prévention.

Vu la longueur des différentes retranscriptions (80 pages), nous avons préféré les mettre en annexe dans un document indépendant du présent travail.

#### 4) Stratégie de recherche documentaire

Pour mener à bien cette recherche, nous avons commencé par une analyse de la littérature afin de cerner les différents sujets ou notions à prendre en compte pour la compréhension de notre problématique. Nous avons d'abord analysé plusieurs rapports émanant de différents organismes nationaux et internationaux tels que :

- Les rapports de l'OMS sur la santé mentale, entre autres le rapport intitulé « Transformer la santé mentale pour tous. Vue d'ensemble »; ou encore le « Mental Health ATLAS 2020 » ;
- « Le guide pour la prévention des risques psycho-sociaux au travail » du Service Public Fédéral Emploi, Travail et Concertation Sociale et plusieurs autres articles du même organisme en lien avec les risques psycho-sociaux ;
- Les recommandations de bonnes pratiques de la Haute Autorité de Santé publiée en 2017 ;
- Des articles publiés par l'INRS ;
- Des articles de l'OIT.

Ensuite, pour compléter la documentation, une recherche a été effectuée dans les moteurs de recherche tels que CAIRN, PUBMED, Science Direct, Psycinfo, Google SCHOLAR, American Journey of Nursing, Scopus.

Les différents thèmes utilisés ont été les suivants :

- Moyens de prévention du burn-out en milieu hospitalier ;
- Causes et manifestations du burn-out ;
- Définitions du burn-out ;
- Conséquences du burn-out des soignants ;
- Infirmiers et burn-out ;
- Infirmiers chefs en milieu hospitalier ;
- Infirmiers chefs et burn-out ;
- Burn-out et management ;
- Facteurs de risques de burn-out en milieu hospitalier ;
- Rôle des managers dans la prévention du burn-out des équipes soignantes ;
- Outils de mesure du burn-out.

Les mots-clés : burn-out, rôle des managers, infirmier, infirmier chef, management, soignants, milieu hospitalier, épuisement professionnel.

## Chapitre IV : Analyse

Ce chapitre exposera dans un premier temps les résultats issus de l'analyse des différents entretiens (I) et, dans un second temps, opérera une mise en parallèle et une confrontation de ces résultats avec la littérature existante à ce sujet (II).

### I- Les résultats de l'étude

L'analyse des différents entretiens a permis de faire ressortir différents résultats sur plusieurs thèmes. Les différents thèmes sont : la perception des infirmiers chefs concernant la notion de burn-out et les notions qui gravitent autour (les causes, les manifestations, les conséquences) ; la perception des infirmiers chefs des conséquences du burn-out aussi bien pour la personne, l'équipe et l'hôpital ; les connaissances qu'ont les infirmiers chefs des différents moyens de prévention existants ; la perception de leur rôle en tant que manager de proximité, mais aussi comme pilier dans la prévention du burn-out ; les différentes pistes d'améliorations possibles.

Avant d'aborder ces points, nous rappelons tout d'abord les caractéristiques des différents intervenants.

#### 1) Caractéristiques des différents managers

Les données caractéristiques de notre échantillon sont représentées dans le tableau ci-dessous. Pour une raison d'anonymat, nous n'avons pas précisé les services dirigés par les différents chefs.

N° Interview	Sexe Interviewé	Tranche d'âge	Diplôme donnant accès à la fonction	Ancienneté dans la fonction au sein de HIS
1	M	50 - 60	Master Santé Publique	10 ans
2	F	50 - 60	Diplôme des cadres	11 ans
3	F	50 - 60	Bachelier	4 ans
4	F	50 - 60	Master Santé Publique	12 ans
5	M	30 - 40	Master en Sante Publique	2ans
6	F	50 - 60	Diplôme des cadres	27 ans
7	M	30 - 40	Spécialisation SIAMU plus + Master en Santé Publique	2 ans
8	F	50 - 60	Bachelier soins infirmiers	4 ans
9	M	50 - 60	Master en Santé Publique	13 ans
10	F	60 - 70	Diplôme école des cadres	21 ans
11	F	50 - 60	Diplôme école des cadres	14 ans
12	F	60 - 70	Diplôme école des cadres	19 ans
13	F	30 - 40	Bachelier soins infirmiers	4 ans

Les différents participants se répartissent comme suit :

- 3 chefs de service (23%)
- 3 chefs adjoints d'unité (23%)
- 7 chefs d'unité (54%)

30% des participants sont de sexe masculin. L'âge moyen des managers interviewés est de 52 ans. 15,4% des managers ont un âge compris entre 60 et 70 ans ; 23% ont un âge compris entre 30 et 40 ans et 61,5% un âge compris entre 50 et 60 ans. Tous les chefs d'unité ou chefs de service ont un diplôme de l'école de cadres ou un Master en Santé Publique. Les trois chefs adjoints sont titulaires d'un Bachelier en Soins Infirmiers.

## **2) Résultats des différents thèmes**

Le présent point est consacré aux perceptions qu'ont les managers de la notion de burn-out et des différentes notions connexes à celle-ci. En annexe 1 se trouve la grille d'analyse des résultats adoptée. Les résultats ont été regroupés par thèmes.

### **1) La notion de burn-out**

#### **a) Définition du burn-out par les différents participants**

D'après l'analyse des différents entretiens, il n'existe pas de consensus concernant la définition du burn-out :

- *Certains chefs ont défini le burn-out par ses causes (23%)*

Pour eux, le burn-out serait lié à la sphère professionnelle, tout en signalant que certaines situations liées à la vie privée pourraient constituer des facteurs d'apparition de ce syndrome.

*« ... Je pense que c'est un tout en général. Donc il y a la surcharge de travail, il y a le manque de valorisation, enfin...il y a énormément de choses mais je pense que si à côté du travail on est pas bien non plus le burn-out survient beaucoup plus vite chez ces gens ; donc moi je pense que c'est un tout » M2.R3.*

*« ... Je pense que le burn-out c'est d'abord les conditions de travail, qui font que on est plus à même de réaliser son travail en temps, en heure, et avec la qualité qu'on souhaite. Mais malheureusement il y a parfois des personnes qui dysfonctionnent un petit peu au travail pour des raisons autres et ces raisons extérieures qui émanent plutôt de la vie privée, peuvent effectivement induire du stress, etc. » M6.R3.*

- *Pour d'autres, le burn-out est défini par ses manifestations (23%)*

*« Le burn-out pour moi c'est qu'il n'y a plus d'énergie, il n'y a plus de feu. Il n'y a plus de but, plus de sens. On est fatigué, une fatigue constante, il n'y a plus de joie » M3.R2.*

*« La notion de burn-out pour moi c'est brûler de l'intérieur ; brûler de l'intérieur en gardant une image extérieure qui fonctionne correctement alors qu'on est vraiment en train de brûler de l'intérieur, parce que très souvent, dans le burn-out, des gens essaient de continuer à tenir leur*

rôle, essayent de tenir tête, à se dire non non tout va bien “je suis capable, je suis capable “ alors qu'ils brûlent de l'intérieur » M8.R3.

« Le burn-out c'est comme brûler à petit feu, et ensuite complètement » M10.R3.

- Cependant, plusieurs intervenants ont assimilé le burn-out à un épuisement physique, mental ou psychologique lié au travail (54%)

« ... C'est un épuisement professionnel où l'être humain n'arrive plus à surmonter ce qu'on attend de lui dans sa fonction et donc il y a un moment où il y a une rupture et le corps n'arrive plus à répondre à la demande de ce qu'on attend de la personne. Donc, il y a cette rupture qui arrive à un épuisement mental, psychologique et physique et la personne lâche et donc tombe malade et c'est ce que l'on appelle le burn-out dans le métier » M1.R3.

« C'est une situation d'épuisement physique et mental qui amène à une perte de certains idéaux professionnels ou autres, et qui fait que la personne est dans un état où il n'est plus capable d'assumer ses fonctions professionnelles » M9.R3.

## **b) Les causes du burn-out**

Plusieurs causes de burn-out ont été suggérées par les différents intervenants. Elles sont organisationnelles ou individuelles.

Les causes organisationnelles qui ressortent des résultats sont liées à la charge de travail, la qualité des relations interpersonnelles, l'ambiguïté des rôles, l'interruption des tâches, le style de management.

La charge de travail a été évoquée par 62% des participants. Pour eux, la charge du travail est attribuée :

Premièrement, à la pénurie actuelle du personnel infirmier (31%) qui fait que le niveau de dotation en personnel qualifié dans les unités est moindre :

« ... Si son burn-out entraîne une absence pour maladie, ça veut dire qu'il faut la remplacer la personne ; or on connaît le contexte de pénurie du personnel soignant donc c'est pas évident de la remplacer de façon correcte » M9.R6.

« ... Le fait de mettre moins de personnel dans les unités, ce qui fait que tu as une charge de travail qui est importante... tout ça peut entraîner un burn-out » M6.R3.

Ils soutiennent aussi que quand bien même l'hôpital engage des intérimaires, et même si ces derniers sont compétents, il reste des tâches qui ne doivent être effectuées que par les personnes fixes à l'unité. Cette situation accroît la charge de travail et ces personnes finiront par se fatiguer à leur tour.

« Même si j'ai deux intérimaires fixes, la charge de travail administrative reste quand même sur les épaules des gens fixes, et donc même si les intérimaires sont bons, je pense que la charge

*de travail est plus importante lorsqu'on a un manque de personnel fixe. Le rangement du matériel, la commande de matériel, les matelas, etc. ça reste de petites choses, mais un plus un plus ça fait quand même beaucoup » M2.R5.*

Cette situation peut être stressante pour le personnel fixe qui est présent. Si elle est récurrente, elle expose les collaborateurs à des situations de travail qui ne favorisent pas leur bien-être au travail.

*« Parfois, j'arrive le matin je ne travaille qu'avec des intérimaires. Je dois courir comme une poule partout. Et puis tu dois aussi aller vérifier leur travail. Ils ne vont pas faire les commandes, ou alors l'administratif... les tarifications les intérimaires ne le font pas, donc c'est à la personne fixe au service de le faire » M8.R6.*

Deuxièmement, à la pression liée au type d'unité (46%). En effet, les managers soutiennent que le métier d'infirmier est un métier dans lequel on est constamment sous pression. Cette pression peut être en lien avec le type d'unité dans lequel le soignant travaille, la charge de travail aussi bien émotionnelle que physique liée au métier, mais aussi des pressions venant par exemple d'attentes différentes de la direction, de collègues, de patients ou de familles. Les managers affirment que les attentes de la direction sont surtout d'ordre administratif ; concernant les patients, ces derniers sont, de leur avis, de plus en plus exigeants.

*« Je trouve que, surtout dans mon type d'unité, c'est très facile de tomber en burn-out car c'est une unité où il y a trop de pression » M7.R5.*

*« Pour que ce soit vraiment bien... mais ce n'est pas suffisant ce qu'on fait parce qu'il y a un niveau de stress dans ce service qui est multiplié par 100 ...Oui à la charge de travail, les exigences des médecins qui veulent que tout aille toujours dans leurs sens » M13.R8.*

Troisièmement, au manque d'équité (8%). Un des participants attire l'attention sur la répartition non proportionnelle de la charge de travail. En effet, les compétences des uns sont souvent mises en valeur dans la répartition des tâches, ce qui peut flatter l'égo de ces personnes-là. D'un autre côté, une telle « reconnaissance » est à une arme à double tranchant car la reconnaissance de ses compétences peut le conduire à toujours faire plus et donc entraîner de la fatigue génératrice éventuellement de burn-out.

*« ... Ici on connaît la force et les capacités de chacun. Alors quand on doit répartir le travail le matin, on peut parfois pécher en donnant certains patients à un certain profil. On donnera plus facilement à certains les patients lourds, les patients qui sont beaucoup plus lourds et ça c'est une erreur... Souvent c'est aux gens les plus capables qu'on donne plus de travail et du coup ils sont pénalisés et donc oui, on les pousse un peu. C'est flatteur pour eux mais, c'est à double tranchant parce que ça peut être flatteur de donner les patients ; c'est reconnaître les capacités de la personne, mais la personne travaille pour les autres et donc c'est pas juste » M8.R4.*

La qualité de la relation au travail a été relevée par 62% des managers. Il peut s'agir d'une relation entre collègues ou entre collègues et supérieurs hiérarchique, ou encore entre soignants et patients. Pour les participants, la hiérarchie joue un rôle important dans le maintien de la qualité de la relation au sein de l'équipe. La qualité de la relation au travail passe

par la reconnaissance du travail des collaborateurs, la prise en compte de ceux-ci dans les prises de décisions, le soutien et la considération, la gestion des conflits, le respect des personnes, la transparence, une communication de qualité, l'absence de violence, etc.

*« Je pense que le manque de reconnaissance de sa hiérarchie...si ces aspects-là n'apparaissent pas au quotidien, je pense que ça peut avoir un impact sur la santé psychologique et physique d'une infirmière » M1.R5.*

*« ... Vous rajoutez beaucoup de travail, beaucoup de responsabilités, pas beaucoup de considération, pas beaucoup de soutien alors, ça tire » M8.R4.*

*« Il y a plusieurs causes...un travail non reconnu à sa juste valeur... » M12.R5.*

*« ... La relation avec des collaborateurs, une relation de collaboration qui n'est pas optimale, dans laquelle il y a des choses qui ne sont pas transparentes, dans laquelle il y a du mensonge, dans laquelle on ne reconnaît pas la valeur de la personne ou la sous-estime ; tout ça peut amener un burn-out » M6.R3.*

*« Mais je sais que c'est des relations interpersonnelles. Il y a certaines personnes qui ont le caractère, la facilité de gérer certaines situations pour faire face aux personnes avec de forts caractères, certaines personnes qui intériorisent un peu plus les problèmes, les ressentis et à force d'accumuler cela, à un certain moment ça explose et si on arrive pas à identifier ses difficultés un peu plutôt, que la personne sur qui déposer ses difficultés, ça peut ramener au burn-out » M7.R5.*

Pour 8% des participants, l'interruption des tâches est la principale cause de burn-out chez un infirmier en milieu hospitalier.

*« De ce que j'ai lu, il y a un certain temps dans la littérature et qui me parlait parce que c'est quelque chose que je voyais sur le terrain, ce sont les interruptions régulières dans les tâches qu'on est en train d'accomplir... et ça c'est quand on travaille et quand on a travaillé comme infirmier en unité de soins c'est quelque chose qu'on connaît beaucoup » M9.R5.*

15% des participants ont cité le style de management comme causes potentielles de burn-out chez un soignant.

*« ... Il y a plusieurs causes...une organisation du travail qui génère du stress et des frustrations, une pression importante de la part des patients et de la direction... » M12.R5.*

L'ambiguïté des rôles a été relayé par un manager. Il attire l'attention sur le fait que les différentes disciplines ne jouent pas forcément bien leur rôle, empiétant par voie de conséquence sur le personnel soignant.

*« ... Mais je trouve que ce qui dysfonctionne encore c'est que chaque personne qui a un rôle, ne tient pas son rôle. Le chirurgien ne donne pas assez d'instructions ce qui met à mal le nursing, le service technique qui ne fait pas son travail et cela se répercute sur l'équipe infirmière, la cuisine etc. si chacun faisait son rôle comme il le doit, tout serait beaucoup mieux.*

*J'ai l'impression que le nursing balaie toujours bien devant sa porte, et que les autres font n'importe quoi. Entre autres, je parle de l'équipe médicale. Les médecins ne prennent pas souvent leurs responsabilités. Je pense que la-il y'a encore beaucoup de boulot » M6.R11.*

Un participant attire l'attention sur le fait que les besoins sont différents d'une personne à une autre. Il souligne ainsi l'importance pour les chefs de proximité de connaître les personnes avec qui ils travaillent.

*« Les causes sont généralement multifactorielles, mais en tout cas, les besoins de chacun sont différents, on ne peut pas dire que si je fais ceci ou cela tout le monde va être heureux. C'est un peu individuel, d'où la notion de connaître bien les gens car une infirmière x a des besoins différents d'une infirmière Y. Comme chef, il faut connaître un peu qu'est ce qui met les gens en sécurité » M4.R5.*

Parmi les causes liées à l'organisation, aucun des managers n'a évoqué les horaires de travail, les conflits de valeur, les exigences émotionnelles comme causes de burn-out.

Concernant les causes individuelles du burn-out, les traits de personnalité ont été relevés pour 31% des participants, et les variables socio-professionnelles par 15% des participants. Les traits de personnalité peuvent être liés au non-respect des limites, à une forte implication dans le travail, la recherche de la perfection, etc.

*« ... Oui alors, je pense qu'il peut y avoir aussi des causes liée à la personnalité » M9.R3.*

*« ... Une forte implication dans la réalisation de son travail » M12.R5.*

Comme variables socio-professionnelle, 15% de participants soutiennent l'importance de mettre une distance entre la vie professionnelle et la vie privée.

*« Je pense qu'il faut savoir faire la distinction entre la vie professionnelle et la vie privée. Donc quand on arrive plus à couper ces deux modes de vie et qu'il y a un mélange de tout cela dans la tête c'est dangereux. Selon moi, il faut avoir une vie à côté du travail ; je pense qu'il faut prendre du plaisir au travail, il faut prendre du plaisir aussi dans sa vie privée pour pouvoir être bien dans son travail... Quand on quitte le travail on oublie le travail parce que sinon tout se mélange. Les inquiétudes du travail vont se mélanger au plaisir de la vie qui deviendront des inquiétudes » M1.R5.*

*« Pour moi, les causes du burn-out peuvent être... un déséquilibre travail-vie personnelle » M11.R5.*

Le métier d'infirmier a été présenté dans les résultats comme étant une cause probable de burn-out par 15% des participants. Pour l'un, la profession d'infirmier est une forme de sacerdoce, un rôle qui fait que les infirmiers n'ont pas le droit de dire qu'ils sont fatigués ou qu'ils n'en peuvent plus. De plus le métier d'infirmier aurait un côté culpabilisant qui fait que les institutions en profitent pour ne pas mettre tous les moyens nécessaires pour améliorer les conditions du personnel infirmier.

« Le métier en lui-même et la genèse du métier, et le vêtement qu'on endosse en devenant infirmier. C'est comme une espèce de sacerdoce tu vois ? c'est comme si on rentrait dans un rôle ou dans des Ordres. C'est pour ça aussi qu'on est tellement mal payé parce qu'on dit oui, mais tu le fais parce que tu aimes ton prochain. Tu le fais parce que on a l'expertise de pouvoir le faire bien mais on ne le fait pas parce que nous sommes des mères Teresa. A cause de ce côté-là, tu peux difficilement... c'est comme si mère Teresa se réveille un matin et dit aux lépreux aujourd'hui je suis fatiguée je vais dormir pendant quelques heures. Tu ne peux pas. Donc on est quelque part englué aussi dans ce rôle. En devenant infirmière on endosse une espèce de rôle dans un manteau qui fait que on doit se donner, se donner à l'autre parce que le début justement du travail d'infirmière a commencé avec des religieuses et donc c'est aussi difficile de pouvoir oser dire que j'en ai marre je suis fatigué. On ne peut pas dire, ou alors même si tu le dis, les institutions ne l'entendent pas. Ils disent elle peut encore elle peut encore. Donc quelque part il y a aussi des institutions qui exploitent ce côté culpabilisant sûr et certain » M8.R4.

Pour l'autre, le métier d'infirmier est un métier pénible et cela est dû à plusieurs raisons.

« Je crois que ce n'est pas un métier facile le métier d'infirmier. Le fait aussi c'est que tout a changé. Ça fait presque 40 ans que je suis ici. La population a changé, les mentalités ont changé, les malades deviennent de plus en plus exigeants et il faut savoir servir tout le monde et ça c'est pas toujours facile... » M10.R4.

Ce manager met aussi en avant la volonté qu'ont les infirmiers à toujours vouloir aider comme cause de burn-out :

« Les causes de burn-out pourraient être le fait de toujours vouloir aider et s'oublier, ... » M10.R4.

### **c) Les manifestations du burn-out**

Les manifestations décrites par les managers sont des manifestations d'ordre physique (92%), motivationnelles (46%), cognitives (15%), émotionnelles (62%) et comportementales (38%).

En ce qui concerne les manifestations physiques, les entretiens montrent que les signes physiques du burn-out sont la fatigue (62%), les troubles du sommeil (54%), les maux de tête ou céphalées (15%), les douleurs musculaires (8%), les troubles digestifs (15%).

« C'est la fatigue surtout... Après, la fatigue renvoie à plusieurs autres choses ; ne plus faire des activités, ne plus avoir l'énergie pour faire quoi ce soit » M5.R5.

« ...Le fait de moins dormir correctement, le fait des personnes qui ont des difficultés à s'endormir le soir et qui restent éveillées la nuit, à penser au travail quand on n'est pas au travail » M1.R5.

Pour ce qui est des manifestations motivationnelles, les résultats des entretiens montrent aussi que les manifestations font apparaître la baisse de motivation (31%), un désengagement progressif (8%), un doute au niveau des compétences (15%).

« Et comme manifestations... la démotivation » M12.R5.

*« Comme manifestations, il peut avoir...une attitude détachée, un sentiment d'incompétence, une perte de motivation » M11.R5.*

Les manifestations émotionnelles qui ressortent des résultats sont l'irritabilité (23%), le changement d'humeur (23%), la tristesse (15%), le sentiment d'échec (8%), l'anxiété (8%), des émotions exacerbées (8%), le stress(15%).

*« ... Quelqu'un avec des émotions exacerbées. Une personne facilement irritable ou dans l'autre sens, susceptible de pleurer dès qu'il y'a quelque chose qui ne va pas » M6.R5.*

*« Pour moi ça peut être quelqu'un de joyeux de nature et a un moment au niveau émotionnel la personne ne se comporte plus de la même manière... qui devient irritable pour peu de chose » M7.R5.*

*« ... Une augmentation du stress » M12.R5.*

Les différentes manifestations comportementales qui ressortent des résultats sont l'isolement (15%), le repli sur soi (8%), un désintéret pour le travail (8%), une diminution de l'empathie (15%), un sentiment d'impuissance (8%).

*« Et comme manifestations, le développement d'un sentiment d'impuissance...un manque d'empathie envers les patients » M12.R5.*

Les manifestations cognitives ont trait aux troubles de la mémoire (8%), aux troubles de la concentration (8%) et aux erreurs (8%)

*« ... Un manque de la concentration » M13.R5.*

Outre ces différentes manifestations, 38% des participants ont signalé l'absentéisme comme une manifestation du burn-out. Pour eux, une personne qui fait un burn-out ou qui est en pré burn-out sans le savoir sera souvent absent.

*« ... Puis l'absentéisme croissant : quand on est absent de plus en plus souvent des petites périodes pour moi ça c'est un signal d'alarme. Quelqu'un qui est malade pendant 3 ou 4 semaines c'est qu'il a maladie, il se fait soigner et puis il revient. Quelqu'un qui est malade souvent des petites périodes c'est là qu'il faut s'inquiéter je pense » M1.R5.*

D'après les résultats des différents interviews, plusieurs managers considèrent l'absentéisme comme un indicateur important pour évaluer le fonctionnement d'une équipe en général.

*« ... L'absentéisme il faut savoir que c'est un indicateur très important et pour tout voir pour le fonctionnement, pour le bien-être, la motivation, la solidarité de l'équipe etc. C'est un indicateur très important » M5.R5.*

*« ...Pour moi, c'est un indicateur de bien-être. Dans les unités ou ça fonctionne le mieux, il y'a moins d'absentéisme. Avoir beaucoup d'absentéisme, ça peut être significatif d'un mal-être*

*quelque part... ça peut être parce qu'il y'a un mauvais leadership, une mauvaise ambiance, etc.*  
» M4.R4.

Toutefois, et concernant les absentéismes, le manager 4 tient quand même à rappeler qu'outre le fait que les absences soient un indicateur de bien-être dans une équipe, le métier d'infirmier en lui-même nécessite d'être en forme la plupart du temps et surtout dans certaines unités. Souvent les personnes ont tendance à être absentes quand elles vont moins bien.

*« On a un métier aussi qui demande un fort engagement. Peut-être dans d'autres métiers si vous êtes moins bien vous pouvez aller travailler en se disant je ferai mes dossiers demain ; mais être infirmière ça demande toujours d'avoir un peu le même élan physique et psychologique, ça requiert quelque part d'être toujours en forme et donc du coup les personnes qui ne sont pas souvent dans ces situations-là ont tendance à vite se mettre en maladie ponctuelle que quelqu'un qui a un autre travail qui peut se mettre en mode veille. Par exemple un infirmier en salle op doit rester debout tout le temps et donc si on est un peu flageolant c'est quand même un peu embêtant. C'est un métier qui demande un grand engagement, c'est peut-être pour cela qu'on a tendance à être vite absent quand on est pas en forme aussi »* M4.R4.

#### **d) Les conséquences du burn-out du personnel soignant**

Plusieurs conséquences ont été soulignées par les différents participants. Elles relèvent principalement des conséquences au niveau de l'organisation, à savoir les hôpitaux Iris Sud. Celles qui ont été précisées dans les résultats sont la diminution de la qualité des soins (69%), l'augmentation des absentéismes (62%), un turn-over et un roulement important du personnel (38%), le sentiment d'échec de la part des responsables et mauvaise image de l'organisation (38%), une diminution de la cohésion d'équipe (15%).

La diminution de la qualité des soins est liée à des ratio patients/infirmiers bas au vu de la pénurie. Lorsque les personnes sont absentes, il y a une diminution du ratio patients/ infirmier, avec comme conséquence l'augmentation de la charge de travail, qui à son tour peut induire une baisse de performance, des risques d'erreurs et par conséquent une diminution de la qualité des soins.

*« Les conséquences sont énormes. Déjà il y a la pénurie... déjà le personnel fixe et les intérimaires sont difficiles à avoir »* M7.R6.

*« Le burn-out d'un infirmier en milieu hospitalier peut induire pour l'équipe, une baisse de la performance, des risques d'erreurs »* M11.R6.

Une personne qui présente les signes de burn-out et qui continue de travailler aura du mal à analyser la problématique liée à un patient et ne pourra plus pleinement exercer son rôle.

*« L'une des premières conséquences c'est que le travail ne soit pas bien fait, qu'il faille surveiller le travail de la personne, qu'il y ait des manquements et donc des risques sur le patient qui ne sera pas soigné de la bonne manière et qui encourra peut-être un risque parce que l'infirmière ou l'aide-soignante n'aura pas vu la problématique, ne l'aura pas analysé »* M6.R6.

Les résultats montrent que l'augmentation des absentéismes est la deuxième conséquence de burn-out. En effet, un infirmier en burn-out devra être écarté de son travail, il sera en absence de longue durée. Le participant 8 souligne que c'est du personnel qualifié qui ne devra plus travailler.

*« Les conséquences du burn-out c'est de retirer de l'hôpital, de l'unité du personnel qualifié » M8.R6.*

L'absentéisme sera d'autant plus augmenté au vu de la pénurie actuelle en personnel infirmier.

*« Les conséquences sont énormes. Déjà il y a la pénurie. Avoir des gens dans l'équipe qui font le burn-out ça accentue l'absentéisme. Déjà le personnel fixe et les intérimaires sont difficiles à avoir » M7.R6*

L'augmentation du turn-over et du roulement du personnel est associée par les participants à l'engagement du personnel intérimaire ou d'un personnel fixe en vue de combler les absences ainsi qu'aux coûts qui y sont liés. L'organisation fera appel à des intérimaires qui, pour la plupart, ne connaissent pas vraiment le service, ou l'hôpital. Ce manque de connaissance peut avoir un impact sur la qualité des soins et une augmentation de la charge de travail pour le personnel fixe à l'unité de soins.

Le turn-over est aussi associé au fait que le personnel fixe peut être amené à faire des heures supplémentaires pour combler les absences.

*« ... Parfois même si les intérimaires viennent remplacer, cela peut impacter la qualité des soins car une personne fixe qui s'engage dans son unité n'est pas comme un intérimaire qui vient juste faire sa prestation » M7.R6.*

*« ça veut dire que la qualité des soins et la continuité des soins vont être compliquées à assurer... même si on trouve des infirmières intérimaires ce sont des personnes qui viennent de l'extérieur... donc cela a des conséquences sur la qualité des soins... » M1.R6.*

*« Oui il y'a une augmentation de la charge de travail... Les intérimaires ne vont pas remplir les chariots, ni tarifier le matériel, etc. » M8.R6.*

*« Oui il ya des conséquences car on travaille avec les intérimaires. Même si j'ai deux intérimaires fixes, la charge de travail administrative reste quand même sur les épaules des gens fixes, et donc même si les intérimaires sont bons, je pense que la charge de travail est plus importante lorsqu'on a un manque de personnel fixe » M2.R5.*

Le burn-out d'un soignant entraînera aussi des coûts financiers pour l'hôpital. Ces coûts peuvent être liés :

- A l'engagement du personnel intérimaire :

*« ça engage des coûts pour l'hôpital parce que si tu regardes le salaire horaire d'un intérimaire et le salaire horaire d'un infirmier employé par l'hôpital il y a une différence. L'intérimaire coûte beaucoup plus cher » M9.R6.*

- A l'engagement du personnel nouveau,

*« Il y a des coûts liés à l'engagement...Tu as une période de coaching où la personne est en plus dans le schéma de l'unité donc ça c'est quelque chose qui va un peu augmenter les besoins en budget de l'unité » M9.R6.*

- A une fermeture du nombre de lits fonctionnels d'une unité,

*« Déjà le personnel fixe et les intérimaires sont difficiles à avoir donc s'il y a une ou deux personnes en burn-out, ...ou alors on peut être amené à diminuer le nombre de lits fonctionnels dans le service. Oui fermer les lits c'est de l'argent aussi. C'est comme si tu as une équipe qui fonctionne avec les infirmiers et demain on te dit que tu n'as plus d'infirmiers » M7.R6.*

Cependant, concernant l'augmentation de la charge de travail, l'un des managers attire l'attention sur le fait que de plus faire travailler les personnes présentes afin de remplacer celles absentes peut générer un cercle vicieux :

*« C'est une boucle. Imaginons que dans une équipe de dix personnes six soient absentes ; ceux qui sont là vont travailler plus pour combler un peu les absences et assurer la continuité. Ces six-là, alors qu'ils fassent 38 heures par semaines seront amenés à faire cinquante parce qu'ils le veulent, parce qu'on leur demande etc. Ces six, ils vont travailler plus et parce qu'on est humain ils vont se fatiguer et par la suite les 4 absents reviendront peut-être mais les six autres eux partiront (absence) et ça fera une boucle. C'est pour cela qu'il faut être vigilant » M5.R7.*

Le burn-out peut aussi entraîner un sentiment d'échec de la part des responsables. Pour 38% des managers, avoir une personne qui fait un burn-out dans leur équipe serait comme une forme d'échec, comme s'ils étaient passés à côté de quelque chose.

*« Par rapport au management de la cheffe et de moi-même, on a l'impression d'être responsable. Comment est-ce que on n'a pas vu cela avant ? » M8.R6.*

*« Je le ressentirais déjà comme un échec personnel, comme si je n'ai pas bien fait les choses » M10.R6.*

Pour un des managers, un cas de burn-out dans son équipe l'amènerait à revoir son organisation et son style de management.

*« En tant que manager se dire est-ce que il n'y a pas quelque chose que j'ai loupé en tant que chef que je pourrais résoudre en révisant un petit peu le mode de fonctionnement, mon mode de management. Est-ce que j'ai un management trop directif ou participatif ? » M1.R6.*

Le burn-out peut entraîner une diminution de la cohésion d'équipe, une instabilité, comme en témoignent ces propos :

*« Le burn-out d'un infirmier en milieu hospitalier peut induire pour l'équipe une diminution de la cohésion au sein de l'équipe » M11.R6.*

*« Les conséquences d'un burn-out des infirmiers seraient...une mauvaise ambiance dans l'équipe » M12.R6.*

*« Je pense que ce n'est jamais bon, on peut être source de conflit, car quand on est sur pression comme ça, il suffit que quelqu'un fasse une petite remarque, ou dise quelque chose, il peut avoir toute suite une mauvaise interprétation » M4.R6.*

Et une image détériorée de l'hôpital ou de l'unité de soins s'en suit :

*« ... ça donne l'image d'un hôpital qui exploite, que les gens craquent. Il faut dire aussi que c'est un processus qui est quand même évolutif alors comment ça se fait que les gens vont jusqu'à craquer ? donc quelque part ça donne l'impression que l'hôpital s'en fout en fait et ça donne une mauvaise image » M8.R6.*

Au vu de ces interviews, il ressort que plusieurs managers de proximité manquent encore de connaissances sur le syndrome de burn-out. Plusieurs participants l'ont défini par ses causes, certains par ses manifestations. Seule une minorité a pu la définir comme étant un épuisement physique et mental. Les participants ont néanmoins souligné plusieurs manifestations du burn-out, telles que la fatigue, l'irritabilité, les absentéismes, etc., ainsi que plusieurs causes comme la surcharge du travail, la qualité des relations interpersonnelles, etc.

## **2) Opinion propre des managers concernant le syndrome de burn-out.**

Tous les managers s'accordent pour dire que le syndrome de burn-out est un syndrome qui existe et qui ne doit pas être pris à la légère. Pour un participant, les absences en général ont des conséquences sur le fonctionnement de l'équipe. Or il convient au manager de gérer le remplacement des personnes absentes, le plaçant dans une situation de stress :

*« C'est quelque chose à prendre au sérieux. La peur en tant que chef, c'est que ton équipe dysfonctionne par des absences à répétition. Quand tu es chef et que le matin un infirmier t'appelle pour te dire qu'il est malade, déjà le premier mot te donne déjà un stress parce que tu as la responsabilité de remplacer cette personne, la responsabilité d'assurer la continuité des soins, la responsabilité d'assurer la qualité des soins, la responsabilité d'équilibrer la charge de travail. Pour tout ça, chaque absence de ton unité se répercute sur toi. Chaque burn-out, je le prendrai au sérieux parce que je n'aimerais pas que toutes les conséquences qui vont en découler impacte le fonctionnement de mon unité » M7.R7.*

Pour 15% des managers, le burn-out est un syndrome à ne pas négliger au vu des différentes conséquences qu'il pourrait engendrer aussi bien chez la personne qu'au niveau de l'organisation :

*« Le burn-out a une importance cruciale pour plusieurs raisons : Il affecte la santé physique et mentale des infirmiers, il détériore la vie familiale et sociale, il nuit à la cohésion de l'équipe, il*

*diminue la performance, la satisfaction des patients diminue, il engendre des coûts élevés dûs à l'absentéisme, il peut aussi ternir la réputation de l'institution » M11.R7.*

*« Je pense que ce n'est jamais bon, on peut être source de conflit, car quand on est sur pression comme ça, il suffit que quelqu'un fasse une petite remarque, ou dise quelque chose, il peut avoir toute suite une mauvaise interprétation, si on est quelqu'un d'un peu plus posé, on va être vecteur de calme, ou vecteur d'ambiguïté, ou vecteur de stress, ou de mauvaise ambiance dans le service. Et pour soi-même, c'est très fatigant d'être comme cela aussi » M4.R6.*

Pour un autre manager, il y va de la pérennité de la profession d'infirmière :

*« Moi je pense que le burn-out, il faut prendre cela en main absolument parce que ça va donner une mauvaise image de notre travail, une mauvaise image de notre cadre de travail. Les gens diront, moi je voudrais bien être infirmière mais si je travaille à l'hôpital je vais presser comme un citron. Et cela n'aide pas à remplir les écoles d'infirmières. Il faut prendre le syndrome de burn-out au sérieux. Ça coûte à l'hôpital, ça coûte en réputation, ça coûte dans le moral des équipes, à tout point de vue c'est horrible » M8.R7.*

Dans les résultats, un participant attire l'attention sur l'importance de distinguer le burn-out de simples difficultés professionnelles qui amèneraient à l'utiliser de façon erronée.

*« C'est quelque chose qui ne doit pas être pris à la légère. Je crois il y'a une littérature scientifique qui décrit le syndrome du burn-out. En même temps, tout problème de difficultés professionnelles ne veut pas dire que la personne est en burn-out parce que j'ai déjà entendu qu'on utilise le mot de façon complètement erronée. C'est pas parce qu'on a un après-midi difficile, parce qu'on a une grosse charge de travail qu'on est en burn-out. Je l'ai déjà entendu. Je pense que c'est quelque chose qui s'installe à bas bruit et que c'est pas lié à un problème ponctuel ; c'est lié à des problèmes, à une situation récurrente » M9.R7.*

*« Je pense que on commence à connaître le burn-out. Avant on avait tendance à dire que c'est une dépression. Mais il y a beaucoup de cas de burn-out dans le milieu hospitalier, et même un peu partout, et même parfois des personnes jeunes. Je pense que on commence à connaître » M3.R7.*

### **3) Connaissances concernant les moyens de prévention existants au sein des hôpitaux Iris Sud**

#### *- Moyens de prévention propres au manager*

Plusieurs moyens de prévention propres aux managers ont été ressortis par les participants. Les résultats montrent que les moyens de prévention propres ressortis par les managers sont l'accompagnement des collaborateurs grâce à l'écoute (54%), la promotion d'un environnement de travail sain (46%), l'adaptation des horaires de travail (31%) et le style de management (8%).

L'accompagnement des collaborateurs grâce à l'écoute est le premier moyen de prévention du burn-out qui ressort de l'enquête. Tous ces managers s'entendent pour dire que

l'accompagnement du collaborateur grâce à l'écoute est essentiel. Une telle attitude permet au collaborateur de « mettre à plat » ses besoins, ses manques, ses souffrances, et permet au manager de mieux cerner le problème afin de trouver la meilleure solution possible pour la personne.

*« Déjà discuter avec la personne, quand on voit qu'il y a quelques symptômes, qu'on observe certaines choses, on peut discuter avec la personne, voir dans quel état elle se trouve... » M13.R7.*

*« Oui je pense que l'infirmier chef doit pouvoir avoir la capacité de détecter ça...Oui déjà écouter quelqu'un c'est déjà lui tendre la main et donc être à l'écoute de son personnel et puis voir si cette personne a vraiment besoin d'aide... » M1.R7.*

*« On n'est pas suffisamment à l'écoute des gens, être à l'écoute de ses collaborateurs, c'est une bonne méthode de prévention... il faut pouvoir écouter pour pouvoir prendre de bonnes mesures et c'est une bonne façon de prévenir le burn-out, écouter les gens » M4.R8.*

*« Je pense que un chef doit être un peu psychologue, il doit être à l'écoute de tous, des gens faciles, des gens difficiles, c'est important d'avoir une écoute et de donner du temps à chacun. De comprendre les gens... l'attention qu'on porte à quelqu'un ça va lui donner envie de donner le meilleur de lui. S'il a un chef qui n'est pas attentif à lui, pourquoi il va se donner ? » M4:R4.*

Pour certains managers, il peut être proposé au soignant de prendre un jour de repos, des congés ou une diminution du temps de travail en fonction de la situation afin de relâcher un peu la pression :

*« Quand je constate qu'une infirmière n'est pas bien, je lui propose moi-même de partir plutôt, je peux lui proposer un jour de repos le lendemain, même si elle n'a pas assez d'heures, mais lui proposer de relâcher un peu la pression, parce que c'est mon rôle » M1.R7.*

Ceux-ci affirment aussi qu'une adaptation des horaires peut être faite sur demande, en vue de concilier vie professionnelle et vie familiale.

*« Je pense que les différents moyens de prévention du burn-out seraient d'adapter les horaires des soignants afin de leur permettre de concilier la vie privée et la vie professionnelle » M12.R8.*

Le chef d'unité doit être le garant du bien-être des soignants dont il a la responsabilité. Il doit veiller à ce que son équipe travaille dans un environnement sain. Une telle prise de conscience passe une bonne ambiance dans l'équipe, la valorisation des personnes, le soutien moral, des feedbacks réguliers, la gestion des conflits, l'empathie, la bienveillance, une communication de qualité.

*« Je posais encore la question à l'équipe, y compris les étudiants, je leur ai demandé et donc par rapport au chef d'unité hein...alors ils ont parlé de valorisation, de soutien moral, la bonne ambiance de l'équipe, et par rapport à cette ambiance de l'équipe, le chef d'unité a aussi un rôle à jouer. On sait pas tout résoudre mais à partir du moment où il y a un conflit il faut le gérer tout de suite » M2.R6.*

*« En deux comprendre d'où vient le problème. Est-ce que c'est lié au travail ? est-ce que c'est lié à des relations interprofessionnelles ? Si oui déjà en tant que chef on peut agir là-dessus pour équilibrer ce fonctionnement pour que la personne puisse se sentir bien au travail » M7.R8*

*« Je fais des remarques au quotidien, positives ou négatives » M6.R7.*

*« C'est aussi essayer d'offrir un environnement de travail le plus sain possible » M4.R8.*

#### **- Moyens de préventions propres à HIS**

Les moyens de prévention propres aux hôpitaux Iris Sud qui ressortent des résultats sont premièrement les formations sur la prévention des risques psycho-sociaux (38%), les réunions de travail (15%), les activités formelles et informelles (38%) et ensuite la présence des acteurs de prévention tels que la cellule de prévention des risques psycho-sociaux (54%), les RH (31%), la médecine du travail (8%), les syndicats (8%), la personne de confiance (15%).

Le bien-être est un axe stratégique des hôpitaux Iris Sud. Les réunions de travail sont un outil utilisé par la direction de ces hôpitaux comme un moyen de prévention. Dans ces réunions, les collaborateurs échangent avec les managers et offrent un espace d'écoute, de partage et d'échanges, un temps de parole. Ces réunions permettent aux managers d'écouter leurs collègues et d'échanger à propos de certaines situations vécues.

*« ... Les premiers outils qui sont mis en place c'est des one to one, et des one to one réguliers. Par définition un one to one c'est une réunion en tête à tête avec l'infirmier chef et c'est prouvé que des one to one planifiés programmés et définis dans le calendrier nous permet en lien avec la question d'éviter de jouer le rôle de pompier ; c'est à dire que on ne va pas à chaque fois quand il y a du feu on va l'éteindre et on avance. Les one to one permettent de voir, de comprendre de loin s'il y a des manifestations, s'il y a des difficultés et ça nous permet d'accompagner au mieux. Donc ces one to one permettent déjà de voir si l'infirmier chef est en difficulté, s'il y a des signes qui permettent de voir s'il y'a une surcharge, des signes qui font qu'il y a un risque, etc. Ces one to one c'est une fois par mois. Ensuite nous avons les réunions de pôle, et c'est tous les infirmiers chefs ensemble. Pendant une journée il y a de la coordination, de l'information, de la gestion, des décisions, des projets, etc. Ce qu'il y a aussi et qui est vraiment très apprécié par les infirmiers, il y a le " moi à ta place " qui est un outil important parce que l'infirmier a la possibilité d'expliquer la situation, la difficulté. Déjà le fait de parler peut soulager, mais ensuite, il y a le fait que ses collègues vont lui proposer des solutions. Cet outil est vraiment très apprécié. L'infirmier chef a un temps de parole et les solutions proposées sont quand même une forme de soutien. Cela contribue dans l'accompagnement et le soutien de l'infirmier chef » M5.R5.*

*« Nous, nous sommes attentifs à cela. C'est pour cela qu'on demande aux infirmiers chefs d'avoir des entretiens ou des one to one d'accompagnement, pour comprendre la cause racine. Tout le monde ne commence pas forcément par un burn-out. C'est aussi le rôle du manager de repérer, de faire le lien... » M5.R5.*

*« C'est quelque chose qui est quand même demandé par notre direction et je pense que les one to one permettent d'avoir des relations plus saines entre une chef et un membre du personnel, ça permet à la personne de parler de ses problèmes à sa cheffe » M6.R7.*

Pour 38% des managers, il existe au sein des hôpitaux Iris Sud des formations sur la prévention du burn-out. Ces formations ont pour vocation de mettre à disposition des managers les informations utiles concernant les facteurs de risques, les conséquences, les manifestations et les moyens de prévention du burn-out.

*« Je pense qu'il ya des formations. Donc en matière de prévention c'est former les gens, que ce soit les chefs, le management...c'est parfois par vague de formation » M4.R8.*

Pour d'autres, il existe des formations qui parlent d'autres risques psycho-sociaux mais pas du burn-out.

*« Je pense qu'il y'a pas suffisamment de formations par rapport à cela, on en voit pas de formations sur le burn-out. On en voit plus sur l'agressivité mais pas sur le burn-out »M2.R6.*

Différentes activités formelles et informelles ont été mentionnées par 38% des participants. Il s'agit d'activités en vue de renforcer les liens entre collègues tels que les team building, l'organisation de repas internes, des journées PIZZA, la participation à des activités sportives, les fêtes organisées pour le personnel, les fêtes organisées pour les enfants du personnel, les cadeaux remis lors de la fête des infirmiers, etc.

*« Il s'agit d'activités extra muros comme par exemple les 12 km d'Anderlecht, les pizzas... » M5.R6.*

*« ... Les fastfoods que l'hôpital nous envoient pour la fête des infirmières, la fête annuelle de l'hôpital, la Saint- Nicolas des enfants du personnel, les teams buildings sont quand même de petites attentions de l'hôpital à l'endroit du personnel » M6.R7.*

Plusieurs organismes ont été cités par les managers comme acteurs dans la prévention du burn-out dont la cellule de prévention des risques psycho-sociaux. Au besoin, cette cellule peut être interpellée par les managers. Elle est compétente en matière de risques psycho-sociaux et peuvent aider les différents collaborateurs sur des sujets qu'ils ne maîtrisent pas nécessairement.

*« Moi en tout cas personnellement je parle beaucoup avec la cellule psychosociale. C'est une ressource en fait pour les managers et donc prendre contact avec eux pour justement discuter. En fait ils sont compétents dans la matière et donc quand on discute d'un cas particulier aux autres, eux ils peuvent voir aussi d'autres signes peut être nous on ne voit pas et par exemple » M5.R6.*

Dans la même optique, les collaborateurs peuvent aussi faire appel aux ressources humaines, plus précisément les RH Partner, à la médecine du travail ou aux organisations syndicales.

*« Les RHBP c'est des gens de ressources humaines qui accompagnent les managers dans la gestion avec une vision RH mais ils ont aussi des compétences RH qui leur permettent aussi de pouvoir accompagner au mieux et de prévenir cette sorte de problèmes » M5.R5.*

*« J'ai eu un problème personnel et je suis allé rencontrer une personne des ressources humaines. Elle m'a rassuré et cela m'a vraiment fait du bien » M8.R7.*

*« La médecine du travail elle est prévue pour tout le monde ; alors le syndicat je pense que ça m'étonnerait que quelqu'un ignore que le syndicat existe ça fait partie du job aussi des organisations syndicales de faire savoir aux travailleurs qu'ils existent » M9.R7.*

**Qu'en est-il de la mise en application de ces moyens de prévention au sein de chaque unité de soins (facilitateurs et barrières) ?**

Plusieurs managers affirment mettre en pratique les moyens de prévention du burn-out au sein de leurs unités de soins et confirment, pour certains, être soutenus par leur supérieur hiérarchique.

*« Je me sens suffisamment soutenue par mon N+1 » M11.R12.*

En ce qui concerne l'utilisation des ressources mises en place par HIS, les résultats montrent que seuls quelques managers ont communiqué l'existence d'organismes ou acteurs de la prévention des risques psycho-sociaux au sein des HIS. La cellule de prévention des risques psycho-sociaux a été citée par 54% des managers, les RH à un taux de 31%, la médecine du travail à 8%, les syndicats à 8%, et la personne de confiance à 15%.

Ces organismes ne sont tout simplement pas connus par certains managers. En témoigne cet entretien :

*« Je n'ai jamais demandé, je n'ai jamais eu connaissance de quoi que ce soit par rapport à cela... je ne sais pas dire qu'il y'a des mesures spécifiques de prévention dans l'hôpital... au final je n'ai pas été confronté à des situations qui me poussent à faire des recherches sur ce qui est mis à HIS pour cela » M7.R8.*

Ou alors, d'autres ont juste une connaissance très vague des acteurs de prévention :

*« Il y a une affiche en fait, mais qui n'est pas claire. Bref elle n'est pas affichée mais dans ENNOV, on peut trouver une affiche qui dit que en cas de burn-out... Mais qui va le faire ? Si personne ne se présente. Je veux dire cette cellule par exemple qui va s'occuper du burn-out pourquoi elle ne se présente pas dans tous les services ? Non c'est pas très clair car on dit que on peut contacter des personnes de l'extérieur ou des personnes habilitées à nous aider mais exactement qui fait quoi, je ne sais pas » M13.R7.*

Les résultats ont fait apparaître d'autres barrières à l'application des moyens de prévention telles que le manque de ressources humaines lié à des contraintes financières, et entraînant une surcharge de travail pour les managers de proximité.

« Le problème c'est que on a des normes financières qui sont ce qu'elles sont donc inventer du personnel c'est irréaliste » M6.R11.

« Quand on voit maintenant qu'on a une surcharge de travail administrative en tant que chef ça ne parle à personne. Il n'y a personne qui veut entendre ça. Il n'y a pas toujours des intérim, il faut faire la salle, on peut être en retard dans nos tâches... il faut que le chef soit solide pour pouvoir éviter le burn-out de son équipe, ou alors c'est le chef d'unité qui tombe en burn-out » M8.R8.

Ou encore la difficulté des relations entre infirmiers et médecins ou entre infirmiers et paramédicaux :

« Si vous avez en face de vous une équipe médicale ou une équipe de kiné qui critique toujours, là ça ne va pas. Vous voyez que les gens font des efforts mais là-bas on ne fait que critiquer, ça ne va pas. Nous voyons passer beaucoup de médecins. 10 médecins différents qui font des tournantes de trois mois chacun mais, pour s'adapter, c'est difficile. Nous, les chefs, nous nous mettons au milieu pour aider les autres. S'adapter à tout le monde est difficile. Ils doivent comprendre que nous aussi on doit s'adapter à eux, qu'ils sont nombreux et donc ils doivent demander des choses avec politesse, respect parce que, nous ne sommes pas des bêtes... Les médecins n'ont pas besoin de crier pour faire des remarques. S'ils imposent sans laisser de marges de manœuvre aux infirmiers ça n'ira pas non plus » M8.R8.

#### **4) Perception des managers quant à leur rôle**

Tous les managers sont d'accord pour dire qu'ils occupent une place importante dans la prévention du burn-out des équipes dont ils ont la responsabilité. Ils soutiennent qu'ils doivent vraiment être vigilant à ce propos.

Il ressort de nos entretiens que, pour plusieurs d'entre eux, les réalités organisationnelles ne leur permettent pas toujours de jouer pleinement leur rôle. De plus en plus, les hôpitaux font face à la pénurie du personnel infirmier. Très souvent, les chefs sont amenés à remplacer un personnel absent. De plus, les participants dénoncent une charge de travail supplémentaire liée au travail administratif qui devient de plus en plus importante et stressante.

Toutefois, les différents participants démontrent une bonne connaissance de leur rôle de manager et de leur rôle dans la prévention du burn-out de leurs équipes.

Par rapport à leur rôle de chef, ils se décrivent comme étant des managers, des gestionnaires, des responsables d'équipes ayant pour objectif de faire fonctionner une équipe dans le but de prodiguer au patient une meilleure qualité de soins. Cet objectif passe par le soutien et le travail en équipe, une communication de qualité, la répartition équitable des tâches, la gestion des ressources matérielles et humaines, la mise en place de moyens en vue de favoriser un meilleur climat de travail, une approche de travail basée sur l'evidence-based. Pour arriver à cela, les managers décrivent des qualités telles que l'empathie, la rigueur dans le travail, etc.

Concernant la prévention du burn-out, les managers décrivent les moyens de prévention qui leur est propre comme étant l'accompagnement des collaborateurs grâce à l'écoute et une

communication de qualité, la mise en place d'un environnement de travail sain, l'aménagement du temps et des horaires de travail, un style de management participatif.

*« Mon rôle aussi c'est de simplifier l'organisation et le fonctionnement de l'unité et la prise en charge des patients, je veille à ce qu'il règne un climat de confiance dans l'équipe. Lors des conflits, je reste impartial » M12.R9.*

*« Mon rôle serait d'intégrer différents points dans mon leadership. Il s'agit d'être un exemple pour mon équipe, encourager, être un support, écouter, être disponible, être empathique. Mettre en avant la sensibilisation et la formation. Assurer une bonne gestion de la charge de travail, planifier de façon adéquate le travail, être reconnaissante, faire des feedbacks continus, collaborer avec l'équipe, participation active » M11.R11.*

*« Avec cette pénurie du personnel, on est multifacette. On est gestionnaire, on est manager, on est infirmier, on est assistant logistique, on est aide-soignant. Moi il m'est arrivé à plusieurs reprises qu'il manque une infirmière le matin et ben je gérais mon équipe je m'occupais du bureau à savoir tout le travail administratif la prise de rendez-vous je m'occupais de douze patients tout seul et je l'ai fait plusieurs fois. Si je n'ai pas d'assistante logistique, c'est à moi de distribuer les repas. Je l'ai fait plusieurs fois. Si ça arrive de temps en temps je pense qu'on va pouvoir le faire pour montrer l'exemple mais ça ne doit pas être la norme parce que oui autant psychologiquement que physiquement c'est impossible de tenir le coup » M1.R9.*

Les résultats montrent que l'une des barrières liées à l'exercice du rôle des managers dans la prévention du burn-out serait le manque de connaissances, et donc d'informations en lien avec le syndrome de burn-out.

*« Je n'ai jamais demandé, je n'ai jamais eu connaissance de quoi que ce soit par rapport à cela...je ne sais pas dire qu'il y a des mesures spécifiques de prévention dans l'hôpital...au final je n'ai pas été confronté à des situations qui me poussent à faire des recherches sur ce qui est mis à HIS pour cela » M7.R8.*

Plusieurs managers font remarquer que la direction devrait être plus présente sur le terrain afin d'avoir un avis non biaisé de la difficulté des soignants sur le terrain.

*« ...Pour moi, la direction doit être plus sur le terrain. Aller voir la première ligne. Montrer qu'elle est là, montrer qu'elle comprend les difficultés...venir travailler de temps en temps avec les infirmiers, afin de mieux connaître la réalité du terrain, comprendre ce qu'on fait » M1.R10.*

## **5) Pistes d'amélioration**

Les managers sont tous d'accord que le burn-out est un réel problème de santé publique et que des mesures doivent être mises en place pour assurer au mieux la prévention. Pour cela, il est important que les managers aient les connaissances nécessaires en matière de facteurs de risques, de manifestations, et des moyens de prévention existants. Comme pistes d'amélioration, plusieurs participants proposent des formations où les managers pourront être informés sur le syndrome, ainsi que sur les différents acteurs de prévention des risques psychosociaux présents au sein de HIS.

*« Oui je pense qu'une formation peut être nécessaire, mais c'est surtout les chefs qui doivent être sensibilisés au burn-out » M6.R7.*

*« ...ça peut être une suggestion pour la prévention avec des thématiques importantes; la définition concrète, et puis les personnes à risque parce qu'il y a des caractéristiques personnelles qui font que...puis les premiers signes et puis aussi dans l'accompagnement par la suite, concrètement qu'est-ce qu'on attend de l'employeur? qu'est-ce qu'on attend du manager? »M5.R6.*

*« On a déjà eu une formation par les RH sur les signes précurseurs du burn-out. Il y a plus ou moins 5 à 6 ans ...Oui ça fait longtemps, ça peut même remonter à plus de 6 ans » M6.R7.*

Une telle observation signifie que, pour des responsables ayant pris leur fonction il y a moins de cinq ans, l'information n'est pas passée.

*« Non, j'ai jamais assisté à des formations sur le burn-out » M13.R8.*

*« ... Je pense qu'il n'y a pas suffisamment de formations par rapport à cela, on en voit pas de formations sur le burn-out. On en voit plus sur l'agressivité mais pas sur le burn-out » M2.R6.*

*« Des formations sur le burn-out je n'en vois pas. Il y'a des formations de la cellule psycho-sociale sur des thèmes comme gérer l'émotion...Une formation d'une journée ou d'une après-midi ou d'une matinée avec la thématique burn-out définition, caractéristiques, la prévention, les premiers etc. moi je n'en vois pas » M5.R6.*

Afin de prévenir au mieux les risques psycho-sociaux au sein de HIS, un devoir d'information s'impose et devrait être mieux structuré.

*« Qu'ils mettent en place une cellule qui s'occupe vraiment du burn-out, qui monte dans les services proposer leurs aides, qui remonte l'information plus haut pour adapter certaines choses dans le service pour améliorer effectivement la charge de travail. Déjà s'ils mettaient cela en place ça pouvait déjà aider préventivement pour qu'on n'arrive pas jusqu'au burn out » M13.R9*

*« Je pense qu'ils doivent défaire cette équipe pour un peu plus se faire connaître. Même si on a eu des affiches, mais qu'ils viennent de temps en temps dans un service, puis dans l'autre, se présenter »M2.R6*

L'une des pistes d'amélioration réside aussi dans la sensibilisation de la ligne hiérarchique. La prévention du burn-out doit se faire à tous les niveaux de la ligne hiérarchique. Celles-ci doivent travailler ensemble car si les choses ne sont pas coordonnées, le travail de l'un sera biaisé par l'autre.

*« Différents niveaux doivent mettre les dispositifs ensemble pour prévenir le burn-out. Il faut qu'il y ait une cohérence qui fait que tous aient cette préoccupation : que ce soit les Rh,*

*l'administration, les soins... car si je mets des choses en place pour prévenir le burn-out et que j'ai une chef qui n'écoute pas, qui ne sait pas parler aux gens ça n'ira pas » M4.R8.*

Dans le même ordre d'idées, plusieurs participants émettent une envie de valorisation par la direction des soins. D'après eux, la direction pourra valoriser leur travail si et seulement si elle vient elle-même sur le terrain afin de mieux cerner les réalités de celles-ci.

*« Ce qu'il faut c'est valoriser. Pour moi, la direction doit être plus sur le terrain. Aller voir la première ligne. Montrer qu'elle est là, montrer qu'elle comprend les difficultés. Je pense que les cadres intermédiaires doivent un peu mettre la main à la pâte ; venir travailler de temps en temps avec les infirmiers, afin de mieux connaître la réalité du terrain, comprendre ce qu'on fait » M1.R10*

*« ...Et aussi, valoriser certaines personnes car il y'en a qui ont aussi besoin de cela ; dire aux gens que ce qu'ils ont fait c'est bien, remercier quand quelqu'un fait bien son travail »M7:R10.*

## **II- Discussion**

Après avoir présenté les différents résultats issus des entretiens, il est question dans cette partie de les interpréter en regard du cadre théorique préalablement établi, de formuler quelques recommandations que nous trouvons pertinentes, et finalement de relever les limites inhérentes à notre travail. Toutefois, il nous semble judicieux de rappeler au préalable l'objectif du présent travail.

Le présent travail visait à explorer et analyser la perception qu'ont les infirmiers chefs et adjoints d'unités des hôpitaux Iris Sud du syndrome de burn-out, plus précisément de sa définition, ses manifestations, ses causes et conséquences aussi bien au niveau organisationnel qu'individuel, mais aussi la perception de leur rôle propre en tant que managers d'une part et, d'autre part, dans la prévention du burn-out des équipes dont ils ont la responsabilité.

Un retour sur notre cadre théorique et notre question de recherche est nécessaire. Notre question de recherche se formulait ainsi : Quelle est la perception du syndrome de burn-out par les infirmiers chefs en milieu hospitalier ainsi que de leur rôle dans la prévention du burn-out auprès des équipes soignantes dont ils ont la responsabilité ?

### **1) Analyse des différents résultats**

Cette recherche qui se veut qualitative est partie d'entretiens semi-dirigés qui ont permis de mettre en exergue les différentes perceptions des chefs des hôpitaux Iris Sud du syndrome de burn-out et des différentes notions qui gravitent autour de lui. Pour mieux discuter de ces résultats, plusieurs thèmes en lien avec notre thématique sont ici rappelés.

## - **La définition du burn-out par les différents participants**

Premièrement, les différents participants s'entendent tous pour dire que le burn-out est un réel problème de santé publique qui prend de plus en plus de l'ampleur au sein des hôpitaux. Cette affirmation est corroborée par différentes études, notamment l'étude réalisée en 2022 par Securex et en collaboration avec la KU Leuven qui montre que 28,5% des travailleurs belges sont exposés à un risque de burn-out et près de la moitié (13,4%) d'entre eux s'avérait déjà plus que probablement épuisés ou au bord de l'épuisement professionnel (par rapport à 23,8% en 2018 et 2019).

Notons qu'en date d'aujourd'hui, il n'existe pas un consensus de définition du burn-out dans la littérature scientifique. Malgré ces divergences, plusieurs auteurs s'accordent sur le fait que le burn-out est un processus graduel et multifactoriel dû à une exposition prolongée (en situation de travail) à un manque de réciprocité entre l'investissement et ce qui est reçu en retour. Cette situation de dégradation s'effectue à travers trois dimensions : l'épuisement émotionnel, le cynisme vis-à-vis du travail et la diminution de l'accomplissement personnel (DGT, 2017 ; Salembier-Trichard A, 2019). D'après les résultats de la recherche, cette définition du burn-out a été relayée par plusieurs participants. Cependant, il convient d'observer que certains participants ont défini le burn-out soit par ses causes, soit par ses manifestations. En effet, ces derniers ne relayent pas les dimensions associées au burn-out dans leur définition. Il y a donc une confusion dans la définition du syndrome de burn-out par près de la moitié des intervenants. Il est donc important, pour mieux cerner cette réalité du syndrome, que les managers soient au clair avec la notion, sa définition afin qu'ils puissent l'intégrer au mieux dans leur pratique.

Toutefois, d'après les travaux de la Direction Générale du Travail (2015), il convient de différencier le burn-out avec plusieurs autres diagnostics différentiels tels que la dépression, le workaholisme, etc. Nous constatons dans les résultats qu'aucun des intervenants n'a associé un tel diagnostic au burn-out, montrant ainsi par-là que le burn-out est un syndrome connu comme diagnostic à part entière autre que les diagnostics différentiels précédemment cités.

## - **Les causes du burn-out**

Les causes du burn-out sont nombreuses. Elles peuvent être d'ordre organisationnel ou individuel. Les causes organisationnelles qui ont été énumérées par les différents participants sont la qualité des relations au travail, la charge de travail, le style de management, l'ambiguïté des rôles, et l'interruption des tâches.

Pour les participants, la hiérarchie joue un rôle important dans le maintien de la qualité de la relation au sein de l'équipe. Pour eux, cette qualité de la relation au travail passe par la reconnaissance du travail des collaborateurs, la prise en compte de ceux-ci dans les prises de décision, le soutien et la considération, la gestion des conflits, le respect des personnes, la transparence, une communication de qualité, l'absence de violence, etc. Ce constat corrobore les écrits de Laberon et Guignon et al., portant sur une enquête réalisée en France en 2003, quand ils repèrent que les relations interpersonnelles avec les supérieurs hiérarchiques sont une source fréquente de tension au travail pour près d'un travailleur sur trois (Guignon et al., 2008, cité par Laberon et al., 2016). Dans le même ordre d'idées, le Conseil Supérieur de la Santé prône la participation du travailleur dans les prises de décision. En d'autres termes, le

manager doit intégrer les « subordonnés » dans le processus de prise de décision en vue de limiter le burn-out (CSS, 2017).

Pour Safety et Page (2004), une corrélation doit être établie entre la charge de travail des soignants et la lourdeur des tâches administratives. En effet, Safety et Page soutiennent que ces exigences administratives réduisent fortement le temps dont disposent les infirmiers pour être en contact direct avec les patients. Pour D'all Ora et al., il y aurait une corrélation entre une charge de travail élevée, la pression du temps et l'épuisement émotionnel, tandis que l'épuisement professionnel, quant à lui, serait associé à des niveaux de dotation en personnel infirmier (D'all Ora et al., 2004). Ce point ressort des différents résultats des entretiens. La majorité des participants ont assimilé les causes du burn-out à la charge de travail due à des dotations de personnel insuffisantes, à la lourdeur des charges administratives, mais aussi à l'emploi du personnel intérimaire et au manque d'équité. Pour eux, le travail avec les intérimaires ne fait qu'accroître cette charge de travail administrative car le personnel intérimaire ne connaît généralement pas l'hôpital et donc, par exemple, le système de facturation, de rangement, d'encodage, etc. Il revient alors le plus souvent au personnel fixe non seulement de faire leur propre travail à eux, mais aussi de réaliser ce travail administratif des intérimaires.

Plusieurs autres causes de burn-out telles que développées par les écrits n'ont pas été énumérées par les participants. Il s'agit de causes telles que les horaires de travail, les conflits de valeur, les exigences émotionnelles. Dans l'exercice de son rôle, les horaires de travail sont à prendre en compte par le manager. Une étude réalisée en Thaïlande en 2015 montre que les heures de travail prolongées ont un impact sur la survenue d'erreurs sur les patients d'une part et, d'autre part, sur l'apparition de l'épuisement émotionnel et la dépersonnalisation des infirmiers (Kunaviktikul et al., 2015).

Les exigences émotionnelles sont souvent le propre du soignant. Même dans des situations où il est en contact avec la souffrance et la détresse, ou encore dans des situations de tension avec les patients et les familles, le soignant ne doit pas laisser transparaître ses émotions lors des soins et doit pouvoir montrer une attitude positive (INRS, 2021). Or, sur le long terme, ces exigences sont des sources de burn-out.

Dans leur travail au quotidien, les soignants ont besoin de trouver un sens à leur travail difficile. S'ils ne peuvent pas, ils sont susceptibles d'en souffrir et d'avoir le sentiment que leur travail n'a aucun sens et ne sert pas à grand-chose (Piers et al. ; Ricou et Merlani, 2011).

Les causes de burn-out ont été énumérées de façon partielle par les intervenants. Toutefois, même si ces causes n'ont pas toutes été énumérées, la majorité des managers ont relevé la qualité de la relation au travail comme principale cause de burn-out et ont souligné que le rôle de la hiérarchie, donc par ce biais, leur rôle, étaient primordiaux pour maintenir une relation de qualité au sein des équipes.

#### - **Les manifestations du burn-out**

Les différentes manifestations du burn-out peuvent être d'ordre physique, motivationnel, cognitif, émotionnel, et comportemental (HAS, 2017). Les managers s'entendent pour dire que la fatigue est la première manifestation du burn-out d'un soignant. Tous les intervenants ont mentionné au moins une manifestation autre que physique du burn-out. Les autres manifestations qui ressortent sont des troubles du sommeil, des maux de tête, une baisse de

motivation, l'irritabilité, l'anxiété. Toutes ces manifestations corroborent bien celles qui sont recensées par les écrits de la Haute Autorité de Santé (2017).

Toutefois, plusieurs managers ont évoqué l'absentéisme comme une manifestation du burn-out. En effet, les intervenants soutiennent que quand une personne est en pré-burn-out ou alors lorsqu'elle est fatiguée, cette dernière se mettra facilement en arrêt de travail. Ces arrêts de travail répétés non seulement doivent alertés le manager, mais aussi sont considérés comme manifestations du burn-out. Ceci va dans le sens de la DGT et al., lorsqu'ils invitent les managers à tenir compte de certains signes annonciateurs de l'existence des risques psychosociaux au sein d'un service, à savoir les signes tels que les absentéismes, présentéisme, grèves, etc. (DGT et al., 2015).

#### - **Les conséquences du burn-out**

Les résultats montrent qu'une majorité de managers s'accordent sur le fait que les principales conséquences du burn-out sont la diminution de la qualité de soins et l'augmentation des absentéismes. En effet, les managers rencontrés soutiennent que, lorsqu'un soignant est absent d'une unité de soins à cause d'un burn-out, cette situation induit une diminution du ratio patients/infirmier dans l'unité de soins. Cette situation provoque l'augmentation de la charge de travail qui, à son tour, peut induire une baisse de performance, des risques d'erreurs et donc une diminution de la qualité des soins. De même, une personne qui souffre de burn-out sera en arrêt de travail pour une période conséquente, ne faisant par là qu'accentuer la pénurie déjà présente et donc aggraver la diminution de la ratio patient/infirmier.

Cette situation est d'ailleurs soutenue par plusieurs auteurs, notamment Ricou et Merlani qui expliquent que, lorsque la charge de travail est trop élevée, ou alors lorsque le ratio patient/infirmier est trop élevé, les infirmiers sont insatisfaits de leur travail. Ceux-ci n'ont pas assez de force pour s'investir dans la qualité des soins aux patients et n'ont plus assez de réactivité dans des situations urgentes de réanimation entraînant un risque élevé de décès des patients (Aiken et al., 2002 ; Ricou et Merlani, 2012).

De même, d'autres conséquences comme la diminution de la cohésion d'équipe, l'augmentation du turn-over au sein du service ont été énumérées. Pour les managers, le turn-over est associé à l'engagement du personnel intérimaire ou d'un personnel fixe en vue de combler les absences ainsi qu'aux coûts qui y sont liés. Pour Belanger, le roulement élevé du personnel entraîne plusieurs coûts. Il s'agit, par exemple, des coûts directs liés à la formation du personnel nouveau, des coûts relatifs à l'augmentation des heures supplémentaires des infirmiers présents (en vue de combler le déficit du personnel) (Bélanger, 2014).

Toutefois, aucun des managers n'a évoqué des conséquences liées à la personne telles que la consommation abusive de médicaments (Olié et al., 2016) ou encore la volonté d'abandon et de réorientation professionnelle (Shah et al., 2021). Dans leur pratique, il est nécessaire que ces conséquences soient connues des managers afin de mieux prévenir le burn-out.

#### - **Les moyens de prévention du burn-out**

Les managers reconnaissent plusieurs moyens de prévention. Il s'agit soit des moyens de prévention propres à leur fonction de chef, soit les moyens de prévention mis en place par les hôpitaux Iris Sud.

L'accompagnement des collaborateurs grâce à l'écoute est le premier moyen de prévention du burn-out qui ressort de l'enquête. Tous ces managers s'entendent pour dire que l'accompagnement du collaborateur grâce à l'écoute et la disponibilité est essentiel. Une telle attitude permet au collaborateur de « mettre à plat » ses besoins, ses manques, ses souffrances. Il permet aussi au manager de mieux cerner le problème afin de trouver la meilleure solution possible pour la personne, et par conséquent améliorer son bien-être. Dans le même ordre d'idées, les managers soutiennent que l'une de leurs compétences de gestion serait la promotion d'un environnement de travail sain. Une telle prise de conscience passe une bonne ambiance dans l'équipe, la valorisation des personnes, le soutien moral, des feedbacks réguliers, la gestion des conflits, l'empathie, la bienveillance, une communication de qualité. Les managers reconnaissent aussi pouvoir agir sur certains stressés tels que les horaires de travail, l'adaptation des jours de congé, etc., afin de permettre au soignant de lâcher un peu la pression ou afin de lui permettre de concilier sa vie personnelle et sa vie professionnelle. Les écrits de la DGT et al. soutiennent ces différents propos. En effet, pour la DGT et al., le manager de proximité doit pouvoir veiller à la charge de travail de ses collaborateurs (respect des desideratas, régulation des heures supplémentaires), assurer la reconnaissance du travail de ceux-ci afin qu'il n'y ait pas de déséquilibre entre ce que le soignant investit dans son travail et ce qu'il reçoit (DGT et al., 2015).

Au niveau de HIS, plusieurs intervenants ont énuméré la présence des acteurs de prévention tels que la cellule de prévention des risques psycho-sociaux, les Ressources humaines, la médecine du travail, les syndicats, la personne de confiance. Cette observation confirme le fait que ces managers savent qu'ils peuvent faire appel à ces différents acteurs de prévention présents au sein des HIS. Toutefois, certains managers ont signalé de ne pas connaître les moyens de prévention mis en place par les hôpitaux Iris Sud. Ils ont invoqué le fait de ne jamais avoir eu un problème de burn-out au sein de leur équipe.

Certains managers ont parlé de la présence de formations sur le burn-out en vue de sensibiliser les managers sur ce syndrome. Cependant, les résultats montrent que les dernières formations qui parlaient de burn-out à HIS ont eu lieu il n'y a environ que cinq à six ans. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle plusieurs managers occupant la fonction de chef il y a moins de cinq ans disent ne pas connaître les moyens de prévention du burn-out présents au sein de l'organisation.

Pour la Direction Générale du Travail, la formation et l'information des managers et des travailleurs à la connaissance des différents risques psycho-sociaux existants et des différents réseaux de prévention présents aussi bien au sein de l'organisation qu'à l'extérieur de celle-ci est primordiale et elle constitue le premier niveau de la prévention primaire du burn-out au sein d'une organisation. Au plus l'employeur sensibilise et forme les travailleurs à la connaissance des différents risques psycho-sociaux, dont le burn-out, au plus ceux-ci seront capables de détecter des signes ou signaux de ces risques auprès de leurs collègues ou pour eux-mêmes (DGT et al., 2015).

#### - **Perception qu'ont les managers de leur rôle propre dans la prévention du burn-out**

Tous les participants s'accordent sur le fait qu'ils occupent une place primordiale dans la prévention du burn-out des équipes.

Par rapport à leur rôle, ils se décrivent comme étant des managers, des gestionnaires, des responsables ayant pour objectif de faire fonctionner une équipe dans le but de prodiguer au patient une meilleure qualité de soins. Cet objectif passe par le soutien et le travail en équipe, une communication de qualité, l'écoute, la répartition équitable des tâches, la gestion des ressources matérielles et humaines, la mise en place de moyens en vue de favoriser un meilleur climat de travail, une approche de travail basée sur l'évidence-based. Pour arriver à cela, les managers décrivent des qualités telles que l'empathie, la rigueur dans le travail, etc. Le Conseil Fédéral de l'Art Infirmier en ses séances du 1er avril 2015 et du 12 janvier 2016 allait dans le même sens quand il définissait les différentes compétences de l'Infirmier Responsable en Soins Généraux. Ces compétences corroborent aussi à celles décrites dans le profil de fonction de l'infirmier chef des hôpitaux Iris Sud.

#### - **Facilitateurs et barrières liés à l'exercice de leur rôle dans la prévention du burn-out**

D'après les différents intervenants, l'exercice de leur rôle dans les unités de soins est de plus en plus en difficile. En effet, les participants mettent en cause un élargissement des tâches, notamment celles administratives qui ne font que s'accroître. De plus, vu les dotations patients/infirmiers qui sont en diminution, ils sont souvent amenés à exercer des soins, au chevet du patient, ou alors à souvent endosser d'autres fonctions en cas d'absence d'une personne (aide logistique, aide-soignant, etc). Ce faisceau d'éléments augmente leur charge de travail et les éloigne de leur fonction première et de leur équipe. L'étude de Nelson corrobore ce fait quand il souligne que l'élargissement et l'étendue des responsabilités des chefs infirmiers contribuent largement à l'augmentation des exigences professionnelles et du stress au travail (Nelson Kenneth, 2017).

Une autre barrière dans la prévention du burn-out réside en un manque d'informations ou de connaissances sur le syndrome. Ce constat s'appuie sur l'observation de l'absence d'une politique de prévention du burn-out au niveau des hôpitaux Iris Sud. Comme relaté dans les différents résultats, les dernières formations dispensées sur le burn-out ont eu lieu il y a déjà plusieurs années.

En ce qui concerne les facilitateurs dans l'exercice de leur rôle de prévention, une minorité de participants a relevé le soutien de leurs supérieurs hiérarchique, à savoir le cadre intermédiaire. Les quelques managers ont invoqué la disponibilité et l'écoute de ces derniers en situation de crise. La majorité par contre n'a relevé aucun facilitateur au sein de l'organisation.

#### - **Pistes d'amélioration de la prévention du burn-out au sein de HIS**

Comme pistes d'amélioration, le développement d'une politique de sensibilisation, de communication, de formation au sein des hôpitaux Iris Sud, et cela à travers les différentes lignes hiérarchiques, s'avère nécessaire. En effet, pour avoir un effet positif, la prévention du burn-out doit se faire à tous les niveaux de la ligne hiérarchique et dans les différents secteurs participant à la vie du réseau. Au travers d'une telle politique, toutes les personnes salariées dans l'ensemble du réseau des hôpitaux Iris Sud pourraient être informées. Dans le secteur des RH en particulier, pourquoi ne pas penser à une « stratégie » de sensibilisation plus explicite sur la reconnaissance envers l'investissement du personnel ?

Le bien-être au travail étant un axe stratégique des hôpitaux Iris Sud, il serait important que la prévention du burn-out soit une priorité pour la direction des soins, et que les infirmiers chefs soient soutenus dans cette démarche. De ce fait, une diminution des tâches administratives des infirmiers chefs et une dotation suffisante en personnel aideraient à augmenter leur disponibilité auprès des équipes, et leur permettraient de retrouver leur rôle premier et donc d'être plus attentifs aux risques de burn-out dans leurs équipes.

## **2) Limites, forces de l'étude et perspectives futures**

Notre recherche présente plusieurs limites. D'abord, la première limite réside dans le fait que les entretiens n'ont été menés que dans le périmètre des infirmiers chefs des hôpitaux Iris Sud. Pour prétendre rendre ces résultats généralisables, il serait judicieux de compléter notre recherche avec les infirmiers chefs d'hôpitaux ou de réseaux autres que ceux du réseau Iris, et même d'étendre notre recherche vers les infirmiers chefs du réseau extra-hospitalier.

Une seconde limite réside dans le focus des infirmiers chefs et adjoints des unités d'hospitalisation qui en « représentaient » que des unités d'hospitalisation et de soins intensifs. Elargir l'enquête aux autres unités constitutives d'un hôpital et de réseaux différents serait sans doute souhaitable.

Une troisième limite consiste que les présents résultats ne reflètent que les perceptions des managers qui sont sur le terrain ou qui sont en lien direct avec les personnes du terrain (chefs de service). Pour avoir une vision plus large et plus diversifiée des perceptions sur le burn-out ou sur des politiques mises en place par HIS, l'enquête devrait s'élargir aux divers responsables des directions de soins et aux infirmiers et aides-soignants.

Concernant notre guide d'entretien, bien qu'ayant été modifié en fonction des interviewés, nous pensons qu'il méritait d'aborder des thèmes un peu plus approfondis faisant référence par exemple à la vocation, aux valeurs associées à la profession, etc. Comme première prise de contact, il nous a permis d'avoir une vision globale qui demanderait à être précisée et affinée.

Nous considérons que l'apport positif, pour nous, est que cette enquête et le fait de pouvoir « verbaliser » et « objectiver » des ressentis provenant des infirmiers chefs sur ce syndrome du burn-out peuvent ouvrir l'espace d'une réflexion plus approfondie et plus efficace concernant la connaissance et la mise en place de mesures pour prévenir et soutenir les personnes en souffrant.

Aussi, la présente recherche enrichit la littérature existante sur le rôle des managers dans la prévention du burn-out des équipes soignantes de manière générale, mais aussi sur la perception qu'ont les infirmiers chefs de leur rôle dans la prévention dudit syndrome.

## **Conclusion de la partie pratique**

Dans cette deuxième partie, nous avons premièrement présenté la méthodologie utilisée pour mener à bien la présente recherche et nous avons ensuite énumérer les différents résultats issus de nos entretiens. Il ressort de nos différents entretiens plusieurs constats parmi les lesquels, un manque de connaissance de la part de certains participants en ce qui concerne la perception de ce qu'est le burn-out, de ses causes, et des moyens de prévention existants au sein de HIS. Toutefois, les intervenants démontrent une bonne connaissance par les de leur rôle de manager. Les résultats ont mis en lumière plusieurs contraintes liées à la prévention, à savoir la lourdeur des tâches administratives, la pénurie du personnel qui fait que ces chefs sont souvent obligés d'endosser différents rôles afin de remplacer le personnel absent, l'absence de formations et d'information sur le syndrome de burn-out, la non reconnaissance de la lourdeur du travail par la hiérarchie.

## CONCLUSION GENERALE

La présente recherche a permis d'analyser la perception qu'ont les infirmiers chefs des hôpitaux Iris Sud du syndrome de burn-out. Il en ressort que plusieurs managers manquent encore de connaissances concernant ledit syndrome et plus précisément concernant sa définition, ses causes et ses moyens de prévention existants au sein de l'organisation. Ce manque de connaissance est lié à une absence de politique de sensibilisation, de communication et de formation sur le syndrome au sein des hôpitaux Iris Sud.

De plus en plus, le burn-out prend de l'ampleur au sein de nos hôpitaux. Etant un syndrome graduel et multifactoriel, il est nécessaire, voire primordial, que les managers aient des connaissances afin de pouvoir mettre en place des moyens pour prévenir son apparition au sein de leurs équipes.

Toutefois, les différents managers ont démontré une bonne connaissance des conséquences du burn-out au niveau de l'organisation ainsi que de leur rôle dans la prévention de celui-ci. Concernant leur rôle, les managers ont mis en avant l'écoute, la communication, la répartition équitable des tâches, la promotion d'un environnement de travail de qualité.

Les analyses ont aussi relevé plusieurs contraintes en lien avec l'exercice de leur rôle. Vu la proximité des chefs avec les équipes soignantes, ceux-ci sont les plus à même de détecter la présence de risques psycho-sociaux au sein de l'unité. Afin que cette proximité soit réellement effective, il est nécessaire que la direction des hôpitaux Iris Sud mette en place des politiques qui limiteraient ces différentes contraintes auxquelles sont exposés les infirmiers chefs.

Suite à l'expression de ces contraintes par les infirmiers chefs, la question peut se poser de savoir quels sont finalement les risques que ces infirmiers courent dans le simple chef de leur fonction. Nous pensons qu'il pourrait être intéressant d'approfondir cette recherche d'une part aux divers responsables des directions de soins et, d'autre part, aux risques qu'encourent les infirmiers chefs dans l'exercice de leur profession.

En outre, de manière plus personnelle, ce travail m'a été très bénéfique car il m'a permis d'appliquer la démarche méthodologique d'une recherche dans le domaine de la santé et m'a aussi donné la possibilité d'améliorer mes connaissances en matière de risques psycho-sociaux et de burn-out. Etant moi-même infirmière, ce travail m'invite à m'interroger sur l'exercice de ma propre pratique et, je l'espère, à discerner par là des pistes d'amélioration et de réflexion qui ne pourront que m'aider à l'avenir.

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Addict'Aide. (2020). 13 mesures préventives pour lutter contre le burn-out. Les addictions en milieu professionnel - Addict'Aide Pro. <https://www.addictaide.fr/pro/guide/13-mesures-preventives-pour-lutter-contre-le-burn-out/>

Aiken, L. H. (2002). Hospital Nurse Staffing and Patient Mortality, Nurse Burnout, and Job Dissatisfaction. JAMA, 288(16), 1987. <https://doi.org/10.1001/jama.288.16.1987>

Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, J., & Silber, J. H. (2002). Hospital nurse Staffing and patient Mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. JAMA, 288(16), 1987-1993. <https://doi.org/10.1001/jama.288.16.1987>

Amraoui, S. B. (2018). Manifestations des Risques Psychosociaux sur les employés au milieu du travail : Burn-out et Stress. Journal of Biomedical Research and Health Economics, 1, Article 1. <https://revues.imist.ma/index.php/JBRHE/article/view/14831>

AR. (2006). Fonction d'infirmier en chef—13 JUILLET 2006. AFISO. [https://www.afiso.be/Fonction-d-infirmier-en-chef-13-JUILLET-2006\\_a85.html](https://www.afiso.be/Fonction-d-infirmier-en-chef-13-JUILLET-2006_a85.html)

Barbier, D. (2004). Le syndrome d'épuisement professionnel du soignant. La Presse Médicale, 33(6), 394-399. [https://doi.org/10.1016/S0755-4982\(04\)98606-X](https://doi.org/10.1016/S0755-4982(04)98606-X)

Belga, & Wilquin, M. (s. d.). Entre 2018 et 2021, les burn-out ont augmenté de 66 %, selon les Mutualités Libres. RTBF. Consulté 14 avril 2024, à l'adresse <https://www.rtb.be/article/entre-2018-et-2021-les-burn-out-ont-augmente-de-66-selon-les-mutualites-libres-11026668>

Berckmans, G., Irusta, L. A., Bouzegta, N., Defloor, T., Peeters, G., Stordeur, S., & Gobert, M. (2008). Différenciation de fonctions dans les soins infirmiers en milieu hospitalier : Possibilités et limites.

Bilheran, A., & Adam, P. (2011). 24. Management et risques psychosociaux : Quel rapport ? Hors collection, 93-96.

Bué, J., Coutrot, T., Guignon, N., & Sandret, N. (2008). Les facteurs de risques psychosociaux au travail. Une approche quantitative par l'enquête Sumer. Revue française des affaires sociales, 2-3, 45-70. <https://doi.org/10.3917/rfas.082.0045>

Burghi, G., Lambert, J., Chaize, M., Goinheix, K., Quiroga, C., Fariña, G., Godino, M., Pittini, G., Pereda, S., Fregossi, C., Mareque, S., Bagnulo, H., & Azoulay, E. (2014). Prevalence, risk factors and consequences of severe burnout syndrome in ICU. Intensive Care Medicine, 40(11), 1785-1786. <https://doi.org/10.1007/s00134-014-3454-x>

Burnout-Pro. (2023, août 28). Burnout et absentéisme au travail : Un défi pour les psychologues. Burnout-Pro - Réseau Coach Thérapeutes et Professionnels de l'Accompagnement. <https://burnout-pro.com/burnout-absenteisme-psychologue-travail/>

Brun, J. P., Biron, C., & Ivers, H. (2004). Évaluation de la santé mentale au travail : Une analyse des pratiques de gestion des ressources humaines. Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement, 65(2-3), 131-132. [https://doi.org/10.1016/S1775-8785\(04\)93127-X](https://doi.org/10.1016/S1775-8785(04)93127-X)

CFAI. (2016, juin 2). CFAI 2016.01 Avis concernant le profil de l'infirmier. Santé Publique. <https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/documents/cfai-201601-avis-concernant-le-profil-de-l'infirmier>

Chabot, P. (2013). Global burn-out. Presses universitaires de France.

Chapelle, F. (2018). 16. Burn-out. In Thérapies comportementales et cognitives: Vol. 3ème éd. (p. 135-139). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.chape.2018.02.0135>

Claude, G. (2019, octobre 14). Étude qualitative et quantitative : Définitions et différences. Scribbr. <https://www.scribbr.fr/methodologie/etude-qualitative-et-quantitative/>

Cogen, P. (2014). Burnout | Questionnaire CBI (Copenhagen Burnout Inventory). <https://www.therapiebreve.be/plus/tests/burnout-cbi>

Cogen, P. (s. d.-a). Truchot, 2004 | Effets du burnout sur la santé psychique et physique. Consulté 17 février 2024, à l'adresse <https://www.therapiebreve.be/plus/sources/ouvrages/truchot-2004-effets-du-burnout-sur-la-sante-psychique-et-physique>

Conseil Economique Social et Environnemental. (2001). Le harcèlement moral au travail. Le Conseil économique social et environnemental. <http://www.lecese.fr/travaux-publies/le-harcelement-moral-au-travail>

Conseil supérieur de la santé. (2017, septembre 27). Burnout : Un sujet brûlant. SPF Santé publique. <https://www.health.belgium.be/fr/news/burnout-un-sujet-brulant>

Cru, D. (2001). Le mal-être au travail, comment intervenir ? Travail, genre et sociétés, 5(1), 57-73. <https://doi.org/10.3917/tgs.005.0057>

CSS. (2020, février 10). BURNOUT e-learning—CSS\_9339. SPF Santé publique. <https://www.health.belgium.be/fr/burnout-e-learning-css9339>

Dall'Ora, C., Ball, J., Reinius, M., & Griffiths, P. (2020). Burnout in nursing : A theoretical review. Human Resources for Health, 18(1), 41. <https://doi.org/10.1186/s12960-020-00469-9>

De Vlieghe, & Mertens, Q. (2022). Près de 30% des travailleurs belges courent un risque (élevé) de burn-out. Securex. <https://press.securex.be/pres-de-30-des-travailleurs-belges-courent-un-risque-eleve-de-burn-out>

Delbrouck, M., Vénara, P., Goulet, F., & Ladouceur, R. (2011). 9. Prévention secondaire – J'ai des indices de burn-out. In Comment traiter le burn-out (p. 173-182). De Boeck Supérieur. <https://www.cairn.info/comment-traiter-le-burn-out--9782804163822-p-173.htm>

Demerouti, E., Bakker, A. B., Vardakou, I., & Kantas, A. (2003). The convergent validity of two burnout instruments : A multitrait-multimethod analysis. *European Journal of Psychological Assessment*, 19(1), 12-23. <https://doi.org/10.1027/1015-5759.19.1.12>

DGT, INRS, & ANACT. (2015). *Le syndrome d'épuisement professionnel ou burnout : Mieux comprendre pour mieux agir : guide d'aide à la prévention*

Doutriaux, A. (2024). La prévention du burn-out des soignants. <https://walter-learning.com/blog/sante/infirmier/burn-out/prevention-burn-out>

Estryn-Béhar, M., Van der Heijden, B. I. J. M., Ogińska, H., Camerino, D., Le Nézet, O., Conway, P. M., Fry, C., Hasselhorn, H.-M., & NEXT Study Group. (2007). The impact of social work environment, teamwork characteristics, burnout, and personal factors upon intent to leave among European nurses. *Medical Care*, 45(10), 939-950. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e31806728d8>

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>

Frenette, J. (2008). Préface. In *Le burn-out du soignant: Vol. 2e éd.* (p. 7-8). De Boeck Supérieur. <https://www.cairn.info/le-burn-out-du-soignant--9782804100995-p-7.htm>

Freudenberger, H. J. (1974). Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues*, 30(1), 159-165. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x>

FRM. (2024). *Tout savoir sur le burn-out, le syndrome d'épuisement professionnel* [Fondation pour la recherche médicale]. Fondation pour la Recherche Médicale. <https://www.frm.org/recherches-maladies-neurologiques/burn-out/focus-burn-out>

Gosselin, E. (2014). *Le Surprésentéisme. Travailler malgré la maladie*, Par Denis Monneuse, Bruxelles : Éditions de Boeck, 2013, 120 pages. ISBN : 978-2-8041-8060-7. *Relations industrielles*, 69(2), 464. <https://doi.org/10.7202/1025041ar>

Gosselin, E., & Lauzier, M. (2011). Le présentéisme. Lorsque la présence n'est pas garante de la performance. *Revue française de gestion*, 211(2), 15-27.

Guignon, N., Coutrot, T., Bué, J., & Sandret, N. (2008). Les facteurs de risques psychosociaux au travail. Une approche quantitative par l'enquête Sumer. *Revue française des affaires sociales*, 2-3, 45-70. <https://doi.org/10.3917/rfas.082.0045>

HAIKIN, D. (2008, novembre 18). Le burn-out [Text]. PSY.be. <https://www.psy.be/fr/conseils/le-burn-out>

Hansez, I., Laurent, J., Babic, A., & Leclercq, C. (2018). Les stades du burnout : Vers une meilleure articulation de la prévention.

Hansez, I., Mairiaux, P., Firket, P., & Lutgart, B. (2010). 2010—Burnout au sein de la population active belge | SPF Emploi, Travail et Concertation sociale. Service Public Fédéral Emploi travail et concertation sociale. <https://emploi.belgique.be/fr/projets-de-recherche/2010-burnout-au-sein-de-la-population-active-belge>

Hansez, I., RUSU, D., Firket, P., & Braeckman, L. (2019). 2019—Etude du burnout dans la population belge | SPF Emploi, Travail et Concertation sociale. <https://emploi.belgique.be/fr/projets-de-recherche/2019-etude-du-burnout-dans-la-population-belge>

Haute Autorité de Santé. (2015). Guide pédagogique de l’OMS pour la sécurité des patients—Édition multiprofessionnelle. Haute Autorité de Santé. [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2582471/fr/guide-pedagogique-de-l-oms-pour-la-securite-des-patients-edition-multiprofessionnelle](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2582471/fr/guide-pedagogique-de-l-oms-pour-la-securite-des-patients-edition-multiprofessionnelle)

Haute Autorité de Santé. (2017). Repérage et prise en charge cliniques du syndrome d’épuisement professionnel ou burnout. Haute Autorité de Santé. [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2769318/fr/reperage-et-prise-en-charge-cliniques-du-syndrome-d-epuisement-professionnel-ou-burnout](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2769318/fr/reperage-et-prise-en-charge-cliniques-du-syndrome-d-epuisement-professionnel-ou-burnout)

Haute Autorité de Santé. (2024). Burnout – Repérage et prise en charge. Haute Autorité de Santé. [https://www.has-sante.fr/jcms/pprd\\_2974265/fr/burnout-reperage-et-prise-en-charge](https://www.has-sante.fr/jcms/pprd_2974265/fr/burnout-reperage-et-prise-en-charge)

Hervé, V. (2017, juin 26). Le burn-out, un syndrome d’épuisement professionnel. Valentine Hervé, Psychologue à Paris 6. <https://paris-6-psychologue.com/burn-out-syndrome-epuisement-professionnel/>

Hochstrasser, B., Brühlmann, T., Cattapan, K., Hättenschwiler, J., Holsboer-Trachsler, E., Kawohl, W., Schulze, B., Seifritz, E., Schaufeli, W., Zemp, A., & Keck, M. E. (2016). Le traitement du burnout, partie 1 : Principes fondamentaux. Forum Médical Suisse – Swiss Medical Forum, 16(25). <https://doi.org/10.4414/fms.2016.02688>

Hopitaux Iris Sud. (2024). À propos de nous | Hopitaux Iris Sud. <https://www.his-izz.be/fr/propos-de-nous>

HR Alert. (s. d.). Le Burnout Assessment Tool (BAT). HR Alert. Consulté 14 avril 2024, à l’adresse <https://www.hralert.be/news/le-burnout-assessment-tool-bat/>

Imbert, G. (2010). L’entretien semi-directif : À la frontière de la santé publique et de l’anthropologie. Recherche en soins infirmiers, 102(3), 23-34. <https://doi.org/10.3917/rsi.102.0023>

Infor jeunes Bruxelles. (2024). À quoi sert les syndicats en Belgique ? Pourquoi s'y affilier ?  
ijbxl.be. <https://ijbxl.be/droit/a-quoi-sert-un-syndicat/>

INRS. (s. d.). Copenhagen Burnout Inventory (CBI)—Article de revue—INRS. Consulté 16 février 2024, à l'adresse <https://www.inrs.fr/media.html?refINRS=FRPS%2038>

INRS. (2015). Maslach Burnout Inventory (MBI)—Article de revue—INRS.  
<https://www.inrs.fr/media.html?refINRS=FRPS%2026>

INRS. (2017). Épuisement professionnel ou burnout. Épuisement professionnel ou burnout—Risques—INRS. <https://www.inrs.fr/risques/epuisement-burnout/ce-qu-il-faut-retenir.html>

INRS. (2021). Risques psychosociaux (RPS). Facteurs de risque—Risques—INRS.  
<https://www.inrs.fr/risques/psychosociaux/facteurs-risques.html>

Jagannath, G. (2020). Burnout syndrome in healthcare professionals. *Telangana Journal of Psychiatry*, 6(2), 105. <https://doi.org/10.18231/j.tjp.2020.023>

Kohn, L., & Christiaens, W. (2014). Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : Apports et croyances. *Reflets et perspectives de la vie économique*, LIII(4), 67-82. <https://doi.org/10.3917/rpve.534.0067>

Kristensen, T. S., Borritz, M., Villadsen, E., & Christensen, K. B. (2005). The Copenhagen Burnout Inventory : A new tool for the assessment of burnout. *Work & Stress*, 19(3), 192-207. <https://doi.org/10.1080/02678370500297720>

Kunaviktikul, W., Wichaikhum, O., Nantsupawat, A., Nantsupawat, R., Chontawan, R., Klunklin, A., Roongruangsri, S., Nantachaipan, P., Supamane, T., Chitpakdee, B., Akkadechanunt, T., & Sirakamon, S. (2015). Nurses' extended work hours : Patient, nurse and organizational outcomes. *International Nursing Review*, 62(3), 386-393. <https://doi.org/10.1111/inr.12195>

Laberon, S., Barou, D., & Ripon, A. (2016). Management et risques psychosociaux dans l'institution militaire risques psychosociaux au sein de l'institution militaire : L'effet médiateur du style de management perçu. *Le travail humain*, 79(4), 363-393.

Laplanche, J.-P., & Olivo, L. (2017). Le burn-out, prise en compte, prévention et prise en charge. *Revue Francophone d'Orthoptie*, 10(1), 26-30. <https://doi.org/10.1016/j.rfo.2017.01.002>

Leblanc, S., & Sylvain, H. (2011). Exploration des stratégies d'empowerment au travail d'infirmières d'une région isolée du Québec. 8(2).

Lee, R. T., & Ashforth, B. E. (1996). A meta-analytic examination of the correlates of the three dimensions of job burnout. *Journal of Applied Psychology*, 81(2), 123-133. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.81.2.123>

Lefebvre, C. (2024, janvier 6). Les chiffres du burn-out en France. OCM. <https://www.observatoire-ocm.com/societe/chiffres-burn-out/>

Letvak, S. A., Ruhm, C. J., & Gupta, S. N. (2012). Original Research : Nurses' Presenteeism and Its Effects on Self-Reported Quality of Care and Costs. *AJN The American Journal of Nursing*, 112(2), 30. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000411176.15696.f9>

Likert, R. (1961). *New patterns of management* (p. ix, 279). McGraw-Hill.

Lincoln, Y. S. (1995). Emerging Criteria for Quality in Qualitative and Interpretive Research. *Qualitative Inquiry*, 1(3), 275-289. <https://doi.org/10.1177/107780049500100301>

Linguist, M. (2023). Le coût réel du taux de roulement dans le secteur des soins de santé. Oracle Canada. <https://www.oracle.com/ca-fr/human-capital-management/cost-employee-turnover-healthcare/>

Lourel, M., Gueguen, N., & Mouda, F. (2007). L'évaluation du burnout de Pines : Adaptation et validation en version française de l'instrument Burnout Measure Short version (BMS-10). *Pratiques Psychologiques*, 13(3), 353-364. <https://doi.org/10.1016/j.prps.2007.06.001>

Machado, T. (2015). Chapitre VII. L'épuisement professionnel ou burnout. In *La prévention des risques psychosociaux : Concepts et méthodologies d'intervention* (p. 147-158). Presses universitaires de Rennes. <https://doi.org/10.4000/books.pur.61715>

Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior*, 2(2), 99-113. <https://doi.org/10.1002/job.4030020205>

Maslach, C., Jackson, S., & Leiter, M. (1997). The Maslach Burnout Inventory Manual. In *Evaluating Stress : A Book of Resources* (Vol. 3, p. 191-218).

Maslach, C., & Leiter, M. P. (1997). The truth about burnout : How organizations cause personal stress and what to do about it (p. xi, 186). Jossey-Bass.

Maslach, C., & Leiter, M. P. (2008). Early predictors of job burnout and engagement. *Journal of Applied Psychology*, 93(3), 498-512. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.93.3.498>

Maslach, C., & Leiter, M. P. (2016). Burnout. In *Stress : Concepts, cognition, emotion, and behavior* (p. 351-357). Elsevier Academic Press.

Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397>

Nathalus, A. (2018). Maitre ès Sciences (M.Sc.) en sciences infirmières option : Administration des services infirmiers.

Nelson, K. E. (2017). Nurse Manager Perceptions of Work Overload and Strategies to Address It. *Nurse Leader*, 15(6), 406-408. <https://doi.org/10.1016/j.mnl.2017.09.009>

Olié, J.-P., Légeron, P., Acker, A., Adolphe, M., Allilaire, J.-F., Chamoux, A., Falissard, B., Géraut, C., Giudicelli, C. P., Hamon, M., Le Gall, J.-R., Légeron, P., Lôo, H., Moussaoui, D., Nicolas, G.,

Olié, J.-P., & Touitou, Y. (2016). Le burn-out. Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine, 200(2), 349-365. [https://doi.org/10.1016/S0001-4079\(19\)30765-4](https://doi.org/10.1016/S0001-4079(19)30765-4)

OMEDIT. (2021, août 5). Interruptions de tâches. <https://www.omedit-grand-est.ars.sante.fr/interruptions-de-taches>

OMS. (s. d.). Qualité des soins. Consulté 19 mars 2024, à l'adresse <https://www.who.int/fr/health-topics/quality-of-care>

OMS. (2019, mai). Burn-out an « occupational phenomenon » : International Classification of Diseases. <https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases>

OMS. (2021). Mental Health ATLAS 2020. <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240036703>

OMS. (2022a). L'OMS et l'OIT appellent à de nouvelles mesures pour s'attaquer aux problèmes de santé mentale au travail. <https://www.who.int/fr/news/item/28-09-2022-who-and-ilo-call-for-new-measures-to-tackle-mental-health-issues-at-work>

OMS. (2022b). Rapport mondial sur la santé mentale : Transformer la santé mentale pour tous. Vue d'ensemble. <https://www.who.int/fr/publications-detail/9789240050860>

Organisation Internationale du Travail. (2012, juillet 5). Pourquoi le stress au travail ne doit pas être négligé | International Labour Organization. <https://www.ilo.org/fr/resource/article/pourquoi-le-stress-au-travail-ne-doit-pas-etre-neglige>

Outmezguine, S. (2024). Les atteintes à la réputation | NTIC Conseils. <https://ntic-conseils.com/atteintes-reputation>

Perrin-Costantino, C. (s. d.). Symptômes du burn-out : Conséquences et risques. MGEN.FR. Consulté 19 mars 2024, à l'adresse <https://www.mgen.fr/magazine-sante-travail/burn-out/symptomes-burn-out/>

Picart, L. (2017). Facteurs organisationnels déterminants du burnout des managers [These de doctorat, Pau]. <https://theses.fr/2017PAUU2016>

Picart, L., & Jaussaud, J. (2018). Risques psychosociaux : Envisager le burnout comme un processus organisationnel. RIMHE : Revue Interdisciplinaire Management, Homme & Entreprise, 33, 7(4), 34-52. <https://doi.org/10.3917/rimhe.033.0034>

Piers, R. D. (2011). Perceptions of Appropriateness of Care Among European and Israeli Intensive Care Unit Nurses and Physicians. JAMA, 306(24), 2694. <https://doi.org/10.1001/jama.2011.1888>

Pines, A., & Aronson, E. (1988). Career burnout : Causes and cures. Career burnout: Causes and cures., xiv, 257-xiv, 257.

Ricou, B., & Merlani, P. (2012). Burnout aux soins intensifs.

Safety, I. of M. (US) C. on the W. E. for N. and P., & Page, A. (2004). Nursing : Inseparably Linked to Patient Safety. In Keeping Patients Safe : Transforming the Work Environment of Nurses. National Academies Press (US). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK216192/>

Salas, E., Dickinson, T. L., Converse, S. A., & Tannenbaum, S. I. (1992). Toward an understanding of team performance and training. In Teams : Their training and performance (p. 3-29). Ablex Publishing.

Salembier-Trichard, A. (2019). Épuisement professionnel, burn out. L'information psychiatrique, 95(5), 311-315. <https://doi.org/10.1684/ipe.2019.1954>

Salvagioni, D. A. J., Melanda, F. N., Mesas, A. E., González, A. D., Gabani, F. L., & Andrade, S. M. de. (2017). Physical, psychological and occupational consequences of job burnout : A systematic review of prospective studies. PLOS ONE, 12(10), e0185781. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0185781>

Sami, Y., Blondet, E., Cardoso, R., & Vincent Bon, G. (2016). Gestion des interruptions de tâche (IT) lors de l'administration des médicaments.

Santé Publique France. (2020, février 7). Burn out (épuisement professionnel) | Santé.fr. <https://www.sante.fr/burn-out-epuisement-professionnel>

Sawadogo, H. P. (s. d.). L'approche qualitative et ses principales stratégies d'enquête. Consulté 26 mai 2024, à l'adresse <https://scienceetbiencommun.pressbooks.pub/projetthese/chapter/methodes-qualitatives-de-recherche/>

Schaufeli, wd, De Witte, H., & Desart,S. (2023, mars 22). Manuel et questionnaire | Outil d'évaluation de l'épuisement professionnel. [https://burnoutassessmenttool.be/handleiding\\_vragenlijst\\_eng/](https://burnoutassessmenttool.be/handleiding_vragenlijst_eng/)

Schaufeli, W. B., & Buunk, B. P. (2002). Burnout : An Overview of 25 Years of Research and Theorizing. In M. J. Schabracq, J. A. M. Winnubst, & C. L. Cooper (Éds.), The Handbook of Work and Health Psychology (1re éd., p. 383-425). Wiley. <https://doi.org/10.1002/0470013400.ch19>

Schaufeli, W., De wite, H., & Desart, S. (2017, février 20). Op zoek naar een nieuwe definitie van burn-out. KU Leuven blogt. <https://kuleuvenblogt.be/2017/02/20/op-zoek-naar-een-nieuwe-definitie-van-burn-out/>

SD worx. (s. d.). L'absentéisme en Belgique a un niveau record en 2021 | SD Worx. Consulté 20 mars 2024, à l'adresse <https://www.sdworx.be/fr-be/propos-de-sd-worx/presse/2022-01-14-labsenteisme-en-belgique-un-niveau-record-en-2021>

SD worx. (2023). L'absentéisme atteint un nouveau record en 2022 | SD Worx. <https://www.sdworx.be/fr-be/propos-de-sd-worx/presse/2023-01-17-labsenteisme-atteint-un-nouveau-record-en-2022>

Securex. (2022). Absenteïsme in 2022. Securex. [https://www.securex.be/nl/publicaties/white-papers/absenteisme-in-2022/download?utm\\_source=automation-flow&utm\\_medium=email+1&utm\\_campaign=9789848-WP-MNF](https://www.securex.be/nl/publicaties/white-papers/absenteisme-in-2022/download?utm_source=automation-flow&utm_medium=email+1&utm_campaign=9789848-WP-MNF)

Securex. (2024). Le Burn-Out Assessment Tool. Securex. <https://www.securex.be/fr/politique-rh/bien-etre-au-travail/bien-etre-psycho-social/stress-burn-out-assesment-tool>

Shadili, G., Goumard, D., Provoost, J.-P., & Le Pallec, G. (2018). Burn out des médecins et autres praticiens hospitaliers. *L'information psychiatrique*, 94(1), 13-18. <https://doi.org/10.1684/ipe.2018.1735>

Shah, M. K., Gandrakota, N., Cimiotti, J. P., Ghose, N., Moore, M., & Ali, M. K. (2021a). Prevalence of and Factors Associated With Nurse Burnout in the US. *JAMA Network Open*, 4(2), e2036469. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.36469>

Shah, M. K., Gandrakota, N., Cimiotti, J. P., Ghose, N., Moore, M., & Ali, M. K. (2021b). Prevalence of and Factors Associated With Nurse Burnout in the US. *JAMA Network Open*, 4(2), e2036469. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.36469>

Shan, G., Wang, S., Wang, W., Guo, S., & Li, Y. (2021). Presenteeism in Nurses : Prevalence, Consequences, and Causes From the Perspectives of Nurses and Chief Nurses. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 584040. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.584040>

Socquet-Clerc, T. (2021). Le burn out : Causes et conséquences. <https://www.psychologue-social.fr/blog/2021/02/06/le-burn-out-causes-cons%C3%A9quences>

SOS Burn-Out Belgique. (2023, décembre 14). Comprendre le burn-out—SOS BURN-OUT BELGIQUE. <https://sosburnout.be/information/>

SPF Emploi Travail et Concertation Sociale. (2006a). Le stress au travail facteurs de risques, évaluation et prévention.

SPF Emploi Travail et Concertation Sociale. (2006b). Stress au travail : Facteurs de risques, évaluation et prévention (Le) | SPF Emploi, Travail et Concertation sociale. <https://emploi.belgique.be/fr/publications/stress-au-travail-facteurs-de-risques-evaluation-et-prevention-le>

SPF Emploi Travail et Concertation Sociale. (2020). Guide pour la prévention des risques psychosociaux au travail | SPF Emploi, Travail et Concertation sociale. <https://emploi.belgique.be/fr/publications/guide-pour-la-prevention-des-risques-psycho-sociaux-au-travail>

SPF Emploi Travail et Concertation Sociale. (2024). Risques psychosociaux au travail | SPF Emploi, Travail et Concertation sociale. <https://emploi.belgique.be/fr/themes/bien-etre-au-travail/risques-psychosociaux-au-travail>

Thomas, P., Missotten, P., Squelard, G., Ylieff, M., & Hazif-Thomas, C. (2009). Bienveillance et qualité des soins chez la personne âgée.

Truchot, D. (2004). Épuisement professionnel et burnout : Concepts, modèles, interventions. Dunod.

Umbriaco, M. (2024). Analyser et interpréter les résultats de la recherche – ESSAI – 1, 2, 3 et 4. <https://essai-1234.telug.ca/phases-recherche/analyser-interpreter-resultats-recherche/>

Un guide pour prévenir et lutter contre le burn-out. (2016, mars 31). Focus RH. <https://www.focusrh.com/sante-social/stress-au-travailrps-risques-psycho-sociaux/un-guide-pour-prevenir-et-lutter-contre-le-burn-out-27714.html>

Van den Broele, E., Verlinden, H., Vermeulen, V., & De vos. (2024). Le Burn-out et les performances de l'entreprise 2024. Securex. <https://www.securex.be/fr/publications/white-papers/burn-out-et-les-performances-de-l-entreprise-2024>

Vandenbroeck, D. S., Vanbelle, M. E., Serceu, M. M., Sermeus, W., & Godderis, D. L. (2012), Une étude sur le burn-out et l'enthousiasme chez le personnel médical et infirmier dans les établissements hospitaliers de Belgique.

Viard, D. J. (2016). Rôle du médecin coordonnateur dans la prévention du burn-out chez les soignants en EHPAD.

Walter, N. (s. d.). Leadership bienveillant : Le remède pour éviter le burn out au travail ! Executive Education HEC Lausanne. Consulté 16 avril 2024, à l'adresse <https://execed.unil.ch/blog/leadership-bienveillant-motiver-et-prevenir-le-burnout-chez-les-collaborateurs>

Wills, T. A. (1978). Perceptions of clients by professional helpers. Psychological Bulletin, 85(5), 968-1000. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.85.5.968>

Zawieja, P., & Guarnieri, F. (2013). Épuisement professionnel : Approches innovantes et pluridisciplinaires. A. Colin.

## Annexe 1 : Grille d'analyse des résultats

Thèmes	Perception des infirmiers chefs	Réf de l'entretien
1. Définition du burn-out	Epuisement physique, ou mental, ou psychologique ou émotionnel lié au travail	M1, M5, M7, M9, M11, M12, M13
	Définition du burn-out selon ses causes	M2, M4, M6
	Définition du burn-out d'après ses manifestations	M3, M8, M10
2. Description du rôle de chef en 5 mots	Gestionnaire, Leader, Fédérateur, Diriger, Management, Encadreur, Coordination, Responsable, Contrôleur, Arbitre, Mentor	M1, M2, M5, M6, M7, M8, M10, M9, M11, M12, M13
	Rigueur	M7
	Soignant	M11
	Attentif	M7
	Empathie	M1
	Amélioration continue	M5
	Communication,	M6
	Informer	M3, M13
	Soutenir, aider, accompagner l'équipe	M4, M5, M6, M8
	Organiser	M3, M13
	Répartir la charge de travail	M11
	Assurer le suivi des patients, la logistique	M3
	Approche evidence-based	M9
	Travail d'équipe	M9
	Mettre la bonne ambiance, veiller au bien être, animation de l'équipe	M2, M6, M12, M13
Facilitateur du travail,	M6	
3. Les causes du burn-out chez un infirmier	<b>A) Les causes organisationnelles</b>	
	<b>1) La charge du travail</b>	

Diminution du niveau de dotation en personnel soignant (pénurie)	M3,M6,M11,M12
Pression	M4,M7,M8,M11,M12,M13
Lourdeur des tâches administratives	M3
Manque d'équité	M8
<b>2) La relation au travail</b>	
Relation entre collègues et supérieurs hiérarchiques (soutien, considération, communication de qualité...)	M1,M6,M7,M8,M9,M11,M13
Reconnaissance du travail accompli par la hiérarchie, les collègues	M1,M6,M8,M12,M13
Violence, agressivité entre collègues,	M12,M13
<b>3) Ambiguïté des rôles</b>	M6
<b>4) Interruption des tâches</b>	M9
<b>5) Exigences émotionnelles</b> (Agressivité des patients, non compliance des patients)	M3, M10
<b>6) Style de management</b>	M4,M12
<b>7) Métier d'infirmier, responsabilité, pénibilité et vocation</b>	M8,M10
<b>B) Les causes individuelles</b>	
<b>1) Variables socio-professionnelles : Non distanciation vie privée-Vie professionnelles</b>	M1,M11
<b>2) Traits de personnalité ( Non-respect des limites, pression)</b>	M5,M7,M9,M12

4. Manifestations du burn-out chez les infirmiers	<b>A) Signaux d'alarme de la présence de risques psycho-sociaux</b>	
	Augmentation des absentéismes	M1, M3, M5, M7, M8
	<b>B) Manifestations physiques :</b>	
	Maux de tête	M11,M13
	Douleurs musculaires	M11
	Troubles gastriques	M6,M11
	Manque (Troubles) de sommeil	M1,M4, M5,M8, M9, M10,M13
	Fatigue, épuisement physique, Asthénie	M2,M3,M4,M5,M8,M9,M11,M12
	<b>C) Manifestations comportementales</b>	
	Isolement	M6, M10
	Repli sur soi	M7
	Désintérêt pour le travail (abandon)	M3
	Diminution de l'empathie	M6,M12
	Sentiment d'impuissance	M12
	<b>D) Manifestations émotionnelles</b>	
	Sentiment d'échec	M3,
	Emotions exacerbées	M6
	Stress	M1,M12
	Changement d'humeur	M4,M6,M7
	Anxiété	M11
Tristesse	M3,M13	
Irritabilité	M6,M7,M11	
<b>E) Manifestations cognitives</b>		
Troubles de mémoire	M4	
Troubles de la concentration	M13	

	Erreurs	M4
	<b>F) Manifestations motivationnelles</b>	
	Manque ou baisse de motivation	M2, M8, M11, M12
	Désengagement progressif	M11
	Doutes de ses compétences	M6,M11
5. Conséquences du burn-out d'un infirmier	<b>A) Conséquences au niveau de l'organisation, du service</b>	
	Augmentation des taux d'absentéismes (personnel en arrêt de longue durée)	M1,M5,M6,M7,M8,M9, M11,M12
	Diminution de la qualité des soins (risque d'erreurs, baisse de la performance...)	M1,M2,M3,M6,M7,M8,M9,M11, M12
	Turn-over et roulement du personnel	M1,M2,M3,M5,M8
	Augmentation des coûts ( Salaire intérimaires, de formation du nouveau personnel, fermeture des lits...)	M6,M11,M9,M7
	Echec de l'organisation, (mauvaise image de l'hôpital, du service)	M5, M8,M11
	Echec des managers, remise en question	M1,M10
	Diminution de la cohésion de l'équipe, instabilité de l'équipe, mauvaise ambiance, conflits	M4,M11,M12



