

# RECHERCHE

s. Stordeur<sup>1</sup>, c. Vandenberghe<sup>2</sup>, W. D'hoore<sup>3</sup>

## PREDICTEURS DE L'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL DES INFIRMIÈRES : UNE ÉTUDE DANS UN HOPITAL UNIVERSITAIRE

### RESUMÉ

#### PREDICTEURS DE L'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL DES INFIRMIÈRES : UNE ÉTUDE DANS UN HOPITAL UNIVERSITAIRE

Cette étude sur l'épuisement professionnel (burnout) du personnel infirmier dans un hôpital universitaire belge vise à diagnostiquer et à quantifier le phénomène d'épuisement et à identifier les variables prédictives du burnout. Sur la base d'un échantillon de 625 infirmières et soignants, les résultats montrent que le niveau de burnout ressenti est moyen et comparable à celui obtenu dans d'autres catégories professionnelles ou dans d'autres études. Les résultats révèlent également que l'épuisement professionnel est inversement corrélé à l'efficacité perçue des unités et à la satisfaction au travail et est essentiellement expliqué par les facteurs de stress. Enfin, la pression au travail interagit avec le sentiment de contrôle pour déterminer le niveau de burnout.

*Mots-clés : épuisement professionnel, stresseurs, burnout des infirmières*

### SUMMARY

#### PREDICTORS OF BURNOUT AMONG NURSES : A STUDY IN A TEACHING HOSPITAL

This study was designed to examine the level of burnout and to identify stressors among nurses in a teaching hospital. Based on a sample of 625 nurses, results show that burnout levels are moderate ( $M. = 24.3$ ,  $SD = 9.3$ ) and comparable to those observed in physicians ( $M. = 26.6$ ,  $SD = 9.8$ ) and in the administrative staff of the same hospital ( $M. = 25.1$ ,  $SD = 11.9$ ). Multiple regression analyses selected 11 predictors significantly associated with burnout. Some contributed positively to burnout (job strain, lack of social support, conflicts with other nurses, conflicts with physicians, presence of stressors related to private life, feeling that the job is threatened, full-time vs. part-time status), whereas others contributed negatively (perceived job control, hierarchical level, death and dying of patients, feeling protected against occupational hazards). It is worthy of noting that leadership dimensions were not significantly related to burnout, once stressors were included in the regression model.

We also tested Karasek's (1979) model, according to which job demands interact with perceived job control in influencing burnout. For example, the worst situation is one in which job demands are high and perceived control is low. This is defined as a high-strain job. The results from this study confirm that perceived control reduces the effect of job strain on burnout. This suggests that if job strain is high, managers can reduce its effect by providing nurses with opportunities to control their work environment and relations with patients. Results also demonstrate that burnout is negatively correlated with job satisfaction and perceived unit effectiveness. Managers should invest in prevention programs, since burnout is as deleterious to individuals as to the organization. A limitation of this study is its focus on emotional exhaustion which is known to be the first step of the burnout process. Future research should examine whether the predictors identified here would also be relevant for explaining further stages of the burnout process, such as depersonalization and reduced personal accomplishment.

*Key words: burnout, stress factors, nurses*

1. Infirmière, chercheur en administration des services de santé. Université catholique de Louvain, Faculté de Médecine, Unité des Sciences Hospitalières, 30, Clos Chapelle-aux-Champs, 30/37, 1200 Bruxelles, Belgique.

2. Docteur en psychologie. Université catholique de Louvain, Faculté de Psychologie et des Sciences de l'Éducation, Unité de Psychologie du Travail et des Organisations, 10, Place du Cardinal Mercier, 1348 Louvain-la-Neuve, Belgique.

3. Médecin, Docteur en santé publique. Université catholique de Louvain, Faculté de Médecine, Unité des Sciences Hospitalières, 30, Clos Chapelle-aux-champs, 30/37, 1200 Bruxelles, Belgique

# RECHERCHE

## PREDICTEURS DE L'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL DES INFIRMIERES : UNE ETUDE DANS UN HOPITAL UNIVERSITAIRE

### I. PROBLÉMATIQUE

Dans son travail à l'hôpital, le personnel infirmier en interaction avec des clients internes (d'autres professionnels) ou externes (les patients) est confronté à de multiples stressseurs, comme les contraintes du travail en équipe multidisciplinaire, la surcharge de travail, la complexité des soins aux patients, l'exigence constante de l'excellence, les difficultés de répondre aux demandes des familles ou le décès des patients (Gray-Toft & Anderson, 1981a, 1981 b). S'ils sont répétés et intenses, les événements stressants peuvent entraîner un syndrome de *burnout* ou *épuisement professionnel*, caractérisé par un sentiment de fatigue extrême, de la dépression, un sentiment d'incapacité, un dégoût du travail, un désintérêt pour autrui, etc. (Cordes & Dougherty, 1993; Firth, McKeown, McIntee, & Britton, 1987). L'épuisement professionnel nuit à l'individu tout autant qu'à l'organisation : il abaisse la performance et la satisfaction au travail, peut compromettre la qualité des soins, et accroît l'absentéisme et le turnover (Dugan, Lauer, Bouquot, Dutro, Smith, & Widmeyer, 1996; Firth-Cozens, 1993; Lee & Ashforth, 1996; Parasuraman, 1989).

### II. CADRE CONCEPTUEL

La notion de stress est difficile à définir. Le mot « stress » recouvre à la fois des stimuli ou agressions (facteurs de stress ou stressseurs), une réaction immédiate pour tenter de contrecarrer les agressions (réaction de stress), et un état de dysfonctionnement dans lequel se trouve l'organisme à la suite des agressions et des réactions (McEwen, 1998). Le stress ne se simplifie pas à une relation entre des stimuli et des réactions. On privilégie aujourd'hui un modèle qui met l'individu en relation avec son environnement : face à un obstacle, l'individu

évalue la menace ou le défi en regard de ses possibilités de réponse, et c'est l'adéquation ou non entre la demande extérieure perçue et les ressources, elles aussi perçues et évaluées, qui détermine l'apparition du stress (Bruchon-Schweitzer & Dantzer, 1994, p. 47). Ce qui nous intéresse donc sont les perceptions des situations stressantes par le personnel, sa perception de ses propres ressources et des ressources de l'environnement, et l'auto-évaluation de son état émotionnel.

Pour donner du phénomène de stress le portrait le plus fidèle, quatre groupes de variables doivent être considérés : les facteurs de stress ou stressseurs, les facteurs modérateurs ou tampons, l'épuisement professionnel, et les conséquences de l'épuisement professionnel (Tableau 1).

#### 11.1. LES FACTEURS DE STRESS

Le premier groupe de variables concerne les facteurs de stress : facteurs inhérents à la profession, surcharge de travail, ambiguïté et conflit de rôle, conflits avec les collègues et conflits inter-professions (Duquette, Sandhu, & Beaudet, 1994). Les facteurs spécifiques à la profession infirmière sont la mort et la morbidité du patient, l'incertitude à l'égard du traitement, et la préparation insuffisante des infirmières à répondre aux demandes des patients et de leur famille (Gray-Toft & Anderson, 1981 a, 1981 b, 1985). La surcharge de travail est quant à elle un facteur objectif dont l'incidence sur le burnout est bien connue (Fox, Dwyer, & Ganster, 1993; Maslach & Jackson, 1984).

L'ambiguïté et le conflit de rôle apparaissent également être des stressseurs fortement liés au burnout (Gray-Toft & Anderson, 1985; Lee & Ashforth, 1996). L'ambiguïté de rôle est inversement proportionnelle à la quantité

Tableau 1: Cadre conceptuel/*Theoretical framework*

Facteurs de stress	Modérateurs	Épuisement
<ul style="list-style-type: none"><li>• Facteurs inhérents à la profession (souffrance du patient, travail de nuit, ...)</li><li>• Surcharge de travail</li><li>• ambiguïté et conflit de rôle</li><li>• conflits avec les collègues</li><li>• conflits inter-professions</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• style de leadership</li><li>• soutien des pairs</li><li>• organisation du travail (autonomie, contrôle)</li><li>• formation</li><li>• variables socio-démographique (âge, état civil)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• fatigue</li><li>*état dépressif</li><li>• dégoût du travail</li></ul> Conséquences : <ul style="list-style-type: none"><li>• satisfaction</li><li>• performance au travail</li></ul>

d'information reçue pour définir les attentes par rapport au travail, les objectifs, et les moyens pour les atteindre. Par exemple, pour l'infirmière, il y a ambiguïté de rôle lorsque la répartition des tâches est mal organisée, ou lorsque les critères d'évaluation du travail sont imprécis. Le conflit de rôle survient lorsque des attentes contradictoires pèsent sur le travail de l'infirmière. Ainsi, un conflit de rôle peut être éprouvé lorsqu'un patient se plaint de douleur à l'infirmière mais que le médecin refuse de prescrire un analgésique.

## 11.2. LES VARIABLES MODÉRATRICES

L'action des facteurs de stress est modulée par des variables modératrices telles que des caractéristiques personnelles (personnalité, hardiesse) et organisationnelles (soutien des pairs et des supérieurs, contrôlabilité du travail), et des stratégies de gestion du stress (coping) (Duquette et al., 1994; Duquette, Kérouac, Sandhu, Ducharme, & Saulnier, 1995). Ainsi, ce n'est pas nécessairement dans les unités de soins réputées stressantes, dans lesquelles, soit la charge émotionnelle est intense (p. ex. les unités de soins palliatifs), soit la charge de travail est importante (p. ex. les unités de soins intensifs), que les infirmières souffrent le plus de burnout (Boumans & Landeweerd, 1994; Plante & Bouchard, 1995; Wilkinson, 1994).

Les variables modératrices font partie des antécédents du stress, mais exercent plutôt un effet indirect par modification de l'effet des stressors. Par exemple, l'absence de soutien des pairs n'est pas un facteur de stress en soi, mais lorsqu'un facteur de stress est présent, le soutien des pairs peut diminuer l'effet du stressor (Daniels & Guppy, 1994).

Le style de leadership et les relations avec le supérieur (soutien, conflits) sont des facteurs qui influencent indirectement le burnout, et qui peuvent aussi être classés dans la catégorie des modérateurs. Le style de leadership influence en effet la clarté du rôle et des objectifs, le climat de travail, et la cohésion du groupe (Duxbury, Armstrong, Drew, & Henly, 1984; Gray-Toft & Anderson, 1985; Kozlowski & Doherty, 1989; O'Driscoll & Beehr, 1994). Dans notre étude, le style de leadership est envisagé selon la théorie de Bass (1985) qui distingue deux dimensions principales : le leadership transformationnel (basé sur un plus grand engagement des individus envers les objectifs de l'organisation) et le leadership transactionnel (fondé sur des pratiques de sanction et récompense). Le leadership transformationnel réduit le burnout (Leithwood, Menzies, Jantzi, & Leithwood, 1996; Seltzer, Numerof, & Bass, 1989), et

est associé à une plus grande satisfaction au travail et à une meilleure performance des employés (Lowe, Kroeck, & Sivasubramaniam, 1996).

Certains facteurs socio-démographiques sont aussi des modérateurs de l'effet des stressors (Cordes & Dougherty, 1993; Duquette et al., 1994). D'après la littérature, l'âge et l'ancienneté sont inversement corrélés au burnout (Anderson & Iwanicki, 1984; Maslach & Jackson, 1981; Russel, Altmaier, & Van Velzen, 1987). Les femmes et les hommes reportent souvent des différences de niveaux de burnout, mais la direction de ces relations est difficile à établir en raison de leur complexité (Lemkau, Rafferty, Purdy, & Rudisill, 1987; Maslach & Jackson, 1981, 1985; Pretty, McCarthy, & Cathano, 1992). Des facteurs personnels sont également liés au stress (le fait d'être marié et d'avoir des enfants aurait un effet protecteur) (Maslach & Jackson, 1984).

De même, le type de contrat de travail (pouvant être perçu comme précaire ou non) et les gardes (pouvant rendre le travail inconfortable) peuvent également influencer le burnout. Le niveau hiérarchique peut influencer le stress via le degré de contrôle qu'un individu exerce sur ses conditions de travail (Bosma, Marmot, Hemingway, Nicholson, Brunner, & Stansfeld, 1997).

En résumé, le burnout semble être le produit d'une interaction entre des facteurs de stress et des facteurs modérateurs. À cet égard, Karasek, Baker, Marxer, Ahlbom, et Theorell (1981) ont établi que les réactions de stress résultent de l'interaction entre les exigences du travail (défi ou menace perçus) et le contrôle que l'individu exerce sur celui-ci (ressources perçues). De même, Fox, Dwyer et Ganster (1993) ont montré qu'une autonomie plus grande, référant au degré avec lequel un individu se sent capable de maîtriser les tâches qui lui reviennent, peut réduire les réactions de stress consécutives à une charge de travail élevée. L'interaction entre facteurs de stress et modérateurs est bien illustrée par le modèle de Karasek, qui distingue 4 types de conditions de travail en fonction des exigences de celui-ci et du contrôle perçu :

1. le *travail* actif combinant des exigences élevées et un contrôle élevé,
2. le *travail passif* combinant des exigences et un contrôle faibles,
3. le *travail stressant* combinant des exigences élevées et un contrôle faible, et
4. le *travail peu stressant* combinant un contrôle élevé et des exigences faibles.

### 11.3. LE BURNOUT

Le burnout a été initialement conceptualisé en trois composantes : l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation, et la réalisation de soi. L'épuisement émotionnel correspond à un manque d'énergie et au sentiment que les ressources personnelles sont épuisées. La dépersonnalisation correspond au fait de vivre les relations avec les patients et les collègues de façon détachée et déshumanisée. Enfin, la réalisation de soi correspond au degré selon lequel un individu évalue ses compétences et estime avoir atteint ses objectifs (Maslach & Jackson, 1981).

Le burnout est un processus séquentiel dans lequel la première étape est marquée par l'épuisement émotionnel, suivie par le sentiment de dépersonnalisation, et aboutissant à une forte diminution de la réalisation de soi, accompagnée d'une dépréciation de soi. Ce processus séquentiel a été confirmé par plusieurs recherches empiriques (Cordes, Dougherty, & Blum, 1997; Leiter, 1988; Leiter & Maslach, 1988). Dans cette étude, nous nous limiterons à évaluer l'épuisement émotionnel. Bien qu'on ne puisse assimiler cette dimension à la totalité du processus de burnout (Cordes & Dougherty, 1993), les recherches ont établi que cette dimension est la plus corrélée aux stressseurs et à leurs modérateurs (Lee & Ashforth, 1996).

### 11.4. LES CONSEQUENCES DU BURNOUT

La première conséquence du burnout concerne évidemment le bien-être et la santé des travailleurs (Ganster & Schaubroeck, 1991). Mais l'épuisement émotionnel a aussi différentes conséquences pour l'organisation : il réduit la satisfaction au travail et l'implication dans l'organisation, augmente l'intention de changer d'emploi, augmente l'absentéisme, et réduit la performance au travail (Dugan et al., 1996; Firth-Cozens, 1993; Lee & Ashforth, 1996; Leiter & Maslach, 1988; Motowidlo, Packard, & Manning, 1986; Parasuraman, 1989).

## III. OBJECTIFS DE L'ETUDE

Les objectifs de notre étude, menée auprès de l'ensemble du personnel infirmier et soignant d'un hôpital universitaire, sont de :

- a) diagnostiquer et quantifier le phénomène d'épuisement émotionnel,
- b) déterminer l'effet des stressseurs et des modérateurs sur l'épuisement émotionnel,
- c) déterminer les liens entre burnout, satisfaction au travail et efficacité perçue des unités,
- d) tester le modèle de Karasek, c'est-à-dire évaluer l'influence conjointe de la pression au travail et du sentiment de contrôle sur le travail, sur l'épuisement émotionnel.

## IV. METHODOLOGIE

### IV.1. SUJETS ET PROCEDURE

Pour mener cette étude, nous avons développé un questionnaire. Ce questionnaire, prétesté auprès de quelques infirmières, a ensuite été distribué aux 1593 infirmières et soignants d'un hôpital universitaire situé en Belgique. Parallèlement, une enquête, réalisée avec une méthodologie semblable et destinée au corps médical d'une part, et au personnel administratif, technique et ouvrier de cet hôpital d'autre part, a été lancée. Les scores de burnout de ces groupes serviront de points de comparaison. Les questionnaires ont été distribués au mois d'avril 1997, et récoltés un mois après leur distribution. Une vérification manuelle des réponses a été effectuée, et les questionnaires satisfaisant le critère de non nullité ont été encodés. Le fichier de données a été transféré sur un mini-ordinateur Sun, où les données ont été analysées à l'aide du logiciel Statistical Analysis System (version 6.09).

Sur 1593 questionnaires distribués, 625 questionnaires exploitables ont été recueillis (taux de réponse = 40.7 %). L'âge moyen des répondants est de 35.4 ans. Leur ancienneté dans l'hôpital vaut en moyenne 10.8 ans et leur ancienneté dans la profession vaut 12.5 ans. Un peu plus de la moitié du personnel soignant est occupée à temps plein (56.9 %), les autres se partageant le 3/4 temps (25 %) et le mi-temps (18 %). La presque totalité du personnel a un contrat de travail à durée indéterminée (95.6 %). Comme on peut s'y attendre dans ce type de population, la plupart des répondants est de sexe féminin (90.6 %). Les 3/4 de l'échantillon sont des Infirmières Diplômées d'Etat (IDE) (n = 455, 75.7 %), 66 (11 %) sont aides-soignantes, et 36 (6 %) sont brancardiers. Les niveaux hiérarchiques supérieurs sont représentés par les surveillantes (n = 38; 6.3 %) et les surveillantes-chefs (n = 6; 1 %). La localisation des répondants a été limitée au niveau du département

(consultations, laboratoires de biologie, imagerie médicale, maternité, pédiatrie, médecine interne, chirurgie, urgences, soins intensifs, et autres localisations).

La moitié environ des répondants n'a pas de formation complémentaire ( $n = 315$ , 50.4 %), 193 (30.9 %) ont une formation complémentaire professionnelle (obstétrique, pédiatrie, urgences, psychiatrie), 69 (11%) ont un diplôme de l'école des cadres, et 48 (7.7 %) ont un diplôme universitaire (licence en gestion hospitalière). Quarante-huit pour cent des répondants effectuent des gardes. Le personnel combine des prestations de jour et de nuit ( $n = 380$ , 62.8 %), plus rarement des prestations de jour uniquement ( $n = 213$ , 35.2 %) et presque jamais des prestations de nuit uniquement ( $n = 12,2$  %). Presque tous les répondants ont un contact direct avec les patients ( $n = 596$ , 97 %).

#### IV.2. STRUCTURE DU QUESTIONNAIRE

Quatre groupes de variables ont été mesurés : les facteurs de stress, les variables modératrices, l'épuisement émotionnel, et les conséquences de l'épuisement émotionnel.

##### IV.2.A. FACTEURS DE STRESS

Nous avons opté pour le questionnaire de Gray-Toft et Anderson (1981 a, 1981 b, 1985), dont la validité factorielle et de contenu est établie. Ce questionnaire comprend 34 items, qui portent sur la charge et les horaires de travail, les facteurs de stress qui ont leur origine dans la relation avec le patient (attitude, demandes, décès), la formation, les conflits avec les collègues et les médecins, et les relations avec le supérieur. Les 34 questions sont mesurées à l'aide d'une échelle de fréquence allant de 0 (jamais) à 3 (très souvent). Ces questions permettent de calculer 7 scores, un score plus élevé indiquant un stress plus élevé. Les 7 scores sont :

1. la pression au travail (manque de temps pour réaliser toutes les tâches infirmières) : 6 items
2. la mort et la souffrance des patients : 7 items
3. la formation insuffisante (se sentir insuffisamment préparé pour apporter un soutien émotionnel à la famille du patient) : 3 items
4. le manque de soutien social (manque d'occasions pour pouvoir partager ses expériences et ses sentiments avec les collègues) : 3 items
5. l'incertitude quant aux traitements (médecin qui semble prescrire un traitement inapproprié à un patient) : 5 items

6. les conflits avec les médecins (être critiqué par un médecin) : 5 items
7. les conflits avec les autres infirmières (avoir des difficultés à travailler avec un ou plusieurs collègues) : 5 items.

Deux questions (réponse par oui ou non) ont été posées pour déterminer si les répondants étaient exposés à des stressors professionnels ou d'ordre privé non pris en compte par le questionnaire de Gray-Toft et Anderson. Deux questions supplémentaires (réponse par oui ou par non) ont permis de savoir si le personnel se sent protégé contre les risques professionnels et s'il percevait son emploi comme menacé.

L'ambiguïté de rôle est mesurée par 2 items (ex. : « je sais avec précision en quoi consiste ma tâche »); un score plus élevé indiquant une faible ambiguïté de rôle. Le conflit de rôle est aussi mesuré par 2 items (ex. : « il m'arrive de recevoir des ordres contradictoires »); un score plus élevé reflétant un conflit de rôle plus important. Ces deux dimensions sont évaluées sur base d'une échelle de fréquence allant de 0 (jamais) à 3 (très souvent).

##### IV.2. B. VARIABLES MODÉRATRICES

Le contrôle perçu est évalué par 2 items (ex. : « Une fois les tâches réparties, je peux accomplir mon travail de façon indépendante »), sur la base d'une échelle de fréquence allant de 0 (jamais) à 3 (très souvent).

Le style de leadership a été mesuré à l'aide du Multifactor Leadership Questionnaire (MLQ Form 5X-Rater) de Bass et Avolio (1990). Il est demandé aux répondants d'évaluer la fréquence avec laquelle leur supérieur immédiat adopte les comportements de leadership décrits dans le questionnaire, en utilisant une échelle de fréquence allant de 1 (jamais) à 5 (presque toujours). Le MLQ comprend 78 items et est simplifié en 4 scores, un score plus élevé indiquant un style de leadership plus fort pour l'échelle considérée :

1. leadership transformationnel : combinaison de charisme, de considération individualisée, et de stimulation intellectuelle
2. récompense conditionnelle (leadership transactionnel) : le supérieur accorde des récompenses en contrepartie de la réalisation des objectifs fixés
3. management par exception actif (leadership transactionnel) : le supérieur supervise le travail de près pour détecter les erreurs
4. management par exception passif (leadership transactionnel) : le supérieur attend un échec avant de réagir.

Les facteurs socio-démographiques (âge, ancienneté, sexe), les facteurs personnels (statut marital, enfants), le

temps passé au chevet des patients (approché par le temps de travail), le type de contrat de travail et les gardes, font partie des questions générales.

#### IV.2.C. ÉPUISEMENT ÉMOTIONNEL

Cépuiement émotionnel est mesuré par 9 items provenant du Maslach Burnout Inventory (ex. : je me sens épuisé(e) après une journée de travail) (Maslach, 1982). L'épuisement émotionnel est représenté par un score total qui varie théoriquement entre 9 et 63, un score élevé indiquant un épuisement élevé, et un score bas témoignant d'une absence d'épuisement. En pratique, le score est normé : un épuisement moyen vaut environ 24 points (18 à 29), un épuisement faible est représenté par un score inférieur à 18 et un épuisement élevé est représenté par un score supérieur à 29 (Maslach, 1982).

#### IV.2. D. CONSÉQUENCES DU BURNOUT

L'efficacité perçue des unités de soins est mesurée à l'aide du questionnaire de Shortell, Rousseau, Hughes et Gillies (1989) (10 items), qui réfère à la capacité de l'équipe à retenir ses meilleurs éléments, à atteindre ses objectifs en termes de qualité des soins, et à répondre aux besoins des familles et des patients. La satisfaction au travail est mesurée par une seule question (« au total, êtes-vous satisfait de votre travail? »). Pour ces deux variables, une échelle d'accord à 5 points est utilisée.

#### IV.3. ANALYSE DES DONNÉES

Les données ont été analysées de la façon suivante : comparaison de moyennes (test t et analyse de la variance) pour la partie descriptive de l'étude, et corrélations et régression pour la partie inférentielle. L'usage de ces deux dernières méthodes se justifie par le fait que nous cherchons à savoir quels facteurs de stress contribuent à faire varier le burnout. Le plan d'analyse transversal rend cependant impossible la mise en évidence des relations de cause à effet.

La démarche suivie pour l'analyse des résultats est la suivante :

- décrire comment le burnout est distribué entre les différents départements, c'est-à-dire où et avec quelle intensité;
- tester l'association entre le burnout, les facteurs de stress, et les caractéristiques personnelles et organisationnelles (variables modératrices) de façon à établir un cadre explicatif (tenant compte de la restriction mentionnée ci-dessus);
- tester l'interaction entre le sentiment de contrôle et la pression au travail sur l'épuisement émotionnel (modèle de Karasek);

- évaluer les liens entre le burnout et ses conséquences potentielles (efficacité perçue et satisfaction au travail).

### V. RESULTATS

#### V.1. NIVEAUX DE BURNOUT DANS L'ECHANTILLON

Le burnout moyen s'élève à 24.3 ( $ET = 9.3$ ). Par comparaison, la moyenne obtenue par les 275 membres du corps médical est de 26.6 ( $ET = 9.8$ ); la moyenne obtenue par les 608 membres du personnel administratif, technique et ouvrier est de 25.1 ( $ET = 11.9$ ). La répartition en 3 niveaux (burnout bas, moyen et élevé) montre que la moitié du personnel infirmier a un burnout moyen, tandis qu'un quart a un burnout faible et un autre quart a un burnout défini comme élevé. Il y a de grandes différences entre les dix départements de l'hôpital avec des moyennes extrêmes de 21.2 à 29.3 (ANOVA à 1 critère,  $F(9,615) = 4.4$ ;  $R^2 = 06$ ;  $p < .0001$ ).

#### V.2. FACTEURS DE STRESS

Les corrélations entre les stressseurs et le burnout vont dans le sens attendu (Tableau 2) : une plus grande pression au travail, des conflits plus fréquents avec les collègues et les médecins, et le manque de soutien social sont liés à un burnout accru. Le sentiment de contrôle sur son travail est lié à un burnout plus faible. La souffrance et la mort des patients, et une formation adéquate influencent peu le burnout. • L'exception du travail à temps partiel, faiblement associé au burnout, les autres variables socio-démographiques (âge, ancienneté...) ne sont pas corrélées au burnout. Les corrélations avec ces mêmes facteurs vont en sens contraire pour la satisfaction au travail. Le burnout est inversement corrélé avec l'efficacité perçue et la satisfaction au travail.

Les perceptions relatives au travail sont fortement associées au niveau de burnout (Tableau 3). Le sentiment que l'emploi est menacé et la présence de facteurs de stress professionnels non mentionnés dans le questionnaire de Gray-Toft et Anderson correspondent à des niveaux plus élevés de burnout. En revanche, le sentiment d'être protégé contre les risques est lié à un niveau plus faible de burnout. Le contact avec les patients, les gardes, le type de contrat ne sont pas liés au burnout. L'état civil et le sexe ne sont pas non plus liés au burnout.

#### V.3. VALIDATION DU MODELE DE KARASEK

Nous avons également vérifié le modèle de Karasek (1981) sur les données de l'enquête. Les échelles de

## BURNOUT DU PERSONNEL INFIRMIER

Tableau 2: Corrélation entre les facteurs de stress, l'épuisement émotionnel et la satisfaction au travail / *Correlations between stressors, emotional exhaustion and job satisfaction*

	Epuisement émotionnel	Satisfaction au travail
Pression au travail	.41***	-.30***
Souffrance et mort des malades	.13***	-.12***
Formation insuffisante	.20***	-.12**
Conflits avec les médecins	.28***	-.22***
Conflits avec les autres infirmière	.32***	-.31***
Manque de soutien social	.31***	-.32***
Incertitude quant aux traitements	.27***	-.25***
Clarté de rôle	-.30***	.33***
Conflits de rôle	-.07	.08
Contrôle perçu	-.24***	.28***
Satisfaction au travail	-.49***	
Efficacité perçue	-.26***	.43***
Temps de travail <sup>a</sup>	-.06	-.04
Nombre d'enfants	-.12**	.04
Niveau hiérarchique <sup>b</sup>	-.04	.01
Age	-.02	-.03
Ancienneté dans l'hôpital	-.02	-.05

sentiment de contrôle sur son travail et de pression au travail ont été dichotomisées en prenant pour chacune d'elles la médiane comme seuil de définition d'une charge ou d'un contrôle haut ou bas.

Les résultats confirment la validité du modèle de Karasek (Tableau 4). Un contrôle élevé sur le travail concerne environ 60 % des infirmières. La situation

la plus défavorable est représentée par la perception simultanée d'exigences de travail élevées et d'un contrôle faible. Cette situation concerne un quart des infirmières. Les conditions de travail dites actives (exigences et contrôle élevés) ou passives (exigences et contrôle faibles) sont intermédiaires, et la situation la plus favorable survient lorsque des exigences

Tableau 3 :- Comparaison des niveaux de burnout pour diverses conditions de travail / Comparison of burnout levels across a variety of working conditions

	N burnout moyen (erreur standard)	N burnout moyen (erreur standard)	P
Sentiment qu'un emploi est menacé	non : 418 22.9 (0.39)	oui : 199 27.5 (0.77)	.0001
Sentiment d'être bien protégé	non : 332 25.7 (0.51)	oui : 287 22.8 (0.53)	.0001
Contrat de travail à durée indéterminée-déterminée	ind. : 589 24.4 (0.39)	dét. : 27 23.1(1.55)	.4789
Contact direct avec les patients	non : 19 21.4 (1.52)	oui : 596 24.5 (0.38)	.1546
Gardes	non : 325 24.3 (0.50)	oui : 300 24.3 (0.55)	.9221
Autres facteurs professionnels	non : 194 21.7 (0.61)	oui : 378 25.7 (0.49)	.0001
Autres facteurs personnels	non : 311 23.2 (0.50)	oui : 279 25.7 (0.57)	.0008
Vit avec un conjoint	non : 258 24.7 (0.58)	oui : 367 24.0 (0.48)	.3719
Sexe féminin	non : 58 24.7 (1.27)	oui : 559 24.3 (0.39)	.7704

Tableau 4 : Modèle de Karasek : burnout moyen (et nombre de sujets) par type de travail / *Karasek's model* : burnout means (number of subjects) according to type of work

	Pression au travail	
	Faible	élevée
Contrôle faible	22.4 (173)	28.4 (202)
Contrôle élevé	19.2 (112)	24.9 (138)

faibles sont combinées à un contrôle élevé. Le test de Tukey montre que les 4 moyennes sont significativement différentes 2 à 2, à l'exception des moyennes situées dans les quadrants supérieur gauche et inférieur droit, qui ne sont pas différentes l'une de l'autre.

#### V.4. VARIABLES PREDICTIVES DU BURNOUT

Nous avons réalisé des analyses de régression multiple qui permettent de sélectionner les variables indépendantes prédictives du burnout. Les résultats de ces analyses sont présentés au Tableau 5.

Comme on peut le constater, le modèle de régression retient 11 prédicteurs significatifs du burnout. On notera que les facteurs de stress sont les variables les plus explicatives du burnout et que les dimensions du leadership ne sont pas retenues dans le modèle de régression. Leur influence est donc marginale. Bien que ce résultat soit quelque peu inattendu (Seltzer et al., 1989), le leadership peut agir de façon

indirecte sur le burnout (variable modératrice), comme nous le soulignons dans le cadre conceptuel.

Enfin, nous avons réalisé une analyse de covariance pour vérifier si les différences de burnout inter-départements disparaissent lorsque les principaux facteurs de stress sont pris en compte. L'effet « département » a été ajusté pour les 11 covariables sélectionnées par régression. Il reste à la limite de la signification statistique ( $p = 0.4$ ), et les extrêmes des valeurs de burnout deviennent 22.4 et 27.3 (ANCOVA :  $F(20,532) = 14.4$ ;  $R^2 = 35$ ;  $p = 0.001$ ).

#### VI. DISCUSSION

Cette étude visait à quantifier le phénomène d'épuisement émotionnel au sein du personnel soignant d'un hôpital universitaire et à examiner les liens entre facteurs de stress, modérateurs, burnout, satisfaction au travail et efficacité perçue des unités. D'après les résultats obtenus, le niveau de burnout est comparable à celui observé dans d'autres études (Maslach, 1982). De plus, les niveaux de burnout observés dans cette étude sont comparables entre les trois catégories professionnelles de l'institution (personnel infirmier, personnel médical, et personnel administratif, technique et ouvrier). Ces observations indiquent que le burnout ne concerne pas seulement les professions d'aide mais touche également des groupes professionnels dont la fonction comprend des relations interpersonnelles avec des clients mais non orientées vers une aide à

Tableau 5 : Facteurs prédictifs du burnout dans le personnel soignant (variables significatives sélectionnés par régression multiple pas-à-pas) / Predictors of burnout among nurses (selected by stepwise multiple regression)

Variables	paramètre estimé	erreur standard	p
Pression au travail	5.4	.73	.0001
Contrôle perçu	-2.0	.52	.0001
Temps de travail <sup>a</sup>	-1.3	.44	.0026
Niveau hiérarchique <sup>b</sup>	-2.1	.70	.0031
Manque de soutien social	1.6	.55	.0040
Conflits avec les médecins	2.8	.97	.0045
Facteurs de stress d'ordre privé	1.8	.67	.0075
Conflits avec les autres infirmières	2.5	.93	.0076
Souffrance et mort des malades	-1.8	.70	.0105
Sentiment que l'emploi est menacé	1.9	.76	.0109
Sentiment d'être protégé contre les risques professionnels	-1.5	.67	.0260

Note  $F(11,541) = 24.2$ ;  $p = .0001$ ;  $R^2 = .33$

<sup>a</sup> 1 = 100%. 2 = 75%. 3 = 50%

<sup>b</sup> 0 = aide soignante ou brancardier. 1 = IDE. 2 = surveillante. 3 = surveillante-chef

autrui (p. ex. personnel administratif) (Cordes & Dougherty, 1993). Le fait que les niveaux de burnout soient comparables entre les professions à l'hôpital s'explique peut-être par les caractéristiques propres de ce secteur d'activités, en l'occurrence l'existence d'une double structure hiérarchique et d'un contrôle organisationnel faible (Fottler, 1987).

Un autre objectif de cette étude était d'identifier les prédicteurs de l'épuisement émotionnel. Comme le montre le Tableau 5, les facteurs de stress organisationnels et personnels constituent les prédicteurs les plus significatifs de l'épuisement émotionnel. Il est à noter cependant que parmi les 7 facteurs identifiés par Gray-Toft et Anderson (1981 a, 1981 b, 1985), la préparation insuffisante pour affronter les demandes du patient et de sa famille et l'incertitude quant au traitement n'ont pas d'influence spécifique sur le burnout. Ceci peut s'expliquer par le contexte de l'hôpital universitaire dans lequel la présence médicale est constante et l'investissement dans les formations technique et relationnelle est plus important que dans les centres hospitaliers non universitaires. Les infirmières seraient dès lors mieux préparées à gérer les situations difficiles et maîtriseraient mieux les paramètres du traitement dispensé aux patients.

Contrairement aux études conduites par Seltzer et al. (1989) et par Leithwood et al. (1996), notre étude ne révèle aucun lien significatif entre le leadership transformationnel et le burnout des infirmières. Notons que ces deux études n'ont pas contrôlé l'influence des facteurs de stress sur le burnout avant d'examiner l'effet du leadership. Par conséquent, on peut penser qu'elles contenaient un biais car les facteurs de stress sont considérés comme les antécédents immédiats du burnout (Lee & Ashforth, 1996). Le leadership pourrait dès lors avoir un impact indirect sur le burnout par le biais des facteurs de stress tels que la pression au travail, la clarté et la structure des tâches, ou la délégation des responsabilités. Cette hypothèse n'a pu être testée dans le cadre de cette étude, mais mériterait davantage d'attention dans les recherches futures.

Nos résultats supportent également le modèle proposé par Karasek suivant lequel les exigences de travail interagissent avec le sentiment de contrôle pour déterminer le niveau de burnout. En l'occurrence, la situation la plus défavorable est représentée par une forte pression au travail combinée à un faible contrôle perçu. Par conséquent, une façon de prévenir les effets néfastes de la pression au travail consisterait à permettre aux infirmières d'exercer davantage de contrôle sur leur travail. En effet, comme le suggèrent Fox et al. (1993), accorder aux infirmières plus de pouvoir de décision dans les soins dispensés aux patients permet-

trait d'atténuer les effets négatifs de la surcharge de travail. Les modalités pratiques conduisant à accorder plus de contrôle sur le travail réalisé peuvent néanmoins varier selon les institutions et les départements.

Sur le plan des conséquences potentielles du burnout, nos résultats montrent que l'épuisement émotionnel est négativement corrélé avec la satisfaction au travail et l'efficacité perçue des unités. Ces résultats confirment ceux rapportés par d'autres auteurs (Dugan et al., 1996; Firth-Cozens, 1993; Motowidlo et al., 1986). Soulignons que les effets négatifs du burnout se manifestent tant sur le plan personnel (insatisfaction) que sur le plan organisationnel (diminution de la performance). Par conséquent, tous les acteurs de l'hôpital auraient avantage à collaborer à des programmes de prévention du burnout afin de limiter ses effets délétères tant sur la santé du personnel que sur l'efficacité de l'institution hospitalière.

## VII. LIMITES ET PERSPECTIVES

Une première limite de cette étude est son caractère transversal. Nous ne pouvons porter de jugement sur le burnout en tant que processus temporel. D'autre part, nous nous sommes limités à examiner l'épuisement émotionnel, alors que deux autres dimensions, la dépersonnalisation et la réalisation de soi, complètent le syndrome de burnout. Si on se réfère au modèle de Maslach (1982) et à l'étude empirique de Cordes et al. (1997), le processus de burnout serait séquentiel, celui-ci débutant par l'épuisement émotionnel, se poursuivant par la dépersonnalisation et aboutissant à une diminution de la réalisation de soi. Notre étude doit donc être considérée comme un test des variables associées à la phase précoce du burnout. D'autres investigations sont nécessaires pour déterminer quels sont les prédicteurs des phases ultérieures de ce processus.

## BIBLIOGRAPHIE

- Anderson, M.B.G., & Iwanicki, E.F. (1984). Teacher motivation and its relationship to burnout. *Educational Administration Quarterly*, 20, 109-132.
- Bass, B.M. (1985). *Leadership and performance beyond expectations*. New York : Free Press.
- Bass, B.M., & Avolio, B.J. (1990). *Multifactor Leadership Questionnaire (Form 5X-rater)*. Consulting Psychologists Press.

- Bosma, H., Marmot, M.G., Hemingway, H., Nicholson, A.C., Brunner, E., & Stansfeld, S.A. (1997). Low job control and risk of coronary heart disease in Whitehall II (prospective cohort) study. *British Medical Journal*, 314, 558-565.
- Boumans, N.P.G., & Landeweerd, J.A. (1994). Working in an intensive or non-intensive care unit : does it make any difference? *Heart and Lung*, 23, 71-79.
- Bruchon-Schweitzer, M., & Dantzer, R. (Eds.). (1994). Introduction à la psychologie de la santé. Paris : Presses Universitaires de France.
- Cordes, C.L., & Dougherty, T.W. (1993). A review and an integration of research on job burnout. *Academy of Management Review*, 18, 621-656.
- Cordes, C.L., Dougherty, T.W., & Blum, M. (1997). Patterns of burnout among managers and professionals : a comparison of models. *Journal of Organizational Behavior*, 18, 685-701.
- Daniels, K., & Guppy, A. (1994). Occupational stress, social support, job control, and psychological well-being. *Human Relations*, 47, 523-544.
- Dugan, J.-D., Lauer, E., Bouquot, Z., Dutro, B.K., Smith, M., & Widmeyer, G. (1996). Stressful nurses : the effect on patient outcomes. *Journal of Nursing Care Quality*, 11, 46-58.
- Duquette, A., Sandhu, B.K., & Beaudet, L. (1994). Factors related to nursing burnout : a review of empirical knowledge. *Issues in Mental Health Nursing*, 15, 337-358.
- Duquette, A., Kérouac, S., Sandhu, B.K., Ducharme, F., & Saulnier, P. (1995). Psychosocial determinants of burnout in geriatric nursing. *International Journal of Nursing Studies*, 32, 443-456.
- Duxbury, M.L., Armstrong, G.D., Drew, D.J., & Henly, S.J. (1984). Head nurse leadership style with staff nurse burnout and job satisfaction in neonatal intensive care units. *Nursing Research*, 29, 97-101.
- Firth, H., McKeown, P., McIntee, J., & Britton, P. (1987). Professional depression, burnout and personality in longstay nursing. *International Journal of Nursing Studies*, 24, 227-237.
- Firth-Cozens, J. Stress, psychological problems, and clinical performance. In C. Vincent, M. Ennis, & R. Audley (Eds.). (1993). *Medical accidents* (pp. 131-149). Oxford University Press.
- Fottler, M.D. (1987). Health care organizational performance : present and future research. *Journal of Management*, 13, 367-391.
- Fox, M.L., Dwyer, D.J., & Ganster, D.C. (1993). Effects of stressful job demands and control on physiological and attitudinal outcomes in a hospital setting. *Academy of Management Journal*, 36, 289-318.
- Ganster, D.C., & Schaubroeck, J. (1991). Work stress and employee health. *Journal of Management*, 17, 235-271.
- Gray-Toft, P., & Anderson, J.-G. (1981a). The nursing stress scale : development of an instrument. *Journal of Behavior Assessment*, 3, 11-23.
- Gray-Toft, P., & Anderson, J.-G. (1981 b). Stress among hospital nursing staff : its causes and effects. *Social Sciences and Medicine*, 15A, 639-647.
- Gray-Toft, P., & Anderson, J.-G. (1985). Organizational stress in the hospital : development of a model for diagnosis and prediction. *Health Services Research*, 20, 753-774.
- Karasek, R., Baker, D., Marxer, F., Ahlbom, A., & Theorell, T. (1981). Job decision latitude, job demands, and cardiovascular disease : a prospective study of Swedish men. *American Journal of Public Health*, 71, 694-705.
- Kozlowski, S., & Doherty, M. (1989). Integration of climate and leadership : examination of a neglected issue. *Journal of Applied Psychology*, 74, 546-553.
- 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, 123-133.
- Leiter, M.P. (1988). Burnout as a function of communication patterns. *Group and Organization Studies*, 13, 111-128.
- Leiter, M.P., & Maslach, C. (1988). The impact of interpersonal environment on burnout and organizational commitment. *Journal of Organizational Behavior*, 9, 297-308.
- Leithwood, K., Menzies, T., Jantzi, D., & Leithwood, J. (1996). School restructuring, transformational leadership and the amelioration of teacher burnout. *Anxiety, Stress, and Coping*, 9, 199-215.
- Lemkau, J.-P., Rafferty, J.-P., Purdy, R.R., & Rudisill, J.-R. (1987). Sex role stress and job burnout among family practice physicians. *Journal of Vocational Behavior*, 31, 81-90.
- Lowe, K.B., Kroeck, K.G., & Sivasubramaniam, N. (1996). Effectiveness correlates of transformational and transactional leadership : a meta-analytic review of the MLQ literature. *Leadership Quarterly*, 7, 385-425.
- MacEwen, B.S. (1998). Protective and damaging effects of stress mediators. *New England Journal of Medicine*, 338, 1711-1719.

- Maslach, C. (Eds.). (1982). *Burnout : the cost of caring*. Englewoods Cliffs, NJ, Prentice-Hall.
- Maslach C., & Jackson, S.E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour*, 2, 99-113.
- Maslach C., & Jackson, S.E. (1984). Burnout in organizational settings. In S. Oskamp (Ed.), *Applied social psychology annual : Applications in organizational settings*, vol. 5 : 133-153. Beverly Hills, CA : Sage.
- Maslach C., & Jackson, S.E. (1985). The role of sex and family variables in burnout. *Sex Roles*, 72, 837-851.
- Motowidlo, S.J., Packard, J.-S., & Manning, M.R. (1986). Occupational stress : its causes and consequences for job performance. *Journal of Applied Psychology*, 71, 618-629.
- O'Driscoll, M.P., & Beehr, T.A. (1994). Supervisor behaviors, role stressors and uncertainty as predictors of personal outcomes for subordinates. *Journal of Organizational Behavior*, 75, 141-155.
- Parasuraman, S. (1989). Nursing turnover : an integrated model. *Research in Nursing and Health*, 72, 267-277.
- Plante, A., & Bouchard, L. (1995). Occupational stress, burnout, and professional support in nurses working with dying patients. *OMEGA*, 32, 93-109.
- Pretty, G.M.H., McCarthy, M.E., & Cathano, V.M. (1992). Psychosocial environments and burnout : Gender considerations within the corporation. *Journal of Organizational Behavior*, 73, 701-711.
- Russell, D.W., Altmaier, E., & Van Velzen, D. (1987). Job-related stress, social support, and burnout among classroom teachers. *Journal of Applied Psychology*, 72, 269-274.
- Seltzer, J., Numerof, R.E., & Bass, B.M. (1989). Transformational leadership : is it a source of more burnout and stress? *JHHRA*, 175-185.
- Shortell, S.M., Rousseau, D.M., Hughes, E.F.X., & Gillies, R.R. (1989). The organization and management of intensive care units. J.-L. Kellogg Graduate School of Management and the Center for Health Services and Policy Research, Northwestern University.
- Wilkinson, S.M. (1994). Stress in cancer nursing : does it really exist? *Journal of Advanced Nursing*, 20, 1079-1084.