

LE BURNOUT CHEZ LES SOIGNANTS : FACTEURS PRÉDISPOSANTS ET MOYENS DE PRÉVENTION

Travail en vue de l'obtention du titre de
Bachelor of science HES-SO en soins infirmiers

Par :

Marlisa Orquidia Pereira Tavares

Promotion 2005-2009

Sous la direction de : Nicole Nadot

Haute école de santé, Fribourg,

Filière soins infirmiers

Le 6 Juillet 2009

1. INTRODUCTION

D'après Freudenberger (1974), le burn-out ou épuisement professionnel est un état de détresse. Il a été défini par Maslach (1998), comme « un syndrome d'épuisement physique et émotionnel, qui conduit au développement d'une image de soi inadéquate, d'attitudes négatives au travail avec perte d'intérêts et de sentiments pour les patients » (cité par Canoui, 1998, p. 10). Delbrouck (2003), met en évidence les trois phases du burn-out : l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation et le sentiment d'incompétence (p. 32).

Cette pathologie touche toutes les professions et vu nombre considérable d'études réalisées à ce sujet, nous pouvons dire que c'est une thématique très importante. En effet, au Canada le taux de burn-out est estimé à 20% de la population active (Chevrier & Renon-Chevrier, 2004). Quant aux données de la Suisse, une recherche menée récemment (2007) par Deschamps F. sur le burn-out dans la population en suisse romande a démontré que, 43.5% des personnes interrogées ont déjà eu un épisode de burn-out. Par ailleurs, une recherche citée dans une revue de littérature, menée au Canada démontre avec un taux de 53% que l'épuisement professionnel est plus présent chez les médecins, suivi du personnel soignant avec 37%, puis des secrétaires avec 30% (Grunfeld et al., 2000, cité par Schraub & Marx, 2004). De plus, les ergothérapeutes ont un taux d'épuisement professionnel non négligeable selon l'étude menée par Brown & Pranger, (1992). Cependant, Barbier (2004), affirme que le burn-out concerne plus particulièrement les soignants parce qu'ils sont les témoins directs de la souffrance, la misère, le malheur, la maladie et la mort.

L'analyse des facteurs favorisant l'épuisement professionnel a permis de constater que ce syndrome est principalement lié à un stress chronique, dont l'origine peut provenir d'agents stressseurs individuels ou institutionnels (Canoui & Mauranges, 1998). Une étude de l'Office Fédéral de la Statistique [OFS] réalisée en 2007, met l'accent sur le fait que 41.3% des employés avouent être soumis à un stress constant au travail. Étant donné les chiffres indiquant un grand pourcentage d'infirmières en épuisement professionnel, et connaissant ses symptômes, nous pouvons nous poser la question suivante : comment les professionnelles touchées par cette pathologie peuvent-elles assumer leurs responsabilités ? En effet, selon le code déontologique du Conseil

International des Infirmières [CII] (2005)¹, l'infirmière a quatre responsabilités essentielles : promouvoir la santé, prévenir la maladie, restaurer la santé et soulager la souffrance. Par conséquent des recherches ont été effectuées sur le retentissement du stress des soignants sur les patients. Une de ces études démontre que, les services où les soignants sont soumis à un plus grand stress, les dommages causés aux patients sont aussi plus importants (Dugan., Lauer, Bouquet, Dutro, Smith & Widmeyer, 1996). Le CII a aussi mis l'accent sur la santé des infirmières, en disant que « la sécurité des conditions de travail dans le secteur de la santé est un facteur important pour la sécurité des patients. » (p. 1). La connaissance du burn-out est d'autant plus importante, que notre système est en constante évolution, d'après la revue de littérature de Duquette., Sandhu,-K & Beaudet, (1994). Selon C. Maslach (1998), les six caractéristiques qui peuvent mener une personne au burn-out sont : la charge de travail, le sentiment de contrôle, la reconnaissance, la communauté, la justice, le respect ainsi que les valeurs.

Les auteurs se sont aussi intéressés aux différents modes de prévention existants : Truchot (2004) distingue trois niveaux de prévention : Tout d'abord, la prévention primaire, consistant à éliminer ou à réduire les sources de burn-out, ensuite intervient la prévention secondaire qui repose sur le soulagement des tensions que l'individu peut ressentir. Pour terminer, le mode de prévention tertiaire concerne le traitement des symptômes de burn-out. À ce dernier stade ce n'est plus à proprement parler de la prévention mais plutôt une sorte de remède. À chacun de ces niveaux de prévention nous pouvons avoir une action sur l'individu (dans ce cas-ci, sur le soignant), sur l'interaction de l'individu avec ses patients, sur l'organisation personnelle et sur l'organisation institutionnelle. (p. 215) La prévention semble être un sujet qui n'est pas énormément pris en compte. En effet en 2006, seulement 3% des coûts pour la santé lui étaient destinés. (Bouquet, 2006)

Le burn-out, outre les dommages causés au niveau personnel et professionnel, a aussi un impact sur le plan financier. Il est intéressant de constater qu'aux États-unis, selon Chevrier & Renon-Chevrier, (2004), 54% des journées d'absentéisme sont dues à des problèmes de santé mentale. En Europe, les journées d'absentéisme ayant comme étiologie le stress oscillent entre 50 et 60% du temps d'absentéisme total.

¹ Voir annexe A : « Le code déontologique des infirmières selon le CII » p. : 53

Financièrement, il y a une grande répercussion sur l'économie suisse étant donné que les coûts s'élèvent à plusieurs milliards de francs par année. (Peters & Mesters, 2007, p.155-156). Le Secrétariat d'État à l'économie [SECO] les estime, en tenant compte uniquement du stress, à au moins quatre milliards de francs. D'après une étude menée par Strodeur, Vandenberghe & D'hoore, en 1999, le burn-out a pour conséquences un mal-être, et une détérioration de la santé des travailleurs. Au niveau organisationnel, cette pathologie réduit la satisfaction au travail, l'implication dans l'organisation et la performance ; elle augmente le désir de changer d'emploi ainsi que l'absentéisme.

Ces différentes données sur le burn-out ont suscité un questionnement quant aux causes et moyens de prévention du burn-out chez les infirmiers en soins psychiatriques, palliatifs et aigus. De ce questionnement est ressortie la question de recherche suivante :

De nombreuses recherches ont été réalisées au sujet de l'épuisement professionnel. De ces études, quels sont les facteurs prédisposant au burn-out ? Quels sont les moyens de prévention possibles ?

Afin de répondre à cette question, les principales thématiques analysées par le biais de recherches seront les facteurs prédisposant au burn-out. De plus, dans le but d'apporter de nouvelles pistes d'actions pour la profession d'infirmière, une seconde partie de ce travail se concentrera principalement sur les moyens de prévention de l'épuisement professionnel.

Le but de cette étude est donc de faire un état des lieux des connaissances présentes à ce sujet, ainsi que des recherches réalisées jusqu'à ce jour. De ce recueil de données ressortiront les facteurs prédisposant au burn-out et les moyens de prévention. Pour terminer, un lien entre l'épuisement professionnel et l'activité d'infirmière sera présenté dans l'objectif d'obtenir des pistes d'actions utilisables dans la pratique.

2. CADRE DE RÉFÉRENCE

Pour une meilleure compréhension des résultats ainsi que des thèmes sous-jacents au sujet de recherche, il semble important de définir le cadre de référence ayant trait au thème abordé. Le chapitre de discussion reprendra ces concepts afin de faire un lien entre les résultats trouvés et la théorie écrite par les auteurs.

2.1 BURN-OUT

Le syndrome d'épuisement professionnel ou burn-out est une pathologie relativement récente.

Ce fut Bradley en 1969 qui, suite à l'observation d'un stress lié au travail, mit en évidence le syndrome de burn-out (Truchot, 2004, p. 7). Ce terme a ensuite été repris en 1974 par Freudenberger, psychanalyste américain, qui en observant les soignants de la clinique psychiatrique où il travaillait, remarqua un état de détresse. Il proposa alors une première définition : « L'épuisement professionnel est un état causé par l'utilisation excessive de son énergie et de ses ressources, qui provoque un sentiment d'avoir échoué, d'être épuisé ou encore d'être exténué » (Freudenberger 1974, cité par Canouï & Mauranges, p.10). Pour imaginer ce concept le psychanalyste américain a, en 1980, utilisé la métaphore de brûlure interne en déclarant :

« Je me suis rendu compte au cours de mon exercice quotidien que les gens sont parfois victimes d'incendie tout comme les immeubles ; sous l'effet de la tension produite par notre monde complexe, leurs ressources internes en viennent à se consumer comme sous l'action de flammes, ne laissant qu'un vide immense à l'intérieur, même si l'enveloppe externe semble plus ou moins intacte » (Freudenberger 1974, cité par Canouï & Mauranges, 1998, p. 6).

Ce phénomène a ensuite été étudié par Maslach (1982), chercheuse en psychologie sociale, auprès d'une population de soignants, de travailleurs sociaux, d'enseignants et d'avocats. Cette dernière définit le burn-out comme « un syndrome d'épuisement physique et émotionnel, qui conduit au développement d'une image de soi inadéquate, d'attitudes négatives au travail avec perte d'intérêts et de sentiments pour les patients » (Cité par Brissette, Arcand, Bonnet, 1998, p. XII).

Suite à ses recherches, Maslach relève trois éléments autour desquels s'articule le syndrome d'épuisement professionnel :

- « L'épuisement physique et/ou émotionnel : il est généré essentiellement par une demande de soutien psychologique excessive chez des professionnels en situation de relation d'aide. C'est la composante clé du syndrome.
- La dépersonnalisation : elle se traduit par une perte d'empathie, un détachement excessif dans les rapports interpersonnels pouvant aller jusqu'au cynisme, une plus grande routine des soins avec une tendance à traiter le patient comme un objet.
- Le manque d'accomplissement personnel : plus le sujet fait d'efforts pour faire face, plus il s'épuise, plus il perd son efficacité, plus il se démotive, installant par là même une sorte de cercle vicieux où il finit par douter de ses propres capacités, baisse les bras et éprouve un réel manque d'accomplissement. » (ibid p. XII)

Maslach & Jackson, 1986, développèrent un moyen de mesure de l'épuisement professionnel : Le Maslach Burnout Inventory.² « Le MBI est constitué de 22 items : neuf pour mesurer l'épuisement émotionnel, cinq pour la dépersonnalisation et huit pour l'accomplissement personnel. » (Truchot, 2004, p.15)

Le burn out est une pathologie qui touche principalement les personnes travaillant dans le milieu médical. Comme le dit Barbier, dans La Presse Médicale (2004) : « Le Burn-out touche plus spécifiquement tous ceux qui ont choisi d'aider autrui et qui ne le font pas seulement dans un but égoïste. Il concerne particulièrement les soignants, parce qu'ils sont en prise directe avec la souffrance, la misère, le malheur, la maladie et la mort. » (p. 349). Comme cité précédemment dans le travail, l'épuisement est composé de trois symptomatiques principales ; la composante de dépersonnalisation est principalement retrouvée chez les soignants (Canouï & Mauranges, 1998, p.11).

Le burn-out survient suite à une exposition à un stress prolongé. Celui-ci est un facteur essentiel dans la prédisposition de l'individu au burn-out, il est donc primordial de définir ce terme.

² Voir annexe B : « Maslach Burnout Inventory » p. : 56

2.2 STRESS

Plusieurs essais de définitions ont été composés. Pour ce travail, celle qui a été retenue est celle de Soly Bensabat (élève de Hans Selye): « Le stress est un résultat spécifique de toute demande imposée au corps, que l'effet soit mental ou somatique » (cité par Boissières, 2003, p. 36). Cette définition est considérée comme la notion moderne du stress. Le stimulus peut être de nature physique, psychologique, émotionnelle ou sensorielle.

Le stress existe depuis très longtemps. En effet, c'est ce phénomène qui a permis à l'être humain de s'adapter aux différentes conditions de vie. Le stress peut être positif (annonce d'une bonne nouvelle) ou négatif (annonce d'une mauvaise nouvelle). Le fait que l'être humain puisse s'adapter aux différentes conditions de vie fait appel au syndrome général d'adaptation de Hans Selye. Ce modèle comprend les trois phases suivantes :

- La phase d'alarme : manifestation de symptômes différant d'un individu à l'autre, elle dépend de la personnalité de chacun.
- Le stade de la résistance : Mobilisation d'énergie pour faire face à l'évènement menaçant. L'équilibre peut être maintenu grâce à la mise en route de mécanismes d'autorégulation.
- La phase d'épuisement : se produit lors d'un stress prolongé. L'individu devient fragile, développe des pathologies physiques (ulcères gastriques, tachycardie). Suite à ces manifestations physiques peuvent suivre des complications psychologiques telles que l'épuisement émotionnel. La personne n'a plus d'énergie ni de force pour lutter contre le stimulus. (Stella & Jacques Choque, 2005, pp. 7-11)

Au niveau physiologique, lorsque nous percevons une situation stressante, un signal est envoyé à la glande surrénale. Cette dernière va produire de l'adrénaline qui à son tour forme du cortisol. Ces deux hormones seront utilisées pour réagir au stress et le diminuer. Si ce stress est continu, il y aura une accumulation de l'adrénaline et du cortisol déclenchant le burn-out. Pour des informations plus détaillées à ce sujet un tableau ainsi qu'une explication est présentée en annexe C : « Le stress » p. : 60.

Par ailleurs, il existe plusieurs moyens de faire face au stress. Ces mécanismes de défenses sont les différents types de coping définis par Lazarus et Folkman qui seront expliqués dans la partie ci-dessous.

2.3 COPING

Ce chapitre est basé sur une étude menée par Webb, (2001).

Le modèle de coping, mis au point par Lazarus et ses collègues, semble offrir un fort potentiel. Celui-ci est fondé sur la conviction que la façon dont les gens font face au stress affecte leur bien-être physique, psychique, psychologique et social.

En situation de stress les gens essayent de gérer leur environnement afin de faire face à la situation. Tout d'abord la personne va évaluer le stress de deux façons :

- L'évaluation primaire : la personne évalue si le stress est réel et estime son ampleur. À ce stade, des facteurs de personnalité entrent en compte.
- L'évaluation secondaire : la personne réfléchit aux moyens d'actions qu'elle peut utiliser pour gérer la situation. Elle doit prendre en considération les options, les contraintes et les ressources disponibles incluant le soutien social.

Il en résultera de ces évaluations un comportement de coping qui a deux fonctions : traiter le problème (coping centré sur le problème) et réguler les émotions (coping centré sur l'émotion). La recherche a démontré que les personnes dans une situation stressante ont tendance à utiliser les deux types de coping.

Il existe plusieurs sortes de coping : confrontation, fuite-évitement, distanciation, self-control, recherche de soutien social, acceptation de responsabilité, résolution de problème planifiée, réévaluation positive et auto-culpabilité.

Lors d'agressions à une personne qui nous est chère nous avons tendance à réagir par une attitude de confrontation, ou de fuite-évitement. Cependant lorsque notre santé physique court un risque la recherche de soutien social ou fuite-évitement sera préférée. Si notre estime est menacée, il y aura une association entre le coping de self-control et la confrontation ou l'acceptation de la responsabilité.

Contrairement à nos éventuelles attentes, la stratégie de coping ne semble pas être influencé par l'âge et aucune différence de sexe n'a été constatée dans le coping centré sur l'émotion (Folkman & Lazarus, 1980).

Une partie de cette revue de littérature sera axée sur la prévention de l'épuisement professionnel. Il est donc intéressant de comprendre exactement ce que signifie ce terme. Dans la partie qui suit une définition des différents types de prévention existants sera exposée.

2.4 PRÉVENTION

En 1948, l'Organisation Mondiale de la Santé [OMS], distingue trois stades successifs de prévention, allant des moyens à mettre en œuvre pour empêcher l'apparition de pathologies jusqu'à leur thérapeutique, en préparant éventuellement la réinsertion des malades.

- « La prévention primaire : Ensemble des actes destinés à diminuer l'incidence d'une maladie, c'est-à-dire, réduire l'apparition des nouveaux cas. En agissant en amont, cette prévention empêche l'apparition des maladies, par le biais de l'éducation et de l'information auprès de la population.
- La prévention secondaire : Ensemble d'actes destinés à diminuer la prévalence d'une maladie, donc à réduire sa durée d'évolution. Elle intervient dans le dépistage de toutes les maladies et comprend le début des traitements de la maladie.
- La prévention tertiaire : Ensemble des actes destinés à diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récidives dans la population, donc à réduire les invalidités fonctionnelles dues à la maladie. Elle agit en aval de la maladie afin de limiter ou de diminuer ses conséquences et d'éviter les rechutes. Dans ce stade de prévention, les professionnels s'occupent de la rééducation de la personne et de sa réinsertion professionnelle et sociale. »

Trickey (1993), suite à une adaptation de Monnier et al., (1980) a utilisé les mêmes types de prévention pour définir ce concept.

3. MÉTHODE

Afin de répondre à la question de recherche : « De nombreuses recherches ont été réalisées au sujet de l'épuisement professionnel. De ces études, quels sont les facteurs prédisposant au burn-out ? Quels sont les moyens de prévention possibles ? » Le devis d'une revue de littérature a été retenu comme méthode de recherche pertinente étant donné les nombreux écrits présents à ce sujet. Par ce biais il sera possible de se rendre compte des écrits réalisés précédemment à propos de cette thématique.

Plusieurs revues de littérature ont été réalisées auparavant mais aucune ne porte sur la même thématique : facteurs prédisposant au burn-out et moyens de prévention de ce dernier chez les infirmières travaillant en soins psychiatriques, soins aigus et soins palliatifs. Parmi ces revues de littérature, les facteurs prédisposant personnels seront plus développés car l'évaluation de cette composante est plus complexe par des types d'études composées d'enquêtes. Ces informations encouragent l'auteure à inclure dans ce travail, non seulement des devis de recherches quantitatives, qualitatives mais aussi des revues de littérature.

Pour réaliser cette revue de littérature, il est important, dans un premier temps, de rechercher des informations dans des ouvrages publiés sur le burn-out. Cette recension des écrits a permis une meilleure compréhension du thème abordé ainsi que l'élaboration des différents cadres de référence. Après avoir recueilli les informations nécessaires sur la thématique, une recherche a été effectuée, à partir d'octobre 2007 jusqu'à mai 2009, sur les banques de données suivantes : PubMed, Banque de données en santé publique et Institut de l'information scientifique et technique.

Les participants dans les études recherchées seront exclusivement des personnes oeuvrant dans le domaine médical, principalement des infirmières qui travaillent dans le milieu des soins palliatifs, soins psychiatriques et/ou soins aigus. Les recherches impliquant des médecins, ergothérapeutes, aides soignants et des secrétaires médicales seront uniquement prises en compte si ces professionnels travaillent dans un des types de services cités auparavant et si les études considèrent un grand échantillon de personnel infirmier.

Les premières études concernant le burn-out, réalisées en 1982, ont été prises en compte afin de comparer l'évolution de la pathologie au fil des années. Cependant, la moyenne des années de réalisation des études analysées se situe en l'an 2000.

Par ces recherches, il sera possible de trouver des éléments permettant de répondre à la question de recherche initiale.

Afin d'obtenir des études correspondant aux besoins de l'auteure, il a été tenu compte de critères d'inclusion et d'exclusion, émis par celui-ci.

3.1 CRITÈRES D'INCLUSION

- Recherches traitant du thème souhaité « burn-out chez les infirmières » afin d'éviter de partir dans d'autres sujets parents.
- Langue : français et anglais. Ce sont des langues comprises par l'auteure.
- Revues scientifiques et médicales

3.2 CRITÈRES D'EXCLUSION

- Recherches ne traitant pas le thème recherché, par exemple des recherches traitant le burn-out exclusivement chez les médecins.
- Recherches qui ne sont pas scientifiques telles que des articles de vulgarisation.
- Études publiées dans des langues qui sont inconnues à l'auteure comme par exemple le turque, le russe, etc.

Les mots-clés employés pour trouver les études souhaitées ont été : Burn-out, épuisement professionnel, infirmières, facteurs prédisposant, prévention, nurs*, predictors, prevention, stress et coping. Les termes MeSH³ n'ont pas été utilisés étant donné la quantité suffisante d'informations trouvées par les mots-clés choisis.

Les différentes stratégies de recherche sont présentées dans les tableaux suivants.

³ Mots en anglais permettant de limiter les recherches tels que AND, OR, NOT,...

3.3 STRATÉGIES DE RECHERCHE

Dans cette partie sont exposées, sous forme de tableau, les stratégies de recherche utilisées pour l'obtention des divers articles. Dans un premier temps, les textes rédigés en français ont été favorisés, puis les écrits en anglais ont été pris en compte. La bibliographie de certaines études a permis de trouver d'autres recherches ayant un intérêt pour répondre au questionnement motivant ce travail. Les recherches concernant les médecins, les ergothérapeutes, les aides soignants et les secrétaires médicales seront uniquement prises en compte si ces soignants oeuvrent dans les types de services cités auparavant et si les études considèrent un grand échantillon d'infirmiers.

3.3.1 PREMIÈRE STRATÉGIE

Moteur de recherche : PubMed

Mots clés	Limites	Nombre de recherches obtenues	Nombre de recherches retenues	Référence bibliographique des recherches retenues.
Burnout predictors psychiatric	Langue : français et/ou anglais	25	1 (commandée par après sur Subito)	Brown GT, Pranger T. (1992). Predictors of burnout for psychiatric occupational therapy personnel
Burnout nurses	Langue: français et/ou anglais Articles de libre accès	45	1	Imai H., Nakao H., Tsuchiya M., Kuroda Y.& Katoh T. (2004). Burnout and work environments of public health nurses involved in mental health care.
burnout prevention nurses	Langue : Français et/ou Anglais Articles de libre accès.	8	1	Poncet M-C., Toullic P., Papazian L., Kentish-Barnes N., Timsit J-F., Pochard F., Chevret S., Schlemmer B. & Azoulay E.(2006). Burnout syndrome in critical care nursing staff

3.3.2 DEUXIÈME STRATÉGIE

Moteur de recherche : Banque de données en santé publique

Mots clés	Limites	Nombre de recherches obtenues	Nombre de recherches retenues	Référence bibliographique des recherches retenues
Burn-out infirmières	Langue : français et/ou infirmières	4	1	Courtial J.P. et Huteau S. (2005). Le burn-out des infirmières en psychiatrie : de la recherche à l'hôpital.
Épuisement professionnel soins	Langue : français et/ou anglais	1	1	Martel,(1991). Concept de soins et outillage infirmier : Ont-ils un rapport avec l'épuisement professionnel des infirmières ?
Épuisement professionnel prédicteurs	Langue : français et/ou anglais	1	1	Stordeur S., Vandenberghe C., & D'hoore W.(1999). Prédicteurs de l'épuisement professionnel des infirmiers : une étude dans un hôpital universitaire.
Stress coping	Langue : français, anglais	18	2	Webb, C. Concepts, stress, coping. (2001). Prise en charge, guérison, coping : vers un modèle intégré Pronost A.-M (2001). Concepts, stress, coping. La prévention du burn-out et ses incidences sur les stratégies de coping

3.3.3 TROISIÈME STRATÉGIE

Moteur de recherche : Institut de l'information scientifique et technique

Mots clés	Limites	Nombre de recherches obtenues	Nombre de recherches retenues	Référence bibliographique des recherches retenues
Burnout soignant	aucune	15	1	Agoub, M., Elyazaji M., Battas O. (2000). Épuisement professionnel et sources de stress au travail chez les soignants.

3.3.4 QUATRIÈME STRATÉGIE

Moteur de recherche : Google scholar

Mots clés :	Limites	Nombre de recherches obtenues	Nombre de recherches retenues	Référence bibliographique des recherches retenues
Prévention Burn-out soignant	Langue : français Puis sélection des articles récents	80	2	Bonnin-Scaon, S. et Colombat, P. (2008). Démarche palliative et prévention de la souffrance des soignants. Schraub S., Marx E. (2004). Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants ou burn out en cancérologie

3.3.5 CINQUIÈME STRATÉGIE

Base de départ : références bibliographiques des précédentes recherches puis recherche dans les articles de revues accessibles depuis la bibliothèque cantonale de fribourg.

Références bibliographiques	Lisandre S., Abbey-huguenin H., Bonnin-Scaon S., Arsene O., & Colombat P. (2008). Facteurs associés au burn-out chez les soignants en onco-hématologie Mokslas S., (2007). The relations among empathy, occupational commitment, and emotional exhaustion of nurses
-----------------------------	--

Également issues des bibliographies des articles précédents, quatre études ont été commandées sur easypresto :

Duquette A., Sandhu, B.-K., & Beaudet L., (1994). Factors related to nursing burnout. A review of empirical knowledge.

Constable J.-F., & Russell D.-W., (1986). The effect of social support and the work environment upon burnout among nurses.

Jones G. J., Janman K., & Rick T. J., (1987). Some determinants of stress in psychiatric nurses

Dugan J., Lauer E., Bouquet Z., Dutro B.-K., Smith M. & Widmeyer G., (1996). Stressful Nurses : the effect on patient outcomes.

Parmi ces recherches, quatre sont des revues de littérature. Ces dernières ont été prises en compte dans le but de participer à la recension des écrits. Elles traitent le burn-out en général chez divers travailleurs dans le monde des soins. De plus, ces revues de littérature présentent des éléments intéressants quant aux facteurs prédisposant au burn-out, qui sont peu abordés sur les autres devis de recherches. Les références bibliographiques de ces études n'ont pas été utilisées dans le but de trouver d'autres études pour effectuer ce travail.

Après avoir sélectionné les recherches et fait une première lecture, ces études ont été analysées à l'aide d'une grille basée sur celle de Fortin. Les résultats détaillés sous forme de tableaux sont présentés en annexe D : « Analyse des recherches » p. : 62.

4. RÉSULTATS

Suite à l'analyse des études obtenues, il est possible d'établir l'existence de facteurs internes et externes aux professionnels, prédisposant au burn-out. Il en va de même pour les moyens de prévention. Cependant dans les recherches analysées il y a plus de données concernant les éléments collectifs qu'individuels. Il en résulte aussi qu'il n'y a pas de différences significatives entre les divers types de services (soins palliatifs, soins aigus et psychiatrie) quant aux facteurs favorisant le burn-out ainsi qu'aux moyens de prévention.

4.1 FACTEURS PRÉDISPOSANT AU BURN-OUT

Le facteur prédisposant au burn-out qui semble faire un consensus est le stress. Celui-ci peut avoir plusieurs étiologies. Dans la partie qui suit, les facteurs prédisposant au burn-out bénéficieront d'une explication plus approfondie.

4.1.1 FACTEURS COLLECTIFS

✘ CHARGE DE TRAVAIL

La charge de travail accrue est le facteur le plus important engendrant le stress, qui peut ensuite faire place au burn-out. En effet dans un grand nombre de recherches cette problématique est évoquée. Une revue de littérature élaborée en 2004 a mis en évidence l'étude menée par Rodary & Gauvain-Piquard en France (1993). Cette dernière mentionne que le burn-out est lié à un stress occasionné par une surcharge de travail dont plusieurs études relèvent la problématique. (Stordeurs, Vandenberghe & D'hoore, 1999 ; Courtial & Huteau, 2005 ; Webb, 2001 ; Mokslas, 2007 ; Poncet et al., 2006). De plus, une insuffisance de temps pour effectuer les soins dans leur globalité a aussi été signalée comme un agent stressant par certaines recherches. En cancérologie, une des causes de burn-out est liée au manque de temps personnel. (Schraub & Marx, 2004 ; Pronost, 2001) Une autre cause de stress ayant dans certains cas un lien direct avec la charge de travail ressentie par les professionnels est le type de pathologies traitées, en d'autres mots, la « lourdeur des cas ».

✘ TYPE DE PATHOLOGIES

Suite à la charge de travail importante viennent les types de pathologies rencontrées. Plusieurs recherches ont démontré par leurs résultats que le type de pathologie influence le burn-out. En psychiatrie, le fait de travailler avec des personnes atteintes de schizophrénie a été relevé comme usant pour le soignant du à la chronicité de la maladie et les différentes rechutes. (Brown & Pranger, 1992). Quant au domaine de l'oncologie, plusieurs études ont démontré la corrélation directe entre la prise en charge de pathologies infectieuses/chroniques et le burn-out. (Agoub, Elyazaji & Battas, 2000 ; Duquette, Sandhu & Beaudet, 1994 ; Dugan et al., 1996 ; Lisandre, Abbey-huguenin & Bonnin-Scaon, 2008 ; Mokslas, 2007). Ces pathologies sont difficiles à vivre, tant pour le soignant que pour le patient et son entourage. Elles apportent souvent des moments de souffrance et parfois même, le décès du patient. Ceci est un autre élément influençant le stress chez les infirmiers.

✘ CONFRONTATION À LA SOUFFRANCE ET À LA MORT

Le soignant qui s'occupe de personnes en souffrance peut être renvoyé à sa propre personne. Ainsi, le fait de voir un corps souffrant va le sensibiliser, le fragiliser et à long terme l'épuiser. Dans plusieurs recherches, la confrontation à la souffrance et à la mort a été indiquée comme un facteur de stress (Agoub, Elyazaji & Battas, 2000 ; Pronost, 2001). Pour les unités de soins palliatifs, les infirmières ayant reçu une formation spécialisée disent moins se sentir touchée par la souffrance et la mort en tant que facteur de stress. En revanche, dans les unités de soins aigus où il n'y a pas toujours la possibilité de suivre des formations, le stress se fait d'avantage ressentir en présence de patients en souffrance. (Schraub & Marx, 2004 ; Poncet et al., 2006) Au niveau psychiatrique, aucune donnée ne nous est présentée à ce sujet.

Une étude menée dans un hôpital universitaire en Belgique, a montré que la souffrance et les décès multiples n'influenceraient que peu l'épuisement professionnel. L'hypothèse pouvant être émise pour comprendre ce phénomène est qu'il est peut être dû au fait que cette enquête a été réalisée dans un hôpital universitaire. En effet, dans cet établissement les médecins sont en permanence présents dans les services. De plus la formation que les infirmières ont reçue concernant la prise en charge de personnes en souffrance et celles en fins de vie, peut aussi être un facteur qui tend à diminuer l'impact de ces situations sur le burn-out (Stordeurs, Vandenberghe & D'hoore, 1999). Face à ces situations riches en émotions, les infirmières peuvent parfois sentir un manque de valorisation de leur travail auprès de la personne malade. Parfois certains patients sont très exigeants face au corps médical et demandent beaucoup d'attention (Schraub & Marx, 2004).

✘ SENTIMENT DE NON RECONNAISSANCE

Les infirmières se retrouvent dans des situations délicates et difficiles pour lesquelles elles s'engagent dans le but de soulager les souffrances des patients. Ces professionnelles ressentent aussi le besoin de sentir leur travail reconnu aussi bien par les supérieurs hiérarchiques que par ses collègues (Agoub, Elyazaji & Battas, 2000 ; Lisandre et al., 2008). Une étude s'est principalement concentrée sur les soutiens externes au lieu de travail c'est-à-dire la famille et les amis. Ces derniers se sont montrés peu influents quant à l'épuisement professionnel (Duquette, Sandhu & Beaudet, 1994).

La reconnaissance, selon une des recherches effectuées, peut aussi intervenir à travers le revenu (Brown & Pranger, 1992). Les infirmières peuvent également se sentir non reconnues pour tout le côté technique qu'elles exécutent. En effet, ce sont pour la plupart du temps des gestes de précision qui demandent une grande dextérité et un important savoir-faire. De plus, avec le développement perpétuel et la recherche de nouvelles technologies, il y a constamment des changements techniques à assimiler afin d'améliorer la qualité des soins (Martel, 1991). Étant donné l'avancement technologique, les nouvelles techniques de soins, les nouveaux concepts et les spécificités, le manque de formation continue a été identifié comme un défaut à une bonne santé au travail. Lorsque le professionnel a le sentiment de ne pas être reconnu pour ses efforts, il pourra développer des attitudes négatives envers son entourage. Ceci risque de provoquer une autre source de stress : les perturbations dans l'environnement de travail.

✘ ENVIRONNEMENT DE TRAVAIL

Une étude démontre que les perturbations dans l'environnement de travail sont souvent associées à une recrudescence d'épuisement professionnel (Agoub, Elyazaji & Battas, 2000). Dans ce chapitre, nous allons prendre en compte l'ambiance qui règne au sein de l'équipe de travail, le type de service, les infrastructures, ainsi que la pression exercée par le travail sur les soignants.

D'une part, il a été constaté que le fait de travailler dans une ambiance tendue, sous un stress constant est un facteur qui favorise les conflits entre le personnel. Ces conflits au sein des collègues et des médecins sont liés à un burn-out accru (Stordeurs, Vandenberghe & D'hoore, 1999).

Le domaine de la psychiatrie, en termes d'environnement de travail, est jugé comme dangereux pour le soignant. Ce dernier peut être atteint psychologiquement ou physiquement. Il y a également davantage de présence de conflits entre soignants et patients ou entre l'équipe même des professionnels. Cet environnement chargé de stress et périlleux serait propice au burn-out (Jones, Janman & Rick, 1987).

Néanmoins, une étude démontre que ce n'est pas nécessairement dans les unités de soins réputées stressantes, dans lesquelles, la charge émotionnelle est intense ou la charge de travail est importante, que les infirmières souffrent le plus de burn-out

(Stordeurs, Vandenberghe & D'hoore, 1999). Par exemple ce n'est pas aux soins intensifs qu'il y a le plus grand taux de burn-out mais en oncologie.

Par ailleurs, au niveau des infrastructures, il semblerait que dans un grand hôpital la collaboration entre les différentes disciplines soit parfois perturbée. Ceci diminuerait la satisfaction au travail pouvant engendrer un épuisement. Par la même occasion, travailler dans un environnement bruyant influence positivement le taux d'épuisement professionnel (Ibid, 1999 ; Duquette, Sandhu & Beaudet L., 1994).

Le manque de supervision dans les équipes est un autre facteur influençant le burn-out considéré parmi les plus importants (Constable & Russell, 1986).

De plus, une pression au travail est ressentie dû au manque de temps et aux ambiguïtés face au rôle professionnel. Les demandes des patients envers les soignants peuvent, par la même occasion, accentuer le stress ressenti (Ibid, 1986). Ce manque de temps peut aussi entraver la communication entre les professionnels et les patients, entre l'équipe soignante et entre les infirmiers et la famille (Lisandre, Abbey-huguenin & Bonnin-Scaon, 2008).

✘ DIFFICULTÉ DE COMMUNICATION

La communication est un élément essentiel dans le milieu des soins. Cet environnement est en grande partie composé de relations interpersonnelles. C'est pourquoi, les difficultés relationnelles avec les patients et leur famille représentent un facteur de stress (Duquette, Sandhu & Beaudet, 1994). La difficulté de relation avec la famille peut être mise en relation avec une difficulté de gestion des proches qui est un facteur prédisposant au stress et au burn-out (Lisandre, Abbey-huguenin & Bonnin-Scaon, 2008). Une étude menée par Poncet, et al en 2006, a relevé que le personnel ayant une mauvaise relation avec les familles, patients ou collègues risque davantage de développer un épuisement professionnel.

✘ DURÉE DE TRAVAIL, ROTATION

Une enquête descriptive, menée par Brown & Pranger, 1992, indique que le nombre d'heures travaillées est une cause de burn-out. Cette recherche affirme que le temps travaillé dans un même service peut influencer positivement l'épuisement professionnel. Les résultats de cette étude conseillent aux « anciens » travailleurs d'une unité à

diversifier leurs tâches, à changer de type de service. La rotation, selon cet écrit, serait donc un facteur de prévention du burn-out. A contrario, dans une recherche menée par Poncet, et al en 2006, la rotation serait une conséquence du burn-out. Le professionnel attribuant la cause de son mal-être au lieu de travail, chercherait à changer de poste afin de trouver un, qui pour lui serait plus motivant. Cette recherche met aussi l'accent sur les heures de travail effectuées comme élément influençant l'épuisement professionnel. Une autre recherche accorde plus d'importance aux heures supplémentaires de travail en psychiatrie considérées comme facteur prédisposant à l'épuisement professionnel. (Imai et al., 2004). La rotation demande à l'infirmier chef une organisation parfois difficile. Si celle-ci est défaillante, elle peut être la cause d'épuisement professionnel chez ce dernier.

✘ ORGANISATION

L'organisation est une composante très importante dans les soins étant donné la multitude de tâches à accomplir dans le temps de travail imparti. Une équipe présentant un des membres en burn-out, aura besoin de se réorganiser car ce membre sera absent afin de se soigner. Cette réorganisation n'est pas toujours facile du fait que la charge de travail sera toujours la même, mais pour une équipe avec un membre en moins. Si l'organisation dans le service est adéquate, les travailleurs ressentiront à peine le changement. Cependant, si tel n'est pas le cas, ceci pourra susciter des mécontentements de la part du personnel, pouvant à long terme, les mener à changer de service (Stordeur, Vandenberghe & D'hoore, 1999 ; Lisandre, Abbey-huguenin & Bonnin-Scaon, 2008). L'organisation peut aussi être défaillante au niveau personnel. Cette partie sera développée dans le chapitre suivant.

4.1.2 FACTEURS INDIVIDUELS

Le versant personnel dans les facteurs influençant le stress présente autant d'importance que le collectif. Cependant, il est plus difficilement quantifiable. « L'influence du stress personnel et de la personnalité des soignants dans la survenue de l'épuisement professionnel est parfois difficile à évaluer en raison essentiellement de problèmes méthodologiques (difficulté d'imposer un nouveau questionnaire, intrusion dans la vie privée...) » Malgré les difficultés d'investiguer ce domaine-là, il reste tout de même important (Schraub & Marx, 2004). Toutefois, selon Imai et al., 2004, le burn-out

représente un problème dans le milieu de travail, plutôt qu'un problème interne à l'homme. Pour mieux comprendre les facteurs individuels agissant sur le burn-out, nous allons tout d'abord approfondir les caractéristiques socio-démographiques.

✘ DONNÉES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES

La culture joue un rôle non négligeable dans l'épuisement professionnel. Par exemple, aux États-unis le taux de burn-out est plus élevé qu'en Suisse. Le jeune âge est aussi considéré comme un facteur influençant ce syndrome. En effet, les jeunes infirmières semblent être plus touchées par ce phénomène (Schraub & Marx, 2004 ; Duquette, Sandhu & Beaudet, 1994).

De plus, les problèmes privés externes au travail sont positivement corrélés avec le taux élevé d'épuisement professionnel. Le stress qu'une infirmière subit en dehors du travail peut influencer sa capacité à exercer les soins. En effet, si cette dernière est préoccupée par des éléments externes au travail elle sera moins disponible pour celui-ci voire surchargée. Cette surcharge va à long terme influencer le burn-out (Shimizu, Feng & Nagata, 2005). Un autre facteur pouvant mener à l'épuisement professionnel est la personnalité du soignant.

✘ PERSONNALITÉ

Une des causes du burn-out est l'individu lui-même avec son caractère, ses valeurs et son être (Lisandre, Abbey-huguenin & Bonnin-Scaon, 2008). En contrepartie, une revue de littérature menée par Courtial & Huteau, 2005, arrive à la conclusion que « ... le burn-out n'est pas un problème lié aux personnes elles-mêmes, mais à l'environnement social dans lequel elles travaillent ».

Les infirmières énormément impliquées dans leur travail, et ayant peu de ressources externes ont un plus grand risque de développer un burn-out (Brown & Pranger, 1992). D'autre part, les ressentis des infirmières jouent aussi un rôle dans l'épuisement professionnel.

✘ ÉMOTIONS

Le sentiment de manque d'autonomie dans ses actes et décisions peut prédisposer une infirmière au burn-out. Une recherche a démontré que les infirmières travaillant dans un service où il n'existe que peu d'encouragement à l'autonomie, sont plus exposées au burn-out (Constable & Russell, 1986).

Les professionnels travaillant principalement dans des services de pathologies lourdes, comme par exemple, en oncologie, se sentent parfois impuissants face à la maladie. Ce sentiment est très difficile à vivre car il peut les amener à se sentir en échec. Ces sentiments risquent d'être accentués par les demandes des patients et familles cités précédemment (Schraub & Marx, 2004). De plus, les professionnels se sentiront probablement frustrés par la pression sociale qui leur est imposée (charge de travail élevée) ainsi que par le manque de moyens à disposition pour exercer leur métier correctement. Cette frustration peut les conduire à un épuisement professionnel. (Martel, 1991)

Une étude menée par Mokslas en 2007 sur les relations entre l'empathie, l'engagement professionnel et l'épuisement professionnel arrive à la conclusion que l'empathie est bénéfique pour les patients mais pas pour les soignants. En effet, l'empathie serait considérée comme un facteur prédisposant au burn-out. Cette dernière augmenterait séquentiellement avec le nombre d'années d'expérience et l'engagement professionnel.

Les soignants ont parfois envie d'en faire trop en peu de temps. Ils se fixent donc des buts irréalistes. Puis, lorsqu'ils se rendent compte qu'ils n'arriveront pas à atteindre leurs objectifs, ils peuvent s'en trouver frustrés (Brown & Pranger, 1992). Cette problématique des buts irréalistes peut faire allusion à un défaut d'organisation personnelle.

✘ ORGANISATION

Si le professionnel a des difficultés à organiser le travail de sa journée, il se sentira très vite débordé et épuisé. C'est pourquoi, une organisation défectueuse induit une diminution de la qualité des soins offerts (Agoub, Elyazaji & Battas, 2000 ; Lisandre, Abbey-huguenin & Bonnin-Scaon, 2008).

✘ GESTION DU STRESS

Le coping peut apparaître comme une variable modératrice du burn-out. Selon le type de coping utilisé, il peut atténuer ou augmenter le stress ressenti pouvant mener à l'épuisement professionnel (Stordeur, Vandenberghe & D'hoore, 1999).

Une recherche, menée par Pronost en 2001, se centre sur l'influence de la formation sur le coping comme moyen de prévention du burn-out. Cette recherche montre que les infirmières formées ont plus de facilité à analyser les situations et à adopter des stratégies de coping positives. Les professionnelles démontrent aussi, de part leur analyse, une plus grande conscience des facteurs pouvant mener à un épuisement professionnel.

4.2 MOYENS DE PRÉVENTION DU BURN-OUT

Après avoir énuméré les facteurs créant une prédisposition au burn-out, il est intéressant de savoir comment le prévenir. Le principal mode de prévention se trouve au niveau collectif. À ce niveau, il existe des moyens de prévention portant sur l'environnement de travail, la formation, la charge de travail et la supervision. « La prévention du burn-out commence avant tout par l'anticipation » (Schraub & Marx, 2004). Pour cette partie, outre les recherches utilisées auparavant, figureront des citations d'un document explicatif, de Bonnin-Scaon & Colombat, 2008, dont la procédure d'analyse est identique aux autres études. Ce document mentionne les moyens de prévention possibles.

4.2.1 PRÉVENTION COLLECTIVE

✘ ENVIRONNEMENT

Le domaine dans lequel il y a une plus grande capacité d'action est l'environnement professionnel. Une recherche effectuée par Agoub, Elyazaji & Battas, en 2000, rapporte qu'il faut « promouvoir un environnement de travail où règnent la reconnaissance, l'autonomie, la souplesse, l'écoute le soutien moral, la valorisation et l'estime de soi. » Un grand nombre de recherches ont un point commun en disant que le fait de rendre de l'autonomie aux professionnels peut contribuer à la prévention d'un épuisement professionnel (Ibid ; Stordeur, Vandenberghe & D'hoore, 1999 ; Dugan et al., 1996 ;

Courtial & Huteau, 2005 ; Martel, 1991). Le soutien ne permet pas de diminuer le stress mais aide à y faire face (Constable & Russell, 1986). Dans le but d'améliorer leur estime de soi, il faudrait accorder plus de pouvoir aux infirmières dans leur pratique (Dugan et al., 1996). De plus l'encouragement des anciens travailleurs dans l'unité à diversifier leur travail, pourrait limiter l'apparition du burn-out. (Brown & Pranger, 1992). L'accomplissement de nouvelles tâches, demandera au professionnel un besoin de formation.

✘ FORMATION

La formation apparaît comme deuxième moyen de prévention du burn-out, le plus cité dans les recherches analysées. La formation continue permet de garder l'enthousiasme pour le métier et de mettre à jour régulièrement ses connaissances par rapport à l'évolution des soins. Elle est interne à l'établissement et interdisciplinaire. Elle permet l'acquisition de nouvelles connaissances et le partage des perceptions de chaque professionnel. Chacun se réapproprie les informations reçues en fonction de son champ de compétences (Bonnin-Scaon & Colombat, 2008). D'après Martel, 1991, qui dans sa recherche s'est plus focalisé sur l'outillage des soins infirmiers en lien avec le burn-out, affirme que la formation permet d'apprendre de nouvelles techniques et d'acquérir de nouvelles compétences afin de prodiguer des soins adéquats. La formation peut aussi intervenir au niveau des stratégies de coping ; apprendre quelles stratégies de coping utiliser selon le type de situation. Pour le domaine des soins palliatifs, le but de la formation est le changement des comportements et des attitudes face à la mort. Elle permet à l'infirmière de se sentir moins en échec face au décès des patients (Pronost, 2001).

Dans ces moments de formation, plusieurs thèmes peuvent être abordés. Une thématique susceptible d'être traitée est la communication ; elle semble être un besoin d'apprentissage important. Celle-ci permet non seulement d'éviter un certain nombre de conflits mais aussi de les gérer (Dugan et al., 1996 ; Poncet et al., 2006). Le professionnel a également la possibilité d'apprendre à se relaxer, à réduire le stress ressenti, à connaître les différents types de coping existants et à en utiliser les plus efficaces.

De plus l'élaboration d'un projet comme moyen d'apprentissage peut aussi être une piste pour prévenir l'épuisement professionnel. Ce projet porte sur une problématique ressentie en équipe à laquelle il faut essayer de trouver des pistes de solutions. La participation à ce travail permettrait à chacun de se sentir valorisé et impliqué dans l'évolution et l'amélioration du service. La réalisation de ce projet procurerait un sentiment de cohésion d'équipe et sa finalité conduirait à une amélioration des conditions du « vivre ensemble » (Poncet et al., 2006 ; Bonnin-Scaon & Colombat, 2008).

Les superviseurs devraient être formés pour pouvoir rapidement identifier un professionnel qui devient épuisé. Dans la même optique, il pourrait aussi agir, en conséquence, en lui enseignant des stratégies de coping individuel afin d'éviter un burn-out qui est si dévastateur (Bonnin-Scaon & Colombat, 2008).

✘ SUPERVISION

Un haut niveau de support de la part des superviseurs peut directement diminuer le sentiment d'épuisement émotionnel, composante du burn-out (Constable & Russell, 1986). Il faut donner la possibilité aux professionnels qui s'occupent de patients ayant des dossiers médicaux « complexes », de pouvoir s'exprimer sur leurs vécus, leurs ressentis et leurs doutes. Cet instant d'échanges leur permettra d'avoir l'avis des collègues qui ont un peu plus de recul face à la situation (Brown & Pranger, 1992). Ces moments de supervision doivent être fixés à l'avance et pour un meilleur résultat, il serait judicieux que ces rencontres soient régulières. Dans ce but, les moments d'échanges seront choisis selon les disponibilités des membres de l'équipe soignante (Bonnin-Scaon & Colombat, 2008).

✘ CHARGE DE TRAVAIL

La diminution du nombre de cas lourds pour un même soignant permettrait d'alléger sa charge de travail, tout en prévenant le burn-out. Pour cela, il suffirait de réadapter la planification du travail selon les degrés de lourdeur des patients de façon à avoir un équilibre dans le service. La diminution des heures de travail supplémentaires aiderait fortement à la prévention de l'épuisement professionnel. Le fait d'organiser la planification du travail en fonction des types de patients pourrait permettre d'éviter ces heures additionnelles (Brown & Pranger, 1992).

Tous ces points donnent lieu à une amélioration des conditions de travail permettant ainsi une meilleure satisfaction au travail et une meilleure prévention du burn-out.

4.2.2 PRÉVENTION INDIVIDUELLE

✘ FORMATION À LA GESTION DU STRESS

La participation à un programme de gestion du stress permettrait d'acquérir des moyens pour lui faire face de façon convenable. Dans ces moments de formation, le professionnel peut découvrir les différents types de coping existants et identifier quels moyens appliquer selon les situations. Par la suite, il aura aussi la possibilité de mieux analyser les situations vécues dans le but de réussir à prendre du recul. Tout ce processus d'adaptation au stress aide à prévenir le burn-out (Pronost, 2001).

✘ RÉFLEXION PERSONNELLE

Le fait de s'accorder un temps de réflexion nous permet d'avoir un autre regard sur la situation. Suite à cette réflexion et à ce travail personnel, le professionnel parviendra, avec un certain recul, à accepter les situations qui, jusqu'ici lui ont causé difficulté. Tout ce travail de réflexion demande une grande honnêteté intérieure. C'est par cette réflexion que le professionnel prendra conscience qu'il a quelques difficultés au travail. Cette prise de conscience peut mener le soignant à consulter le médecin du travail, le psychologue,... (Schraub & Marx, 2004). Le soignant en détresse recherchera du soutien social auprès de professionnels (Constable & Russell, 1986 ; Courtial & Huteau, 2005).

5. DISCUSSION

Ce chapitre, s'emploiera dans un premier temps à analyser la qualité des résultats. Ensuite figureront une exposition du compte rendu des résultats obtenus ainsi que des liens établis entre ces derniers et la littérature.

5.1 QUALITÉ DES ARTICLES CHOISIS⁴

Cette revue de littérature englobe seize recherches scientifiques et deux documents explicatifs. Parmi celles-ci, douze sont de type quantitatif, deux de type descriptifs et deux autres sont des revues de littérature. Les dates de réalisation de ces études sont comprises entre 1986 et 2008, la moyenne se situant autour de l'an 2000. Afin de réaliser les revues de littérature étudiées pour étoffer ce travail, cinquante-trois écrits scientifiques ont été nécessaires. Des seize recherches scientifiques utilisées, onze concernent uniquement les infirmières.

Les recherches d'ordre quantitatif et qualitatif ont comporté au total 5'435 infirmières participant aux enquêtes. Le nombre de médecins présents dans les recherches réalisées est au nombre de cinquante-neuf. Une étude a été réalisée principalement sur les ergothérapeutes, cette dernière comprend quatre-vingts professionnels (Brown & Pranger, 1992). Malgré le fait qu'elle ne concerne pas directement la population souhaitée, elle a tout de même été prise en compte, étant donné ses apports intéressants pour cette revue de littérature. Dans certaines recherches, les aides-soignants, et autre personnel ont été considérés. La totalité des personnes autres qu'infirmières, médecins ou ergothérapeutes s'élève à 230. Le taux de réponse moyen aux questionnaires est de 40%. Pour chaque questionnaire présenté aux professionnels, une demande d'accord de participation a été préalablement réalisée. Lors de cette demande, les auteurs ont explicité la thématique de leur étude ainsi que les objectifs. Plusieurs de ces études ont mentionné une demande à une commission d'éthique, qui ont été approuvées. Ceci révèle que les recommandations éthiques ont été respectées.

Par ailleurs, de nombreuses études ont utilisé plusieurs types de questionnaires. Le Maslach Burn-out Inventory [MBI], décrit dans le cadre de référence du burn-out chapitre 2.1, fut le questionnaire employé par la majorité des auteurs pour évaluer le taux d'épuisement professionnel, à raison de onze recherches. Le MBI avait été auparavant évalué par divers auteurs. « Dans l'ensemble tous les auteurs accordent une bonne validité convergente au MBI, même si beaucoup font remarquer qu'elle n'est pas véritablement établie pour l'accomplissement personnel. » (Truchot, 2004, p. 201).

⁴ Un détaillé de l'analyse de la qualité des études est présenté en annexe E : « Analyse de la qualité des études ». P. :137

Après le MBI, l'échelle la plus utilisée, selon la littérature, est le Burnout Mesure de Pines possédant elle aussi une bonne validité scientifique. Elle comprend 21 items. Parmi ces 21 points, aucun ne fait explicitement référence à l'environnement de travail. De cette critique-là, nous pouvons affirmer que le questionnaire de Pines est plus fortement corrélé avec l'épuisement émotionnel qu'avec les deux autres dimensions du burn-out (Truchot, 2004, p. 208). Parmi les études choisies pour réaliser ce travail, une seule utilise le questionnaire de Pines. Les autres échelles utilisées ont été l'échelle toulousaine sur le coping, le test général health et le work environment scale. Tous ces questionnaires ont été, bien évidemment, remplis de façon à garder l'anonymat total des participants.

Quant au domaine de recherche, cinq études ont porté sur les soins aigus, quatre sur les soins en psychiatrie, quatre sur les soins palliatifs/oncologie et une recherche a été menée sur les infirmières œuvrant à l'armée. Dans la recherche de Strodeur, Vandenberghe & D'hoore, 1999, le type de service d'analyse n'a pas été précisé.

Dans certains écrits, plusieurs pays d'analyse ont été pris en compte afin de les comparer. La France et les États-Unis ont été les pays les plus représentés. En effet, au total, douze recherches se sont intéressées à ces pays. Deux études se sont centrées sur le Japon. Enfin, le Canada, la Lituanie, l'Angleterre, le Maroc et la Belgique n'ont été cités qu'une fois dans les recherches consultées.

5.2 FACTEURS PRÉDISPOSANT AU BURN-OUT ET MOYENS D'Y PALLIER

Inspirés de la littérature, les auteurs des recherches ont classé les facteurs prédisposant en deux catégories : les facteurs externes et ceux qui sont internes à la personne. Ces éléments présentés dans les études avaient été auparavant identifiés par des auteurs tels que Maslach, décrits dans la partie du cadre de référence de ce travail. Néanmoins, avec les recherches effectuées sur le terrain les facteurs prédisposants ont été plus détaillés.

5.2.1 FACTEURS EXTERNES

Concernant les facteurs externes, le stress a été cité comme élément principal dans toutes les recherches. C'est pourquoi, plusieurs recherches portant sur les éléments stressants que peut ressentir un professionnel de la santé dans son lieu de travail se sont

succédées. D'après les recherches les agents stressés du point de vue collectif sont : la charge de travail, le nombre d'heures travaillées ainsi que l'ancienneté du poste, le type de pathologies rencontrées, la confrontation à la souffrance et à la mort, le sentiment de non reconnaissance ainsi que le manque d'autonomie et l'environnement de travail avec les difficultés de communication entraînant parfois des conflits.

Tout au long de ce chapitre, suite à la présentation d'éléments prédisposant au burn-out, les moyens de prévention pouvant éviter ces problématiques seront exposés. Comme le dit Deschamps, F. « La prévention permet de préserver son capital humain » (in Temps présent : Burn-out : Quand le travail ce n'est pas la santé⁵). Or, selon la définition proposée dans le cadre de référence, il est intéressant de relever que ici la prévention est essentiellement primaire, voire secondaire, c'est-à-dire qu'elle touche tout le monde. Puis dans un deuxième temps, elle vise principalement les soignants prédisposés d'avantage au burn-out.

Par ailleurs, la charge de travail est ressortie comme un facteur important de stress dans la majorité des recherches. (Agoub, Elyazaji & Battas, 2000 ; Brown & Pranger, 1992 ; Schraub & Marx, 2004 ; Stordeur, Vanderberghe & D'hoore, 1999 ; Duquette, Sandhu & Beaudet, 1994 ; Jones, Janman & Rick, 1987 ; Courtial & Huteau, 2005 ; Poncet et al. 2006). En effet, dans notre société, la tendance générale est de faire plus et toujours plus vite, la thématique qui émerge de cette façon de penser est la concurrence (Vasey, 2000). D'après l'émission « A bon entendeur : Vous souffrez ? Pour l'opération repassez dans 6 mois »⁶, il y a de plus en plus de personnes demandant des soins, notamment des soins gériatriques. Cette problématique peut être due en partie au phénomène communément appelé « vieillissement de la planète ». Les pathologies, ainsi que le dossier médical des patients, ont tendance à se complexifier et à demander plus de présence et d'actes infirmiers ce qui alourdit considérablement la charge de travail. De plus, étant donné la crise actuelle que vit notre société, et parfois pour des soucis économiques, les équipes se retrouvent en sous-effectifs, la charge de travail peut

⁵ Voir annexe F : « Prise de notes de : Temps Présent « Burn-out : Quand le travail n'est pas la santé » » p. : 144

⁶ Voir annexe G : « Prise de notes de : A Bon Entendeur « Vous souffrez ? Pour l'opération repassez dans 6 mois » » p. :148

s'en trouver de ce fait majorée. Le progrès de la technologie contribue à des tensions d'ordre psychique car tout va plus vite. Le même manque de temps influence aussi la charge de travail. La société demande aux professionnels de faire vite, bien et pour pas cher ; trois éléments impossibles à concilier (De Gueuser, F. in Temps présent : Quand le travail c'est pas la santé). De nos jours, les infirmières n'ont plus le temps pour prendre en charge correctement tous les patients, elles ne peuvent plus écouter la souffrance intérieure des patients comme autrefois. Comme moyen de pallier aux impacts de la charge de travail, il faudrait, dans un premier temps, accorder une plus grande importance à l'organisation institutionnelle du service, puis du soignant même. Au niveau institutionnel, les personnes chargées des ressources humaines devraient s'arranger à qu'aucune équipe ne soit en sous-effectif. Aussi, la gestion des lits pourrait veiller à distribuer les patients le plus équitablement possible selon les services et selon le degré de dépendance de ceux-ci. Par exemple, dans une unité donnée, il faudrait éviter de mettre tous les cas « lourds » dans un seul service mais les répartir. Au niveau de l'équipe, il est essentiel de se partager équitablement la charge de travail, afin d'éviter des inégalités de travail. Le respect des demandes d'horaires peut aussi influencer la motivation des professionnels. Quant à l'organisation personnelle, la façon dont l'infirmière est capable d'organiser ses soins influence le niveau de stress qu'elle ressentira. Il faut qu'elle puisse demander de l'aide si besoin est. En résumé, si l'organisation est bien gérée, le niveau de stress ressenti dû à la charge de travail peut en être diminué et ainsi éviter les heures de travail supplémentaires qui sont considérés comme facteurs prédisposant au burn-out.

Le nombre d'heures travaillées ainsi que le temps travaillé dans un même service semblent être un facteur influençant l'épuisement professionnel. Une étude, menée par Brown & Pranger, propose comme solution à ce phénomène de changer de service assez régulièrement. Cette rotation permettrait, selon eux, de garder un certain intérêt pour le travail effectué et ainsi de prévenir l'épuisement professionnel. En contrepartie, une autre étude nomme la rotation comme facteur prédisposant au burn-out. Elle justifie cette affirmation par le besoin de réadaptation constante de la soignante et de l'équipe soignante (Poncet et al., 2006). Il existe un besoin de se réadapter aux nouvelles techniques de la prise en charge de pathologies récentes.

Le type de pathologies peut également être une source de stress selon les articles consultés. Cette cause a été citée dans nombreuses des recherches effectuées. En psychiatrie, le fait de travailler avec une population composée principalement de patients atteints de schizophrénie, connue pour ses diverses rechutes, est considéré comme facteur stressant (Brown & Pranger, 1992). Nous pouvons aussi supposer que les autres pathologies ayant tendance à avoir des rechutes, telles que les dépendances sont tout aussi épuisantes pour le soignant. En oncologie, l'accompagnement de personnes atteintes de pathologies graves avec un traitement lourd, peut prédisposer le soignant au burn-out. En milieu palliatif, ce serait davantage la problématique de la confrontation à la mort qui, à long terme, peut devenir « usante » pour le soignant. La confrontation à la mort et la souffrance ont été relevée comme une autre source de stress.

Le fait de travailler à long terme avec des personnes en souffrance est souvent difficile à supporter. La confrontation fréquente à la mort peut conduire à un burn-out. Les professionnels côtoyant fréquemment des cas de décès doivent constamment faire des deuils, caractéristique qui engendre un stress chez le soignant. Malgré les cours reçus pendant la formation, le soignant peut se sentir démuni face à la mort et à la souffrance d'autrui. Ces éléments-là vont le toucher allant dans certains cas jusqu'à des symptômes de burn-out. Ici, la prise de distance connue comme symptôme du burn-out peut être comprise comme un mécanisme de défense utilisé par le soignant. La distanciation peut être un type de coping comme cité dans le chapitre 2.3 de ce travail. Face à cette souffrance, la formation a démontré de bons résultats sur les soignants. En effet, une recherche, menée dans une unité de soins palliatifs présente que les infirmiers ayant reçu une formation disent se sentir moins stressés face à la confrontation de la mort (Schraub, Marx, 2004). Devant ces pathologies difficiles et ces moments riches en émotions tels que les décès, la supervision peut aider à parler de ce qui se passe. Le manque de supervision a été signalé dans les études comme étant un facteur prédisposant au burn-out (Constable & Russell, 1986). Ces moments d'échanges, avec un animateur formé dans le domaine aident les soignants à partager leurs vécus, leurs soucis et à trouver des solutions ensemble. Ces temps de supervision devront être fixés selon les disponibilités de l'équipe afin que le plus grand nombre de soignants puisse y participer et que ceci se fasse avec une certaine régularité. Lors de ces moments d'échanges, chaque participant amènera une situation de soins qu'il estime difficile, qui

lui pose problème ou qu'il souhaite partager avec ses collègues. Chaque situation sera décortiquée afin que tous les participants la comprennent, que tout le groupe puisse y réfléchir, trouver des pistes d'action et de compréhension (Bonin-Scaon & Colomb, 2008). Cette analyse commune en plus de soulager le soignant permet une amélioration de la qualité des soins prodigués. Les professionnels pourront se sentir écoutés et soutenus face à leurs doutes et leurs difficultés. Le superviseur devra savoir détecter les personnes qui sont fortement à risque de développer un épuisement professionnel afin de pouvoir faire de la prévention secondaire. Pour ce faire, lorsqu'il remarque qu'une personne présente des difficultés dans le lieu de travail, il la prendra seule en entretien pour lui proposer d'en discuter. Cette discussion peut mener le professionnel à réfléchir sur ses motivations pour son travail, sur ses idéaux mais aussi à faire le point sur sa situation professionnelle. (Temps présent : Burn-out : quand le travail c'est pas la santé, 2006) Suite à cette remise en question, le soignant pourra, s'il en ressent le besoin, s'adresser au médecin du personnel ou à un psychologue. Pour que le soignant puisse franchir toutes ces étapes, il devra être soutenu et rassuré vis-à-vis des craintes qu'il pourrait avoir sur les conséquences de son mal-être : peur d'être licencié, peur qu'on le trouve faible, peur de laisser tomber ses collègues,...

Le manque de reconnaissance est un autre facteur de stress influençant le burn-out chez les soignants. Le principal besoin de soutien est celui venant des supérieurs hiérarchiques (Lisandre et al., 2008). Les infirmières ont besoin de reconnaissance non seulement pour le côté psychique de leur métier mais aussi pour tout le côté technique. En effet, avec le développement technologique les diverses pathologies et les nouveaux traitements, ces dernières doivent sans cesse se réadapter à de nouvelles techniques de soins, à du nouveau matériel, etc. Cet aspect technique, demande une grande précision et une certaine dextérité. Réquisitions qui ne sont pas toujours faciles à acquérir. Les infirmières doivent aussi, suite à la complexification des dossiers médicaux des patients, utiliser plusieurs connaissances et observations en même temps. Pour cela, les infirmières ont également un besoin de reconnaissance. La valorisation de leur travail leur permet de se sentir reconnues et utiles. Ce sentiment d'utilité leur permettra un plus grand engagement dans leur pratique et une autre motivation. Le fait que l'infirmière se sente écoutée par ses collègues peut contribuer au sentiment d'avoir une place dans l'équipe et ainsi à se sentir mieux intégrée au sein du groupe. Cela lui procurera un sentiment de bien-être.

Actuellement, notre société travaille en collaboration principalement au niveau des soins infirmiers. Cette collaboration engendre un contrôle quasi constant du travail effectué par les collègues (De Gueuser, F. in Temps présent : Burn-out : Quand le travail c'est pas la santé, 2006). La sensation de contrôle constant qui en résulte risque de stresser les professionnels et de leur procurer un sentiment de manque d'autonomie. Pour éviter ce sentiment de contrôle, les horaires continus peuvent y apporter une piste de solution. L'infirmière qui est responsable de ses patients pendant toute la journée aura moins l'impression d'être suivie de près par ses collègues, dans ce sens elle aura plus d'autonomie dans ses soins. Cette autonomie, si elle est en excès, risque de devenir source de stress. Pour atténuer cette pression, le soignant peut demander conseil à ses collègues lors de doutes. (Temps présent : Burn-out : Quand le travail c'est pas la santé, 2006)

La communication dans la profession de soignante est très importante. En effet, l'infirmière est constamment en relation avec autrui, que ce soit avec ses collègues, les patients ou les familles. Parfois, ces relations peuvent être compliquées car il n'est pas toujours évident de communiquer (Duquette, Sandhu & Beaudet, 1994). Dans certaines situations, il est plus difficile de pouvoir entrer en relation, par exemple lorsque le patient parle une autre langue que la nôtre, lorsqu'il est en souffrance, en désespoir... Les familles vivent de fortes émotions lors du séjour de leur proche à l'hôpital. Ces émotions peuvent parfois se transformer en agressivité qui, par la suite, est retournée vers les soignants. Ce genre de situations n'est pas toujours facile à gérer. Par exemple, lors de l'annonce d'un diagnostic difficile, les personnes peuvent parfois devenir agressives envers le corps soignant. À ce moment, la communication sera très importante et délicate. Le soignant doit savoir comment communiquer et quelles en sont ses limites. La communication peut aussi poser problème entre collègues pour diverses causes : manque de temps, état psychique des collaborateurs,... Tous ces éléments de difficulté à entendre l'autre et à s'exprimer peuvent donner lieu à des tensions, voire des conflits. Ces moments de conflits sont une source majeure de stress. Pour pouvoir faire face à ces problèmes de communication, la formation peut être un champ d'action. En effet, les soignants peuvent recevoir des cours pour perfectionner leur savoir sur la communication en situations délicates comme par exemple, en cas de crise. Si le soignant ne parvient pas à régler le problème de communication et que celui-ci dégénère en conflit, il peut faire appel à un médiateur. Pour dépasser la barrière linguistique, il

existe dans les services, des répertoires où le soignant peut se référer afin de trouver un traducteur informel ou alors il peut faire appel à Caritas.

Une autre cause de stress qui a été constatée concerne l'environnement de travail, plus particulièrement la fait de travailler dans un lieu non sécurisant. En effet, en psychiatrie, l'environnement peut parfois être ressenti comme dangereux selon le type de pathologies rencontrées. Par exemple, un patient atteint de schizophrénie, lors de moments de crise peut devenir dangereux physiquement et psychologiquement pour les soignants. Dans les soins aigus, l'infirmière peut se sentir en danger lorsque les patients deviennent agressifs. Cependant, l'auteure a pu remarquer la présence d'un numéro de vigile, inscrit dans chaque service. Cet employé est chargé de la sécurité de l'établissement et est joignable tous les jours. Par rapport à cette problématique, la formation peut encore une fois aider à soulager le stress. Par ailleurs, l'auteure a pu, durant sa formation, être informé que des cours de self-défense sont régulièrement organisés dans un souci de gestion de la violence en psychiatrie. Ces cours permettent aux soignants d'apprendre à se défendre sans blesser le patient. En milieu aigu, aucune information concernant ce type de formation n'a été présentée. Es-ce peut-être dû au fait que les soins aigus sont considérés moins dangereux physiquement par rapport aux soins psychiatriques ?

5.2.2 FACTEURS INTERNES

En plus des facteurs externes à la personne, des éléments propres à l'individu peuvent influencer l'épuisement professionnel. Dans les recherches, ce domaine a été peu analysé étant donné la nécessité du respect de la sphère privée des soignants. Cependant, quelques points sont tout de même ressortis comme facteurs prédisposant au burn-out tels que : les données socio-démographiques, le type de personnalité et les émotions les ressenties.

Dans les données socio-démographiques, le lieu d'habitation, la culture et le jeune âge semblent influencer les niveaux d'épuisement professionnel. Les problèmes externes au travail peuvent aussi répercuter dans la qualité des soins (Schraub & Marx, 2004). Une étude propose d'accorder de la formation concernant le burn-out aux nouveaux diplômés dans le but de prévenir l'apparition de ce syndrome (Duquette, Sandhu & Beaudet, 1994). D'autre part, il est important que l'infirmière sache utiliser des

ressources externes afin d'affronter ses problèmes personnels, externes à la profession. En effet, si l'infirmière a des problèmes dans le domaine privé et qu'elle n'arrive pas à les mettre de côté pendant les heures de travail, cela influencera la qualité de ses prestations. Les infirmières ont en plus de la charge de travail une charge familiale, c'est-à-dire qu'elles doivent encore s'occuper de la famille en rentrant après une journée de travail. Cette charge si elle n'est pas partagée, par exemple, en cas de monoparentalité, peut influencer le niveau d'épuisement professionnel (Temps présent, Burn-out la lutte s'organise⁷).

Il a été démontré que certaines personnes sont plus sujettes aux burn-out que d'autres. Cependant, cette thématique n'a guère été davantage étudiée dans les recherches. Nous pouvons, néanmoins, trouver d'amples informations dans la littérature. Selon Truchot D., la caractéristique personnelle capable d'influencer le burn-out serait issue du modèle de stress de Lazarus et Folkman. Ce modèle dit que le type de coping utilisé par la personne influencera le burn-out ; Par exemple lors de l'attribution d'une tâche imprévue, certains y verront un défi à dépasser leurs performances tandis que d'autres interpréteront cela comme une menace (p. : 26-28). Dans un reportage, mené par Temps présent, Burn-out : Quand le travail c'est pas la santé, des caractéristiques de personnalité prédisposées au burn-out ont été énumérées : personnes perfectionnistes, ambitieuses et idéalistes.

Néanmoins, au sujet de l'étiologie du burn-out, une autre étude est arrivée à la conclusion que le burn-out est un problème lié à l'environnement et non pas à la personne. Selon cette idée, le manque de ressources externes augmente le sentiment de burn-out (Courtial & Huteau, 2005).

L'empathie est bénéfique pour les patients mais pas pour les soignants. En effet, une étude, menée par Mosklas en 2007, a démontré que l'empathie était en lien avec l'engagement professionnel qui, à de grandes doses, accentue le burn-out. De plus l'empathie et l'engagement professionnel augmentent séquentiellement avec le nombre d'années d'expérience. Toutefois, il ne serait pas correct de dire que les infirmières devraient présenter moins d'empathie envers les patients étant donné que la formation nous apprend à être empathiques. C'est pourquoi nous ne pouvons que conseiller d'être

⁷ Voir annexe F : « Prise de notes de : Temps Présent « Burn-out la lutte s'organise » p. : 144

empathique à des doses convenables, c'est-à-dire de ne pas vouloir être trop proche du patient jusqu'à créer des liens autres que professionnels.

Si nous devons résumer les deux grands axes qui peuvent aider à la prévention du burn-out nous retiendrions l'organisation expliquée auparavant et la formation que nous tachons de décrire ci-dessous.

La formation continue permet de garder l'enthousiasme pour les soins et de se remettre à jour selon le développement technologique. En outre, elle permet l'acquisition de nouveaux éléments, nouvelles techniques. Ces moments de formation peuvent être pratiqués en interdisciplinarité. Dans ce cas, chaque professionnel s'appropriera les connaissances données. Ces moments d'échanges peuvent aussi contribuer à l'enrichissement par rapport au rôle propre des autres collaborateurs. En plus des citations faites précédemment dans le chapitre sur l'utilité de la formation, elle peut comporter des stratégies pour faire face au stress comme le coping. Cette dernière peut être réalisée en individuel ou en collectif. Elle permet de voir certaines situations différemment, de concevoir du sens là où auparavant il n'y en avait pas (certains traitements lourds qui n'ont que peu de réussite, les décès,...). Le soignant peut aussi apprendre à se relaxer ou acquérir des moyens pour diminuer le stress ressenti. L'élaboration d'un projet commun dans l'équipe peut aussi être un moyen permettant de prévenir le burn-out. Dans ce projet, tous les soignants seraient concernés et participeraient activement. Cette méthode pourrait augmenter le sentiment de cohésion dans l'équipe et le sentiment d'utilité.

5.3 RÉPONSE À LA QUESTION DE RECHERCHE

Le questionnement motivant cette revue de littérature est le suivant :

De nombreuses recherches ont été réalisées au sujet de l'épuisement professionnel.

De ces études, quels sont les facteurs prédisposant au burn-out ? Quels sont les moyens de prévention possibles ?

Les infirmières sont soumises à de fortes tensions sur le lieu de travail, que ce soit par rapport à la charge, aux types de pathologies rencontrées, à la confrontation de la souffrance voire la mort, etc. Ces différents facteurs cités auparavant comme facteurs prédisposant au burn-out peuvent mener les infirmières à ce syndrome. Étant donné

l'installation insidieuse de cette pathologie, le soignant s'en rend compte uniquement lorsqu'il en est déjà atteint. Malgré les informations présentes, cette pathologie reste difficilement détectable par le malade lui-même. Un psychiatre, Alexis Burger a relevé que : « on s'occupe des autres mais pas de soi » dans une interview sur temps présent : Burn-out : Quand le travail c'est pas la santé. Cette affirmation est bien réelle, les soignants s'occupent peu d'eux. Ce défaut de prise en charge personnelle peut venir du manque de temps personnel disponible. En effet, après avoir fini le travail, l'infirmière doit encore s'occuper des différentes tâches familiales. De nos jours, le burn-out n'est pas encore suffisamment connu de la société. Ceci explique que les personnes atteintes de cette pathologie peuvent se sentir coupables, honteuses.

Un des plus grands moyens de prévention commencerait par l'anticipation et l'information au sujet du burn-out. Actuellement ce sont principalement les assurances qui cherchent à prévenir l'épuisement professionnel dans les institutions, il faudrait que cet intérêt soit partagé par les responsables des établissements. Comme moyens de prévention, il y aurait la formation continue, la présence de supervision, une diminution de la charge de travail ainsi qu'un environnement favorisant le bien-être du personnel.

5.4 PERSPECTIVES POUR LA PRATIQUE

Cette partie sera principalement axée sur les moyens de prévention du burn-out qui seraient applicables dans le milieu des soins.

- ✘ Un des facteurs de stress est la charge de travail ainsi que le manque de temps. Pour en diminuer son impact, il serait intéressant d'accorder une plus grande attention à l'**organisation** institutionnelle et personnelle. Les ressources humaines pourraient veiller à ce que les patients soient distribués équitablement dans les services selon leur degré de dépendance. Au niveau de l'équipe il faudrait se répartir la charge de travail de façon à obtenir une charge de travail équilibrée entre soignants.
- ✘ Le type de pathologies, la confrontation à la souffrance et à la mort sont des facteurs prédisposant au stress dans le milieu des soins. Pour tenter de pallier à cette problématique, la **formation** peut avoir une grande influence. Les soignants peuvent apprendre quels mécanismes de défense utiliser selon le type de situations rencontrées. La formation en soins palliatifs permet aux soignants d'avoir une

autre vision sur l'accompagnement du patient ainsi que celui de ses proches. La formation peut aussi être orientée sur les nouvelles techniques, les différents types de pathologies, la gestion de la violence, la communication en cas de crise et quand faire appel à un médiateur... Toutes ces thématiques d'apprentissages aident le soignant à faire face aux différentes situations qu'il serait sujet de rencontrer. Le soignant peut aussi recevoir de l'information concernant le burn-out afin qu'il prenne connaissance de ce syndrome et qu'il puisse ainsi soit agir lorsqu'il est en difficulté, soit le détecter chez un de ses collègues.

- ✘ La présence de **supervision** est un facteur de prévention du burn-out. La supervision menée par une personne experte dans la matière permet un partage des situations vécues. Ce moment de partage permettra un soutien des soignants ainsi que l'apport de nouvelles perspectives de soins et de compréhension. Le superviseur devra savoir identifier les soignants qui risquent fortement d'être dans un début de burn-out. Ainsi, il pourra les prendre à part dans le but d'en parler et de proposer des moyens d'aide.
- ✘ Présence de **soutien et de reconnaissance**. Le besoin de soutien principalement de la part des supérieurs hiérarchiques a été souvent nommé dans les recherches analysées. Le soignant a la nécessité de se sentir valorisé et soutenu lors de son travail. La valorisation peut aller d'un simple merci à une augmentation salariale. De plus, il faut que le soignant puisse se sentir écouté par les supérieurs hiérarchiques et ses collègues.
- ✘ Le travail en collaboration engendre un contrôle quasi constant du travail effectué par les collègues. Ce contrôle peut être source de stress pour le soignant. Pour diminuer cette sensation de contrôle, les **horaires continus** pourraient être bénéfiques. En effet, avec ce type d'horaires, les soignants sembleraient acquérir une plus grande autonomie dans les soins.
- ✘ Le fait de travailler dans un environnement non sécurisant est un facteur de stress. La présence de **vigiles** et d'autres personnes pouvant agir en cas de violence peut avoir un effet rassurant sur les soignants. Le vigile devrait pouvoir être joignable jour et nuit, tous les jours de l'année. Le numéro de vigile devrait être inscrit de

façon bien visible afin qu'en cas de besoin les soignants puissent rapidement l'atteindre.

✘ Il a été démontré que certaines personnalités sont plus sujettes au burn-out que s'autres. Dans ce sens, il serait intéressant d'encourager, sans pour autant obliger, ce type de personnalités à participer à des moments de formation sur ce syndrome.

Outre ces actions de prévention ressorties des recherches, nous pouvons avoir un certain regard sur une entreprise qui elle, propose divers moyens de prévention du burn-out : salle Zen pour de la réflexion, abonnement gratuit au fitness, bilans de santé offerts, week-ends organisés, facilités d'aménagement des horaires de travail, massages par des personnes externes, enquêtes de satisfaction et médiation pour gérer les conflits.

Ces éléments sont des pistes d'actions que l'on pourrait tenter de transférer dans le milieu des soins. Cependant, le manque de temps, la faible disponibilité des soignants ainsi que la restriction financière pourraient quelque peu rendre la réalisation de certaines propositions difficile.

6. CONCLUSION

Tout d'abord, ce dernier chapitre servira à relever l'intérêt que cette revue de littérature peut avoir pour la pratique infirmière. Ensuite, une critique de la même sera présentée suivie de nouvelles perspectives de recherche. La conclusion se terminera par le mot de l'auteure vis-à-vis de ce travail.

Cette revue de littérature a, tout d'abord, donné lieu à la réalisation d'une recension des écrits réalisés auparavant. Elle a permis de soulever quels sont les facteurs prédisposant au burn-out ainsi que les moyens de prévention que l'on peut exercer. Pour la pratique infirmière, ce travail peut donner des pistes d'observation des facteurs pouvant mener à un épuisement professionnel.

Les points forts de ce travail ont été la quantité d'information qui a pu être recueillie. De nombreux écrits sont présents sur cette thématique. La plupart des recherches prises en compte pour réaliser ce travail avaient une bonne qualité, une méthodologie adéquate, un échantillon de population correspondant aux critères et les différents instruments de mesure étaient pertinents. Dans la majorité des recherches, les différents chapitres du travail étaient facilement identifiables (introduction, méthode, résultats, discussion et conclusion). D'autre part, les facteurs favorisant l'épuisement professionnel, dans la plupart des recherches se rejoignaient en différents points (ceux cités dans les résultats). Comme points faibles à cette revue de littérature, il y a tout d'abord l'inexpérience de l'auteure. En effet, ce travail a été sa première revue de littérature. La présence de différents types de setting rendait difficile la comparaison entre les diverses recherches. Les pays d'études sont sur différents continents et ont donc des cultures différentes. Cependant, la culture a été nommée comme facteur prédisposant au burn-out. Il serait intéressant, de refaire dans le futur le même type de recherche mais uniquement basé sur des données suisses. Pour pouvoir réaliser un tel type de projet, il faudra encore attendre quelques années étant donné que la recherche en suisse sur le burn-out est très récente (Deschamps, 2007).

De plus, il aurait été intéressant d'élargir le champ d'activité infirmière afin de prendre en compte tous les domaines existants. Par exemple, les infirmières qui sont présentes dans les services de gériatrie n'ont pas été prises en considération dans ce travail. Une autre étude pourrait s'intéresser davantage aux effets du burn-out car ils peuvent être

très violents selon le degré d'atteinte. Une autre recherche, cette fois-ci, plus axée sur la promotion d'un bien-être au travail pourrait être faite avec, par exemple, à la clé de ce travail des panneaux qui attirent l'attention des travailleurs vers un bien-être au travail et qui seraient affichés dans les hôpitaux.

Plusieurs recherches mettent l'accent sur le manque de prévention dans les services. Il serait nécessaire de plus divulguer cette pathologie afin de la faire connaître par la société principalement chez les soignants. Ceci permettrait d'avoir une détection des symptômes plus précoce et de la prendre en charge le plus tôt possible.

Tout ce travail est parti d'une situation que j'avais vécue en stage de psychiatrie. J'avais donc tout d'abord pensé à me concentrer principalement sur la psychiatrie. Cependant, étant donné le peu de recherches trouvées uniquement à ce sujet, j'ai décidé d'élargir mon champ d'actions. J'ai ressenti quelques difficultés à réaliser ce travail au niveau de la barrière linguistique. En effet, je me considère bilingue français-portugais. Cependant j'ai passablement de difficultés avec l'anglais ce qui a ralenti quelque peu la réalisation de ce travail. J'ai été très satisfaite de pouvoir réaliser un tel travail avec l'aide de quelqu'un connaissant bien la méthodologie. Ceci a été d'une grande utilité. Au début de mon projet, j'avais l'impression de connaître énormément d'éléments sur le burn-out, mais au cours de mes recherches, je me suis rendue compte de la complexité du sujet. J'ai été très touchée par les reportages que j'ai pu voir à propos de l'épuisement professionnel, principalement de ses symptômes. Certaines personnes qui témoignaient allaient jusqu'à dire avoir eu une sensation de mort imminente ! Lorsque j'ai décidé de traiter ce thème, je ne pensais que son ampleur était si conséquente. J'ai été étonnée de voir le grand pourcentage de personnes atteintes de cette pathologie. J'ai pu me rendre compte de l'importance de la prévention de ce syndrome qui est tout sauf bénin. Suite à ce travail, j'ai acquis un grand nombre de connaissances sur le burn-out. Je souhaite mettre en pratique, dans un premier temps, les moyens de prévention personnelle une fois que je serai engagée dans un service. Dans un second temps, si l'occasion se présente, je pourrai éventuellement proposer des moyens de prévention collective.

Pour finir, je déclare avoir réalisé ce travail moi-même, en respectant toutes les règles concernant l'éthique de la recherche en soins infirmiers.

BIBLIOGRAPHIE :

OUVRAGES :

Boissières, F. (2003). *Les soignants face au stress*. France : Éditions Lamarre

Bouquet, B. (2006). *La prévention : concept, politiques, pratiques en débat*. Paris, l'harmattan

Brissette, L., Arcand, M., & Bonnet, J. (1998). *Soigner sans s'épuiser*. Canada : Gaëtan Morin Éditeur.

Canoui, P. & Mauranges, A. (1998). *Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants : de l'analyse du burn out aux réponses*. Paris : Masson.

Choque, S. & J. (2005). *Stress apprendre à le gérer*. France : Éditions Lamarre

Delbrouck, M. (2003). *Le burn-out du soignant, Le syndrome d'épuisement professionnel*. Bruxelles : De Boeck & Larcier

Fortin, M-F., Côté, J. & Fillion, F. (2006). *Fondements et étapes du processus de recherche*. Québec : Chenelière éducation.

Loiselle, C.G., Profetto-McGrath, J., F. Polit, D & Tanato Beck, C. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières. Approches quantitatives et qualitatives*. Saint-Laurent (Québec) : éditions du renouveau pédagogique inc.

Marieb, E. (2005) *Anatomie et physiologie humaines*. Paris : Pearson

Peters, S., & Dr Mesters, P., (2007). *Vaincre l'épuisement professionnel, toutes les clés pour comprendre le burn out*. Paris : Robert Laffont

Truchot, D. (2004). *Épuisement professionnel et burnout concepts, modèles, interventions*. Paris : Dunod

Vasey, C., (2007). *Burn-out : le détecter et le prévenir*. Genève : éditions Jouvence

ARTICLES ET RECHERCHES :

Non analysés mais cités :

Chevrier, N. & Renon-Chevrier, S. (2004). L'épuisement professionnel : vers des interventions organisationnelles. *Psychologie Québec*, 39-40

Deschamps, F. (2007). Quality of working of life initiative: le burnout et ses causes - étude en suisse romande. *Sustainable performance: center of competence for the promotion of performance and quality of life at work*.

Filiatrault, J. & Richard, L. (2005). L'apport des theories des changements comportementaux aus interventions de prevention et de promotion de la santé de l'ergothérapeute. *Canadian journal of occupational therapy*, 72, 45-55.

Grunfeld E, Whelan TJ, Zitzelsberger L, Willan AR, Montesanto B & Evans WK., (2000). Cancer care workers in Ontario: prevalence of burn-out, job stress and job satisfaction. *Canadian Medical Association journal*, 163 :166-169

Analysés:

Agoub M., Elyazaji M. & Battas O. (2000). Épuisement professionnel et sources de stress au travail chez les soignants. *Annales medico-psychologiques*, 158(9), 687-692.

Bonnin-Scaon, S. et Colombat, P. (2008). Démarche palliative et prévention de la souffrance des soignants. *Oncologie*, 10, 113-115.

Brown G.T.& Pranger T. (1992). Predictors of burnout for psychiatric occupational therapy personnel. *Canadian journal of occupational therapy*, 59(5), 258-267.

Constable J.-F., & Russell D.-W. (1986). The effect of social support and the work environment upon burnout among nurses. *Journal of human stress*, 20-26.

Courtial J.P. et Huteau S. (2005). Le burn-out des infirmières en psychiatrie : de la recherche à l'hôpital. *Santé publique*, 17 (3), 385-402.

Dugan J., Lauer E., Bouquet Z., Dutro B.-K., Smith M. & Widmeyer G. (1996). Stressful Nurses: the effect on patient outcomes. *Journal Nursing Care Quality*, 10(3), 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.
- Imai H., Nakao H., Tsuchiya M., Kuroda Y. & Katoh T. (2004). Burnout and work environments of public health nurses involved in mental health care. *Occupational environmental medicine*, 61, 764-768.
- Jones G. J., Janman K., & Rick T. J. (1987). Some determinants of stress in psychiatric nurses. *International journal of nurses studies*, 24 (2), 129-144.
- Lisandre S., Abbey-huguenin H., Bonnin-Scaon S., Arsene O., & Colombat P. (2008). Facteurs associés au burn-out chez les soignants en onco-hématologie. *Oncologie*, 10, 116-124.
- Martel. (1991). Concept de soins et outillage infirmier : Ont-ils un rapport avec l'épuisement professionnel des infirmières ? *Recherche en soins infirmiers*, 24, 4-17.
- Mokslas, S. (2007). The relations among empathy, occupational commitment, and emotional exhaustion of nurses. *Medicina (Kaunas)*, 43 (5), 425-431.
- Poncet M-C., Toullic P., Papazian L., Kentish-Barnes N., Timsit J-F., Pochard F., Chevret S., Schlemmer B. & Azoulay E. (2006). Burnout syndrome in critical care nursing staff. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 175, 698-704.
- Pronost A.-M. (2001). Concepts, stress, coping. La prévention du burn-out et ses incidences sur les stratégies de coping. *Recherche en soins infirmiers*, 67, 121-127.
- Schraub S., Marx E. (2004). Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants ou burn out en cancérologie. *Bull cancer*, 91(9), 673-676.
- Shimizu T., Feng Q., & Nagata S. (2005). Relationship between turnover and burnout among Japanese hospital nurses. *Journal of occupational health*, 47, 334-336.
- Stordeur S., Vandenberghe C., & D'hoore W. (1999). Prédicteurs de l'épuisement professionnel des infirmiers : une étude dans un hôpital universitaire. *Recherche en soins infirmiers*, 59, 57-67.

Webb, C. (2001). Concepts, stress, coping. Prise en charge, guérison, coping : vers un modèle intégré. Recherche en soins infirmiers, 67, 132-142.

SITES WEB:

International Council of Nurses, (2006), *La santé et la sécurité des infirmières au travail*. Accès: http://www.icn.ch/PS_C08_OccupationalHealth-Fr.pdf [page consultée le 28 mai 2009]

Médecins Auteurs de Sharewares et Freewares, (2005). *Burn out syndrome : échelle MBI*. Accès : <http://www.masef.com/scores/burnoutsyndromeechellembi.htm> [page consultée le 20 mai 2009]

Office fédéral de la Statistique, (2007). *Part de la population ressentant une forte tension nerveuse au travail*. Accès : <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/14/02/02/key/01.html> [page consultée le 29 mai 2009]

The International Institute For Self-Help Holistic Therapies Ltd, (2004). Physiologie du stress. Accès: <http://www.fr.withyourvoice.com/Physiologie%20du%20Stress.htm> [Page consultée le 25 mai 2009]

Wikipedia, (2008). *Prévention*, Accès : http://fr.wikipedia.org/wiki/Pr%C3%A9vention#Pr.C3.A9vention_des_maladies [page consultée le 25 juin 2009]

Secrétariat d'état à l'économie SECO, (2008). *Stress*. Accès: <http://www.seco.admin.ch/themen/00385/02747/02750/02786/index.html?lang=fr> [page consultée le 28 juin 2009]

DOCUMENTS AUDIO VISUELS :

Clément, F. (7 février 2008). Burn-out la lutte s'organise. [CD-ROM]. Suisse : Temps présent

Clément, F. (1 novembre 2006). Burn-out : quand le travail c'est pas la santé. [CD-ROM]. Suisse : Temps présent 36.9°

Pernoud, M. (4 mars 2008). *Vous souffrez ? Pour l'opération repassez dans 6 mois* [CD-ROM]. Suisse : A bon entendeur

Annexes

ANNEXE A : LE CODE DÉONTOLOGIQUE DES INFIRMIÈRES SELON LE CII

LE CODE DU CII

Le Code déontologique du CII pour la profession infirmière comprend quatre grands volets dans lesquels sont présentées les normes de conduite déontologique à respecter.

ÉLÉMENTS DU CODE

1. L'infirmière et l'individu

La responsabilité primordiale de l'infirmière consiste à donner des soins infirmiers aux personnes qui en ont besoin.

Dans l'exercice de sa profession, l'infirmière crée une ambiance dans laquelle les droits de l'homme, les valeurs, les coutumes et les croyances spirituelles de l'individu, de la famille et de la collectivité sont respectés.

L'infirmière s'assure que l'individu reçoit suffisamment d'informations pour donner ou non son consentement, en pleine connaissance de cause, en ce qui concerne les soins et le traitement qu'il devrait recevoir.

L'infirmière respecte le caractère confidentiel des informations qu'elle possède et ne communique celles-ci qu'à bon escient.

L'infirmière partage avec la société la responsabilité du lancement et du soutien d'initiatives permettant de satisfaire les besoins sociaux et de santé de la population, en particulier des groupes les plus vulnérables.

Elle partage également la responsabilité de l'entretien et de la protection de l'environnement naturel contre l'épuisement des ressources, la pollution, la dégradation et la destruction.

2. L'infirmière et la pratique

L'infirmière assume une responsabilité personnelle dans l'exercice des soins infirmiers; à cet égard, elle a des comptes à rendre à la société; et elle doit maintenir à jour ses connaissances professionnelles par une formation continue.

L'infirmière se maintient elle-même en bonne santé de manière à ne pas compromettre sa capacité à dispenser des soins.

Lorsqu'elle accepte ou délègue des responsabilités, elle évalue avec un esprit critique sa propre compétence et celle de ses collègues.

L'infirmière fait preuve en tout temps d'une conduite personnelle qui honore sa profession et renforce la confiance du public dans le personnel infirmier.

Lorsqu'elle dispense des soins, l'infirmière s'assure que le recours aux technologies et aux pratiques scientifiques les plus récentes est compatible avec la sécurité, la dignité et les droits des personnes.

3. L'infirmière et la profession

L'infirmière assume le rôle principal dans la définition et l'application des normes acceptables à l'exercice clinique, à la gestion, à la recherche et à l'enseignement des soins infirmiers.

L'infirmière contribue activement à développer un ensemble de connaissances professionnelles fondé sur la recherche.

Par l'intermédiaire de son organisation professionnelle, l'infirmière participe, dans le domaine des soins infirmiers, à la création et au maintien de conditions d'emploi et de travail équitables et sûres.

4. L'infirmière et ses collègues

L'infirmière coopère étroitement avec tous ceux avec lesquels elle travaille, tant dans le domaine des soins infirmiers que dans d'autres domaines.

L'infirmière prend toute mesure nécessaire pour protéger les personnes, familles et communautés lorsque leur santé peut être mise en danger par un collègue ou une autre personne.

ANNEXE B : MASLACH BURNOUT INVENTORY

Burn out syndrome ou syndrome d'épuisement professionnel: échelle MBI (Maslach Burn Out Inventory)

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

très efficacement des problèmes de mes malades							
8-Je sens que je craque à cause de mon travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9-J'ai l'impression, à travers mon travail, d'avoir une influence positive sur les gens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10-Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11-Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12-Je me sens plein(e) d'énergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13-Je me sens frustré(e) par mon travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14-Je sens que je travaille « trop dur » dans mon travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15-Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes malades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16-Travailler en contact direct avec les gens me stresse trop	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17-J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

mes malades							
18-Je me sens ragaillardi(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de mes malades	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19-J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20-Je me sens au bout du rouleau	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21-Dans mon travail, je traite les problèmes émotionnels très calmement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22-J'ai l'impression que mes malades me rendent responsable de certains de leurs problèmes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Total épuisement professionnel	<input type="text" value="0"/>						
Total dépersonnalisation	<input type="text" value="0"/>						
Total accomplissement personnel	<input type="text" value="0"/>						
RESULTATS: Le MBI explore trois versants: l'épuisement, la dépersonnalisation, l'accomplissement personnel Épuisement professionnel : questions 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20 -total inférieur à 17: burn out bas -total compris entre 18 et 29: burn out modéré -total supérieur à 30: burn out élevé Dépersonnalisation : questions 5, 10, 11, 15, 22 -total inférieur à 5: burn out bas -total compris entre 6 et 11: burn out modéré -total supérieur à 12: burn out élevé							

Accomplissement personnel : questions 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21

-total supérieur à 40: burn out bas

-total compris entre 34 et 39: burn out modéré

-total inférieur à 33: burn out élevé

Un score élevé aux deux premières échelles et un score faible à la dernière signe un épuisement professionnel

ANNEXE C : LE STRESS

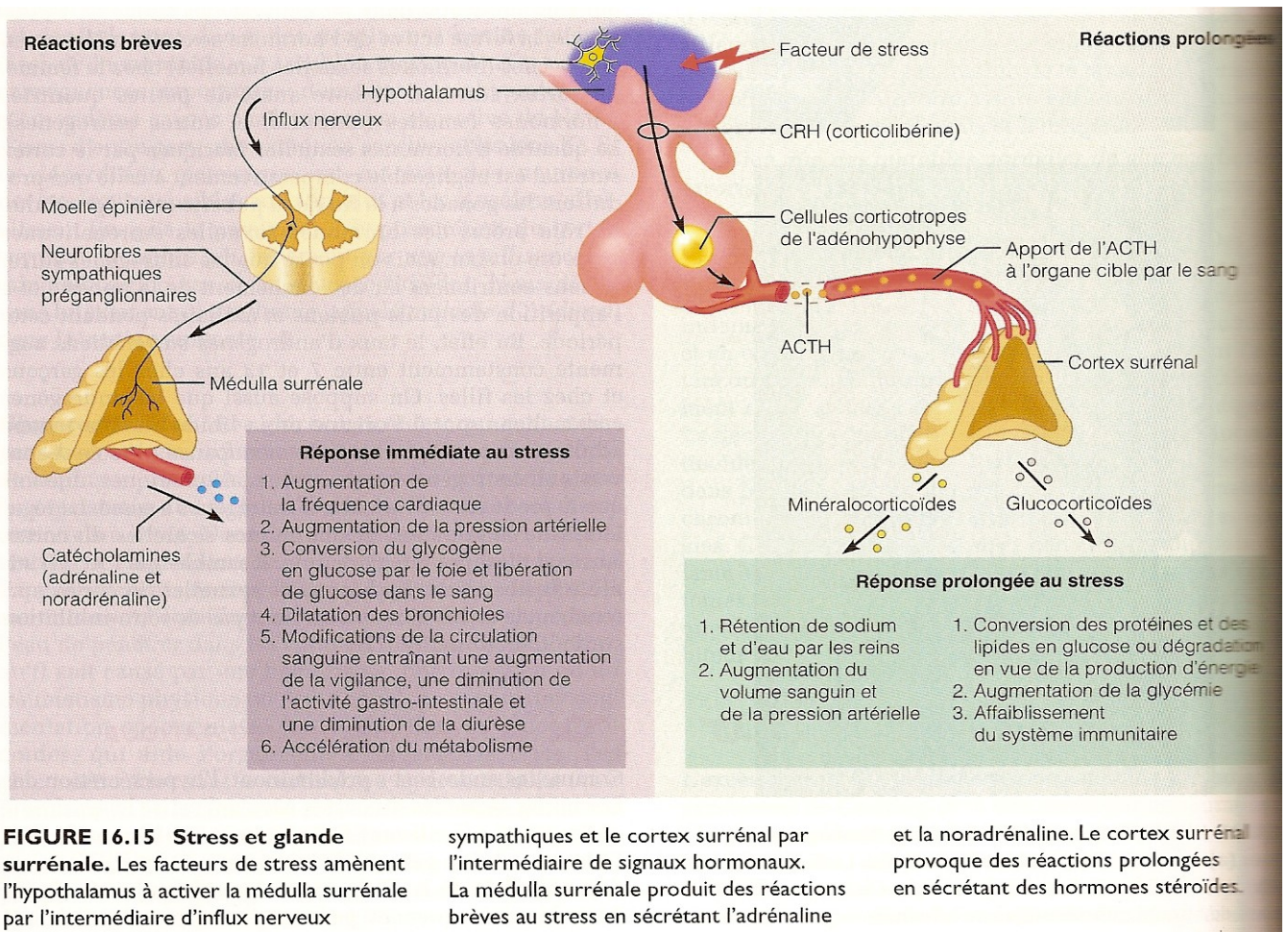


Figure 1: tiré de: Marieb, E. (2005) *Anatomie et physiologie humaines*. Paris : Pearson (p. : 648)

PHYSIOLOGIE DU STRESS

Le stress est l'état qui résulte d'une pression appliquée à un organisme ou une structure. Cette pression peut-être causée chez les humains par des demandes internes ou externes qui sont les agents du stress encore appelés stressseurs.

Il en résulte une cascade de réactions nerveuses et hormonales destinées à déclencher le mécanisme de survie que représente la réponse "fuite-agressivité".

Les stressseurs peuvent être d'origine externe et provenir du travail, ou de demandes sociales, environnementales, financières ou familiales qui sont difficiles à satisfaire. Ils peuvent être également d'origine interne et être la conséquence d'obligations imposées à soi-même, de culpabilité, d'anxiété, d'autocritique, de valeurs conflictuelles, de maladies et d'une tension psychologique.

Le stress est un état qui peut être positif quand il pousse les gens à plus de créativité ou à la recherche de solutions en rassemblant toutes leurs ressources. Il peut ainsi amener un athlète à la victoire, un tel stress est encore appelé "Eustress".

Lorsque le stress s'installe de façon durable il en résulte un état permanent de la réponse de type "fuite-agressivité" dont les conséquences sur le corps sont des plus néfastes.

Chacun dispose de sa propre façon de réagir au stress mais il s'agit toujours d'un ensemble composé des symptômes suivants, certains étant prédominants chez un individu donné :

- accélération du rythme cardiaque
- élévation de la pression artérielle
- respiration plus rapide
- libération d'hormones : ACTH, cortisol, adrénaline, ocytocine, vasopressine
- fatigue et tension musculaire, particulièrement dans le dos (région lombaire) et le cou
- re-routage du flux sanguin : du cerveau et des viscères vers les bras et les jambes pour le combat ou la course
- hypersensibilité aux bruits, aux odeurs, au contact, irritabilité émotionnelle, anxiété, dépression
- sueurs abondantes
- déséquilibre hormonal source d'un affaiblissement de la réponse immunitaire avec pour conséquences une facilité plus grande à être contaminé par des germes, à être victime d'un cancer ou d'une maladie auto-immune

Le stress déclenche une cascade de sécrétions hormonales et de réactions nerveuses complexes impliquant différentes structures du cerveau relié à l'hypophyse et aux glandes surrénales.

ANNEXE D : ANALYSE DES RECHERCHES

1^{ère} recherche :

Titre	Auteur--- revue	Date	Type de recherche	Discussion / éléments à retranscrire dans le travail	Critiques
Épuisement professionnel et sources de stress au travail chez les soignants	Agoub M., Elyazaji M., Battas O. Annales medico-psychologiques	2000	Qualitative. Sous forme d'un auto-questionnaire. S'est passé auprès du personnel médical et paramédical de cinq services hospitaliers au sein du centre Hospitalier Universitaire Ibn Rochd à Casablanca.	« Plusieurs études ont montré une prévalence accrue du syndrome d'épuisement professionnel chez les soignants de santé prenant en charge des patients présentant des pathologies lourdes ou pouvant entraîner la mort, notamment en milieu de réanimation, en cancérologie, en hématologie, aux services des maladies infectieuses » 2/3 des professionnels de l'échantillon de l'étude sont insatisfaits et stressés dans leur travail. Ce stress au travail est corrélé positivement aux scores du MBI.	Effectif réduit de l'échantillon pouvant s'expliquer par le manque réel de soignants dans des unités de soins.

		<p>Dans un Service d'oncologie pédiatrique, réanimation, grands brûlés et de maladies infectieuses</p> <p>La méthode de questionnaire utilisée a été le Maslach Burn-out inventory et le General Health Questionnaire.</p>	<p>Facteurs de stress : charge de travail accrue, la prise en charge pathologies lourdes et décès multiples.</p> <p>Facteurs entravant la dynamique du travail et la qualité des soins : organisation défectueuse, manque d'appréciation et d'encouragement, ambiance tendue, manque de soutien par les membres de l'équipe.</p> <p>Les perturbations dans l'environnement du travail sont souvent associées à une recrudescence de l'épuisement professionnel.</p> <p>Lors de burn-out un état de dépressif peut suivre.</p> <p><u>Conclusion :</u></p> <p>Il faut agir sur les causes possibles de burn-out, ou sur le processus d'adaptation et de coping. Il faut promouvoir un environnement de travail où règne la reconnaissance de l'autonomie du soignant, la souplesse, l'écoute, le soutien moral et une participation de tous les intervenants lors des décisions.</p>	
--	--	--	--	--

2^{ème} recherche :

Titre	Auteur--- revue	Date	Type de recherche	Discussion / éléments à retranscrire dans le travail	Critiques
<p>Predictors of burnout for psychiatric occupational therapy personnel (Prédicteurs de l'épuisement professionnel chez les ergothérapeutes)</p>	<p>Brown G.T., Pranger T. Canadian journal of occupational therapy</p>	<p>1992</p>	<p>Enquête descriptive (sondage descriptif) sous forme de questionnaires acheminés par la poste. Questionnaires utilisés : Maslach burn-out inventory,</p>	<p>Indicateurs de l'épuisement professionnel : implication au travail, charge de travail constituée d'un fort pourcentage de schizophrènes, la pression professionnelle subie, l'âge du soignant, le niveau du revenu, la durée du travail en ergothérapie psychiatrique, le nombre de clients et la quantité de travail supplémentaire hebdomadaire. Une étude australienne, Strugess & Poulsen (1983), dit que les ergothérapeutes en psychiatrie ont des niveaux de burn-out plus élevés que leurs collègues travaillant en pédiatrie ou médecine générale. <u>Discussion :</u> 3 facteurs sont significativement des prédicteurs de burn-out : l'âge de la personne interrogée, l'ampleur des dossiers des</p>	<p>Étude réalisée principalement sur les ergothérapeutes en psychiatrie. 89 réponses aux questionnaires. Un échantillon de convenance a été utilisé. Toutes les personnes n'ont</p>

			<p>work environnement scale et un questionnaire démographique.</p>	<p>patients et le nombre d'heures travaillées par semaine.</p> <p>Avec le MBI 4 facteurs de prédisposant au burn-out sont ressortis : l'investissement au travail, un haut pourcentage de patients atteints de schizophrénie, la pression au travail et le temps d'activité en psychiatrie en tant qu'ergothérapeute.</p> <p>Un fort pourcentage de patients atteints de schizophrénie est positivement corrélé avec un épuisement professionnel dans un échantillon d'infirmières travaillant en psychiatrie.</p> <p>Par rapport à l'environnement du travail 6 facteurs ressortent : l'implication au travail, grand pourcentage de patients atteints de schizophrénie, pression au travail, l'âge, le revenu et la durée du temps de travail dans un même service.</p> <p>Selon Emener (1979) il existe 3 causes principales du burn-out : la responsabilité sans autorité pour accomplir certaines tâches, responsabilité sans les ressources nécessaires pour effectuer le travail et un manque de reconnaissance pour les efforts et le travail fourni.</p>	<p>pas répondu, peut-être que celles qui n'ont pas répondu sont en burn-out ?</p> <p>Cet échantillon n'inclut pas tous les sujets.</p> <p>La recherche a été effectuée que dans un hôpital, que chez les ergothérapeutes en psychiatrie.</p>
--	--	--	--	---	--

			<p>Un niveau de stress élevé est également ressorti de l'enquête, les soignants disent avoir trop à faire en trop peu de temps. Parfois ils ont des buts irréalistes et se trouvent de ce fait frustrés et dans une impasse.</p> <p>Travailler avec des personnes schizophrènes peut être passablement stressant étant donné les multiples problèmes que présente ce type de patients et les symptômes récurrents. En effet ils ont beaucoup de rechutes qui à la longue usent les soignants. L'interaction entre les patients et le personnel est souvent chargée d'émotions tels que l'embarrasement, la peur, la frustration ou la colère. Quand le personnel est constamment face au stress il n'est pas étonnant qu'il s'épuise professionnellement.</p> <p>Traitement du burn-out :</p> <p>Il faut tout d'abord agir de façon préventive : diminution de la grandeur de clientèle, participation à un programme de gestion du stress, construire des temps morts, encourager les travailleurs depuis longtemps dans le même service à</p>	
--	--	--	---	--

				diversifier leur travail, limiter le nombre de personnel effectuant des heures supplémentaires, donner aux soignants travaillant avec des cas lourds l'occasion de participer à différentes rencontres de groupe de parole- supervision.	
--	--	--	--	--	--

3^{ème} recherche :

Titre	Auteur- -- revue	Date	Type de recherche	Discussion / éléments à retranscrire dans le travail	Critiques
Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants ou burn out en cancérologie	Schraub S., Marx E. Bull cancer	2004	Revue de littérature	<p>Il existe 3 grands types de symptômes du burn-out : l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation et la diminution du sens de l'accomplissement personnel. De ces trois composantes ressortent essentiellement l'épuisement émotionnel et le retrait d'investissement.</p> <p>Le burn-out est lié au stress professionnel, il y a des troubles somatiques, comportementaux et psychiques. La culture joue aussi un rôle dans l'épuisement professionnel.</p> <p>Le stress extra-professionnel et la personnalité influencent aussi le burn-out. Les cancérologues semblent plus vulnérables que les médecins qui s'occupent du sida.</p> <p>Chez les infirmières le jeune âge prédispose au burn-out.</p> <p>Causes du burn-out en cancérologie : [Lyckholm]</p> <ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance de temps personnel. • Sentiment d'échec. 	<p>Étude pas structurée</p> <p>Explique ce qu'est le burn-out.</p> <p>Parle des médecins.</p>

			<ul style="list-style-type: none"> • Attentes irréalistes. • Sentiments de colère, frustration, impuissance associés à une auto-protection. • Préoccupations financières principalement aux États-Unis. • Empathie et chagrin excessif. <p>En France le manque de personnel infirmier et médecins ainsi que la plus grande disponibilité demandée aux soignants participe à la prédisposition au burn-out. Les thérapies agressives pour des résultats considérés comme minimales sont vécues difficilement sur le plan éthique.</p> <p><u>Prévention :</u></p> <p>Faire un travail sur soi en y mettant des priorités, prendre du temps pour une réflexion personnelle, accepter la réalité de la perte, accepter que la relation de soignant-soigné ne se situe pas d'emblée sur le même plan d'égalité. Demander de l'aide à un médecin du travail, médecin traitant, psychiatre ou psychologue. Améliorer l'hygiène de vie. Changement de secteur professionnel, communiquer et avoir une formation continue. Groupes de paroles pour avoir un temps de verbalisation et d'écoute, mise en mots des situations vécues. La cancérologie renvoie aux</p>	
--	--	--	--	--

			<p>soignants des pathologies lourdes, chargées d'émotions. C'est le stress chronique que construit le burn-out.</p> <p>Prévention est axée sur : améliorer les conditions de travail, améliorer la communication, permettre au professionnel de réfléchir sur lui-même en dehors du cadre institutionnel. La prévention du burn-out passe avant tout par l'anticipation.</p> <p>Une étude menée par Rodary et Gauvain-Piquard 1993, France. A interrogé les infirmières de l'institut Gustave-Roussy et hôpital de Bicêtre. Ils ont utilisé le MBI, GHQ Goldberg et stress et satisfaction au travail de Ramirez. Démontre que 31% des infirmiers présentent un épuisement professionnel, 23% ont des troubles de la personnalité et 28% ont des troubles psychologiques. L'épuisement est lié au stress occasionné par une surcharge de travail, conflit professionnel, gestion des patients en souffrance, des toxicités et des erreurs. Les médecins sont plus fréquemment épuisés.</p> <p>Une autre étude Grunfeld et al., 2000, canada, interrogeant médecins oncologues, infirmières, pharmaciens, assistantes sociales, diététiciennes, techniciens de labo, secrétaires médicales. Ils ont utilisé :</p>	
--	--	--	--	--

				<p>le MBI, GHQ Goldberg et stress et satisfaction au travail de Ramirez.</p> <p>Cette recherche dit que l'épuisement professionnel est plus fréquent chez les médecins à 53%, le personnel soignant à 37%, les secrétaires de 30% avec un sentiment fort de dépersonnalisation chez les médecins (22%).</p> <p>Sentiment d'accomplissement diminué à 54% chez les soignants.</p>	
--	--	--	--	--	--

4^{ème} recherche :

Titre	Auteur--- revue	Date	Type de recherche	Discussion / éléments à retranscrire dans le travail	Critiques
Prédicteurs de l'épuisement professionnel des infirmiers : une étude dans un hôpital universitaire.	Stordeur S., Vandenberghe C., & D'hoore W.	1999	Quantitative. Sous forme de questionnaire. Auprès de 625 infirmières et soignants travaillant dans un hôpital universitaire en Belgique.	<p><u>Multiples stressseurs :</u></p> <p>Facteurs de stress : contraintes liées au travail en multidisciplinarité, surcharge de travail, complexité des soins, l'exigence de l'excellence, difficultés de répondre aux demandes des familles, décès, conflits et incertitude.</p> <p>Variables modératrices : caractéristiques personnelles, organisationnelles et stratégies de gestion du stress (coping).</p> <p>Ce n'est pas nécessairement dans les unités de soins réputées stressantes, dans lesquelles, soit la charge émotionnelle est intense, soit la charge de travail est importante, que les infirmières souffrent le plus de burn-out. Ces variables exercent un effet indirect par modification de l'effet des stressseurs. Elles réduisent ou intensifient l'ampleur de</p>	<p>Étude réalisée en Belgique.</p> <p>Cadre conceptuel : stress</p> <p>Ont écrit sur conséquences du burn-out :</p> <p>Firth-Cozens 1993, Lee & ashforth 1996, Leiter & Maslach 1988.</p>

			<p>l'élément stresseur.</p> <p>Le burn-out semble être le produit d'une interaction entre des facteurs de stress et des facteurs modérateurs.</p> <p>Les réactions de stress résultent de l'interaction entre les exigences du travail et le contrôle que l'individu exerce sur celui-ci.</p> <p>Karasek distingue 4 types de conditions de travail :</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 4. le travail un peu stressant combinant un contrôle élevé des exigences faibles. <p>Conséquences du burn-out : mal-être et le malheur de la santé des travailleurs. Au niveau organisationnel il réduit la satisfaction au travail, et l'implication dans l'organisation, augmente l'intention de changer d'emploi, augmente</p>	<p>Réalisé à un moment, une fois, il n'y a pas de comparaison temporelle.</p> <p>Ils ont examiné que l'élément d'épuisement émotionnel alors qu'il y a encore deux autres composantes du burn-out : la dépersonnalisation et la réalisation de soi.</p>
--	--	--	---	---

			<p>l'absentéisme et réduit la performance au travail.</p> <p><u>But de l'étude :</u></p> <p>Le but est de diagnostiquer et quantifier le phénomène d'épuisement émotionnel. Déterminer l'effet des stressors et des modérateurs sur l'épuisement émotionnel. Déterminer les liens entre le burnout, satisfaction au travail et efficacité perçue des unités. 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.</p> <p><u>Résultats :</u></p> <p>Une grande pression au travail, des conflits fréquents avec de collègues et les médecins, et le manque de soutien social sont liés à un burn-out accru. Le sentiment de contrôle sur son travail est lié à un burn-out faible. Souffrance, mort et formations continues influencent peu le burn-out. Le burn-out est inversement corrélé avec la satisfaction au travail et</p>	
--	--	--	---	--

			<p>l'efficacité perçue. Facteurs de stress sont les variables les plus explicatives du burn-out.</p> <p><u>Discussion :</u></p> <p>Le niveau de burn-out obtenu est comparable à celui observé dans d'autres études (Maslach). Les chiffres sont aussi comparables à ceux d'autres métiers que les infirmiers (médecins, administration, technique, ouvrier), le burn-out ne concerne pas seulement les professions d'aide mais touchent également d'autres groupes de professionnels.</p> <p>Prédicteurs de l'épuisement professionnel : facteurs de stress organisationnel et personnel. Dans cette étude 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 burn-out. Ceci peut s'expliquer par le contexte d'hôpital universitaire où il y a une présence médicale constante et beaucoup de formation technique et relationnelle pour les infirmiers. Ceux-ci seraient mieux</p>	
--	--	--	--	--

			<p>préparés à gérer des situations difficiles.</p> <p>L'étude ne révèle aucun lien entre le leadership et le taux de burn-out.</p> <p>Les exigences de travail interagissent avec le sentiment de contrôle pour déterminer le niveau de burn-out. La situation la plus défavorable serait une forte pression au travail combinée avec un faible contrôle perçu. Pour prévenir les effets néfastes de la pression au travail : accorder aux infirmières plus de pouvoir de décision dans les soins dispensés aux patients permettrait d'atténuer les effets négatifs de la surcharge de travail.</p> <p>Conséquences potentielles du burn-out : l'épuisement émotionnel est négativement corrélé avec la satisfaction au travail et l'efficacité perçue des unités. Les effets négatifs du burn-out se manifestent tant sur le plan personnel que sur le plan organisationnel.</p>	
--	--	--	---	--

5^{ème} recherche :

Titre	Auteur-- - revue	Date	Type de recherche	Discussion / éléments à retranscrire dans le travail	Critiques
<p>Factors retated to nursing burnout. A review of empirical knowledge</p> <p>Facteurs liés du burn-out des soins infirmiers. Une revue de</p>	<p>Duquette A., Sandhu, B.-K, & Beaudet L.</p> <p>Issues in mental health nursing</p>	<p>1994</p>	<p>Revue de littérature</p>	<p>Les infirmières sont à risque élevé de burn-out.</p> <p>Les meilleures corrélations entre le burn-out des soins infirmiers sont : les ambiguïtés, la charge de travail, l'âge, la hardiesse, type de coping et le soutien social. Les relations influencent aussi le burn-out.</p> <p>Le métier d'infirmière est un métier où l'on doit être soutenant, apprendre à la population à se soigner, fournir de l'aide, et soutien pour les personnes qui sont confrontées à la solitude, la douleur l'angoisse, l'incapacité, la maladie et la mort. Au vu de cela il n'est pas étonnant que de nombreux chercheurs aient identifié de plus hauts risques de développer le burn-out chez les infirmières. (Jones, 1982; Kilpatrick, 1989; Maslach, 1982; McConnel, 1982; Perlman & Hartman, 1982)</p> <p>La connaissance du burn-out est importante d'autant plus que notre système est en constant changement. Il a de nombreuses conséquences</p>	<p>Fait basé sur 36 études. 15 variables ont été analysées.</p> <p>La recherche longitudinale est nécessaire afin de fournir une meilleure compréhension du processus de l'évolution du stress, des tampons, et de l'épuisement professionnel.</p>

littérature.			<p>pour le soignant, l'institution (coûts) et la qualité de soins infirmiers.</p> <p>Il se manifeste par des symptômes psychologiques, physiques et comportementaux. (Chemiss, 1980; Edelwich & Brodsky, 1980; Freudenberger, 1980; Jones, 1982; Maslach, 1982; Maslach & Jackson, 1981; Pines et Aronson, 1981)</p> <p>Les premiers symptômes sont une sensation d'épuisement émotionnel et une extrême fatigue ; pas d'énergie, irritabilité, anxiété, colère, sentiment d'impuissance et de désespoir.</p> <p>Ces symptômes sont en relation avec un stress subi au long terme.</p> <p>Ce n'est pas une pathologie et pour beaucoup d'auteurs ce n'est pas considéré comme dépression (American Psychiatric Association, 1989; Bemier, 1989; Freudenberger & North, 1985; Jones, 1982; Pelletier, 1986).</p> <p><u>But de la recherche :</u></p> <p>Mieux comprendre phénomène, élaborer des actions préventives.</p> <p>Environnement stressant : ce sont des situations qui génèrent le stress,</p>	<p>Besoin de plus de réponses.</p> <p>Les recherches sur le burn-out devraient plus se centrer sur les professions d'aide quant aux interventions, à la prévention de l'épuisement professionnel. Promotion de la santé mentale des soignants.</p>
--------------	--	--	--	--

			<p>ce dernier peut être ressenti au niveau physique, psychique, il peut se trouver dans la société ou dans la structure organisationnelle.</p> <p>Le niveau de stress est corrélé positivement avec le taux de burn-out, les principaux stressors décrits par une étude sont : nombre de décès dans l'unité, les relations conflictuelles, les interactions avec les patients et leurs familles.</p> <p>Topf et Dillon (1988) ont trouvé qu'il y a une corrélation entre le bruit et le taux de burn-out dans une unité de soins intensifs.</p> <p>L'ambiguïté du rôle est aussi un facteur de burn-out.</p> <p>La charge de travail est corrélée positivement avec l'épuisement professionnel. Le stress au travail contribue à l'épuisement professionnel.</p> <p>Le type de patients (pathologies lourdes, grande partie de soins directs au patient) peut aussi conduire au burn-out. Il y a plus de burn-out en oncologie qu'en obstétrique. Le type de service n'a que peu d'influence sur le niveau de burn-out.</p> <p>Le temps passé directement avec les patients : Connolly (1985), Hare</p>	
--	--	--	---	--

			<p>et Pratt (1988), et Yasko (1983) n'ont trouvé aucune relation significative entre burn-out et temps consacré directement aux patients. Pelletier (1986) a conclu que le temps passé en contact direct avec les patients en psychiatrie est liée négativement avec burn-out, tandis que Lai (1988) a constaté que le temps passé directement avec les patients liées positivement avec burn-out. Suite à de nombreuses recherches il apparaît que le temps passé auprès du patient n'est pas un facteur majeur contribuant au burn-out.</p> <p>Le burn-out semble être plus influencé par le stress infligé par l'organisation du travail que par celui infligé par les patients.</p> <p><i>Facteurs liés au burn-out :</i></p> <p>Facteurs démographiques : seul l'âge semble influencer l'épuisement professionnel. Les jeunes infirmières sont plus touchées par ce phénomène que les plus âgées.</p> <p>Facteurs professionnels : il n'y a pas d'importantes relations entre le titre du diplôme, l'éducation et l'expérience et le burn-out.</p> <p>Tampons associés au burn-out :</p>	
--	--	--	---	--

			<p>Les tampons doivent être vus comme des facteurs qui peuvent diminuer l'impact du stress et protéger les infirmières du burn-out.</p> <p>Hardiesse : ouverture au changement (défi), capacité d'engagement et sentiment de contrôle. Le manque de hardiesse (courage), a un lien positif avec le burn-out. L'engagement est la meilleure variable prédictive du burn-out.</p> <p>Soutien social :</p> <p>Libre expression et l'entraide. Deux sources ont été examinées : le soutien des supérieurs et celui des collègues. Il y a une corrélation négative entre le soutien social et le burn-out. Plus l'infirmière perçoit le soutien moins il y a de burn-out.</p> <p>Coping :</p> <p>Lazarus et Folkman ont utilisé la notion de faire face au stress, désignant un groupe de réponses ou de stratégies d'adaptation qu'un individu peut utiliser devant une situation stressante. Les infirmières ayant vécu un niveau de burn-out élevé ont utilisé comme stratégie de coping la fuite, l'évitement, le contrôle et l'affrontement. Ceux qui ont</p>	
--	--	--	---	--

			<p>connu une baisse du niveau d'épuisement professionnel ont utilisé la résolution de problème avec un plan, réévaluation positive, recherche de soutien social et l'auto-contrôle.</p> <p><u>Discussion :</u></p> <p>Le métier d'infirmière demande un long temps de vigilance ce qui peut les fatiguer. Certaines deviennent vulnérables et développent le burn-out. L'organisation stressante, l'ambiguïté du rôle professionnel et la charge de travail ont été identifiées comme facteurs prédisposant au burn-out. Le burn-out ne dépend pas du temps passé auprès des patients ni du type de service. Le burn-out semble être le résultat non seulement de facteurs contextuels mais aussi de facteurs personnels.</p> <p>Les études sur les facteurs sociodémographiques montrent que le sexe, l'état civil, le nombre d'enfants, le titre sur l'emploi et l'éducation ne jouent pas un grand rôle dans le développement de l'épuisement professionnel chez les infirmières. Seul l'âge a été identifié comme une assez bonne corrélation de l'épuisement professionnel, les jeunes infirmières sont plus sensibles.</p>	
--	--	--	--	--

			<p>Les tampons ont été identifiés comme facteurs influencent le burn-out. Le burn-out peut être atténué s'il y a utilisation des tampons pour s'en protéger.</p> <p>« Au seuil de l'année 2000, une époque où les forces de néolibéralisme marque le contexte politique et social et de la productivité, l'efficience, l'efficacité et la rationalisation des ressources financières sont à l'avant-garde, il est probable que la charge de travail pour le personnel infirmier ne diminue pas. Les infirmières qui travaillent dans le système de soins de santé seront confrontés tous les jours avec plus de difficultés: manque de personnel, charge de travail, et le manque de temps. Ils travailleront en vue d'assurer les soins infirmiers qui sont humains, personnalisés et de qualité. Ces multiples et simultanées exigent en outre de mettre l'accent sur les sources de stress qui contribuent à l'épuisement professionnel chez le personnel soignant. Il sera nécessaire de faire plus avec moins! Historiquement, les infirmières ont fait preuve d'autonomie, d'endurance, et d'engagement personnel dans leur mission. L'infirmière a permis de surmonter les défis et a fait preuve d'un sens des responsabilités concernant la santé</p>	
--	--	--	--	--

				<p>de la population. En tout temps, à toutes les heures, et souvent dans des conditions très précaires, les infirmières se préoccupent et ont comme priorité les soins pour les personnes dans la douleur, la souffrance, l'incapacité et la mort. Cela n'a pas empêché l'infirmière de la capacité de célébrer la vie, en soutenant et encourager les personnes à d'autres moments, comme lors de la grossesse, naissance, et de rétablissement. »</p>	
--	--	--	--	---	--

6^{ème} recherche :

Titre	Auteur--- revue	Date	Type de recherche	Discussion / éléments à retranscrire dans le travail	Critiques
<p>The effect of social support and the work environment upon burnout amon nurses.</p> <p>L'impact du support social et de l'environnement</p>	<p>Constable J.-F., & Russell D.-W.</p> <p>Journal of human stress</p>	<p>1986</p>	<p>Quantitative</p>	<p>Recherche sur les effets de divers aspects à l'hôpital au niveau de l'environnement de travail infirmier, évaluer les effets d'aide sociale dans la relation ou atténuation des effets du burn-out. Les principaux déterminants du burn-out sont une faible majoration d'emploi (autonomie, le travail d'orientation, la clarté de la tâche, l'innovation et le confort physique) la pression au travail et la présence de supervision ou non influencera aussi l'apparition d'épuisement professionnel.</p> <p>Les conséquences du burn-out sont : l'absentéisme, les retards, les plaintes somatiques vagues, les conflits internes à l'équipe, la rotation et la rupture de la pratique de leur profession. L'environnement de travail des infirmières peut être extrêmement stressant. L'infirmière est souvent confrontée à la souffrance, à des cas mourants et à la mort. Freudenberger</p>	<p>Enquête réalisée sur la population recherchée : infirmières</p>

<p>de travail sur l'épuisement professionnel des infirmières.</p>			<p>recommande le soutien social comme principal facteur pouvant modérer les effets liés au stress au travail. Selon l'hypothèse de la mémoire tampon, le soutien social n'aide pas à diminuer le stress au travail mais à réussir à y faire face.</p> <p><u>Méthode :</u></p> <p>Enquête effectuée chez des infirmières d'un centre médical militaire. Il y a 310 personnes qui ont répondu à ce questionnaire (taux de retour de 79%).</p> <p>Outil : Maslach burn-out inventory</p> <p>L'échelle de l'environnement de travail développé par Moos et Insel à été utilisée pour évaluer la façon dont les infirmiers perçoivent l'environnement hospitalier. Les sept sous points utilisés sont : L'autonomie, la mission d'orientation, la clarté, l'innovation, le confort physique, la pression au travail et le contrôle.</p> <p>Quatre dimensions d'aide sociale ont été évalués : supervision de soutien, soutien des collègues, soutien du conjoint et soutien</p>	
---	--	--	--	--

			<p>d'ami-parent.</p> <p><u>Résultats :</u></p> <p>La pression au travail et l'emploi ont été statistiquement des prédictors du burn-out. Le cadre de travail négatif et une grande pression au travail favorisent le burn-out. Dans les dimensions d'aide sociale, seul le manque de soutien des superviseurs est un facteur d'épuisement professionnel. La supervision permet de faire face à des aspects négatifs du travail. Les résultats démontrent que s'il y a un fort soutien venant des superviseurs, les relations négatives entre le burn-out et l'amélioration au travail disparaissent. Les effets de l'amélioration de l'emploi varie en fonction du soutien apporté par le superviseur.</p> <p><u>Discussion :</u></p> <p>Les plus grands prédictors de burn-out des trois composantes du MBI sont : l'augmentation de travail, la pression au travail et le support de supervision. Il y a un lien entre le support d'un</p>	
--	--	--	--	--

			<p>superviseur et l'épuisement professionnel. Les infirmières sont plus sensibles au burn-out si elles travaillent dans un milieu où il existe un manque d'encouragement à l'autonomie, les tâches ne sont pas clairement définies et comprises, les règles et politiques ne sont pas explicitement communiquées, s'il y a un manque d'innovation et de variété et que si l'environnement n'est pas attrayant.</p> <p>La pression au travail est corrélée positivement à l'épuisement professionnel. Le contrôle n'a pas été constaté comme corrélations avec l'un des aspects du burn-out.</p> <p>Un haut niveau de support de la part des superviseurs peut directement diminuer le sentiment d'épuisement émotionnel. Les effets négatifs de l'environnement de travail peuvent être tamponnés par un haut niveau de support de la part des superviseurs. Il n'y a pas eu de résultats significatifs quant au soutien de la famille, des collègues et des amis. Ces résultats relèvent le besoin pour les gestionnaires de concentrer leurs efforts sur l'amélioration de la supervision comme moyen de</p>	
--	--	--	--	--

				prévention du burn-out chez les infirmières. Les superviseurs doivent être formés afin de reconnaître les signes de burn-out et savoir agir en conséquent.	
--	--	--	--	--	--

7^{ème} recherche :

Titre	Auteur--- revue	Date	Type de recherche	Discussion / éléments à retranscrire dans le travail	Critiques
<p>Some determinants of stress in psychiatric nurses</p> <p>Quelques déterminants de stress chez les infirmiers en psychiatrie.</p>	<p>Jones G. J., Janman K., & Rick T. J.</p> <p>International journal of nurses studies</p>	<p>1987</p>	<p>Étude empirique et recherche quantitative</p>	<p>En psychiatrie nous retrouvons souvent des personnes qui sont dangereuses pour elles et pour l'entourage. Cet environnement chargé de stress et dangereux serait propice au burn-out.</p> <p><u>Objectif :</u></p> <p>Indiquer le niveau de stress et les tensions et de les associer aux caractéristiques de l'emploi. Ce travail est une tentative de chercher à savoir si le travail d'une infirmière en psychiatrie est stressant, le cas échéant, identifier certains facteurs qui pourraient servir à déterminer les niveaux de stress.</p> <p>Des recherches ont démontré que le travail en tant qu'agent pénitentiaire est très stressant. Pour cela ils vont comparer ces deux métiers.</p> <p>Facteurs susceptibles de déterminer le stress en milieux de soins</p>	<p>Concerne les infirmières travaillant en psychiatrie.</p> <p>Ils ont donné un questionnaire à remplir aux infirmières.</p> <p>349 soignants ont répondu au questionnaire ce qui correspond à 49%.</p>

			<p>infirmiers psychiatriques : surcharge, rôle des conflits, manque de participation dans les décisions, faible autonomie et environnement physique</p> <p>Il existe très peu d'études sur le stress chez les infirmières en psychiatrie. Une étude a comparé les effets modérateurs de stress entre les infirmiers travaillant dans une salle d'opérations, aux soins intensifs et en psychiatrie ; il en est ressorti qu'en psychiatrie il y a plus de conflits entre les patients, familles et les collègues ce qui sont des facteurs prédisposant au burn-out. Il en ressort aussi qu'en psychiatrie il y a moins de soutien de la part de l'équipe comparé à la salle d'opération, dans cette dernière il est impossible de travailler seul.</p> <p>Par rapport à la satisfaction au travail, elle dépend de la grandeur de l'hôpital et du nombre de collaborateurs. Dans un grand hôpital la collaboration entre les différentes disciplines semble être perturbée.</p> <p><u>Résultats :</u></p> <p>Santé et bien-être : ils sont relativement élevés par rapport à d'autres</p>	<p>Ce projet a été soutenu financièrement par l'hôpital.</p> <p>Mesure : santé et bien-être (General Health Questionnaire), le niveau perçu de la demande au travail, la perception du soutien et des contraintes au travail, satisfaction au travail, informations biographiques.</p>
--	--	--	--	--

			<p>métiers.</p> <p>Types de demande : variance de l'administration (participer à des conférences), surveillance des patients, entreprendre des travaux et se sentir utile. La demande la plus élevée est celle de la surveillance des patients.</p> <p><u>Discussion :</u></p> <p>Les résultats obtenus par cette recherche montrent que les infirmiers en psychiatrie sont sensiblement plus stressés que les autres professionnels.</p> <p>Le fait d'avoir son conjoint qui travaille aussi à l'hôpital n'influence pas les niveaux d'anxiété et de détresse psychologique. Les infirmières travaillant en psychiatrie auraient plus de difficulté à s'engager dans des relations personnelles. (Cronin.Stubbs et Brophy)</p> <p>Sur les 5 types de soutien ou contrainte seulement « soins d'aide aux patients » apparaît comme un support tandis que les attitudes sociales apparaissent comme une contrainte. Les infirmières</p>	<p>Cette recherche n'est pas significative de tous les infirmiers, étant donné le taux de non réponse au questionnaire nous pouvons émettre l'hypothèse que les personnes ayant répondu au questionnaire présentent un stress plus élevé que celles qui n'ont pas répondu. Il a été signalé que l'enquête a été menée en partenariat avec l'hôpital, il se peut</p>
--	--	--	--	---

			<p>estiment donc que des facteurs tels que l'image de l'hôpital créé par les médias, la réputation de l'hôpital, et leur traitement par la communauté locale, les en empêche de bien faire leur travail. Toutefois, cela ne représente pas une source de stress pour les infirmières.</p> <p>La satisfaction au travail de cet échantillon est relativement faible. Selon Rump's ce taux de satisfaction au travail est du à la taille de l'institution (un grand hôpital)</p>	<p>que les personnes ayant subissant un stress aient répondu dans l'espoir de voir un changement de la structure de l'hôpital.</p>
--	--	--	--	--

8^{ème} recherche :

Titre	Auteur--- revue	Date	Type de recherche	Discussion / éléments à retranscrire dans le travail	Critiques
Stressful Nurses : the effect on patient outcomes Le stress des infirmières: les effets sur les	Dugan J., Lauer E., Bouquet Z., Dutro B.-K., Smith M. & Widmeyer G. Journal Nursing Care	1996	Descriptive	<p>Le fait de travailler avec l'état critique des personnes exige des compétences émotionnelles. Lors de longues prises en charge de patients lourds et de rotation il se produit un stress pouvant mener au burn-out. La relation entre le stress et désordres psychosomatiques, faible santé mentale, alcoolisme, abus de drogues, absentéisme, retards, rotation, blessures et capacités professionnelles ont été suggérés par plusieurs études.</p> <p>Cette étude a examiné la relation entre le stress et l'épuisement professionnel tel que perçu par les personnes de l'hôpital ainsi que ses conséquences sur les patients. Les incidents personnels sur l'infirmière peuvent avoir des effets sur les patients.</p> <p>Le stress est le facteur qui influence le plus la satisfaction au travail.</p>	<p>Fait dans 19 unités d'un hôpital.</p> <p>Cette enquête s'est déroulée sur la longueur, 3 périodes de questionnaires ont été faites :</p> <p>Première fois : 293 réponses, soit 49% des personnes interrogées.</p> <p>Deuxième fois : 32% de</p>

patients.	Quality		<p><u>But de l'étude :</u></p> <p>Examiner la relation entre hauts niveaux de stress (burn-out) et les blessures des infirmiers, les conséquences sur les patients, incidents personnels et la rotation de l'équipe infirmière.</p> <p><u>Méthode :</u></p> <p>Un test personnel développé par Blinder mesurant le stress et burn-out lié au travail a été utilisé. Dans ce test l'accent est mis principalement sur les signes et symptômes. Les symptômes tournent autour d'aspects physiques, personnels et comportementaux.</p> <p><u>Discussion :</u></p> <p>L'enquête sur le score de stress a rapporté des résultats touchant au long terme tandis que le SCS reflète le stress immédiat.</p> <p>Le SCS a démontré de plus forts incidents avec des associations de patients et de rotation du personnel infirmier. Les deux mesures de stress présentaient des niveaux similaires d'association d'incidents avec des personnels et les blessures de l'infirmière.</p>	<p>réponses</p> <p>Troisième fois : 26% de réponse.</p> <p>Total des réponses obtenues sur les 3mois : 601</p> <p>L'étude n'identifie pas les causes de stress dans les relations.</p>
-----------	---------	--	---	--

			<p>Les unités de soins où le stress est plus élevé chez les soignants ont toujours démontré plus de risques de dommages pour les patients. Cette relation est plus évidente avec des erreurs de médication et affaiblissement du patient.</p> <p>Une relation faible à modérée a également été identifiée entre l'évaluation et la rotation.</p> <p>L'augmentation des niveaux de stress, tels que mesurés par le SCS, on été associés à une augmentation du taux de rotation du personnel au cours du mois suivant.</p> <p>L'association entre le stress tel que mesuré dans cette étude et les blessures de l'infirmière a été faible. Les blessures les plus fréquentes sont le mal de dos.</p> <p><u>Recommandations :</u></p> <p>Les places de travail stressantes deviennent une épidémie, il appartient à la direction d'inciter les employés avec des niveaux de stress élevés à s'engager dans des activités appropriées en ce qui concerne la réduction du stress et l'adoption de réponses</p>	
--	--	--	---	--

			<p>positives face au stress. Les managers peuvent diminuer l'impact du stress sur leurs travailleurs en les formant à la communication, en leur donnant le possibilité d'apprendre à se relaxer et en les faisant participer à des groupes où ils pourraient améliorer leur estime de soi. En leur donnant le contrôle de leur travail ceci pourrait aussi diminuer leur stress. Une étude menée par Northwestern National Life Insurance Company of Minneapolis a trouvé que 7 travailleurs sur 10 disent que le stress au travail diminue leur productivité et contribue aux pathologies. Il cause aussi l'absentéisme. Les coûts du stress sont aussi élevés. Tous ces facteurs démontrent bien que le fait de prendre en compte le stress et tenter de le diminuer apporte des bénéfices aux patients, à la qualité des soins prodigués et à l'économie de l'hôpital.</p>	
--	--	--	---	--

9^{ème} recherche :

Titre	Auteur-- - revue	Date	Type de recherche	Discussion / éléments à retranscrire dans le travail	Critiques
Le burn-out des infirmières en psychiatrie : de la recherche à l'hôpital.	Courtial J.P. et Huteau S. Santé publique	2005	Descriptive Revue de littérature	<p><u>Définition du burn-out :</u></p> <p>3 dimensions : la sensation d'épuisement émotionnel, en liaison avec une fatigue physique et morale, la dépersonnalisation et le cynismes du sujet qui ne s'investit plus dans la relation au malade, l'image négative de soi.</p> <p>Le MBI permet d'évaluer le burn-out sous ces 3 dimensions en oubliant toute la dimension d'organisation du service, les relations personnelles etc...</p> <p>Pour certains chercheurs comme Maslach et Leiter, spécialistes du burn-out, son origine est bien dans les conditions de travail : «d'après la sagesse conventionnelle, le burn out est principalement un problème individuel. Autrement dit, les individus ressentiraient du burn-out à cause des défauts de leur caractère, comportements ou</p>	<p>Pas de chapitre discussion cité. Elle se retrouve dans les résultats et conclusion.</p> <p>Ils n'ont interrogé que 18 inf. (pas représentatif)</p> <p>Ils ont fait deux groupes : infirmières techniques et infirmières relationnelles. Une</p>

			<p>productivité. D'après cette conception, les individus sont le problème, et la solution est de les changer ou de s'en débarrasser. »</p> <p>« Mais nos recherches nous persuadent de tout autre chose. Les résultats de nos nombreuses études nous amènent à penser que le burn-out n'est pas un problème lié aux personnes elles mêmes, mais à l'environnement social dans lequel elles travaillent »</p> <p>Le burn-out est interprété de façon différente selon les types de culture infirmière. L'être humain a parfois du mal à se remettre en question. Si nous nous sentons mal au travail, il suffit qu'un nombre minimum de collègues partageant cet état soit atteint pour que nous l'attribuions aux conditions de travail, et parfois même ce seuil sera vite atteint par un phénomène de contagion de façon arbitraire comme le sont tous les problèmes de distorsion perceptive bien connus en psychologie sociale.</p> <p>Si l'infirmière attribue la cause du burn-out à des facteurs qui lui sont externes elle aura plus de facilité à s'en sortir car elle aura plus de défenses qui auront été créés par le soutien de ses collègues.</p> <p><i>Théorie de la traduction</i> : elle théorise de la même manière toutes les</p>	<p>infirmière doit être les deux...</p> <p>Théorie de traduction difficile à comprendre.</p> <p>Remise en question du questionnaire de Maslach Burn-out Inventory.</p>
--	--	--	--	--

			<p>formes de lien social. Traduction de corps souffrant en organes malades, les organes en tissus, les tissus en cellules atteintes. La culture chez les infirmières techniques est l'échange d'objets tandis que la culture des infirmières relationnelles consiste plutôt en l'échange de subjectivités. Il y a équilibre énergétique si les représentations sont compatibles de part et d'autre (soignant-patient), il y a équilibre entre ce qui circule du point de vue relationnel et ce qui circule du point de vue technique.</p> <p>L'hypothèse émise est que l'infirmière relationnelle n'échangeant que des subjectivités serait plus exposée au burn-out. Les infirmières techniques resteraient menacées dans une moindre mesure, seul au moment où elles perdraient confiance en leur technique ou qu'elles seraient stressées par le temps. Dans l'analyse du burn-out ce qui est important est de partir des contributions de chacun au scénario social des soins, ce qui normalement circule ou ne circule pas. Si le métier d'infirmière fait circuler un lien social légitime du point de vue de la culture partagée, l'infirmière pourra se ressourcer dans sa culture.</p> <p><i>Les 3 composantes du burn-out, vues par la théorie scientifique :</i></p>	
--	--	--	---	--

			<p>La fatigue : non circulation de reconnaissance de soi.</p> <p>Le cynisme : non circulation d'empathie.</p> <p>L'image négative de soi : non circulation d'efficacité de soi.</p> <p>Les conditions de travail, le stress, la fragilité personnelle ou la dépression s'opposent à la fluidité de la relation d'aide qui devrait circuler, alors que le soutien social renforce cette circulation. Le recul est la forme positive du cynisme qui allège ce qui circule. L'autonomie contribue aussi à cet allègement. Les infirmières qui sont plus relationnelles donneront leur humanité par leur présence et les infirmières dont le rôle est plus technique donneront leur humanité par l'intermédiaire des traitements appliqués.</p> <p><u>Méthode :</u></p> <p>Analyse des mots associés pour 25 recherches. L'intérêt de cette analyse est de mettre en évidence ce qui globalement circule ou ne circule pas entre les auteurs à propos du burn-out. Mettre en évidence ce qu'on associe d'emblée au burn-out. Dégager des éléments que la culture implicite des personnes mises ensemble pour</p>	
--	--	--	--	--

			<p>l'analyse considère comme objectivables. Dégager les éléments que la culture implicite considère comme venant au centre de leur discours, facteurs essentiels.</p> <p>Au niveau du discours infirmier, le burn-out est lié à l'accomplissement de soi, aux relations avec la hiérarchie et à la pression. Au niveau du discours syndical le burn-out est un élément objectivable conduisant en outre à mettre en cause l'hôpital. Au niveau des chercheurs les facteurs personnels sont plus facilement objectivables.</p> <p>L'âge et l'ancienneté de travail n'influencent pas la relation que les infirmières ont au burn-out. Quelle que soit la relation au burn-out, l'attribution de son origine aux conditions de travail ou à soi-même est pareille. Une partie des infirmières paraissait réagir avec une logique technique des soins (soins techniques lourds, choix lieux de travail, formation, règles) et une autre partie répondant à la logique relationnelle (empathie, notion de souffrance à l'autre, la maladie et mort côtoyées...) Le groupe relationnel se dit en majorité tout à fait exposé au burn-out, tandis que le groupe technique s'estime peu</p>	
--	--	--	--	--

			<p>exposé au burn-out. Pour toutes les infirmières le burn-out est à la convergence de : manque de temps, charge de travail, difficulté de la prise en charge globale et démotivation (liée à la pression pour les infirmières techniques et liée à la relation avec la hiérarchie pour les infirmières relationnelles.) Ce qui est mis en cause à propos du burn-out est bien la façon dont le travail est organisé.</p> <p>Revendications des infirmières : non reconnaissance sociale de leur rôle véritable, coupure avec les médecins, mauvaises relations avec l'équipe, problème de souffrance et la mort. Si l'infirmière met son énergie dans l'optique qu'elle pourra maintenir ce corps en vie elle sera rapidement épuisée. L'étude du burn-out paraît glisser implicitement avec le temps vers une certaine mise en cause des caractéristiques personnelles.</p> <p>Les chercheurs observent des liens du burn out vers les conditions de travail ou la fragilité personnelle, à travers la nécessité de l'accomplissement de soi. Les conditions de travail ou une certaine fragilité personnelle entraînent naturellement une prédisposition au burn out.</p>	
--	--	--	--	--

			<p><u>Conclusion :</u></p> <p>En théorie médicale le burn-out est relié au stress et aux limites de la capacité d'adaptation de tout organisme. La sociologie des sciences nous suggère donc le modèle suivant du burn out : le burn-out serait la conséquence d'un déséquilibre au sein d'un réseau relationnel, basé sur le donner-recevoir et la circulation d'énergie que cela suppose. Selon les réseaux relationnels que nous prenons en compte, le risque de burn out devrait alors se présenter sous un jour différent. Le burn-out est lié à la nécessaire relation de l'infirmière à ses malades, se mettant en place malgré tout une distance jugée professionnalisme. Dans un contexte plus public le burn-out renvoie à l'ensemble des impasses relationnelles de l'hôpital. Du point de vue scientifique le burn-out ne fait des variables personnelles que des acteurs partiels mais devient implicitement plus ambigu quant à l'attribution causale. Chaque acteur construit son burn-out en fonction du collectif. Pour les infirmières en revendication le burn-out est un fait lié à la défaillance anthropologique de l'hôpital. Pour se protéger du burn-out les infirmières ont commencé à mettre de la</p>	
--	--	--	---	--

			<p>distance dans leurs relations aux patients, en disant que c'est pour du professionnalisme. Cette distance peut justifier un désengagement vis-à-vis du patient le privant d'une forme d'énergie nécessaire à sa guérison.</p> <p>Sur le plan pratique, il faut :</p> <ul style="list-style-type: none">• reconnaître aux infirmières une identité professionnelle au niveau de l'exercice de la compassion,• reconnaître le soin comme une relation humaine et non comme une ingénierie de réparation.	
--	--	--	--	--

10^{ème} recherche :

Titre	Auteur--- revue	Date	Type de recherche	Discussion / éléments à retranscrire dans le travail	Critiques
<p>Concepts, stress, coping.</p> <p>Prise en charge, guérison, coping : vers un modèle intégré</p>	<p>Webb, C.</p> <p>Recherche en soins infirmiers</p>	<p>2001</p>	<p>Document explicatif</p>	<p>Le modèle de coping mis au point par Lazarus et ses collègues semble offrir un fort potentiel. Il est fondé sur la conviction que la façon dont les gens font face au stress affecte leur bien-être physique et psychique, psychologique et social.</p> <p>Le stress est considéré comme une transaction entre une personne et son environnement, les deux s'inscrivant dans une relation dynamique, réciproque et bidirectionnelle entre eux.</p> <p>En situation de stress les personnes essayent de gérer leur environnement afin de faire face à la situation.</p> <p>La personne évalue le facteur de stress de deux façons :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Évaluation primaire : évalue si c'est un réel stress, son ampleur, a ce stade des facteurs de personnalité entrent en compte. • Évaluation secondaire : personne fait le tour de ce qu'elle peut mettre en action pour faire face à la situation. Elle doit prendre en considération les options, contraintes et ressources 	<p>Bonne description de la théorie de coping.</p> <p>Exemples pour comprendre l'application de coping dans les soins.</p> <p>Comparaison avec le concept soin/guérison.</p>

			<p>disponibles incluant le soutien social.</p> <p>De cette évaluation en ressortira un comportement de coping qui a deux fonctions : traiter le problème (coping centré sur le problème) et réguler les émotions (coping centré sur l'émotion). La recherche a démontré que les personnes en cas de stress ont tendance à utiliser les deux types de coping. La recherche sur les styles de coping est fondée sur la supposition que les gens ont tendance à réagir de manière stable aux évènements stressants.</p> <p>Types de coping : confrontation, fuite-évitement, distanciation, self-control, recherche de soutien social, acceptation de responsabilité, résolution de problème planifiée, réévaluation positive, auto-culpabilité. Lors de menace à une personne qui nous est chère nous avons tendance à utiliser la confrontation, ou fuite-évitement. Lorsque notre santé physique est menacée nous avons tendance à utiliser la recherche de soutien social ou fuite-évitement. Si notre estime est menacée il y aura une association avec le coping de self-control, confrontation ou d'acceptation de la responsabilité.</p> <p>L'âge ne semble pas être lié à la stratégie de coping et aucune</p>	<p>Soin/guérison est utilisé par exemple à l'annonce d'un cancer nécessitant une intervention chirurgicale. La personne va tout d'abord vouloir que la technique fonctionne.</p> <p>Ensuite des mécanismes de coping vont apparaître, l'infirmière devra les prendre en compte et composer avec.</p>
--	--	--	--	--

				différence de sexe n'a été notée dans le coping centré sur l'émotion, contrairement peut être à nos attentes (Folkman & Lazarus 1980).	
--	--	--	--	--	--

11^{ème} recherche :

Titre	Auteur--- revue	Date	Type de recherche	Discussion / éléments à retranscrire dans le travail	Critiques
Démarche palliative et prévention de la souffrance des soignants	Bonnin-Scaon, S. et Colombat, P. Oncologie	2008	Document explicatif	<p>Prévention de <i>type formel</i> : dynamique de groupe. Cadre défini à l'avance et connu par chacun. 3 types d'approches :</p> <p><i>Création d'espaces de communication</i> : un temps est décidé pour un moment d'échanges dans un endroit donné. Il faut qu'il y ait une certaine régularité. Permet à chaque soignant de se faire écouter et de parler. Les soignants doivent s'impliquer personnellement et professionnellement dans l'élaboration d'une évolution perpétuelle. A chaque prise de parole les soignants tracent une trame du patient en question et ensemble ils essayent de répondre à la problématique. A l'issue de ce temps de parole et d'écoute un compte rendu écrit est rédigé par un membre de l'équipe soignante et permet de faire le lien aux absents et la mesure des arguments avancés pour une prise en charge ajustée.</p> <p><i>Groupes de relecture de cas</i> : le but est de faire le lien, réinstaurer</p>	Basé principalement sur les soins palliatifs.

			<p>une lecture commune pour faire sens aux actes donnés.</p> <p><i>Groupes de débriefing</i> : forme d'échange possible suite à une situation difficilement vécue. Temps de soutien d'urgence ponctuels. L'objectif est de répondre à un mal-être de l'équipe. Chaque professionnel donne un sens à ce qu'il a vécu.</p> <p><i>Groupe de parole</i> : mise à mots du mal-être des soignants dans la relation soigné-soignant. L'expression de cette souffrance permet une mise à distance pour pouvoir continuer à soigner dans les situations à haut niveau de stress. Il y a une confidentialité des paroles.</p> <p><u>Formation</u> : internes à l'établissement et interdisciplinaires. Acquisition de connaissances, partage des perceptions de chaque professionnel. Chacun se réapproprie en fonction de son champ de compétences.</p> <p><u>Élaboration d'un projet commun au sein du service</u> : projet d'équipe. Répond aux demandes de l'institution et des soignants. Il est construit par tous. Il permet d'englober et de conjuguer les</p>	
--	--	--	--	--

			<p>réalités économiques, psychologiques, sociales culturelles. Le moteur de l'implication dans ces projets est le désir d'échanger. L'élaboration du projet renforce le sentiment d'appartenance et procure une cohésion. Sa finalité conduit à une amélioration des conditions du « vivre ensemble ».</p> <p>Prévention de <u><i>type informel</i></u> : imprévisible.</p> <p>Soutien de couloir : c'est un temps suspendu suite à la confrontation d'une situation d'exception, il se passe dans l'entre deux. Cette prévention de la souffrance ne se construit pas, elle prendra ensuite toute sa dimension dans un temps de soutien. L'expression du ressenti du moment présent permet par la rencontre avec l'autre, d'évacuer la souffrance psychique vécue par le cas. C'est une disponibilité temporelle dans l'ici et maintenant et morale.</p>	
--	--	--	---	--

12^{ème} recherche :

Titre	Auteur--- revue	Date	Type de recherche	Discussion / éléments à retranscrire dans le travail	Critiques
Facteurs associés au burn-out chez les soignants en onco-hématologie	Lisandre S., Abbey-huguenin H., Bonnin-Scaon S., Arsene O., & Colombat P.	2008	Enquête descriptive transversale par un questionnaire. Fait sur : 29 médecins, 102 infirmiers, et 105 aides-soignants. Travaillant	20-40% des personnels soignants présentent un épuisement professionnel. Causes du burn-out : liés à l'individu lui-même, à la spécialité du service de soins, à l'organisation du travail, aux conditions de travail. 39% des soignants présentaient un niveau de burn-out élevé défini par au moins une composante avec un score élevé. Selon une étude réalisée a Montpellier, le burn-out des infirmières était associé à une symptomatologie psychiatrique, se manifestant par une perte de sommeil, un sentiment de stress, de dépression et d'insatisfaction des activités quotidiennes. <u>Causes du burn-out :</u> En dehors des causes liées à l'individu lui-même, certaines sont liées à la spécialité (surcharge de travail, sévérité de la	Pas fait sur les infirmiers en général. 268 réponses.

	oncologie		<p>dans un service d'onco-hématologie</p> <p>Utilisent le MBI.</p>	<p>pathologie, répétition des deuils, fréquence des problèmes éthiques, maladies jeunes, symptômes mal pris en compte, difficulté de gestion des proches). D'autres sont liées à certains dysfonctionnements de l'équipe : manque de formation, manque de soutien ou d'aide à la décision, manque d'espaces de paroles et de communication, manque de reconnaissance du travail accompli.</p> <p><u>Étiologie de l'épuisement professionnel</u> : mauvaise organisation du travail, moments d'échanges insuffisants et confrontation à la gestion de l'urgence pour l'épuisement émotionnel, manque de reconnaissance par les médecins et manque d'échanges après les décès pour la déshumanisation, difficulté de relation avec le patient et les proches, manque d'échange entre soignants et manque de reconnaissance de leur travail par les médecins pour la perte d'accomplissement personnel.</p>	
--	-----------	--	--	--	--

13^{ème} recherche :

Titre	Auteur--- revue	Date	Type de recherche	Discussion / éléments à retranscrire dans le travail	Critiques
<p>Concept de soins et outillage infirmier : Ont-ils un rapport avec l'épuisement professionnel des infirmières ?</p>	<p>Martel Recherche en soins infirmiers N° 24</p>	<p>1991</p>	<p>Recherche appliquée pour comprendre comment les infirmières habitent leur fonctions soignantes et investissent leur territoire professionnel.</p>	<p>L'infirmière participe au traitement de la maladie et soigne aussi une personne. De la naissent des difficultés :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Découverte de l'autre et de soi. • Créer des outils de rencontre, outils relationnels, outils de soins. • Investir un champ de communication. <p>Toutes ces difficultés éclairent un angle de l'épuisement professionnel. Il y a aussi des tensions et agressions dues aux difficultés sociales, économiques et culturelles.</p> <p>L'avancement de la technologie demande une réorganisation des soins, une réadaptation constante.</p> <p>Science infirmière : langage qui s'écrit, qui s'engage et se partage, qui maintien ouvertes les portes de la communication et donc de la création. Principes : technicité, réversibilité, dualité,</p>	<p>Explique ce que sont les soins infirmiers...</p> <p>Fait dans 8 services, 37 soignants</p> <p>Peu d'infos concernant l'épuisement professionnel.</p>

			<p>Quantitative et qualitative.</p> <p>solidarité. Rencontre : L'homme pour guérir à besoin de s'attacher.</p> <p>Soigner est un processus de découverte, on ne sait pas à l'avance mais on ose aller au-devant de l'inconnu. Cet inconnu peut être source d'angoisse pour les soignants.</p> <p>La communication permet de prévenir le burn-out.</p> <p>L'épuisement est défini comme une perte du souci pour les autres.</p> <p>Les inscriptions brèves, sans diagnostic infirmier reflètent une insécurité des soignants.</p> <p>Soigner est un processus de découverte. « découvrir ne veut dire que l'on ne sait pas à l'avance mais que l'on ose aller au-devant de l'inconnu dont est porteuse toute personne requérant des soins. » Cet inconnu peut être angoissant pour les soignants.</p> <p>L'échange vise ainsi à éviter l'épuisement des uns et des autres. Ce que les scientifiques qualifient d'entropie. Plus la relation est vivante moins elle sera désorganisée mais elle risque de</p>	
--	--	--	---	--

			<p>conduire à une classification des patients selon leur pathologie.</p> <p><i>Contraintes subies des infirmiers :</i></p> <p>Complexité du marché de la santé.</p> <p>Jugement de notre clientèle et concurrence.</p> <p>Exigences d'évaluation.</p> <p>Évolution des structures hospitalières.</p> <p>La formation permet d'apprendre à fabriquer certains outils afin de faire des infirmières des ouvriers outilleurs et non des ouvriers spécialisés ou de simples techniciens.</p> <p><u>Résultat de l'évaluation du burn-out :</u> Le taux d'épuisement professionnel de ces infirmières ne varie pas beaucoup autour de la moyenne. Le travail de nuit n'apparaît pas comme un facteur favorisant l'épuisement professionnel des infirmières.</p> <p>Le personnel infirmier s'épuise à pratiquer des soins dans des conditions qui ne les satisfont plus. Ils se sentent frustrés au travail, cette sensation renforce leur taux de burn-out. Traiter les</p>	
--	--	--	---	--

			<p>clients comme s'ils étaient des objets déplaît fortement à ces soignantes mais elles avouent ne plus pouvoir vraiment faire attention à ce qui arrive à plusieurs de leurs clients.</p> <p>Suite à l'épuisement il y a une forte dépersonnalisation des soins. Le savoir infirmier non utilisé petit à petit se perd, perdant aussi sa qualité de science. Limitant de plus en plus le nombre de ses outils professionnels, le corps infirmier remet alors en cause, non seulement l'enseignement des futures soignantes mais aussi l'autonomie de son service.</p> <p>L'outillage infirmier dont les infirmières ont besoin consiste en une véritable politique de soins dans laquelle elles peuvent s'impliquer et qui définit scientifiquement et humainement le niveau de performance à atteindre mais aussi les normes de qualité du service infirmier.</p>	
--	--	--	---	--

14^{ème} recherche :

Titre	Auteur--- revue	Date	Type de recherche	Discussion / éléments à retranscrire dans le travail	Critiques
<p>Concepts, stress, coping.</p> <p>La prévention du burn-out et ses incidences sur les stratégies de coping.</p>	<p>Pronost A.-M.</p> <p>Recherche en soins infirmiers N°67</p>	<p>2001</p>	<p>Quantitative</p>	<p>Le fait que les infirmières soient confrontées aux morts répétées de patients, est source d'un stress véritable et tend à provoquer des processus d'épuisement professionnel ou burn-out. Dans les modes de prévention du burn-out la formation dans les soins palliatifs intervient au niveau du changement des comportements et des attitudes face à la mort. Ils apprennent le savoir, le savoir faire et le savoir être.</p> <p>En soins palliatifs les morts sont fréquentes et le stress des infirmières est supposé intervenir plus fréquemment et avec plus d'intensité. Lors d'un stress intense les mécanismes de coping mis en place peuvent devenir inefficaces. L'état de souffrance extrême du soignant se définit par le burn-out. La formation doit amener l'infirmière à être moins en échec dans sa problématique de réparation. La formation peut être un mode de prévention du</p>	<p>Centré principalement sur les soins palliatifs et la formation.</p> <p>Enquête réalisée sur 185 infirmières : 91 formées aux soins palliatifs et 94 non-formées spécifiquement pour ces soins.</p>

			<p>burn-out.</p> <p><u>6 stratégies de coping :</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La focalisation : focalisation émotionnelle est caractérisée par l'envahissement émotionnel. 2. Support social : offre ou demande d'aide extérieure. 3. Retrait : refuge dans le tabac, l'alcool, l'alimentation, les médicaments. 4. Conversion : changement ou transformation des actions, des attitudes ou des valeurs. 5. Contrôle : maîtrise de la situation 6. Refus : refuge dans la distraction, déni du problème. <p><u>Instrument de mesure :</u> MBI et l'échelle ETC (échelle toulousaine de coping)</p> <p><u>Résultats :</u></p> <p>Coping général, la différence n'est pas significative. Les moyennes des infirmières formées sont légèrement supérieures à celles des infirmières non formées, aussi bien pour l'action que pour l'information et l'affectivité.</p>	
--	--	--	---	--

			<p>Les non formées considèrent qu'elles contrôlent mieux leurs émotions par rapport aux formées. Les infirmières formées habituées à analyser, admettent moins défensivement l'emprise des émotions sur elles-mêmes, signe d'une plus grande souplesse psychologique.</p> <p>Les infirmières formées ont une meilleure corrélation entre le retrait et le support social. Le retrait chez les infirmières non formées est associé à la conversion.</p> <p>Chez les non formées la moyenne d'épuisement émotionnel et d'accomplissement personnel est plus forte. La dépersonnalisation est plus élevée chez les formées.</p> <p>Il y aurait donc chez les infirmières non formées à donner une bonne image d'elles-mêmes, à travers l'accomplissement personnel. La formation amènerait les infirmières à ne pas survaloriser l'accomplissement personnel. La formation amènerait les infirmières à être plus conscientes de l'existence du burn-out : les trois dimensions du burn-out sont cette fois plus fortes chez les</p>	
--	--	--	--	--

			<p>infirmières formées, qui auraient donc une plus grande capacité à prendre en compte les effets, le degré d'intensité du burn-out. Le coping et le burn-out sont mieux corrélés chez les infirmières formées. La formation tendrait à développer chez les infirmières des processus de dégageement.</p> <p><u>Conclusion :</u></p> <p>La formation en soins palliatifs permet donc aux infirmières de développer des stratégies de coping positives en favorisant le changement de comportement et la demande d'aide d'autrui. La formation développe une capacité d'analyse et de différenciation avec la prise de conscience de l'existence du burn-out et ses dimensions.</p>	
--	--	--	--	--

15^{ème} recherche :

Titre	Auteur--- revue	Date	Type de recherche	Discussion / éléments à retranscrire dans le travail	Critiques
<p>The relations among empathy, occupational commitment, and emotional exhaustion of nurses.</p> <p>Les relations entre l'empathie,</p>	<p>Slaugos Mokslas</p> <p>Medicina (Kaunas)</p>	2007	Descriptive, quantitative	<p>Le stress infirmier et l'épuisement sont des facteurs faisant les soignants abandonner leur travail. De plus il cause un grand taux d'absentéisme et de rotation.</p> <p>Pour que les infirmières fournissent des soins de qualité il leur faut des compétences relationnelles et interpersonnelles. L'empathie est essentielle à l'infirmière.</p> <p>Les patients pris en charge avec un personnel ayant un grand taux d'empathie, ont démontré moins d'anxiété, de dépression et moins d'hostilité.</p> <p>Malgré les avantages, pour le bien-être du patient, d'une infirmière à être empathique, il y a des désavantages car l'empathie contribue à l'épuisement émotionnel.</p> <p>L'épuisement émotionnel est une phase finale du burn-out qui est un</p>	<p>Les analyses statistiques ne sont pas significatives afin d'évaluer l'impact dans le domaine des soins, ceci est peut-être dû au petit échantillon pris en compte pour la recherche.</p> <p>Peu de variables associées à l'épuisement émotionnel en soins</p>

<p>l'engagement professionnel et émotionnel et l'épuisement des infirmières.</p>			<p>processus très douloureux.</p> <p><u>Hypothèses :</u></p> <p>L'épuisement émotionnel est positivement corrélé avec les taux élevés d'empathie.</p> <p>L'expérience professionnelle est positivement liée à l'engagement professionnel.</p> <p>Il y a une augmentation séquentielle de l'empathie infirmière en fonction du nombre d'années d'expérience et de l'engagement professionnel. Ainsi la relation entre l'empathie et l'épuisement émotionnel peut être expliquée par des variations dans l'engagement.</p> <p>Ce lien dépend des secteurs de travail, il est plus fort en pédiatrie qu'en service d'adultes. La gravité des pathologies peut tout aussi bien être la variable de médiation.</p> <p><u>Objectif de la recherche :</u></p>	<p>infirmiers.</p>
--	--	--	--	--------------------

			<p>Déterminer si l'empathie et l'engagement professionnel contribuent de manière significative à l'épuisement émotionnel des infirmières.</p> <p><u>Méthode</u> : Étude menée en Lituanie, dans deux hôpitaux régionaux, 160 infirmières.</p> <p><u>Résultats</u> :</p> <p>L'empathie et l'engagement professionnel ont été corrélés négativement à l'épuisement émotionnel. L'empathie et l'engagement professionnel ont été associés positivement les uns avec les autres. Seul l'engagement professionnel est positivement corrélé à l'expérience en soins infirmiers alors que l'empathie ne l'est pas.</p> <p><u>Discussion</u> :</p> <p>L'empathie chez les infirmières et l'engagement professionnel sont d'importants prédictors de l'épuisement émotionnel. L'empathie est associée positivement avec l'engagement professionnel, et tous deux sont négativement associés à l'épuisement émotionnel. Cette tendance est contraire à leur hypothèse.</p>	
--	--	--	--	--

			<p>L'engagement professionnel est la variable de médiation qui peut fournir des meilleures prédictions de l'épuisement émotionnel en soins infirmiers.</p> <p>Un bas niveau d'empathie se traduit par une diminution de l'engagement professionnel et ces deux items contribuent à un épuisement émotionnel élevé. L'épuisement émotionnel varie en fonction du lieu de travail, pédiatrie, adulte,...</p> <p>L'expérience en soins infirmiers est positivement corrélée avec l'engagement.</p> <p><u>Conclusion :</u></p> <p>Les infirmières qui ont plus d'empathie sont plus susceptibles de développer un engagement professionnel élevé.</p> <p>Des niveaux élevés d'empathie et d'engagement professionnel sont associés à un moindre épuisement émotionnel.</p> <p>Les infirmières qui restent longtemps dans la profession risquent de développer un plus grand engagement professionnel.</p>	
--	--	--	---	--

				Les différences dans l'épuisement émotionnel chez les infirmières peuvent s'expliquer directement par l'engagement professionnel et indirectement par l'empathie et l'expérience des soins infirmiers.	
--	--	--	--	--	--

16^{ème} recherche :

Titre	Auteur--- revue	Date	Type de recherche	Discussion / éléments à retranscrire dans le travail	Critiques
<p>Relationship betwen turnover and burnout among Japanese hospital nurses.</p> <p>Relations entre la rotation et le burn-out</p>	<p>Shimizu T., Feng Q., & Nagata S.</p> <p>Journal of occupational health</p>	<p>2005</p>	<p>Quantitative</p>	<p>Les raisons de la rotation infirmière à été corrélée avec une faible supervision, des problèmes de santé, difficulté de formation, faible satisfaction au travail, problèmes familiaux, mauvaises conditions de travail, faible sentiment de contrôle du travail, grande demande de travail (exigences) et état dépressif.</p> <p><u>But :</u> Étudier les facteurs associés à la rotation des infirmières en vue de comprendre pourquoi les infirmières expertes font une rotation.</p> <p>L'<u>objectif</u> est de maintenir une qualité des soins dans les instituts médicaux.</p> <p><u>Hypothèse :</u> La rotation des infirmières est liée au burn-out, ils ont exploré la</p>	<p>5 limitations :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Étude réalisée que dans un seul hôpital japonais, non exhaustif. 2. Pas pu recueillir, par des mesures de confidentialité, les causes des démissionnements ou des changements de service. 3. Temps de l'étude très long (1 an). 4. Pas enquêté sur l'état psychologique des soignants. 5. Pas étudié les relations entre la rotation et les

chez les infirmiers travaillant dans un hôpital au japon.			<p>relation entre la rotation et l'épuisement par une étude de suivi.</p> <p><u>Matériel :</u></p> <p>385 infirmières d'un hôpital privé du Japon. De novembre 2002 à octobre 2003.</p> <p>Ils ont comparé les années de travail, l'épuisement, le cynisme, le sentiment d'efficacité professionnelle des infirmières qui ont quitté leur service.</p> <p><u>Discussion :</u></p> <p>La rotation a été associée avec leurs années de travail comme professionnelle de la santé. La tendance motivant à quitter l'emploi peut être du domaine du privé (accouchement, mariage). Inoshita a indiqué que les infirmières jeunes quittaient leur lieu de travail du à l'insatisfaction de l'environnement du travail, la faible compétence, faible engagement venant du lieu de travail, écart entre l'intension de démontrer leur savoir et des pratiques hospitalières, bien que les principales raisons restent du domaine privé.</p>	facteurs liés au burn-out tels que, la perte d'estime de soi, dévalorisation, questions familiales, mauvais état physique ou psychique et formation continue.
---	--	--	--	---

			<p>La rotation est liée à l'épuisement. Cela correspond à la suggestion de Tao et al qui dit que les infirmières en burn-out ont tendance à vouloir partir de leur lieu de travail.</p> <p>Ces résultats démontrent la nécessité de soutenir les infirmières, principalement celles qui travaillent depuis plus de 6 ans afin de réduire leur épuisement et d'empêcher la rotation d'un grand nombre d'infirmières expertes.</p> <p>Dans leurs résultats la rotation n'a pas été associée au cynisme ou à l'efficacité professionnelle.</p>	
--	--	--	---	--

17^{ème} recherche :

Titre	Auteur--- revue	Date	Type de recherche	Discussion / éléments à retranscrire dans le travail	Critiques
<p>Burnout and work environments of public health nurses involved in mental health care.</p> <p>Burnout et environnements de travail des infirmières de santé publique</p>	<p>Imai H., Nakao H., Tsuchiya M., Kuroda Y.& Katoh T.</p> <p>Occupational environmental medical</p>	<p>2004</p>	<p>Quantitative</p>	<p><u>Objectif :</u></p> <p>Examiner si l'épuisement professionnel en psychiatrie est supérieur à celui des infirmières dans d'autres domaines. Identifier les facteurs environnementaux qui contribuent potentiellement au burn-out.</p> <p><u>Méthode :</u></p> <p>Deux groupes ont été examinés. Un groupe d'infirmiers travaillant dans un service de psychiatrie et un autre travaillant dans un autre domaine. L'échelle de Pines évaluant le surmenage a été utilisée, une enquête sur les systèmes de soutien a aussi été réalisée.</p> <p><u>Résultat :</u></p> <p>Le nombre total de réponses obtenues pour l'enquête est de 785.</p>	<p>La prévalence de l'épuisement professionnel enregistré par cette étude peut légèrement surestimer la réalité car les cas de symptômes relativement légers ont été pris en compte dans les cas de burn-out.</p>

<p>impliqués dans les soins de santé mentale.</p>			<p>la prévalence de l'épuisement était plus élevée dans le groupe psychiatrique. L'absence de contrôle de travail et l'augmentation des heures supplémentaires des services d'urgence étaient positivement corrélées avec une prévalence de l'épuisement professionnel dans le groupe psychiatrique mais pas dans le groupe de contrôle (soins en général autre que psychiatrique).</p> <p><u>Conclusion :</u></p> <p>L'épuisement professionnel est significativement plus élevé pour le personnel infirmier psychiatrique que pour les autres services. La surcharge dans les services d'urgence et le manque de contrôle du travail semblent représenter l'environnement de travail qui contribue le plus à l'épuisement.</p> <p>Le burn-out représente un problème dans le milieu de travail, plutôt que d'un problème intérieur de l'homme.</p> <p>Au niveau de l'âge, il y a deux pics de burn-out :</p> <p>Le premier à 30 ans : peut être expliqué par les niveaux</p>	<p>Fiabilité de l'échelle de Pines version japonaise qui n'a pas encore été validée scientifiquement.</p> <p>Au niveau des heures de certaines composantes les arrondissements faits pendant l'étude peuvent quelque peu fausser les résultats</p>
---	--	--	--	--

				<p>d'attentes et les exigences de travail ce qui provoque une souffrance mentale et physique extrême.</p> <p>Le deuxième pic correspond à la tranche d'âge de 50 ans, il peut refléter la réduction du fonctionnement physiologique.</p>	obtenus.
--	--	--	--	--	----------

18^{ème} recherche :

Titre	Auteur--- revue	Date	Type de recherche	Discussion / éléments à retranscrire dans le travail	Critiques
<p>Burnout syndrome in critical care nursing staff</p> <p>Le syndrome d'épuisement professionnel dans les unités de soins intensifs</p>	<p>Poncet M-C., Toullic P., Papazian L., Kentish-Barnes N., Timsit J-F., Pochard F., Chevret S., Schlemmer B. & Azoulay E.</p>	<p>2006</p>	<p>Quantitative</p> <p>Enquête réalisée en France, où une infirmière lorsqu'elle débute aux soins intensifs a 3 mois de formation spécifique à ce service.</p>	<p>Le climat de travail et la charge de travail sont des déterminants de l'épuisement professionnel. Chez les oncologues, les anesthésistes, les médecins s'occupant de patients atteints du Sida et les médecins travaillant aux urgences il y a un plus grand pourcentage de personnes en burn-out.</p> <p>Le stress lié au travail est un facteur prédisposant au burn-out.</p> <p>Le burn-out est associé à une réduction du bien-être parmi les membres du personnel infirmier, il cause aussi une diminution de la qualité des soins ainsi que des coûts liés à l'absentéisme et à la rotation.</p> <p>L'unité des soins intensifs est une unité où règne un environnement stressant et peut donc être associé à un taux élevé d'épuisement professionnel des membres de l'équipe soignante.</p>	<p>Bien compréhensible, identifie bien les éléments prédisposant au burn-out dans une unité de soins intensifs.</p> <p>Met en évidence le besoin de recherches sur les moyens de prévention du</p>

	<p>American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine</p>	<p>Ils ont distribué un questionnaire avec le MBI, des questions sur des données socio-démographiques et la participation ou non à un projet de recherche au sein de l'équipe. Il y a eu 286 services de soins intensifs qui ont été</p>	<p>Les conséquences du burn-out sont des coûts élevés, une diminution de la qualité des soins, de l'absentéisme, une rotation dans les services et une baisse de la qualité de la communication avec les familles.</p> <p>Des caractéristiques individuelles et des facteurs liés au stress ont été associés au burn-out. Parmi les facteurs liés au travail, le lieu de travail stressant, la charge de travail et le climat influencent l'épuisement professionnel. Le nombre d'heures travaillées joue aussi un rôle dans l'épuisement professionnel.</p> <p>La participation à des groupes de recherche permet de diminuer l'épuisement professionnel. Il faudrait donner la possibilité aux jeunes diplômés ayant peu d'expérience de bénéficier de plus de moyens d'apprentissage de stratégies de prévention du burn-out. La satisfaction au travail est accrue lorsqu'il y a une reconnaissance et une valorisation du travail accompli par les collègues et les supérieurs hiérarchiques. L'organisation de groupes de recherche, des ateliers de gestion du stress et de la formation à la communication pourrait réduire le stress ressenti par les</p>	<p>burn-out.</p> <p>Donne quelques pistes sur comment prévenir ce syndrome.</p>
--	---	--	--	---

		<p>invités à participer à la recherche. 2497 réponses ont été obtenues : 81% des infirmières, 15% des infirmières auxiliaires, 4% des infirmières cheffes.</p>	<p>professionnels dans les services.</p> <p>La perception des conflits avec les patients, les familles ou d'autres membres du personnel influence le burn-out.</p> <p>L'épuisement émotionnel est une conséquence directe du conflit qui mène à la dépersonnalisation et à la perte du sens de l'accomplissement personnel.</p> <p>Le personnel qui a une mauvaise relation avec les familles, patients ou collègues est plus à risque de développer un épuisement professionnel.</p> <p>La prévention des conflits et l'amélioration de la communication dans les unités de soins intensifs pourraient donc diminuer le risque d'épuisement professionnel.</p> <p>Les fins de vie, et la mort sont des sources de stress pour les soignants.</p> <p>Au cours des dernières années des efforts considérables ont été faits pour améliorer la qualité de la fin de vie, améliorer la communication pour partager les décisions entre les patients, les</p>	
--	--	--	---	--

			<p>membres de la famille dans les soins intensifs. Les résultats obtenus par cette recherche suggèrent la nécessité d'élargir ces efforts en vue des soins infirmiers.</p> <p>La communication entre les infirmiers et les médecins peut aider les infirmières à échapper à des sentiments de culpabilité lors de décès.</p> <p>Limites : un semi-interview pourrait apporter des réponses plus exactes que le questionnaire individuel. Dans leur questionnaire ils n'ont pas mis de définition des conflits, ce qui peut être un biais pour la recherche. Les infirmières cheffes et les auxiliaires infirmières représente 20% des répondants, serait-ce judicieux de ne le faire qu'aux infirmières ?</p> <p>Le développement des groupes de recherche aux soins intensifs peut prévenir le burn-out ainsi que la prévention de conflits et l'amélioration de la communication au sein de l'unité principalement lors de cas de fin de vie et de prise de décisions difficiles.</p>	
--	--	--	---	--

ANNEXE E : ANALYSE DE LA QUALITÉ DES ÉTUDES

Identification de recherche	Année d'étude	Desing	Setting (nombre de recherches, nombre de participants, nature des participants)	Type de service	Lieu, Pays	Échelle d'analyse
Agoub, Elyazaji & Battas(2000)	1999	Quantitative	Médical et paramédical. (pas les chefs) 5 services. 90 questionnaires 68 personnes ont répondu : 30 médecins et 38 infirmiers.	Oncologie pédiatrique, réanimation, HIV, Grands brûlés	Hôpital universitaire Maroc	Auto-questionnaire. MBI et General Health Questionnaire (détresse psychologique)
Brown & Pranger (1992)	1992	Descriptive	130 questionnaires. Réponses 89, ergothérapeutes.	psychiatrie	Ontario	MBI

Schraub & Marx (2004)	2004	Revue de littérature	17 études. Portant sur oncologues, infirmières, radiothérapeutes.	somatique	États-Unis, France, Grande Bretagne, Canada	Tous ont utilisé le MBI
Stordeur, Vandenberghe & D'hoore (1999)	1999	Quantitative	1593 questionnaires réponses : 625 (40%), infirmières (75%) et soignants (25%). Un autre test a été fait parallèlement a celui-ci pour avoir une comparaison.	Manquant	Hôpital universitaire Belge	Questionnaire personnel, qui été auparavant testé. Analyse facteur de stress, variables modératrices, épuisement émotionnel et niveau de burn-out
Duquette, Sandhu & Beaudet (1994)	1993	Revue de littérature	36 études : 19 revues de journal, 15 thèses doctorales et 2 thèses des masters.		États-unis, Canada,	?

Constable & Russel (1986)	1986	Quantitative	391 questionnaires, 310 (79%) réponses d'infirmières.	armée	Colorado (États-unis)	MBI et work environnement scale.
Jones, Janman & Rick (1987)	1987	Quantitative	718 questionnaires, 349 (49%) réponses d'infirmières	psychiatrie	États-unis	MBI
Dugan., Lauer, Bouquet, Dutro, Smith & Widmeyer, (1996)	1996	Quantitative	600 questionnaires, 293 réponses d'infirmières.	19 unités d'un hôpital somatique	Ohio (États- Unis)	Questionnaires qu'ils ont inventé et pré- testé. Évalue les symptômes physiques du burn-out, personnels et comportementaux. Déroulé en 3 fois pr voir évolution.

Courtial & Huteau (2005)	1974-2001	Revue de littérature, Quantitatif,	25 articles scientifiques venant de psycinfo. 18 récits d'infirmières parlant de leur vie professionnelle en lien avec burn-out. 15 documents de Le Monde.	Psychiatrie	Nantes, France	Analyse des mots associés.
Webb (2001)	2001	Document explicatif	Pas cité	Pas cité	Angleterre	Pas cité
Bonnin-Scaon, & Colombat, (2008)	2008	Document explicatif	Pas cité	Oncologie, soins palliatifs	France	Pas cité
Lisandre, Abbey-huguenin, Bonnin-Scaon, Arsene, &	2008	Descriptive	268 réponses. 29 médecins, 102 infirmières, 105 aides	Oncologie, radiothérapie,	France	MBI

Colombat (2008)			infirmières			
Martel (1991)	1991	Quantitative	37 soignants, 8 services	Soins somatiques	France	MBI
Pronost (2001)	2001	Empirique Quantitative	185 infirmières : 91 formées et 94 non formées	Cancérologie, palliatif	France	MBI et échelle toulousaine de coping.
Mokslas (2007)	2007	Quantitative	160 infirmières	Clinique générale (adultes, pédiatrie et gynécologie)	Lithuanie	Questionnaire mesurant l'empathie, l'épuisement émotionnel et l'engagement professionnel
Shimizu, Feng & Nagata, (2005)	2002	Quantitative	285 infirmières	Hôpital privé général	Japon	MBI

Imai, Nakao, Tsuchiya, Kuroda & Katoh (2004)	2002	Quantitative	816 infirmières dans deux services	Psychiatrie	Japon	Pines et MBI
Poncet, Toullic, Papazian, Kentish-Barnes, Timsit, Pochard, Chevret, Schlemmer & Azoulay (2006)	2004	Quantitatif	2525 questionnaires dans 287 équipes. 2392 réponses infirmières.	Somatique, soins intensifs	France	MBI

Total :	Vont de 1986 à 2008. principalement sur années 2000.	Quantitatif :11 Descriptive :2 Document explicatif :2 Revue de littérature :2 Revue de littérature et quantitatif :1	Infirmières : 5435 Médecins : 59 Autres : 230 Ergothérapeutes : 80 Parlant que d'infirmières : 11 % moyen de réponses : 40% Nombre d'articles totaux dans revues : 93	Psychiatrie :4 Aigus : 5 Palliatif :4 Armée : 1 Non cité : 1	France :6 Etats-Unis :6 Japon :2 Canada :1 Lithuanie :1 Angleterre :1 Maroc :1 Belgique : 1	MBI :11 Pines :1 Personnel :3 Échelle toulousaine sur le coping :1 Mots associés : 1 Test général health (détresse psy) :1 Work environment scale : 1
---------	--	--	---	--	--	---

ANNEXE F : PRISE DE NOTES DE : TEMPS PRÉSENT « BURN-OUT : QUAND LE TRAVAIL N'EST PAS LA SANTÉ »

✘ TEMPS PRÉSENT, 36.9° DU 1 NOVEMBRE, *BURN-OUT : QUAND LE TRAVAIL C'EST PAS LA SANTÉ*

Témoignages

Secrétaire :

Malaise du au burn-out : elle n'arrivait plus a parler, elle a oublié ce qui s'était passé et n'arrivait à plus rien faire. Peu de sommeil : 3-4 heures +1h de sieste par jour.

Elle a du mettre des priorités dans sa vie pour pouvoir se soigner.

Après un an elle a toujours des problèmes de concentration, si elle est en présence de beaucoup de monde elle devient vite très fatiguée.

Propriétaire d'un café :

3h de sommeil.

Elle a des crises d'angoisse, malaises, sentiment de mort imminente, sueurs froides.

Elle a un suivi psychiatrique : TCC. Qui lui permet de prendre conscience de ce qu'est le burn-out. Avec son thérapeute ils étudient les situations qui provoquent des crises de burn-out pour pouvoir changer le comportement, diminuer l'anxiété. Elle apprend aussi à se relaxer.

Il y a une incompréhension des autres (société), ce n'est pas reconnu en tant que pathologie.

Psychiatre : Alexis Burger

Difficulté à reconnaître, on s'occupe des autres mais pas de soi. Après avoir été atteint de burn-out il a commencé à donner des cours à ce sujet.

Prévention : il faut réfléchir et répondre tout d'abord a ces quelques questions :

- ✘ Quel est le rapport avec son travail ?
- ✘ Quelles sont les motivations des professionnels ?
- ✘ Les valeurs présentes au début de formation, toujours d'actualité ?
- ✘ Il faut se remettre à jour, intérieurement, (réajuster son sentiment de toute puissance).
- ✘ Le processus de réajustement essentiel pour la prévention du burn-out.

Infirmier :

- ✘ Exprime un manque de temps, on ne peut plus prendre le temps d'écouter, ni d'entendre la souffrance des patients.
- ✘ On vend des prestations.
- ✘ Cette infirmière atteinte de burn-out avait l'impression que ses collègues avaient les mêmes difficultés, manque de temps.
- ✘ Énorme fatigue, troubles de la concentration.
- ✘ Lors de l'annonce du diagnostic de burn-out elle a eu un sentiment de culpabilité, de honte.

Les personnes ayant des difficultés au travail ont peur de perdre leur travail, de passer pour des faibles.

Chef de service et responsable de la bibliothèque de l'institut judiciaire :

Les 25 premières années de travail furent très riches et passionnantes. Ensuite elle a senti son poste en danger. Elle a eu un sentiment de mobbing imminent. Elle a donc voulu travailler d'avantage pour ne pas être mobbée.

Elle ne dormait plus que 4h30 par jour.

Elle était très fatiguée, angoissée, ne mangeait plus, faisait des syncopes. Jusqu'au jour où elle n'a plus pu se mouvoir. Ceci a dégénéré en dépression puis en tentamen.

Actuellement toutes les nuits elle cauchemarde des ces moments-là.

Helsana fait de la prévention car le burn-out leur coûte cher.

Elle propose :

- ✘ Des cours d'information sur l'épuisement professionnel par Vasey, C.
- ✘ Des cours de décontraction et de lâcher prise.
- ✘ Cette assurance fait aussi des contrôles à domicile pour motiver les personnes qui sont à l'assurance depuis 2-3 mois à retourner au travail. Cependant parfois le retour au travail peut être prématuré. Une infirmière dit que lors de son congé à cause du burn-out les assureurs sont allées chez elle faire un entretien qu'elle dit d'intrusif et qu'ils lui ont mis la pression pour qu'elle retourne travailler. Chose qu'elle fit, elle a tenu 3 semaines puis a démissionné.
- ✘ La prévention permet de préserver son capital humain. (Deschamps, F.)
- ✘ Il faut conserver la motivation pour son travail.
- ✘ Il faut remplir le cahier des charges avec l'employé afin que les tâches soient claires.
- ✘ La rotation est la conséquence du burn-out.

Moyens mis à disposition pour la prévention du burn-out chez Switcher :

Sale Zen pour de la réflexion, abonnement gratuit au fitness, bilans de santé offerts, week-ends organisés, facilités d'aménagement des horaires de travail, massages par une personne externe, enquêtes de satisfaction, médiation pour gérer les conflits.

Il n'y a pas de statistique en suisse car les entreprises préfèrent faire comme si cela n'existait pas. Les entreprises ont peur de montrer leur taux de burn-out, peur de la réaction des médias, honte des entreprises.

Causes du burn-out :

- ✘ Organisation de l'entreprise
- ✘ Charge de travail

✘ Climat de travail

✘ Autonomie (Vasey, C.)

De Gueuser, F. (professeur assistant HES Lausanne) affirme que : de nos jours nous travaillons en collectif, on se contrôle tous. Le temps que l'on a à disposition pour exercer nos tâches s'est réduit. Il y a de plus en plus de demandes quant à la rapidité dues à la technique, souvent il est demandé au travailleur une réponse immédiate (courrier par e-mail).

L'absence de chef pose problème, ainsi que l'absence de connaissances. La société nous demande de faire : vite, bien et pas cher en même temps chose qui est impossible. Les demandes sont en constante augmentation, après la demande de faire une tâche vient toujours s'en surajouter d'autres. Ceci engendre une absence de perfection par manque de moyens.

Le burn-out peut aussi se ressentir par des douleurs cervicales, dorsales, abdominales et des problèmes cardio-vasculaires. Il y a une accumulation du mauvais stress, le corps n'arrive plus à se détendre.

Processus du stress :

Lors de danger il y a un signal envoyé à la glande surrénale. Cette dernière produit de l'adrénaline qui forme du cortisol. Ces deux hormones vont s'accumuler et affecter l'organisme. Ceci va déclencher le burn-out.

Personnalités à risque : perfectionnistes, ambitieuses, idéalistes

Situations à risque : mono-parentalité, deuil, divorce, surcharge de travail, responsabilité, changement, manque d'autonomie.

Professions les plus exposées : professionnels de la santé principalement, enseignants, policiers, contrôleur aérien.

Les soignants ont des représentations irréalistes.

La confrontation constante à la souffrance et l'image négative que nous renvoient les patients prédispose au burn-out.

ANNEXE G : PRISE DE NOTES DE : A BON ENTENDEUR « VOUS SOUFFREZ ? POUR L'OPÉRATION REPASSEZ DANS 6 MOIS »

A BON ENTENDEUR, 4 MARS 08, VOUS SOUFFREZ ? POUR L'OPÉRATION REPASSEZ DANS 6MOIS !

Réalisé sur Lausanne, Genève. Dans des hôpitaux publics et des cliniques privées.

Il y a un glissement vers une médecine à deux vitesses.

✘ Manque de moyens

✘ Manque d'effectif

✘ Économie

Les patients avec de grandes douleurs doivent soit attendre soit payer plus cher et aller en clinique privée. Pendant l'attente de place les patients seront à l'assurance ce qui a un coût !

Il y a une augmentation du nombre de patients du au vieillissement de la population. Les personnes âgées ont souvent des fractures du col du fémur et des prothèses du genou. Il y a aussi beaucoup d'opérations dues au sport.

Les opérations en ambulatoire ont augmenté (le patient n'est pas hospitalisé et donc cela revient moins cher) ceci est du à l'effet Tarmed.

Il y a de plus en plus de patients dans les hôpitaux, cependant ces derniers sont soumis à des pressions pour réduire leurs coûts (fusion de services, réduction du nombre de lits,...)

La loi sur le travail est de 50h de travail par semaine.

ANNEXE H : PRISE DE NOTES DE : TEMPS PRÉSENT « BURN-OUT LA LUTTE S'ORGANISE »

✘ TEMPS PRÉSENT DU 7 FÉVRIER, *BURN-OUT LA LUTTE S'ORGANISE*,

Fait dans l'hôpital du CHUV.

Installation progressive en question de mois/années. C'est un accident professionnel grave.

Personne n'est à l'abri du burn-out : 1/5 des travailleurs sont en burn-out. 1/3 de ces professionnels en burn-out sont des soignants. Les cadres ont aussi un burn-out.

Tout s'accélère : concurrence / productivité mettent l'entreprise à rude épreuve.

✘ Surcharge de travail

✘ Pressions dues aux horaires, délais de plus en plus courts

✘ Obligation de réussite

✘ Mauvais climat de travail

✘ Absence de reconnaissance, cadres mal-formés

6 mois d'arrêt si burn-out, le coût en 2000 est de 4 milliards de frs.

Les infirmiers ont peur de perdre le travail, peur de laisser tomber l'équipe, sentiment de culpabilité.

Prévention :

Mesurer le climat de travail par les absences, horaires, rotation, accélération du processus. Avec une étude basée sur ces données-là il est possible de deviner un burn-out qui pourrait se produire.

Les assurances proposent un accompagnement des personnes en difficulté.

Ces dernières années il y a eu une plus grande sensibilisation (information) au niveau des infirmiers chefs du CHUV.

En Suisse on commence à prévenir le burn-out mais ce n'est pas encore assez. Les personnes en burn-out ne comprennent souvent pas ce qui lui arrive, ils ont des tendances dépressives-suicidaires.

La détection précoce ne suffit pas, il faut oser en parler, car actuellement l'épuisement professionnel est vu comme une pathologie honteuse.

Un inspecteur de santé au travail à fribourg dit que : Les infirmières ont une charge au travail plus encore la charge familiale. Le burn-out est difficile à détecter, il faut dialoguer, discuter sur le sujet. La détection du burn-out est à ses débuts.

RÉSUMÉ

Ce travail porte sur le burn-out chez les soignants donnant des prestations dans des services de psychiatrie, soins aigus et palliatifs. D'après les statistiques, 43,5% de la population en suisse romande a déjà vécu un épisode de burn-out. Cette pathologie est principalement retrouvée chez les soignants qui sont en contact direct avec la souffrance d'autrui, ainsi que la mort.

Le but de cette revue de littérature est de faire une recension des données présentes à ce sujet, puis de faire émerger les facteurs prédisposant au burn-out ainsi que les moyens de prévention existants.

Suite à une définition des cadres de référence tels que : burn-out, stress, coping et prévention, seize recherches ont été analysées. Ces études sont axées principalement sur le setting défini précédemment.

Les résultats obtenus quant aux facteurs externes prédisposant au burn-out sont entre autres: l'environnement de travail pauvre en communication, la charge de travail, la confrontation à la souffrance ainsi qu'à la mort. En ce qui concerne les facteurs internes à la personne, élément qui a été moins étudié, il en ressort principalement des composantes sociodémographiques, la personnalité et les émotions ressenties. Parmi les moyens de prévention cités il y a la possibilité d'atténuer les facteurs favorisant par la formation, l'amélioration de l'environnement de travail, la présence de supervision et la possibilité d'une réflexion personnelle.

MOTS-CLÉS : burn-out, infirmiers, facteurs prédisposant au burn-out, moyens de prévention de l'épuisement professionnel.

REMERCIEMENTS

Je souhaite tout d'abord remercier Mme Nicole Nadot pour son aide tout au long de ce parcours. Ses conseils et ses encouragements me furent très utiles.

Je voudrais aussi remercier Mauro Santos, Cristina Cunha ainsi que Liliana Bastos qui m'ont aidé lors des corrections et soutenu tout au long de ce travail.

Un grand merci à mes parents et amies qui m'ont appuyé dans les moments les plus difficiles.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ

REMERCIEMENTS

1.	INTRODUCTION	P.:	7
2.	CADRES DE RÉFÉRENCE	P. :	10
2.1.	BURN-OUT	P. :	10
2.2.	STRESS.....	P. :	12
2.3.	COPING	P. :	13
2.4.	PRÉVENTION	P. :	14
3.	MÉTHODE	P. :	15
3.1.	CRITÈRES D'INCLUSION	P. :	16
3.2.	CRITÈRES D'EXCLUSION.....	P. :	16
3.3.	STRATÉGIES DE RECHERCHE	P. :	17
3.3.1.	Première stratégie	p. :	17
3.3.2.	Deuxième stratégie	p. :	18
3.3.3.	Troisième stratégie	p. :	18
3.3.4.	Quatrième stratégie.....	p. :	19
3.3.5.	Cinquième stratégie	p. :	19
4.	RÉSULTATS.....	P. :	20
4.1.	FACTEURS PRÉDISPOSANT AU BURN-OUT	P. :	20
4.1.1.	Facteurs collectifs	p. :	21
	✘ Charge de travail	p. :	21
	✘ Type de pathologies	p. :	21
	✘ Confrontation à la souffrance et à la mort.....	p. :	22
	✘ Sentiment de non reconnaissance	p. :	22

	✘ Environnement de travail	p. : 23
	✘ Difficulté de communication	p. : 24
	✘ Durée de travail, rotation	p. : 24
	✘ Organisation	p. : 25
4.1.2.	Facteurs individuels	p. : 25
	✘ Données socio-démographiques	p. : 26
	✘ Personnalité	p. : 26
	✘ Émotions	p. : 27
	✘ Organisation	p. : 27
	✘ Gestion du stress	p. : 28
4.2.	MOYENS DE PRÉVENTION DU BURN-OUT	p. : 28
4.2.1.	Prévention collective	p. : 28
	✘ Environnement	p. : 28
	✘ Formation	p. : 29
	✘ Supervision	p. : 30
	✘ Charge de travail	p. : 30
4.2.2.	Prévention individuelle	p. : 31
	✘ Formation à la gestion du stress	p. : 31
	✘ Réflexion personnelle	p. : 31
5.	DISCUSSION	P. : 31
5.1.	QUALITÉ DES ARTICLES CHOISIS	p. : 32
5.2.	FACTEURS PRÉDISPOSANT AU BURN-OUT ET MOYENS D'Y PALLIER	p. : 33
5.2.1.	Facteurs externes	p. : 33
5.2.2.	Facteurs internes	p. : 39
5.2.3.	Réponse à la question de recherche	p. : 41
5.2.4.	Perspectives pour la pratique	p. : 42

6. CONCLUSION P. : 45

BIBLIOGRAPHIE P.: 47

ANNEXES

ANNEXE A : LE CODE DÉONTOLOGIQUE DES INFIRMIÈRES SELON LE CIIP. : 53

ANNEXE B : MASLACH BURN-OUT INVENTORYP.: 56

ANNEXE C : LE STRESS.....P. : 60

ANNEXE D : ANALYSE DES RECHERCHESP. : 62

ANNEXE E : ANALYSE DE LA QUALITÉ DES ÉTUDES.....P. : 137

ANNEXE F : PRISE DE NOTES DE : TEMPS PRÉSENT « BURN-OUT : QUAND LE TRAVAIL N'EST PAS LA SANTÉ »P. : 144

ANNEXE G : PRISE DE NOTES DE : A BON ENTENDEUR « VOUS SOUFFREZ ? POUR L'OPÉRATION REPASSEZ DANS 6 MOIS ».....P. : 148

ANNEXE H : PRISES DE NOTES DE : TEMPS PRÉSENT « BURN-OUT :LA LUTTE S'ORGANISE ».....P. : 149