



Université de Montréal

Prévention du *burnout* des infirmières en milieu hospitalier:  
Perception des infirmières gestionnaires

Par  
Aylvide Nathalus

Faculté des sciences infirmières

Mémoire présenté à la faculté des études supérieures  
en vue de l'obtention du grade de  
Maitre ès Sciences (M.Sc.) en sciences infirmières  
option : administration des services infirmiers

Août 2018

© Aylvide Nathalus, 2018

Université de Montréal  
Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé :

Prévention du *burnout* des infirmières en milieu hospitalier :  
Perception des infirmières gestionnaires

Présenté par

Aylnide Nathalus

A été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Christine Genest  
Présidente-rapporteuse

Arnaud Duhoux  
Directeur de recherche

Marie-Josée Levert  
Codirectrice de recherche

Stéphanie Dollé  
Membre du jury

## Résumé

**Introduction :** Les infirmières gestionnaires sont des piliers en ce qui a trait à la prévention du *burnout* des infirmières. Ceci dit, aucune étude n'a été réalisée sur la perception des infirmières gestionnaires quant à leur rôle dans la prévention du *burnout*.

**Objectifs :** Le but de cette étude est d'explorer les perceptions des infirmières gestionnaires relativement au *burnout* des infirmières en milieu hospitalier. Plus spécifiquement, elle vise à connaître leur vision par rapport à leur rôle dans sa prévention, à leur connaissance des stratégies de prévention évoquées par la littérature et à l'application de ces dernières dans leur milieu de travail.

**Méthodologie :** Un devis qualitatif de nature exploratoire descriptif a été choisi. L'étude a été réalisée entre le 15 janvier et le 12 février 2017, auprès de 11 infirmières travaillant dans un des centres hospitaliers de Montréal. L'analyse des données a été réalisée selon la méthode de Miles et Huberman (2003).

**Résultats :** Les résultats mettent en évidence trois constats importants. 1) les infirmières gestionnaires admettent manquer de connaissances sur le *burnout* et les stratégies de prévention 2) elles comprennent et sont conscientes de l'importance de leur rôle dans la prévention du *burnout* des infirmières 3) les stratégies de prévention du *burnout* sont difficiles à appliquer en raison des nombreuses contraintes organisationnelles et réclament plus de soutien de la part de l'établissement de santé qui détient aussi un rôle bien important.

**Discussion et conclusion :** Cette étude montre à quel point le rôle des infirmières gestionnaires en matière de prévention du *burnout* doit être mieux soutenu par les organisations de santé. Les organisations de santé pourront devenir des acteurs clés, notamment en évaluant les besoins des infirmières gestionnaires en matière de formation afin de mieux les soutenir dans leurs démarches de prévention du *burnout* des infirmières.

**Mots clés :** *burnout*, prévention, gestion, infirmières gestionnaires, infirmières.

## **Abstract**

**Introduction:** Nurse managers are pillars in the prevention of nurse burnout. With that being said, no study has ever been done before in regards to the views of nurse managers in the role they play in preventing burnouts.

**Objectives:** The purpose of this study is to find out what are the views of nurse managers in regards to burnouts of nurses in a hospital setting. More specifically, it aims to know how they view their role in the prevention of burnouts, the knowledge they have on the prevention strategies mentioned in the literature and how they apply these strategies in their workplace.

**Methodology:** For this research, a qualitative study of descriptive exploratory nature was chosen. The study was conducted with 11 nurses working in one Montreal hospital between January 15<sup>th</sup> and February 12<sup>th</sup>, 2018. The analysis of the data was performed using the method of Miles and Huberman (2003).

**Results:** The results of this study highlight three findings: 1) nurse managers admit lack of knowledge about burnout and prevention strategies 2) they understand and are aware of the importance of their role in preventing burnout of nurses 3) burnout prevention strategies are difficult to implement because of the many organizational constraints and require more support from the health facility, which also has a very important role.

**Discussion and conclusion:** This study show how the role of nurse managers in preventing burnout need to be more supported by health organization. Health organizations will be able to become key players, notably by assessing the needs of nurse managers in term of training to better support them in their effort to prevent burnout of nurses.

**Key words:** Burnout, prevention, management, nurse manager, nurses

## Table des matières

Résumé .....	IV
Abstract.....	V
Table des matières .....	VI
Liste des figures.....	IX
Liste des sigles et abréviations .....	X
Remerciements .....	XII
Introduction .....	1
Chapitre I : Problématique.....	4
But .....	12
Questions de recherche.....	12
Chapitre II : Recension des écrits .....	13
Stratégie de recherche documentaire .....	14
Le « <i>burnout</i> » .....	15
Le stress au travail.....	15
Définition .....	16
Signes et symptômes.....	18
Outils de mesure et de dépistage.....	20
Facteurs de risque du <i>burnout</i> chez les infirmières .....	21
Facteurs de risque individuels.....	21
Caractéristiques de l'individu. ....	21
Habitudes de vie.....	23
Conciliation travail-famille .....	24
Facteurs de risque organisationnels du <i>burnout</i> .....	25
Climat et environnement de travail .....	25
Culture organisationnelle .....	27
Satisfaction au travail.....	28
Horaires de travail .....	30
Unités de soins .....	31
Pratiques de gestion .....	36
Dysfonctionnements liés au <i>burnout</i> .....	38

Dysfonctionnements individuels.....	39
Utilisation récréative de substances psychoactives.....	39
Déséquilibres alimentaires.....	40
Troubles du sommeil.....	40
Suicide.....	41
Dysfonctionnements organisationnels .....	41
Impacts sur l'organisation.....	42
Impacts sur les patients.....	45
Stratégies de prévention du <i>burnout</i> .....	47
Stratégies de prévention au niveau de l'individu.....	47
Stratégies de prévention au niveau organisationnel.....	49
Cadre de référence.....	52
Chapitre III : Méthodologie.....	58
Devis de recherche .....	59
Milieu de l'étude .....	60
Méthode d'échantillonnage et caractéristiques de l'échantillon .....	60
Déroulement.....	62
Considérations éthiques .....	63
Méthodes de collecte de données et gestion de données.....	65
Entrevues semi-structurées .....	65
Questionnaire sociodémographique.....	65
Journal de bord.....	66
Analyse des données.....	66
La condensation des données.....	67
La planification des données.....	69
L'élaboration/ vérification des données.....	69
Critères de rigueur scientifique.....	70
La crédibilité .....	70
La fiabilité .....	71
La confirmation.....	71

La transférabilité .....	72
Chapitre IV : Article scientifique .....	73
Résumé .....	75
Abstract.....	76
Introduction .....	77
Méthodologie.....	78
Résultats .....	79
Les connaissances, les manifestations et les causes du <i>burnout</i> .....	79
Les impacts organisationnels du <i>burnout</i> .....	81
Le rôle de l’infirmière gestionnaire dans la prévention du <i>burnout</i> .....	83
Le rôle de l’établissement de santé dans la prévention du <i>burnout</i> .....	84
Discussion.....	85
Limites et forces de l’étude .....	88
Retombées / Implications pour la recherche .....	89
Recommandations .....	89
Conclusion .....	90
Références bibliographiques.....	91
Références bibliographique du mémoire .....	93
ANNEXE A: Courriel envoyé à la direction des soins infirmiers (DSI) .....	107
ANNEXE B: Courriel envoyé aux infirmières gestionnaires.....	109
ANNEXE C: Formulaire d’information et de consentement.....	112
ANNEXE D: Relance téléphonique à l’intention des infirmières gestionnaires .....	119
ANNEXE E: Questionnaire sociodémographique des infirmières gestionnaires .....	121
ANNEXE F: Guide d’entrevue.....	123
ANNEXE G: Certificat d’éthique .....	125
ANNEXE H: Lettre d’autorisation de réaliser le projet dans le CIUSSSNIM .....	131
ANNEXE I: Exemple de tableaux réalisés lors du processus d’analyse (codification).....	135
ANNEXE J: Instructions aux auteurs pour la revue Science Infirmière .....	136



## **Liste des figures**

<b>Figure 1</b> : Facteurs de stress des infirmières : Adaptation du modèle psycho-socio-organisationnel de la santé mentale au travail de Brun, Biron, Martel et Ivers (2003) .....	53
--	----

## **Liste des sigles et abréviations**

**AIIAO** : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario

**AIIC** : Association des infirmières et infirmiers du Canada

**ANACT** : Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail

**CIUSSS** : Centre intégré Universitaire de Santé et de Services Sociaux

**CER** : Comité d'éthique de la recherche:

**DGT** : Direction générale du travail

**DSM-V** : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux

**FIC** : Formulaire d'information et de consentement

**FCSII** : Fédération canadienne des syndicats d'infirmières/infirmiers

**INRS** : Institut National de Recherche et de Sécurité

**MBI** : Maslach Burnout Inventory

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

|

*« Le succès n'est pas la clé du bonheur.*

*Le bonheur est la clé du succès.*

*Si vous aimez ce que vous faites, vous réussirez. »*

**-Albert Schweitzer-**

## Remerciements

La rédaction d'un mémoire implique beaucoup de sacrifices, de dévouements et surtout, de soutien. C'est la raison pour laquelle je tiens à remercier tous ceux qui m'ont soutenue tout au long de cette grande et merveilleuse aventure.

Tout d'abord, ce projet ne serait pas ce qu'il est aujourd'hui sans le soutien indispensable de mes deux directeurs de recherche, Arnaud Duhoux et Marie-Josée Levert. Merci de m'avoir soutenue, épaulée et guidée tout au long de ce processus. Vous avez toujours su trouver les mots justes pour m'encourager. Merci pour votre disponibilité et d'avoir partagé avec moi votre expertise m'ayant permis de réaliser ce mémoire. Ce fut agréable et un réel plaisir de vous avoir côtoyés.

Ce mémoire n'aurait pas vu le jour sans les personnes qui ont généreusement accepté de participer à ce projet. Merci pour votre temps et d'avoir partagé avec moi vos expériences.

Je tiens à remercier mon employeur de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal pour avoir accommodé mon horaire afin que je puisse me consacrer davantage sur mon projet de mémoire.

Finalement, je remercie tout spécialement mes amis et ma famille pour leur soutien indéniable. Harry, mon cher mari, merci d'avoir été mon roc toutes ces années. Merci de m'avoir supportée lorsque les montagnes me semblaient insurmontables. Oui, nous y sommes arrivés!

## **Introduction**

La présente étude s'intéresse à la perception qu'ont les infirmières gestionnaires de leur rôle dans la prévention du *burnout* des infirmières travaillant en milieu hospitalier. De plus, cette étude permet de jeter une lumière sur ce que les infirmières gestionnaires savent du *burnout*, des stratégies de prévention et de leur capacité de les mettre en œuvre dans leur milieu de travail. En effet, les infirmières sont à très haut risque de développer les symptômes du *burnout* au cours de leur carrière (Canadas-De la Fuente, 2015; Gomez-Urquiza, 2017). Par leur pouvoir hiérarchique et leur proximité avec les infirmières, les infirmières gestionnaires sont des acteurs clés dans l'application des mesures afin de prévenir le *burnout* des infirmières travaillant en milieu hospitalier (Awa, 2010). Pour mieux agir sur la prévention du *burnout* des infirmières, il est important de comprendre la perception des infirmières gestionnaires sur ce syndrome ainsi que les barrières et facilitateurs à l'application des mesures de prévention dans leur milieu afin d'agir sur ces facteurs.

Dans le premier chapitre, la problématique du *burnout* chez les infirmières travaillant en milieu hospitalier est exposée, notamment sa prévalence au Québec et au sein de la profession infirmière. Ce chapitre fait aussi un survol sur le rôle des infirmières gestionnaires dans la prévention du *burnout* des infirmières.

La recension des écrits fait un survol de la littérature disponible en abordant différents concepts dans le deuxième chapitre, soit la définition du *burnout*, les signes et symptômes du *burnout*, les facteurs de risques individuels et organisationnels, les conséquences du *burnout* et les stratégies de prévention du *burnout* reconnues efficaces. Finalement, le modèle conceptuel, soit le modèle psycho-socio-organisationnel de Brun et al. (2003), ayant servi d'assise à ce projet de recherche est décrit.

Le troisième chapitre décrit l'approche méthodologique utilisée. Il comporte la description du devis de recherche, du milieu de l'étude et de l'échantillon. Ce chapitre aborde aussi les considérations éthiques, les méthodes de collecte et de gestion des données, la méthode d'analyse utilisée et finalement, tout ce qui a trait aux critères de rigueur scientifique qui ont balisé cette étude.

Le quatrième chapitre, présenté sous la forme d'un article scientifique présente les résultats obtenus au cours de ce présent projet de recherche en les faisant ressortir en thèmes principaux. Il comporte aussi une discussion des résultats permettant de faire des liens avec la littérature. Finalement, la conclusion de cette étude est composée de ses limites et de ses forces , de ses retombées pour la recherche et des recommandations afin de mieux soutenir les infirmières gestionnaires dans leur rôle dans la prévention du burnout des infirmières travaillant en milieu hospitalier.

## **Chapitre I : Problématique**



Le syndrome d'épuisement professionnel, communément appelé *burnout*<sup>1</sup>, est une conséquence psychologique directe et importante du stress au travail. De fait, il s'agit d'un phénomène très répandu et au cœur de nombreuses recherches. Il correspond à un état d'esprit négatif lié au travail, développé graduellement, conséquemment à une exposition constante à des situations dites stressantes au travail (Cooper et al., 2016).

Les statistiques recensent un nombre accru de travailleurs recevant des primes d'invalidité pour épuisement professionnel, et ce, à l'échelle internationale (Stattin, 2005; Brun, Biron, Martel et Ivers, 2003; OMS, 2005)). Au Québec, la proportion de travailleurs affectés par les symptômes du *burnout* est de l'ordre de 25 % (Brun, Biron, Martel et Ivers, 2003; OMS, 2005). Le *burnout* est un syndrome pouvant toucher tous les types de travailleurs, mais ses symptômes se manifestent plus particulièrement chez certains groupes de professionnels. En effet, l'étude de Brun, Biron Martel et Ivers (2003) démontre l'ampleur du problème relatif à la santé mentale des travailleurs dans les organisations de santé québécoises. Cette étude, effectuée auprès d'employés d'un centre hospitalier, révèle que près de 54 % des employés rapportent un niveau élevé de troubles d'ordre psychologique et 39 % du total des absences au travail sont attribuables à des problèmes de santé mentale (Brun et al., 2003). Les résultats de cette étude rapportent aussi que ce sont les infirmières qui affichent le plus haut risque de manifester des symptômes psychologiques importants comparativement aux autres catégories de professionnels telles que les cadres, les employés travaillant auprès des bénéficiaires et les employés de bureaux des autres organisations.

---

<sup>1</sup> Dans le cadre de ce mémoire, le terme « *burnout* » est utilisé en remplacement de « épuisement professionnel » afin d'éviter la confusion avec le terme « épuisement émotionnel ».

Plusieurs études rapportent que la prévalence du *burnout* chez les infirmières est particulièrement élevée, ce qui en fait un enjeu préoccupant (Cooper et al., 2016; Gelsema et al., 2006; Mealer, Burnham, Goode, Rothbaum et Moss, 2009). En effet, des études ont démontré que les infirmières forment un groupe de professionnelles de la santé à risque de *burnout* conséquemment à leur contact direct avec la souffrance, la misère, le malheur, la maladie et la mort (Aiken et al., 2011). Les recherches sur le burnout ne font état de statistiques récentes sur sa prévalence au Québec. Selon Marchand (2005), 30 % des infirmières souffriraient des symptômes du *burnout* et près de 50 % d'entre elles auraient déjà songé à changer de profession en raison de nombreux facteurs affectant leurs conditions de travail (manque de soutien, horaire, conflits). En appui à ces résultats, d'autres études ont démontré que 30 à 50 % des infirmières ressentent des symptômes cliniques du *burnout* (Gelsema et al., 2006; Poncet et al., 2007).

En Ontario, les résultats d'une recherche soutiennent que parmi les 496 infirmières ayant moins de 3 ans de pratique travaillant en soins critiques, 66 % démontraient des symptômes du *burnout* (Cho, Spence Laschinger et Wong, 2006). Les écrits soutiennent que les infirmières travaillant aux soins intensifs sont particulièrement à risque de développer les symptômes du *burnout*. En effet, elles font face à de nombreux agents stressants, tels que l'utilisation intensive de technologies sophistiquées, la charge de travail importante, la complexité de la tâche et la confrontation à la mort (Bakker, LeBlanc et Schaufeli, 2005; Ricou et Merlani, 2012). De ce fait, ces stressors affectent les infirmières sur le plan physique et mental et compromettent leur travail et les soins prodigués aux patients. Ces patients, se trouvant souvent dans un état de vulnérabilité, dépendent presque entièrement des infirmières afin d'assurer leur bien-être, leur sécurité et même leur survie

(Ricou et Merlani, 2012). Ainsi, le *burnout* qui affecte les infirmières affecte la qualité des soins offerts aux patients et compromet leur santé. Dans le même ordre d'idées, une importante proportion d'infirmières travaillant aux urgences ressent les symptômes du *burnout*. Une étude impliquant 114 infirmières, menée par Hooper, Craig, Janvrin, Wetsel et Reimels (2010), estime que plus de 26.7% des infirmières travaillant aux urgences démontrent des symptômes du *burnout*. Ces résultats ont été corroborés par une revue systématique de Canadas-De la Fuente et al. (2015), démontrant que plus de 26% des infirmières travaillant aux urgences souffrent des symptômes du *burnout*.

Outre les infirmières travaillant en soins critiques, les écrits démontrent clairement que toutes les infirmières, indépendamment de leurs spécialités, sont à risque, d'une manière ou d'une autre, de développer des symptômes de *burnout*. Par ailleurs, la majorité des écrits scientifiques ciblent, d'une part, les infirmières en général, et d'une autre part, les infirmières travaillant dans certaines spécialités. L'oncologie, la gériatrie et la psychiatrie sont parmi les spécialités les plus étudiées. La confrontation à la souffrance, les pronostics sombres, le désespoir des familles et la mort prédisposent au *burnout* les infirmières exerçant en oncologie (Gomez-Urquiza et al., 2016). En ce qui a trait aux infirmières œuvrant en gériatrie, les écrits soutiennent, entre autres, que la surcharge de travail, le manque de valorisation et prendre soin de patients souffrant de démence sont des causes directes du *burnout* (Westermann, Kozak, Harling et Nienhaus, 2014). Finalement, la violence des patients, le système de porte tournante et le manque de personnel engendrent l'apparition de symptômes du *burnout* chez les infirmières travaillant en psychiatrie (Hanrahan, Aiken, McClaine et Hanlon, 2010; McTiernan et McDonald, 2015).

Puisque le *burnout* résulte d'une exposition constante à de nombreux agents stressants liés au travail, les symptômes du *burnout* sont comparables à ceux du stress. Le *burnout* affecte l'infirmière autant sur le plan personnel que professionnel, pouvant résulter en de nombreux symptômes physiques (p. ex. maux de ventre et douleurs musculo-squelettiques) et émotionnels (p. ex. diminution de l'estime de soi) en plus de nombreuses répercussions organisationnelles (insatisfaction des patients, accroissement du roulement du personnel infirmier) (Burghi et al., 2014; Stewart, 2009; Wang, Liu et Wang, 2015).

Sur le plan personnel, les conséquences du *burnout* chez les infirmières incluent l'utilisation de substances psychoactives, des déséquilibres alimentaires, des troubles du sommeil et le suicide, lesquels seront décrits plus en détail dans le chapitre suivant (Nevanpera et al., 2012; Schluter, Turner, A.D. Huntington, Bain et R.J. McClure, 2011; Silva Ddos et al., 2015; Vela-Bueno et al., 2008). D'un point de vue organisationnel, Leiter et Maslach (2009) soutiennent que le *burnout* est un important précurseur du roulement de personnel. Le roulement se définit par le transfert d'une infirmière vers une autre unité de soins, lorsqu'elle quitte l'organisation de santé ou la profession infirmière, que ce soit de manière volontaire ou non (Kovner, Brewer, Fatehi et Jun, 2014) Une étude de Shoorideh, Ashktorab, Yaghmaei et Alavi Majd (2014) a établi une corrélation positive entre le *burnout* et le roulement du personnel infirmier. En effet, à la lumière de cette étude, ces auteurs ont conclu que plus le risque de *burnout* augmente sur l'échelle de CBI (*Copenhagen Burnout Inventory*), plus le taux de roulement du personnel infirmier augmente. Selon Ricou et Merlani (2012), il sera de plus en plus difficile de remplacer ces infirmières spécialisées, lesquelles favorisent davantage des professions moins stressantes.

Outre l'augmentation du roulement du personnel infirmier, l'augmentation du taux d'absentéisme, l'augmentation des retards et la difficulté à recruter et à retenir le personnel infirmier sont des conséquences directes du *burnout* de l'infirmière, et ce, indépendamment de l'unité de soins (Roche, Duffield, Homer, Buchan et Dimitrelis, 2015). De plus, ce syndrome affecte directement les patients par une diminution du taux de satisfaction, une diminution de la qualité des soins et une augmentation du taux de mortalité (Milliken, Clements et Tillman, 2007; Vahey, Aiken, Sloane, Clarke et Vargas, 2004; Van Bogaert, Clarke, Willems et Mondelaers, 2013).

Par leur rôle dans le maintien du bien-être au travail et de la santé mentale des infirmières, les infirmières gestionnaires<sup>2</sup> sont des actrices clés dans la minimisation des symptômes du *burnout* ainsi que dans sa prévention dans les établissements de santé (Brun, Biron, Martel et Ivers, 2003). Ceci dit, la littérature soulève également que les infirmières gestionnaires sont perçues, par les infirmières, comme des modèles de rôle qui les motivent en donnant un sens à leur travail ainsi qu'en reconnaissant le travail et les efforts fournis par celles-ci (Brun et al., 2003; Skakon, Nielsen, Borg et Guzman, 2010; Tessier, 2006). Par leur position de leader positif et par leurs compétences en relations interpersonnelles (*leadership*, collaboration, prise de décisions, consultation, recherche, éducation), les infirmières gestionnaires peuvent inspirer et mobiliser les membres de leur équipe de soins et ainsi instaurer un climat de travail favorable au bien-être des infirmières (Connelly, Nabarrete et Smith, 2003; Hamric, Hanson, Tracy et O'Grady, 2014).

---

<sup>2</sup> Le terme « infirmière gestionnaire » sera utilisé pour désigner l'infirmière-chef et le féminin sera employé tout au long de l'étude, sans discrimination de genre.

Les études recensées soulignent clairement la présence d'un lien significatif entre la gestion et l'apparition de symptômes du *burnout*. Un style de gestion et de *leadership* inadéquat de l'infirmière gestionnaire tend à augmenter le stress des infirmières, facteur prédisposant au *burnout* de ces dernières (Baysak et Yener, 2015; Ngozi et Ogwo, 2013; Pilbeam, Doherty, Davidson et Denyer, 2016). Les infirmières gestionnaires sont donc considérées comme des acteurs clés qui influencent l'environnement de pratique des infirmières. Il ne fait donc aucun doute que l'implication des infirmières gestionnaires s'avère un puissant levier pour prévenir l'apparition des problèmes de santé mentale des infirmières.

Plusieurs stratégies préventives existent afin de soutenir les infirmières gestionnaires dans leur démarche d'intervention avant l'apparition même des symptômes du *burnout* chez les infirmières comme le suggèrent Brun et al. (2003). Ces stratégies préventives, reconnues efficaces, figurent dans de nombreux guides de pratiques exemplaires tels que suggérés par l'AIIAO (Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario). En effet, les pratiques exemplaires recommandent d'assurer le bien-être au travail des infirmières en diminuant les agents stressants, en étant plus présentes sur les unités de soins et en s'instruisant davantage sur la problématique du *burnout* afin de reconnaître les signes et symptômes précurseurs (AIIAO, 2008; Bonnin-Scaon et Colombat, 2008). De plus, il est indiqué que le soutien dans les difficultés contribue au développement d'une relation positive entre l'infirmière gestionnaire et l'infirmière (Dunleavy, Shamian et Thomson, 2003). Cela dit, même si des mesures préventives organisationnelles proposées par les guides des meilleures pratiques existent et ont fait

leurs preuves, la littérature ne dévoile pas jusqu'à quel point ces pratiques sont utilisées par les infirmières gestionnaires.

De nombreuses études font état des facteurs de risque, de la prévalence et des conséquences du *burnout* des infirmières de tous types de département, et ce, au niveau international. Il s'agit d'un problème important touchant un nombre remarquable d'infirmières œuvrant en milieu hospitalier. Les guides de meilleures pratiques relatifs aux interventions liées à la préservation de la santé mentale des infirmières indiquent que les infirmières gestionnaires ont un rôle de premier plan à jouer dans la prévention et le dépistage du *burnout*, puis dans l'accompagnement des infirmières vivant ce type de difficultés (AIIAO, 2008). Toutefois, au regard d'une recension exhaustive, il n'existe pas d'écrits décrivant le point de vue des infirmières gestionnaires concernant leur rôle et leurs implications dans la prévention du *burnout* des infirmières, sachant que ce syndrome est un enjeu important qui touche un nombre important d'infirmières œuvrant en milieu hospitalier. Le *burnout* des infirmières est un problème bien réel et il apparaît donc crucial de comprendre le point de vue des infirmières gestionnaires sur cette problématique, sur leur rôle dans sa prévention et sur les stratégies proposées dans les écrits. Les résultats de cette recherche pourraient inciter les organisations à déployer des stratégies afin de sensibiliser et soutenir davantage les infirmières gestionnaires dans leurs démarches de prévention du *burnout* des infirmières travaillant en milieu hospitalier. De plus, cette étude apportera une lumière sur les barrières et facilitateurs à l'application des stratégies de prévention du *burnout* des infirmières selon les infirmières gestionnaires travaillant dans ces milieux. Ces barrières ou obstacles relatés par ces participantes pourront être pris en considération par les organisations afin de fournir le soutien nécessaire à ces infirmières

gestionnaires dans leur rôle de prévention du *burnout* des infirmières travaillant en milieu hospitalier. À plus long terme, ces changements pourraient donc contribuer à réduire le *burnout* chez les infirmières et par conséquent, toutes les conséquences directes et indirectes liées au *burnout* (absentéisme, roulement, mortalité, coûts).

### **But**

Le but de cette étude est d'explorer la perception des infirmières gestionnaires face au syndrome du *burnout* des infirmières travaillant en milieu hospitalier, à leur rôle dans sa prévention, aux stratégies de prévention reconnues efficaces et leur capacité (barrières/facilitateurs) à les mettre en œuvre au sein de leur département.

### **Questions de recherche**

- 1- Comment les infirmières gestionnaires perçoivent-elles le *burnout* des infirmières travaillant en milieu hospitalier?
- 2- Comment les infirmières gestionnaires perçoivent-elles leur rôle dans la prévention du *burnout* des infirmières travaillant en milieu hospitalier?
- 3- Quelle est la perception des infirmières gestionnaires face aux stratégies préventives reconnues efficaces pour diminuer le risque de *burnout* des infirmières travaillant en milieu hospitalier?
- 4- Quelle est la perception des infirmières gestionnaires de leur capacité (barrières/facilitateurs) à mettre en œuvre ces stratégies de prévention du *burnout* des infirmières au sein de leur département?



## **Chapitre II : Recension des écrits**

Ce chapitre décrit l'état des connaissances portant le *burnout* des infirmières travaillant en milieu hospitalier soulevées dans littérature. D'abord, la stratégie de recherche documentaire est décrite. Ensuite, le concept de *burnout* est présenté sous l'angle de la définition, des signes et symptômes, des outils de mesure et de dépistage, des facteurs de risque, des dysfonctionnements et des stratégies de prévention. Cette recension des écrits a pour cible les infirmières, indépendamment de leurs unités de soins.

### **Stratégie de recherche documentaire**

La recherche de données probantes avait comme ligne directrice de trouver tous les écrits pertinents à l'égard du phénomène à l'étude, soit le *burnout*. Les mots de recherche principalement utilisés ont été « *burnout* », « épuisement professionnel », « *nurse* », « infirmière », « prévention », « *prevention* », « intervention », « gestion » et « *management* ». Les écrits sur le *burnout* devaient concerner les infirmières, sans groupe d'âge précis, travaillant en milieu hospitalier. De plus, ces écrits devaient aussi explorer les signes et symptômes du *burnout*, sa prévalence, ses facteurs de risque, ses conséquences, les pratiques de gestion ainsi que les stratégies préventives du *burnout*. Il était essentiel que ces écrits soient publiés ou traduits en anglais ou en français. Plusieurs écrits ont été accessibles grâce à différentes banques de données telles que *Cinahl*, *PubMed*, *Embase*, *Medline*, et *Cochrane Library*. Ces écrits étaient majoritairement des revues systématiques, des synthèses, des revues d'études primaires ainsi que des études primaires randomisées, des mémoires et thèses et des publications. La littérature grise a aussi permis de corroborer des écrits avec des données pertinentes et riches en informations.

## Le « *burnout* »

### Le stress au travail

Le stress au travail est considéré comme l'un des problèmes majeurs de santé auxquels les organisations et les entreprises doivent faire face. Le stress au travail apparaît lorsque les exigences de la tâche surpassent les capacités, les ressources et les besoins du travailleur (Ladan, Sani, Musa, Ogbeh et Muhammad, 2014). Selon Statistique Canada (2010), un travailleur canadien sur quatre se dit stressé et 60 % d'entre eux soutiennent que le travail est leur principale source de stress.

Les facteurs prédisposant au stress au travail sont, d'une part, liés au contexte professionnel (la charge et la complexité de la tâche, l'organisation du travail, les relations professionnelles, l'environnement physique et technique ainsi que l'environnement socio-économique) et d'autre part, aux caractéristiques individuelles des travailleurs, telles que les facteurs de personnalité (caractère, valeurs), l'âge, le sexe, ou le milieu social où vivent ces travailleurs (Maslach, Schaufeli et Leiter, 2001; Tandem, 2012; Viding et al., 2015).

Les conséquences du stress sont multiples et variées et affectent la santé physique et psychosociale des personnes atteintes. En effet, le stress augmente les risques d'accidents cardiovasculaires et de symptômes somatiques tels que les troubles musculo-squelettiques, les maladies immuno-allergiques et les problèmes gastro-intestinaux (Tandem, 2012). De plus, le stress prédispose à des problèmes psychosociaux tels que l'isolement social, la dépression et les troubles anxieux (Awa, Plaumann et Walter, 2010). Le *burnout* est une conséquence psychologique directe et importante du stress au travail.

Il s'agit, en fait, d'un phénomène très répandu et au cœur de nombreuses recherches scientifiques.

### **Définition**

L'Américain Harold B. Bradley fut le premier, en 1969, à employer le terme *burnout* dans son livre intitulé *Community-based Treatment for Young Adult Offenders* pour décrire un état de stress lié au travail et d'usure psychologique du travailleur (Bradley, 1969). Ce terme fut ensuite repris en 1974 par Herbert J. Freudenberger, psychiatre et psychanalyste américain, puis par la psychologue Christina Maslach en 1976 (Maslach et Jackson, 1981). Freudenberger utilisa le terme de *burnout* dans ses écrits pour décrire l'état mental des jeunes volontaires travaillant auprès de toxicomanes d'un dispensaire, alors que Maslach faisait usage de ce terme auprès des professionnels du sauvetage et des urgentistes (Canoui et Mauranges, 2001). Depuis, plusieurs définitions ont été élaborées. Une des premières méta-analyses de Perlman et Hartman (1982) portant sur le *burnout* a identifié un total de 48 différentes définitions du *burnout* dans la littérature. Celle qui sera retenue dans le cadre de ce mémoire est la plus acceptée et a été développée par Freudenberger en 1981. Ce dernier soutient que le *burnout* est « un épuisement des ressources internes de l'individu et la diminution de son énergie, de sa vitalité et de sa capacité à fonctionner, qui résultent d'un effort soutenu déployé par cet individu pour atteindre un but irréalisable, et ce, en contexte de travail, plus particulièrement dans les professions d'aide » (Giroflie-Girard, 2007, p. 34).

Le *burnout* n'est pas considéré comme une maladie mentale à part entière tel que stipulé par les classifications médicales de références comme la Classification

internationale des maladies (CIM-10) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), et le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-V) de l'Association Américaine de Psychiatrie (OSM, 2017 et American Psychiatric Association, 2013). Puisque les médecins ne disposent pas de critères précis pour le diagnostiquer, le *burnout* est plutôt considéré comme un trouble d'adaptation (Institut National de Recherche et de Sécurité (INRS, 2015).

Il est primordial de ne pas confondre le *burnout* avec le trouble dépressif majeur et la détresse psychologique. Le trouble dépressif majeur est une maladie mentale clinique qui se traduit par une manière de réagir aux difficultés qui semblent insurmontables et est caractérisé par une humeur mélancolique (Ahola, Hakanen, Perhoniemi et Mutanen, 2014). Selon le DSM-V, le trouble dépressif majeur est défini par une atteinte à la santé psychique qui entraîne une profonde tristesse chez la personne atteinte et qui provoque chez elle un désintérêt accentué face aux activités quotidiennes qui lui procuraient auparavant un certain plaisir (American Psychiatric Association, 2013). Selon Ahola et Hakanen (2007) et Ahola et al. (2014), le *burnout* n'est pas une conséquence de l'état dépressif. Par ailleurs, le trouble dépressif majeur peut être provoqué par le *burnout* lorsque les symptômes vont au-delà du contexte professionnel pour affecter différentes sphères de la vie du travailleur (Ahola et Hakanen, 2007; Zacchia, 2007).

Tout comme le *burnout*, la détresse psychologique n'est pas considérée comme un trouble mental selon le DSM-V car elle n'atteint pas le seuil d'identification permettant le diagnostic comme les troubles mentaux (OCDE, 2012; American Psychiatric Association, 2013). De plus, la détresse psychologique est un état qui peut toucher tout le monde alors que le trouble mental ne touche qu'une partie de la population adulte (OCDE,2012). Elle

regroupe un ensemble de symptômes comportementaux et psychosomatiques qui varient entre les différents symptômes communs au trouble dépressif majeur et au *burnout* tels que l'anxiété et les troubles du sommeil (Bakker, Van Emmerik et Van Riet, 2008). La détresse psychologique peut être responsable de graves problèmes de santé réversibles (douleurs musculaires, hypertension, alcoolisme) et irréversibles (suicide, mort prématurée, maladies cardiovasculaires) (Marchand, Demers et Durand, 2005; Marchand, Durand, Juster et Lupien, 2014).

### **Signes et symptômes**

Les symptômes du *burnout* s'inscrivent dans un processus long et évolutif aboutissant à une rupture d'adaptation au stress (Montero-Marin, Skapinakis, Araya, Gili et Garcia-Campayo, 2011). Trois symptômes cardinaux définissent l'état de *burnout*, soit l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation (cynisme) et la réduction de l'accomplissement personnel au travail (Gomez-Urquiza, Vargas, De la Fuente, Fernandez-Castillo et Canadas-De la Fuente, 2017).

L'épuisement émotionnel représente la dimension individuelle et centrale du *burnout* (Maslach et al., 2001) et se traduit par un appauvrissement des ressources, une perte de motivation et un sentiment de fatigue (Canadas-De la Fuente et al., 2015; Maslach et Jackson, 1981). L'épuisement émotionnel est la dimension la plus analysée par les chercheurs.

Pour sa part, la dépersonnalisation représente la sphère interpersonnelle du *burnout*. Elle se traduit par un sentiment de désengagement et de distanciation envers autrui (Ahola, Honkonen, Isometsa, et al., 2006; Pavelková et Bužgová, 2015). La personne affectée

ressent alors un sentiment de déshumanisation qui se traduit par « un détachement excessif par rapport aux événements, un cynisme et un manque d'empathie» (Ricou et Merlani, 2012, p. 2401). La personne atteinte a une attitude négative et déshumanisante dans ses relations professionnelles (Ahola, Honkonen, Isometsa, et al., 2006; Maslach et Jackson, 1981; Pavelková et Bužgová, 2015), ce qui conduit ultimement à l'isolement dans le milieu de travail (Ricou et Merlani, 2012). Cette déshumanisation et ce manque d'empathie affectent directement la relation avec les patients et la qualité des soins offerts à ces derniers (Van Bogaert et al., 2013).

Finalement, la réduction de l'accomplissement personnel au travail représente la dimension « auto-évaluative » du *burnout* (Maslach et al., 2001). Elle se définit par une dévalorisation de son travail et de ses compétences, une baisse d'estime de soi et un sentiment de ne pas rejoindre les objectifs de travail (Pavelková et Bužgová, 2015; Ricou et Merlani, 2012).

Le *burnout* engendre de nombreux symptômes au niveau physique, affectif et émotionnel ainsi qu'au niveau comportemental. Au niveau physique, la personne souffrant d'un *burnout* peut ressentir de la fatigue, des maux de ventre, des douleurs musculo-squelettiques, en particulier le mal de dos et des désordres psychosomatiques tels que des ulcères et des troubles gastro-intestinaux (Viding et al., 2015). Dans certains cas, des manifestations de sudation et une réduction des défenses immunitaires suivie d'un rhume prolongé sont perçues (Viding et al., 2015).

Au niveau affectif et émotionnel, une baisse de l'estime de soi, un état de tristesse, d'angoisse, d'anxiété et de déshumanisation sont des symptômes courants (Gomez-Urquiza et al., 2017; Losa Iglesias et Becerro de Bengoa Vallejo, 2013). La personne

atteinte peut aussi ressentir un sentiment de perte de contrôle, des tensions nerveuses ou de l'irritabilité (DGT, INRS et Anact, 2015).

Au niveau comportemental, la personne affectée ressent un désintérêt accentué pour son travail, une appréhension devant les responsabilités professionnelles accompagnée d'évitement, de retards et d'absences subites et non planifiées (Viding et al., 2015). Elle peut se replier sur elle-même et avoir un comportement agressif, traduisant une diminution de sa tolérance à la frustration qu'elle ressent au niveau professionnel (DGT et al., 2015).

### **Outils de mesure et de dépistage**

Plusieurs outils de mesure ont été développés autour de nombreux travaux scientifiques portant sur le *burnout*. Le *Maslach Burnout Inventory* (MBI) est le questionnaire scientifiquement validé le plus couramment utilisé par la population générale et en recherche clinique dans le but d'estimer le taux de *burnout* chez une personne (Bria, Spânu, Băban et Dumitrașcu, 2014; Wang et al., 2015). Celui-ci a été développé par Maslach et Jackson en 1981 et existe en deux versions. La première est destinée à des populations bien spécifiques (professions d'aide et de soins, les professions de l'enseignement et de la formation) et la seconde s'adresse à la population générale de travailleurs (INRS, 2014). Le MBI est conçu pour mesurer chaque dimension à l'aide d'une sous-échelle et l'intensité des symptômes de chacune de ces dimensions est classée en trois catégories, soit faible, moyen et élevé (Maslach et Jackson, 1981).

Il n'existe aucun seuil clinique permettant de poser un diagnostic formel de *burnout* et il est aussi impossible de l'interpréter de manière dichotomique (présence ou non du *burnout*). Le but du questionnaire (MBI) est donc de servir de repère à des phénomènes



subjectifs de détérioration entre le travail et le travailleur (INRS, 2014). Il permet alors d'intervenir sur les difficultés auxquelles font face les travailleurs dans leur emploi (Bria et al., 2014). Il existe d'autres outils de dépistage du *burnout* tels que le *Copenhagen Burnout Inventory*, le *Burnout Measure* et le *Oldenburg Burnout Inventory*, utilisés à la discrétion des chercheurs (INRS, 2014; Shoorideh et al., 2014).

### **Facteurs de risque du *burnout* chez les infirmières**

Le *burnout* est associé à des facteurs de risque individuels et organisationnels (Statistique Canada, 2010).

#### **Facteurs de risque individuels**

Au niveau individuel, ces facteurs de risque englobent les caractéristiques de l'individu, les habitudes de vie et la conciliation travail-famille, lesquelles seront décrites plus amplement dans les prochaines lignes.

**Caractéristiques de l'individu.** La littérature mentionne plusieurs facteurs de risque individuels pouvant mener l'infirmière au *burnout*. Il s'avère que 40 % des symptômes du *burnout* sont attribuables à des facteurs de risque individuels (Statistique Canada, 2010). Les travailleurs les plus touchés par les agents stressants sont ceux qui accordent beaucoup d'importance à la compétition, qui sont impatientes, qui sont continuellement pressés par le temps et surtout, qui culpabilisent lorsqu'ils se détendent (Schermerhorn, Hunt, Osborn et De Billy, 2006). Tandem (2012) ajoute aussi que la faible estime de soi, la rigidité cognitive, une instabilité émotionnelle, l'attribution externe (c'est-à-dire attribuer les causes de l'expérience à des facteurs indépendants de soi, à un contexte

externe) et les lourdes responsabilités familiales sont des facteurs contributifs à l'apparition des symptômes du *burnout*.

D'un autre point de vue, la littérature n'offre pas de consensus quant au lien entre le genre et le *burnout*. Au niveau du personnel infirmier, les hommes seraient plus sujets à ressentir de la dépersonnalisation alors que les femmes, plutôt de l'épuisement émotionnel (Canadas-De la Fuente et al., 2015). Cette affirmation est toutefois contestée par d'autres études qui soutiennent qu'il n'y a pas de corrélation entre le genre et les symptômes du *burnout* (Ahola, Honkonen, Isometsa, et al., 2006; Ahola et al., 2012; Sundin, Hochwalder, Bildt et Lisspers, 2007). De plus, il s'avère que l'âge et l'ancienneté au sein de la profession infirmière sont inversement proportionnels à l'apparition des symptômes du *burnout* (Alacacioglu, Yavuzsen, Dirioz, Oztop et Yilmaz, 2009; Shoorideh et al., 2014; Ulrich et al., 2007). Au Québec, une étude réalisée en 2007 a montré que plus de 43 % des infirmières de moins de 24 ans éprouvaient un haut niveau de détresse psychologique, pouvant mener ultérieurement au *burnout* (Leblanc et Sylvain, 2011). Une autre étude dirigée par Qu et Wang (2015) auprès de 250 infirmières a indiqué que celles ayant entre cinq et dix années d'expérience clinique sont plus enclines que les infirmières les plus expérimentées à ressentir les symptômes du *burnout*, notamment l'épuisement émotionnel et la dépersonnalisation. Selon ces auteurs, les infirmières de ce groupe d'âge sont à un stade de leur carrière où elles prêtent davantage attention à la qualité des soins et tentent constamment de trouver des solutions aux nombreuses lacunes au sein de la profession infirmière mais leurs aptitudes de gestion ne sont pas optimales (Qu et Wang, 2015). De plus, elles sont aussi, pour la plupart, à un point tournant de leur vie familiale. Elles expérimentent, pour la majorité d'entre elles, la maternité pour la première

fois et doivent apprendre à concilier le travail avec ce nouveau rôle social (Qu et Wang, 2015). Le haut taux de *burnout* chez les jeunes infirmières s'explique par le fait qu'elles ont moins d'expérience professionnelle et n'ont pas eu assez de temps pour acquérir des stratégies leur permettant de gérer leur stress au travail de manière adéquate (Canadas-De la Fuente et al., 2015). Selon Qu et Wang (2015), avec l'âge et l'acquisition d'expériences professionnelles, les infirmières entrent dans une période plus mature dans laquelle leur bien-être et leur position dans la profession s'améliorent. L'expérience professionnelle s'accumulant, elles développent de meilleures stratégies pour gérer les problèmes liés au travail (Qu et Wang, 2015).

**Habitudes de vie.** Toujours au niveau des facteurs de risque individuels, certaines habitudes de vie semblent aussi avoir une influence sur le *burnout*.

**Exercice physique.** Des études soutiennent que les personnes sédentaires sont plus susceptibles de développer des symptômes du *burnout* (Freitas, Carnesecca, Paiva et Paiva, 2014). En effet, plusieurs recherches attestent que l'exercice physique contribue à diminuer le risque de *burnout* (Ahola et al., 2012; Gerber, Lindwall, Lindegard, Borjesson et Jonsdottir, 2013). Cela s'expliquerait par le fait que l'intensité de l'activité sollicite un engagement de la personne impliquée, ce qui augmente les habiletés personnelles et l'estime de soi puis diminue la sensibilité aux stimuli négatifs (Gerber et al., 2013; Toker et Biron, 2012). Des recherches stipulent aussi que l'exercice physique permet de ne plus penser à des situations stressantes et de transformer un affect négatif en affect positif (Toker et Biron, 2012). En somme, l'exercice physique tend à augmenter le sentiment de bien-être et d'accomplissement personnel et à diminuer le stress physique, le stress psychologique

et l'épuisement émotionnel, l'une des trois dimensions du *burnout* (Cecil, McHale, Hart et Laidlaw, 2014; Gerber et al., 2013).

**Sommeil.** Il est prouvé qu'avoir une bonne hygiène du sommeil est primordial. Le manque de sommeil est un problème courant chez les infirmières (Chin, Guo, Hung, Yang et Shiao, 2015). Les perturbations au niveau du sommeil contribuent au développement des symptômes du *burnout* en raison d'une diminution d'énergie de l'employée (Demir Zencirci et Arslan, 2011; Raftopoulos, Charalambous et Talias, 2012; Vela-Bueno et al., 2008). Selon les 3112 infirmières américaines interrogées dans l'étude de Milazzo (2014), un facteur contribuant à l'augmentation du stress est le manque de sommeil. Selon Milazzo (2014), 64 % des infirmières affirment ne pas dormir 7 à 8 heures par nuit. Le manque de sommeil est associé à un risque élevé de fatigue, laquelle prédispose à l'insatisfaction professionnelle et au *burnout* (Tahghighi, Rees, Brown, Breen et Hegney, 2017). Une enquête nationale menée aux États-Unis en 2007 a montré une corrélation entre le fait de dormir moins de six heures par jour et le niveau élevé de stress (Chin et al., 2015). En addition, les auteurs d'une étude menée à Taiwan soutiennent aussi que dormir moins de six heures par jour contribue à l'apparition des symptômes du *burnout*.

En plus de prédisposer au *burnout*, la fatigue liée à une mauvaise qualité de sommeil diminue la concentration des infirmières, ce qui augmente le risque d'erreurs (Demir Zencirci et Arslan, 2011; Raftopoulos et al., 2012). Ainsi dit, la qualité des soins prodigués aux patients et la sécurité de ces derniers sont affectées.

**Conciliation travail-famille.** Plusieurs auteurs ont établi une corrélation entre la difficulté à concilier le travail et les obligations familiales et l'apparition des problèmes de santé mentale (Gali Cinamon et Rich, 2009; Grzywacz et al., 2007). À cet effet, l'étude de

Bagherzadeh et al. (2016) avait pour but d'examiner la relation entre les conflits liés à la conciliation travail-famille et le *burnout*. Cette étude a été menée en 2015 auprès de 420 femmes mariées iraniennes, travaillant dans différents domaines. Les résultats de cette recherche ont indiqué que l'interaction entre le rôle familial et la réalisation des tâches professionnelles est positivement associée à l'apparition de symptômes de dépersonnalisation (Bagherzadeh et al., 2016). Selon Cherkaoui (2012), la profession infirmière rend difficile la conciliation travail et responsabilités familiales dû à la difficulté à trouver un équilibre. En conséquence, le fait de constamment vouloir conjuguer son rôle professionnel et son rôle familial accentue le stress professionnel, ce qui prédispose au *burnout* (Cherkaoui, 2012).

### **Facteurs de risque organisationnels du *burnout***

Cette section décrit différents facteurs de risque organisationnels contribuant à l'apparition des symptômes du *burnout* tels que le climat et l'environnement de travail, la violence en milieu de travail, la culture organisationnelle, la satisfaction au travail, les horaires de travail, les unités de soins et les pratiques de gestion.

**Climat et environnement de travail.** Le milieu de travail exerce une grande influence sur le bien-être et la productivité des employés. Bronkhorst, Tummers, Steijn et Vijverberg (2015) soutiennent qu'un bon climat organisationnel influence positivement et de manière significative la santé mentale des employés, notée par un faible taux de *burnout*, de trouble dépressif et d'anxiété. Un bon climat de travail et un environnement de travail favorable incluent des ressources suffisantes, de bonnes relations avec les collègues et les gestionnaires et un bon soutien de l'infirmière gestionnaire et de l'organisation (Zhang et al., 2014). De bonnes relations sociales agissent comme facteur de protection contre le

stress alors que les rapports conflictuels ou tendus représentent un facteur de risque significatif (Liu, Nauta, Spector et Li, 2008).

Deux études menées en Ukraine auprès d'infirmières travaillant en santé mentale démontrent que la violence verbale des patients et le manque d'organisation dans l'environnement de travail sont également des facteurs prédisposant au *burnout* (Bowers, Allan, Simpson, Jones et Whittington, 2009; Kilfedder, Power et Wells, 2001). Il est aussi pertinent de noter qu'un climat de travail favorable permet de diminuer le roulement du personnel infirmier et potentialise la satisfaction au travail des infirmières et la satisfaction des patients envers leurs soins (Vahey, Aiken, Sloane, Clarke et Vargas, 2004).

Un des facteurs influençant grandement le climat de travail est la violence en milieu de travail. Il existe deux types de violence, soit la violence horizontale et la violence verticale. La violence horizontale est définie comme étant un comportement injurieux exercé par un travailleur à l'égard d'un autre travailleur ayant le même statut hiérarchique dans le but de contrôler et dénigrer sa valeur en tant qu'être humain (Purpora, Blegen et Stotts, 2012). Pour sa part, la violence verticale représente un comportement abusif d'un travailleur ayant un statut hiérarchique élevé au sein de l'organisation à l'égard d'un subordonné (Thomas et Burk, 2009). Selon l'AIIC et la FCSII (2014), « les comportements violents peuvent être manifestes, comme dans le cas d'actes de nature physique, verbale (menaces ayant pour but de blesser, de faire du tort ou d'intimider), financière et sexuelle » (p.1). Ils peuvent également être sournois, comme dans les cas de négligence, d'impolitesse, d'humiliation devant d'autres employés et de rétention d'information (AIIC et FCSII, 2014). À long terme, la violence et l'intimidation entre les membres du personnel soignant ont un impact négatif sur la santé des patients, des infirmières et de l'organisation

(AIIC et FCSII, 2014). Il est clairement prouvé que la violence en milieu de travail est l'une des causes directes du *burnout*, du trouble dépressif et de l'anxiété (DGT et al., 2015; Roldán, Salazar, Garrido et Ramos, 2013). À l'issue d'une étude menée auprès de 762 infirmières en Australie, les chercheurs ont prouvé que le harcèlement est positivement associé au *burnout* (Allen, Holland et Reynolds, 2015).

**Culture organisationnelle.** La culture organisationnelle est le résultat des valeurs, croyances et idéologies des employés et des employeurs (Chevalier-Bonin, 2013). Cette culture est influencée par l'environnement externe (politiques gouvernementales, professions) et par l'environnement interne (*leadership*, croyances, caractéristiques de l'emploi) (Chevalier-Bonin, 2013). Dextras-Gauthier (2014) affirme que « la culture organisationnelle s'associe indirectement au *burnout* de par son influence sur les différentes composantes des conditions de l'organisation du travail » (p.171). Ces conditions de l'organisation du travail correspondent aux facteurs de risque organisationnels. Une culture agressive, avec un niveau élevé d'effort pour atteindre les objectifs, mais avec peu de soutien social et peu de reconnaissance de la part des gestionnaires constitue un bel exemple d'environnement propice au développement du stress et du *burnout* des infirmières (Chevalier-Bonin, 2013). Par contre, une culture organisationnelle axée sur le travail collaboratif et les relations interpersonnelles tend à diminuer le niveau de *burnout* (Chevalier-Bonin, 2013).

Plusieurs autres facteurs liés à l'environnement interne ont révélé des corrélations positives avec le *burnout* de l'infirmière. Parmi ceux-ci, la surcharge de travail, les exigences des patients, le manque de temps libre, la peur de faire des erreurs ainsi que l'ambiguïté et le conflit des rôles des infirmières (Aloulou, Damak, Masmoudi, Sidhom et

Amami, 2013). La charge de travail est définie par la quantité de soins requis par un patient, mais aussi par le ratio infirmière/patient. De plus, à l'ère de l'Internet, les patients sont plus au fait de leurs pathologies. Ils ont de nombreux questionnements relatifs à leur santé et exigent davantage de soutien et d'accompagnement de la part de l'infirmière (Awa et al., 2010). Ceci a pour conséquence d'augmenter la charge de travail des infirmières tout en réduisant le temps alloué pour exercer d'autres tâches professionnelles. Selon Dery, D'Amour et Blais (2011), l'ambiguïté des rôles de l'infirmière est décrite comme étant le « manque d'information et d'orientation concernant les attentes qui sont associées au rôle dans l'organisation » (p.14) tandis que le conflit des rôles, pour sa part, reflète le « degré avec lequel les attentes associées à un rôle sont incompatibles ou incohérentes avec la réalité du rôle » (p.15). Ces auteurs soutiennent donc que l'ambiguïté des rôles et le conflit des rôles sont des facteurs internes qui contribuent au *burnout* des infirmières.

D'autres auteurs mentionnent aussi, comme facteurs de risque du *burnout*, le manque d'autonomie, le manque de latitude décisionnelle liée à la tâche et le déséquilibre entre les efforts fournis et la reconnaissance obtenue (Awa et al., 2010; Bourbonnais, Brisson, Vinet, Vezina, Abdous, et al., 2006; Bourbonnais, Brisson, Vinet, Vezina et Lower, 2006; Brun et al., 2003).

**Satisfaction au travail.** Hinshaw (1987) définit la satisfaction au travail comme étant « le sentiment d'accomplissement de l'infirmière par rapport à sa profession ; soit par la qualité des soins dispensés, par le temps disposé pour soigner et par le sentiment de plaisir retiré » (cité dans Dery et al., 2011). Outre la relation avec l'infirmière gestionnaire, la satisfaction au travail semble avoir une influence positive sur l'incidence du *burnout* (Leblanc et Sylvain, 2011; Vargas, Cañadas, Aguayo, Fernández et de la Fuente, 2014). En



effet, plus le taux de satisfaction au travail diminue, plus le risque d'apparition des symptômes du *burnout* augmente (Vargas, Cañadas, Aguayo, Fernández et de la Fuente, 2014).

Les facteurs qui influencent la satisfaction au travail peuvent provenir de l'individu, de l'environnement et des caractéristiques du travail. Une étude menée par Sawatzky, Enns et Legare (2015) auprès de 188 infirmières du Manitoba travaillant en soins critiques a dévoilé que le manque de personnel, les problèmes de communication avec les autres professionnels et le manque de consultation des infirmières par les infirmières gestionnaires sont des facteurs contributifs à l'insatisfaction professionnelle des infirmières. À cela s'ajoutent le manque d'autonomie décisionnelle relative aux soins à dispenser aux patients et le manque de soutien de l'infirmière gestionnaire dans la résolution des conflits (Cummings et al., 2013). En effet, cela appuie une revue de littérature menée par Lu, While et Barriball (2005) qui a mis en lumière les neuf principales sources de satisfaction ou d'insatisfaction au travail des infirmières, soit les conditions de travail, le contenu du travail, les interactions avec les autres, le plan de carrière et les promotions, la rémunération, la reconnaissance, la sécurité, l'administration et finalement, l'autonomie et la responsabilité professionnelle. En addition, une revue systématique dont le but était d'évaluer les facteurs qui influencent l'absentéisme, réalisée entre 1986 et 2006 auprès d'infirmières nord-américaines, a démontré que dans 80 % des études, il y avait une relation significative entre la satisfaction au travail et l'absentéisme (Davey, Cummings, Newburn-Cook et Lo, 2009).

En résumé, la littérature souligne une corrélation positive entre l'insatisfaction au travail et l'apparition des symptômes du *burnout*. De ce fait, les écrits décrivent plusieurs

facteurs qui influencent la satisfaction au travail. Comme le suggèrent Brun et al., (2003), en agissant en amont, soit sur ces facteurs qui influencent la satisfaction au travail, le taux de *burnout* tendrait à diminuer.

**Horaires de travail.** En raison de la nature des tâches liées à la profession infirmière, il est nécessaire d'avoir suffisamment d'infirmières pour couvrir 24h de service sur un département. La littérature prouve que la majorité des infirmières qui débutent leur carrière se voient affectées à un poste de soir, de nuit ou de rotation (Nasrabadi, Seif, Latifi, Rasoolzadeh et Emami, 2009). Les demandes des infirmières plus âgées et plus expérimentées désirant travailler sur un quart de jour priment sur celles des nouvelles infirmières. En plus d'influencer la satisfaction professionnelle, les horaires de travail ont une influence sur l'apparition des symptômes du *burnout*. De nombreuses études ont montré une corrélation positive entre les horaires atypiques et le *burnout* (Demerouti, Bakker, Nachreiner et Schaufeli, 2001; Demir, Zencirci et Arslan, 2011; Raftopoulos et al., 2012). Les horaires atypiques sont définis comme étant des quarts de soir, de nuit, de rotation et de fin de semaine (Raftopoulos et al., 2012). Les quarts attribués sur appel font aussi partie des quarts de travail atypiques (Demir Zencirci et Arslan, 2011). Un horaire de travail dit « atypique » peut accroître le stress et amplifier le risque de *burnout*. Cela est attribuable principalement à l'augmentation de la fatigue et une diminution des stratégies d'adaptation au stress (Raftopoulos et al., 2012; Vela-Bueno et al., 2008).

Des études ont prouvé que les infirmières travaillant de longues heures sur des quarts de rotation et de nuit sont plus enclines à développer des symptômes de *burnout*, dû la fatigue accumulée (Demir Zencirci et Arslan, 2011; Raftopoulos et al., 2012). Ces dernières sont souvent stressées, fatiguées, irritées et somnolentes à cause de l'irrégularité

de leur horaire de travail (Demir Zencirci et Arslan, 2011). Les infirmières qui doivent dormir durant le jour ont un sommeil moins réparateur que celles qui dorment durant la nuit, ce qui contribue au développement d'une fatigue chronique (Demir Zencirci et Arslan, 2011). Il est démontré qu'une grande majorité d'infirmières ont de la difficulté à dormir après leur quart de nuit (Demir Zencirci et Arslan, 2011). En somme, la fatigue liée au manque de sommeil prédispose ces dernières au *burnout* (Tahghighi et al., 2017).

**Unités de soins.** De par leurs fonctions, les infirmières forment un groupe de travailleurs à risque de *burnout* (Gelsema et al., 2006). Une partie du stress et de l'épuisement éprouvés par les infirmières est attribuable au fait de soutenir les patients et de se sentir concernées par leurs inquiétudes et leurs sentiments (Demerouti, Bakker, Nachreiner et Schaufeli, 2000). Même si les écrits démontrent que le *burnout* peut affecter les infirmières de toutes les spécialités, le corpus scientifique tend à étudier certaines spécialités plus que d'autres. Puisqu'il n'existe pas ou très peu d'études portant sur les infirmières de toutes les spécialités, certaines d'entre elles seront décrites ci-dessous. Toutefois, il est primordial de garder en tête que le *burnout* est un problème qui peut affecter toutes les infirmières, peu importe leur unité de soins.

**Soins intensifs.** Travailler sur une unité de soins intensifs accentue le risque d'apparition des symptômes du *burnout* (Galletta et al., 2016). Ce qui contribue principalement à l'épuisement émotionnel des infirmières travaillant aux soins intensifs est la prise en charge de patients nécessitant des soins très complexes (Galletta et al., 2016). Elles doivent aussi s'occuper de nombreux autres aspects relatifs à l'état de santé des patients à leur charge. Ces infirmières ont une charge de travail très importante, des responsabilités élargies, dépassant celles des infirmières travaillant sur d'autres unités de

soins en plus d'avoir un faible pouvoir décisionnel (Losa Iglesias et Becerro de Bengoa Vallejo, 2013; Losa Iglesias, Becerro de Bengoa Vallejo et Salvadores Fuentes, 2010). Le travail infirmier aux soins intensifs est décrit comme étant un exercice exigeant, stressant, exténuant, et à haut risque émotionnel et physique (Leblanc et Sylvain, 2011; Shoorideh et al., 2014). Selon Poncet et al. (2007), les unités de soins intensifs sont caractérisées par un haut niveau de stress, un facteur associé à des symptômes élevés du *burnout*. Ce haut niveau de stress serait lié à une charge de travail importante, à une pression liée au temps et à la complexité de la tâche, à l'utilisation intensive de technologies sophistiquées, au faible pouvoir décisionnel et à la fréquente confrontation à la maladie (Bakker et al., 2005). De plus, la quête de l'excellence, les relations multidisciplinaires, les difficultés rencontrées face aux demandes des familles et finalement, les décès des patients sont aussi d'importantes sources de stress (Bakker et al., 2005).

Dans leur rôle élargi, les infirmières travaillant aux soins intensifs doivent non seulement gérer l'état critique des patients et les émotions des patients et leur famille mais elles doivent aussi maintenir leurs connaissances à jour par rapport à l'évolution des technologies (Losa Iglesias et Becerro de Bengoa Vallejo, 2013; Losa Iglesias et al., 2010). Elles doivent prendre soin de patients instables qui requièrent de nombreux traitements et interventions invasifs et elles doivent savoir réagir rapidement aux urgences liées à l'état de santé du patient (Losa Iglesias et Becerro de Bengoa Vallejo, 2013; Losa Iglesias et al., 2010). Finalement, les infirmières travaillant aux soins intensifs s'occupent non seulement du patient mais doivent aussi considérer et soutenir la famille, ce qui, au fil du temps, peut entraîner un épuisement émotionnel (Chlan, 2013). Celui-ci survient lorsque l'infirmière

s'identifie, d'un point de vue personnel, au patient et à sa famille, et absorbe leur souffrance et leur peine (Chlan, 2013).

**Urgences.** Le travail des infirmières du département d'urgence n'est pas moins exigeant. C'est un milieu caractérisé par des inquiétudes et des incertitudes car il sert de porte d'entrée à l'hôpital (Garcia-Izquierdo et Rios-Risquez, 2012). La constante exposition aux évènements susceptibles d'être traumatisants, tels qu'aux blessures graves, aux gestes suicidaires, à la détresse des patients et de leur famille et finalement, à la mort, favorise le développement du *burnout* (Adriaenssens, De Gucht et Maes, 2015). Les infirmières fréquemment confrontées à la violence des patients (insultes, violences physiques, menaces) ressentent davantage les symptômes d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation (Bernaldo-De-Quiros, Piccini, Gomez et Cerdeira, 2015). Une étude menée en Espagne en 2010 a mis en lumière les cinq principales sources de stress pour les infirmières travaillant aux urgences, soit les conflits interpersonnels, le manque de personnel, le manque de support social, la surcharge de travail et finalement, la souffrance et la mort des patients (Garcia-Izquierdo et Rios-Risquez, 2012). Ces stressseurs demandent une grande implication émotionnelle, ce qui prédispose au *burnout*.

**Oncologie.** Selon Potter et al. (2010), les infirmières travaillant en oncologie ont un risque élevé de souffrir des symptômes du *burnout*. Une étude menée en 2011 par Wu, Singh-Carlson, Odell, Reynolds et Su (2016) auprès de 549 infirmières travaillant en oncologie aux États-Unis et au Canada, estime que 44 % d'entre elles ont rapporté ressentir des symptômes du *burnout*. Plusieurs chercheurs ont tenté de démontrer de quelle manière le personnel soignant pouvait être affecté par leur travail auprès de patients souffrant du cancer (Potter et al., 2010). Entre autres, ces auteurs soutiennent que les infirmières en

oncologie ressentent beaucoup d'empathie face aux nombreuses pertes physiques et psychique de la personne malade (Potter et al., 2010). En ce sens, elles ont l'impression que leurs soins sont futiles et perçoivent un sentiment d'échec face à ceux-ci (Potter et al., 2010). De plus, en ressentant autant d'empathie et en s'identifiant à leurs patients, elles sont plus conscientes de leur propre mort (Gomez-Urquiza et al., 2016).

Parmi les facteurs de risque prédisposant ces infirmières au *burnout*, Gomez-Urquiza et al. (2016) mentionnent le fait que ces dernières sont constamment confrontées à de nombreux dilemmes éthiques liés aux soins aux patients ; elles doivent faire face à des situations complexes qui impliquent, entre autres, la souffrance des patients et de leur famille, l'annonce de mauvaises nouvelles, des pronostics de fin de vie et finalement, la mort.

**Gériatrie.** Avec une population de plus en plus vieillissante, la gériatrie occupe une place importante dans notre système de santé. Les soins de plus en plus complexes des personnes âgées peuvent entraîner, sur le personnel infirmier, de nombreuses conséquences sur le plan physique, émotionnel, comportemental et psychologique. Pour ne nommer que ceux-ci, la fatigue, l'irritation et le changement d'humeur qui découlent de leur exposition prolongée à une clientèle âgée peuvent affecter la qualité des soins offerts aux patients (Gandoy-Crego, Clemente, Mayan-Santos et Espinosa, 2009). Selon Sanchez, Mahmoudi, Moronne, Camonin et Novella (2015), ces conséquences se manifestent à mesure que les symptômes du *burnout* apparaissent. Les infirmières travaillant en gériatrie sont confrontées à la pression liée au temps, à la surcharge de travail, au manque d'influence sur leur travail et au manque de personnel (Westermann et al., 2014). Un défi particulier pour ces infirmières spécialisées en gériatrie consiste à prodiguer des soins à des patients

souffrant de démence (Westermann et al., 2014). La déficience cognitive, la perte d'habiletés et l'instabilité psychologique de ces personnes font en sorte que le personnel soignant doit compenser pour les activités de la vie quotidienne, ce qui rend le travail intensif et émotionnellement demandant (Westermann et al., 2014).

Selon Cocco (2010), les infirmières en gériatrie sont à risque de développer des symptômes du *burnout* car travailler avec des personnes âgées les force à se mesurer à des maladies complexes et la mort des patients. Le travail des infirmières œuvrant en gériatrie est exacerbé par le fait que les personnes âgées hospitalisées requièrent des soins complexes liés à de multiples comorbidités (Cooper et al., 2016). Ces dernières nécessitent beaucoup de support en ce qui a trait à leurs besoins de base tels que s'alimenter, se laver, se vêtir et marcher (Cooper et al., 2016). De plus, il est tout aussi important de mentionner que cette clientèle nécessite, pour la majorité, des surveillances particulières car elles sont à risque de chutes, de plaies de lit, d'infections et de dénutrition (Cooper et al., 2016). Ces surveillances particulières tendent à augmenter la charge de travail des infirmières, les prédisposant ainsi au *burnout*.

***Psychiatrie.*** Les infirmières en psychiatrie forment le plus grand bassin de professionnels travaillant auprès des personnes souffrant de maladies mentales. Ces infirmières sont exposées à beaucoup de stress, ce qui les prédispose au *burnout*. De nombreuses recherches portant sur le *burnout* des infirmières travaillant en psychiatrie ont statué que les principales causes du *burnout* de ces dernières sont le manque de support de leur infirmière gestionnaire, le manque de programmes d'orientation et de formation continue pour le personnel, le risque élevé de blessures, l'exposition à des patients gravement malades, beaucoup de temps consacré à remplir des documents administratifs,

le manque de personnel et une communication inefficace entre les personnels soignants (Abdalahim, 2013; Hanrahan et al., 2010; McTiernan et McDonald, 2015). McTiernan et McDonald (2015), soutiennent que les infirmières en psychiatrie ont souvent un rôle conflictuel entre prendre soin de leurs patients et les contrôler, ce qui induit un stress important. De plus, elles ont une relation très engagée avec leurs patients et leur famille, doivent prévenir l'automutilation des patients et gérer les comportements imprévisibles et violents de ces derniers (McTiernan et McDonald, 2015). Ces auteurs mentionnent aussi que ces infirmières ressentent une certaine démotivation à constamment voir les mêmes patients revenir dans leur service, ce qui affecte négativement leur sentiment d'accomplissement professionnel (McTiernan et McDonald, 2015). Les comportements agressifs des patients auxquels les infirmières en psychiatrie sont confrontées sont souvent dû au fait que ces patients sont pour la plupart admis de manière involontaire. Les infirmières doivent alors faire face à leurs crises et leur état de psychose (Abdalahim, 2013).

**Pratiques de gestion.** De nombreuses études se sont penchées sur la relation entre les infirmières et leur infirmière gestionnaire. Il est prouvé que les infirmières gestionnaires ont un impact important sur le bien-être des infirmières. Les résultats d'une étude formée de 70 infirmières travaillant en Angleterre, ont démontré que l'infirmière gestionnaire était la principale source de stress des infirmières de par son manque de support et d'habiletés de gestion et de *leadership* (Taylor, White et Muncer, 1999). Ces résultats ont été corroborés par une autre étude plus récente menée aux États-Unis auprès de 1780 infirmières, où les résultats ont démontré que ces dernières dénotent de nombreuses lacunes au niveau du *leadership* et du mode de gestion de l'infirmière gestionnaire (Boev, 2012).



Les écrits soutiennent que certains comportements de l'infirmière gestionnaire pouvaient accentuer le stress des infirmières, notamment le manque de présence et de soutien dans leurs difficultés (Boev, 2012; Fletcher, 2001; Ngozi et Ogwo, 2013; Taylor et al., 1999; Tessier, 2006).

Selon la littérature, le facteur ayant le plus d'influence sur la culture d'une organisation est le *leadership* du gestionnaire (Chevalier-Bonin, 2013) qui influence à son tour la culture de son unité de soins. Le *leadership* se rapporte aux notions de pouvoir, d'influence, d'innovation, d'action stratégique, de gestion de changement et de recours aux habiletés politiques (Baysak et Yener, 2015; Pilbeam et al., 2016).

Un style de *leadership* inapproprié tend à augmenter le stress des travailleurs et peut avoir des effets dévastateurs sur leur santé physique et mentale. Un mauvais style de *leadership* est défini par diverses manifestations comportementales telles que le manque de stimulation, de support et de communication par rapport aux décisions et une dévalorisation ou un manque de reconnaissance du travailleur (Mandell et Pherwani, 2003; Ngozi et Ogwo, 2013).

Aux États-Unis, il ressort d'une étude que les aptitudes professionnelles de l'infirmière gestionnaire et ses bonnes habiletés de *leadership* sont associées à une diminution des symptômes du *burnout* tels que l'épuisement émotionnel et la dépersonnalisation (Hanrahan et al., 2010). Selon une recherche conduite par Madathil, Heck et Schulberg (2014) auprès de 91 infirmières travaillant en psychiatrie, le style de *leadership* transformationnel serait inversement proportionnel aux symptômes d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation et positivement associé à un sentiment d'accomplissement de soi. Le *leadership* transformationnel se traduit par la promotion du

travail d'équipe, la capacité à motiver les infirmières et encourager ces dernières à participer au développement et l'implantation de nouvelles procédures (Smith, 2011).

Outre un style de *leadership* inadéquat, un roulement fréquent des infirmières gestionnaires, une présence physique insuffisante sur les unités de soins et un manque de conscience et de connaissance des problèmes au sein de l'unité sont des facteurs qui accentuent le stress au travail des infirmières (Fletcher, 2001), principale cause de *burnout*.

Cette section a permis de mettre en évidence de nombreux facteurs de risque individuels (caractéristiques de l'individu, habitudes de vie) et organisationnels (climat et environnement de travail, horaire de travail, culture organisationnelle...) du *burnout*. En somme, les écrits ne s'entendent pas sur le lien que peut avoir le genre sur le *burnout*. Par contre, de nombreux auteurs s'entendent pour dire que les infirmières novices, les infirmières qui accordent beaucoup d'importance à la compétition, qui ont de lourdes responsabilités familiales, qui travaillent de longues heures ou qui ont un horaire atypique sont plus enclines à développer des symptômes de *burnout*. Parallèlement, le climat de travail, le style de *leadership* de l'infirmière gestionnaire sont des facteurs de risque organisationnels qui contribue au développement des symptômes de burnout.

### **Dysfonctionnements liés au *burnout***

Comme le soutiennent Brun et al., (2003), la combinaison des facteurs de risque individuels et des facteurs de risque organisationnels accentue le risque d'apparition de problèmes de santé mentale reliés à certaines situations au travail. Toujours suivant le modèle psycho-socio-organisationnel de la santé mentale au travail de Brun et al., (2003), il est démontré que les facteurs de risque individuels et les facteurs de risque

organisationnels entraînent de nombreuses conséquences (dysfonctionnements) pour l'individu et pour l'organisation.

### **Dysfonctionnements individuels**

**Utilisation récréative de substances psychoactives.** De nombreuses études rapportent que plus le risque de *burnout* augmente sur l'échelle de *Maslach*, plus il y a augmentation de l'utilisation de substances psychoactives telles que l'alcool, la cigarette et les drogues (Ahola, Honkonen, Pirkola, et al., 2006; Nowack et Pentkowski, 1994; Xie, Wang et Chen, 2011). L'utilisation de substances psychoactives est une stratégie utilisée dans le but de diminuer le stress lié au travail. Ahola, Honkonen, Isometsa, et al. (2006) soutiennent, à la lumière d'une étude effectuée en Finlande, qu'il y a une corrélation positive entre le *burnout* et la consommation d'alcool, principalement chez les professionnels de la santé. Selon Schluter, Turner, et al. (2011), les infirmières exercent une profession qui exige un haut niveau de performance et tenter de répondre aux exigences de la profession peut entraîner de nombreuses conséquences sur le plan personnel, dont une consommation abusive d'alcool (Schluter, Turner et Benefer, 2012). Schluter et al. (2012) démontrent dans cette étude menée en Australie et en Nouvelle-Zélande une relation positive entre les infirmières travaillant au-delà de 40 heures par semaine et une consommation abusive d'alcool. Une étude de Stimpfel, Sloane et Aiken (2012) soutient qu'une infirmière travaillant au-delà de 40 heures par semaine ou plus de 10 heures par jour est deux fois et demie plus susceptible de développer des symptômes du *burnout*, augmentant son risque de consommation des substances psychoactives comme stratégie afin de gérer son stress (Schluter et al., 2012).

**Déséquilibres alimentaires.** De nombreuses recherches dévoilent que les comportements liés à l'alimentation sont influencés par le niveau de stress. Selon Nevanpera et al. (2012), les femmes souffrant des symptômes du *burnout* ont des habitudes alimentaires émotionnelles élevées. Autrement dit, elles utilisent la nourriture comme stratégie adaptative pour gérer les émotions négatives générées par le stress telles que la tristesse, la colère et la solitude (Nevanpera et al., 2012; Ozier et al., 2008). Par ailleurs, une étude devrait aussi être menée auprès des hommes afin d'avoir une vision globale de la population générale.

Les préférences alimentaires diffèrent selon le niveau de stress et les personnes stressées sont plus enclines à consommer des aliments sucrés (pâtisseries, bonbons) et gras, des boissons à forte teneur en sucre et des boissons alcoolisées (Dallman, 2010; Nevanpera et al., 2012; Rutters, Nieuwenhuizen, Lemmens, Born et Westerterp-Plantenga, 2009). Toujours selon Nevanpera et al. (2012), le *burnout* accroît la consommation anormale de nourriture, ce qui est un obstacle à la perte de poids ou au maintien d'un poids santé. Ceci dit, la recherche dirigée par ces auteurs a été menée auprès de femmes (n=230) uniquement. Par ailleurs, une autre étude a été menée par Armon, Shirom, Berliner, Shapira et Melamed (2008) auprès de 724 hommes et 340 femmes. Les résultats de cette recherche n'ont pu supporter l'hypothèse selon laquelle le *burnout* est un précurseur à l'obésité. Ceci dit, il y a très peu d'études portant sur la corrélation entre le *burnout* et l'obésité. Il serait donc pertinent de faire une étude similaire auprès de professionnels de la santé, notamment les infirmières.

**Troubles du sommeil.** Il est mentionné plus haut que les troubles du sommeil prédisposent au *burnout* des infirmières. Ceci dit, la corrélation inverse est aussi prouvée

même si les études portant sur la prévalence des troubles du sommeil chez les individus souffrant de *burnout* sont très peu nombreuses. Dans une étude effectuée en Espagne auprès de 240 médecins, Vela-Bueno et al. (2008) ont statué que les employés souffrant de *burnout* chronique ont, de manière significative, montré une prévalence élevée de troubles du sommeil tels que l'insomnie et un sommeil de piètre qualité. Les résultats de cette étude confirment que les participants qui souffraient d'un haut niveau de *burnout* avaient beaucoup de difficulté à s'endormir, se réveillaient plusieurs fois durant la nuit et se réveillaient épuisés au matin (Vela-Bueno et al., 2008)

**Suicide.** Parmi les professionnels de la santé, les infirmières sont les plus à risque de suicide car elles sont constamment confrontées à la souffrance humaine, la peine et la mort des patients (Schmidt, Dantas et Marziale, 2011). Les écrits démontrent une corrélation positive entre le *burnout* et le risque suicidaire. L'étude dirigée par Pompili et al. (2006) auprès de 140 infirmières travaillant en psychiatrie montre que ces dernières ont une prévalence élevée de burnout et qu'elles sont plus à risque de commettre un acte suicidaire. Plus récemment, l'étude de Silva Ddos et al. (2015) soutient aussi que le risque de suicide chez les infirmières est associé à la présence des symptômes du *burnout*.

### **Dysfonctionnements organisationnels**

L'état de santé mentale des travailleurs influence le bon fonctionnement des organisations et l'affirmation contraire est aussi vraie. Précédemment, l'impact du *burnout* sur la vie personnelle des professionnels qui en souffrent a été démontré. Ceci dit, ce syndrome entraîne aussi de nombreuses conséquences pour les organisations de santé en plus d'affecter les soins aux patients.

**Impacts sur l'organisation.** Un taux élevé de *burnout* entraîne de nombreuses conséquences organisationnelles (absentéisme, réduction de productivité, roulement). En effet, des études soulèvent que le *burnout* est positivement associé à l'augmentation du taux d'absentéisme et de roulement de personnel, à la diminution de la productivité et à l'augmentation des coûts (Ballester, Macovei, Puel et Soulat, 2010). Une étude a montré qu'un hôpital ayant un taux de *burnout* réduit de 30 % semble observer une diminution totale de 6 239 infections par année, résultant d'une économie de 68 millions \$ au système de santé (Cimiotti, Aiken, Sloane et Wu, 2012). Cette étude a été conduite dans 161 hôpitaux de Pennsylvanie comportant en moyenne 227 lits par hôpital et où les infirmières avaient une moyenne de 5,7 patients chacune.

**L'absentéisme.** L'absentéisme est un terme utilisé pour définir des absences évitables, habituelles ou imprévues et qui constituent une source d'irritation pour l'employeur (Davey et al., 2009). Le *burnout* entraîne un état progressif de désinvestissement dans son travail se manifestant par un taux élevé d'absentéisme (Leiter et Maslach, 2009). En 2014, pour l'ensemble du Canada, le coût annuel de l'absentéisme a été estimé à 846,1 millions \$ par année, comparativement à 726,9 millions \$ en 2012 (Jacobson Consulting Inc, 2015). Un travailleur sur deux qui s'absente pour des raisons de santé mentale sera absent pour une durée de plus de treize jours ou ne reviendra jamais (Leiter, Laschinger, Day et Oore, 2011). Une étude menée en 2011 auprès de 1173 travailleurs de la santé en Ontario et en Nouvelle-Écosse a montré que l'absentéisme peut coûter jusqu'à 25 millions de dollars par année à un hôpital (Leiter et al., 2011). Il s'avère que 19 % du taux d'absentéisme au Québec est attribuable au stress au travail (IUSMM, 2017).

**Présentéisme.** Apparenté à l'absentéisme, le présentéisme décrit un employé physiquement présent au travail, mais pas nécessairement mentalement présent (Peterson, Demerouti, Bergström, Åsberg et Nygren, 2008). L'épuisement émotionnel, l'un des symptômes cardinaux du *burnout*, fait que l'employé se rend au travail en étant malade, ce qui, à terme, mène à un épuisement émotionnel encore plus grand et ne fait qu'aggraver le problème (Peterson et al., 2008). La principale raison poussant l'infirmière à se présenter au travail en étant consciente de son état est qu'elle ne souhaite pas laisser tomber son équipe (Sheaghda, 2015). D'autres raisons incluent la perte monétaire liée à cette absence, le sentiment d'être indispensable, la peur des représailles, la pression liée à la pénurie de personnel et le souci des soins des patients (Sheaghda, 2015). Les coûts associés au présentéisme sont sous-estimés car il passe souvent inaperçu par les employeurs.

Selon Letvak, Ruhm et Gupta (2012), le présentéisme a un plus grand impact sur la qualité des soins aux patients que l'absentéisme. En effet, l'infirmière qui s'absente du travail peut être remplacée par une infirmière disposée à fournir des soins de qualité aux patients, ce qui contribue à l'augmentation de la productivité (Letvak et al., 2012). Une étude menée aux États-Unis démontre que les principales conséquences du présentéisme pour les patients sont l'augmentation des chutes de ces derniers et des erreurs de médicaments (Letvak et al., 2012). Ces conséquences peuvent entraîner, pour les États-Unis, des coûts estimés à 1 346 \$ par infirmière, soit 2 milliards \$ par année (Letvak et al., 2012).

**Le roulement du personnel.** Le roulement du personnel infirmier, communément désigné par le terme anglais *turnover*, est décrit lorsque l'infirmière est transférée dans une autre unité de soins, quitte l'organisation de santé ou quitte la profession infirmière, que ce soit de manière volontaire ou non (Kovner, Brewer, Fatehi et Jun, 2014). En moyenne, une infirmière sur

cinq travaillant dans un hôpital canadien quitte son emploi chaque année, ce qui coûte à l'établissement environ 25 000 \$ par infirmière annuellement (AIIC, 2009). Le taux moyen de roulement annuel au Canada s'établissait à 19,9 % avec un taux élevé de 26,7 % aux soins intensifs en 2008 (AIIC, 2009; O'Brien-Pallas, Murphy, Shamian, Li et Hayes, 2010). Leiter et Maslach (2009) ont, dans une étude, fait ressortir une corrélation positive entre les symptômes du *burnout* des infirmières et l'augmentation du taux de roulement (Leiter et Maslach, 2009). Cette affirmation a été corroboré par les résultats d'une revue de littérature dirigée par Hayes et al. (2012) qui définissent le *burnout* comme l'une des principales causes de roulement chez les infirmières.

Les conséquences du roulement de personnel sont nombreuses. Au niveau organisationnel, les coûts directs font référence à la formation du nouvel employé, à l'examen médical et à l'augmentation des heures supplémentaires des infirmières sur le département afin de combler les déficits en personnel (Bélanger, 2014). Dans le même ordre d'idées, les coûts indirects englobent la perte de productivité (par exemple : de l'employé avant son départ, du nouvel employé en période d'apprentissage et une augmentation des erreurs), la diminution des compétences professionnelles et la perte de motivation (affecte le moral, la motivation et l'ambiance, entraînant une diminution du sentiment d'appartenance et une augmentation du taux d'absentéisme) (Bélanger, 2014). Le roulement du personnel infirmier diminue aussi la satisfaction professionnelle des infirmières en place et affecte également leur bien-être en raison de la fatigue liée à l'augmentation du nombre de temps supplémentaire sur les départements de soins (Coomber et Barriball, 2007; Hayes et al., 2012). Les écrits soulignent aussi que le



roulement du personnel infirmier tend à miner le moral des infirmières en place (Hayes et al., 2012).

**Impacts sur les patients.** Selon Vahey et al. (2004), le *burnout* est associé à une augmentation du taux de mortalité et d'insatisfaction des patients. La déshumanisation de la relation avec le patient a un impact bien plus important dans la profession infirmière puisque cette relation est au centre de ses activités. L'étude de Leiter, Harvie et Frizell (1998) a examiné la relation entre le *burnout* des infirmières et la satisfaction des patients relative aux soins effectués et aux compétences de celles-ci dans 16 unités de soins d'hôpitaux canadiens. Les conclusions de cette étude sont que l'épuisement émotionnel et le cynisme (symptômes cardinaux du *burnout*) des infirmières sont inversement proportionnels au niveau de satisfaction des patients. La satisfaction du patient est définie par le degré de convergence entre les attentes de celui-ci à l'égard des soins qu'il aimerait recevoir et sa perception des soins qu'il reçoit réellement (Merkouris, Papathanassoglou et Lemonidou, 2004). Donabedian, médecin et chercheur qui s'est intéressé à la qualité des soins aux patients, soutient que la satisfaction ou l'insatisfaction de ces derniers, influencée par la santé mentale des infirmières, réside en leur jugement de tous les aspects des soins, incluant les techniques de soins, les rapports interpersonnels, la qualité des soins et l'environnement dans lequel les soins sont prodigués (Donabedian, 1988; Vahey et al., 2004).

Le *burnout*, caractérisé par l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation et la réduction de l'accomplissement personnel, conduit les infirmières vers des soins moins centrés sur le patient en raison d'une diminution de leur concentration lors des prestations des soins (Teng, Shyu, Chiou, Fan et Lam, 2010). Elles développent une attitude négative

envers le patient et investissent moins d'énergie à communiquer avec les patients, ce qui peut entraîner une perte d'informations importantes pouvant affecter la qualité des soins (Welp, Meier et Manser, 2014). Selon une étude dirigée par Teng et al. (2010), les infirmières ayant un risque élevé de *burnout* ressentent une grande fatigue émotionnelle et ont de la difficulté à fournir des efforts additionnels à leurs pratiques habituelles. De plus, il est prouvé qu'un niveau élevé de *burnout* peut accroître les sentiments négatifs de l'infirmière. Ceux-ci occupent une grande place dans sa mémoire professionnelle et, par conséquent, l'empêchent de prendre les décisions les plus adéquates et optimales pour les patients, menaçant ainsi leur sécurité (Teng et al., 2010).

Les chutes et les infections sont des conséquences directes de l'insatisfaction au travail, du roulement et du *burnout* des infirmières (Roche et al., 2015). En effet, une étude menée en Pennsylvanie auprès de 7000 infirmières de 161 hôpitaux a révélé que plus il y a augmentation du nombre d'infirmières souffrant du *burnout*, plus le nombre d'infections urinaires et de plaies opératoires est élevé (Cimiotti et al., 2012). Les infections gastro-intestinales et les pneumonies sont aussi des conséquences importantes du *burnout* des infirmières (Cimiotti et al., 2012). Les résultats de cette étude confirment que l'augmentation de 10 % du taux de *burnout* des infirmières entraîne environ 1 infection urinaire et 2 infections d'un site opératoire pour 1000 patients hospitalisés (Cimiotti et al., 2012). Le détachement cognitif associé aux symptômes du *burnout* des infirmières résulte en une hygiène des mains inadéquate et une diminution du respect des autres mesures de prévention et de contrôle des infections (Cimiotti et al., 2012).

Finalement, l'étude de Welp et al. (2014) menée sur un département de soins intensifs auprès de 1425 médecins et infirmières, soutient l'hypothèse selon laquelle

l'épuisement émotionnel serait associé à l'augmentation du taux standardisé de mortalité (Welp et al., 2014). Ce taux tient compte des risques de décès des patients en incluant plusieurs caractéristiques de leurs conditions de santé (Welp et al., 2014).

Cette section résume les grandes lignes en ce qui a trait aux différentes conséquences (dysfonctionnements) liées au *burnout*. En somme, sur le plan personnel, les écrits soutiennent que le *burnout* est un facteur de risque de l'utilisation de substances psychoactives et déséquilibre alimentaire. Par ailleurs, au niveau organisationnel, les auteurs relatent que le *burnout* serait responsable de l'augmentation du taux d'absentéisme des infirmières et du taux d'insatisfaction des patients.

### **Stratégies de prévention du *burnout***

#### **Stratégies de prévention au niveau de l'individu**

Les écrits mettent beaucoup l'accent sur la notion de « prendre soin de soi » afin de prévenir le stress lié au travail. Les recherches ont démontré que les stratégies visant à prendre soin de soi sont associées à une diminution du taux de *burnout* chez les infirmières (Alkema, Linton et Davies, 2008; Epp, 2012).

Prendre soin de sa personne inclut avoir un régime alimentaire sain, faire de l'exercice physique, bien dormir et prendre soin de sa santé physique (Beech, 2007). Maintenir de bonnes habitudes de vie permet de prévenir les effets physiques que peut occasionner le stress (Beech, 2007). Beech (2007) propose plusieurs stratégies d'amélioration des habitudes de vie afin de réduire le stress et le risque de *burnout*. Entre autres, elle suggère de dormir au moins 8 heures par jour, s'alimenter sainement, faire de l'exercice physique et de relaxation, établir des priorités, prendre des vacances, faire des

activités extérieures, méditer et maintenir un réseau d'amis (Awa et al., 2010; Beech, 2007). En ce qui concerne l'alimentation, des auteurs suggèrent d'avoir une alimentation équilibrée, soit diminuer l'ingestion de sucre, de gras et de calories vides afin de diminuer le stress (Smith, Segal, Robinsson et Segal, 2018; Walsh, 2013). Walsh (2013) propose aussi de ne pas manger de repas copieux avant de se coucher, ne pas ingérer de caféine au moins 5 heures avant d'aller au lit et manger des aliments nutritifs au travail afin d'éviter de grandes fluctuations au niveau du taux de sucre dans le sang. En addition, Smith et al. (2018) suggèrent aussi d'ingérer des aliments qui favorise la bonne humeur tels que les poissons à chaire grasse (saumon, hareng, maquereau, anchois, sardines), les algues, les graines de lin et noix.

Selon Fearon et Nicol (2011), les écrits qui relèvent des corrélations entre les traits de personnalité, les stratégies d'adaptation et le *burnout* suggèrent que les infirmières ayant certains traits de personnalité possèdent de meilleures stratégies d'adaptation et, par conséquent, éprouvent moins de stress et sont moins susceptibles de ressentir des symptômes du *burnout*. Ceci dit, même si les traits de personnalité font partie de soi et peuvent difficilement être changés, il est toutefois possible de développer des stratégies d'adaptation au stress (Fearon et Nicol, 2011). Ces auteurs suggèrent, entre autres, l'adaptation au « problème » et à l'« émotion ». Cela implique que l'infirmière doive trouver des moyens pour gérer son temps, chercher des conseils auprès de ses pairs et discuter de ses problèmes avec d'autres (Fearon et Nicol, 2011). De plus, Fearon et Nicol (2011) mentionnent qu'être à l'affut de ses émotions et promouvoir de saines habitudes de vie tendent à diminuer le stress et le *burnout*.

La résilience semble jouer un rôle clé dans le maintien d'une bonne santé psychologique chez les infirmières (Chlan, 2013). Celle-ci est une caractéristique multidimensionnelle qui incarne les qualités personnelles de l'infirmière et permet de faire face aux adversités (Chlan, 2013). La résilience est une caractéristique qui peut être développée par la thérapie cognitive-comportementale mais aussi par d'autres facteurs tels que le tempérament et les liens familiaux (Chlan, 2013; Zwack et Schweitzer, 2013). En milieu de travail, il incombe à l'infirmière d'utiliser les services de soutien et d'aide aux employés afin de discuter des émotions ressenties face aux agents stressants liés à son travail (Chlan, 2013). Les écrits soutiennent aussi qu'il est important de procéder à un débriefing à la fin de chaque intervention jugée stressante pour l'infirmière (Chlan, 2013).

### **Stratégies de prévention au niveau organisationnel**

La littérature soulève de nombreuses pistes stratégiques organisationnelles dans le but de prévenir le *burnout* des infirmières. Une revue systématique d'Awa et al. (2010) a démontré qu'une combinaison d'interventions centrées à la fois sur la personne (infirmière) et sur l'organisation a des effets à plus long terme sur la prévention du *burnout*. En effet, les résultats de cette revue systématique indiquent une diminution de 80 % du taux de *burnout* chez les infirmières (Awa et al., 2010). Les interventions centrées sur la personne comprennent la psychothérapie, le soutien social, la formation et des exercices de relaxation (Awa et al., 2010). Les interventions centrées sur l'organisation impliquent plutôt la restructuration du travail, l'ajustement des horaires de travail et les évaluations de la performance au travail (Awa et al., 2010).

Les études suggèrent également de favoriser un environnement physique de travail favorable à la santé de l'infirmière. Par exemple, il est démontré qu'une infirmière sera

plus stressée si les alarmes, les sonneries et les lumières sont fortes (Perruchoud, 2008). S'ajoute à ce stress, un environnement physique qui oblige de longs déplacements, notamment pour avoir accès aux matériels de soins (Perruchoud, 2008).

Des auteurs affirment que l'optimisation de l'étendue de pratique de l'infirmière entraîne plusieurs bénéfices tels que l'augmentation de la satisfaction au travail et de la qualité des soins prodigués (Lampron, 2011). L'étendue de pratique se définit par l'éventail des activités de soins accomplies par l'infirmière en lien avec les compétences développées à travers la formation et l'expérience (D'Amour et al., 2012; Dubois et al., 2012). Le concept d'étendue effective de la pratique infirmière propose que les infirmières définissent leur étendue de pratique en fonction de leur description de poste et de leurs compétences (Schluter, Seaton et Chaboyer, 2011). Conséquemment, l'utilisation sous-optimale des compétences de l'infirmière augmente son taux d'insatisfaction, le risque de *burnout* et l'intention de quitter son emploi (Lorber et Skela Savič, 2012). En somme, l'étendue effective de la pratique restreinte contribue à l'insatisfaction des infirmières, ce qui affecte la santé mentale de celles-ci.

Dans un cadre conceptuel développé par Dery et al. (2011), plusieurs facteurs influencent l'étendue de la pratique, soit les caractéristiques individuelles (âge, expérience, formation) et les caractéristiques liées au travail (ambiguïté des rôles, conflit des rôles). Dubois et D'Amour (2012), dans le cadre du projet MURI, nous proposent plusieurs options prometteuses afin d'optimiser l'étendue de pratique des infirmières. Tout d'abord, ils optent pour une révision et une clarification des rôles et responsabilités ainsi que la création de nouveaux rôles tels que leaders cliniques, superviseurs de préposés aux bénéficiaires ou gestionnaires de cas (Dubois et D'Amour, 2012). De plus, ces auteurs

suggèrent un rehaussement des compétences infirmières, entre autres par la formation, le *coaching* et l'instauration d'une culture de l'utilisation du savoir (Dubois et D'Amour, 2012).

En plus de définir des objectifs de travail qui visent à diminuer l'ambiguïté des rôles, d'autres chercheurs proposent aux infirmières gestionnaires de reconnaître le travail des infirmières et de mettre à leur disposition suffisamment de matériel afin de diminuer les déplacements (Perruchoud, 2008). Les écrits soutiennent aussi que les infirmières gestionnaires devraient tendre à diminuer les agents stressants, offrir aux infirmières la possibilité de participer à des projets, s'assurer d'avoir des ressources matérielles et humaines suffisantes afin de favoriser le travail des infirmières, supporter ces dernières dans les difficultés, encourager et reconnaître le travail de leur équipe en plus de favoriser un environnement de travail harmonieux, exempt de toute forme de violence (Brun et al., 2003; Wang et al., 2015). Il est également suggéré que les infirmières gestionnaires s'instruisent davantage sur la problématique du *burnout* afin d'être en mesure de mieux soutenir les infirmières (Bonnin-Scaon et Colombat, 2008; Ilhan, Durukan, Taner, Maral et Bumin, 2008). Elles devraient aussi encourager la formation continue sur le *burnout*, offrir de la rétroaction aux infirmières, favoriser de saines habitudes de vie, être disponibles pour leur personnel et encourager la latitude décisionnelle des infirmières (Merrill et Sloan, 2014; Taormina et Law, 2000). 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 (Bonnin-Scaon et Colombat, 2008).

En somme, les infirmières gestionnaires ont un impact et une influence majeurs sur la santé des infirmières. Comme le soulève la littérature, elles ont un rôle central dans la

prévention du *burnout* et il est de leur ressort d'utiliser judicieusement les pistes stratégiques mises à leur disposition. Certains comportements et interventions sont à mettre en œuvre dont un *leadership* adéquat, une valorisation du personnel infirmier, un environnement physique favorable à la satisfaction des infirmières et une optimisation de l'étendue de pratique de l'infirmière.

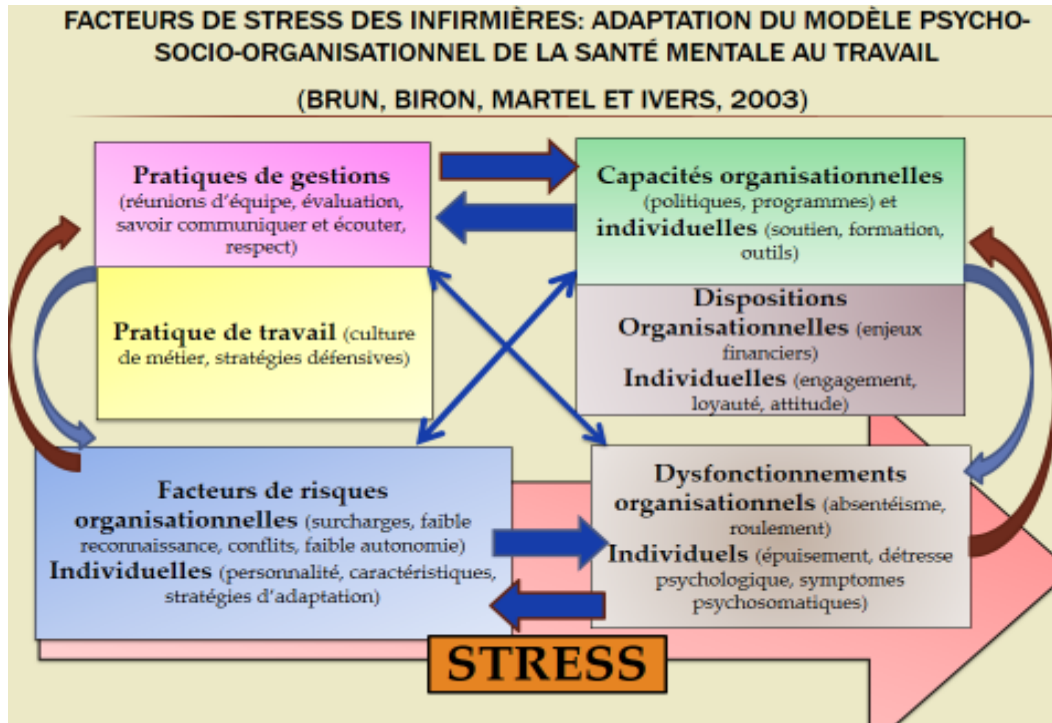
Les infirmières gestionnaires jouissent d'une proximité avec les infirmières et détiennent les compétences nécessaires afin d'assurer un climat favorable au travail. Les écrits proposent de nombreuses stratégies de prévention du *burnout*, tant au niveau de l'individu que de l'organisation. Ceci dit, puisque les infirmières gestionnaires sont mises en avant-plan dans la littérature et dans le modèle de Brun et al. (2003) grâce à leur rôle dans la prévention du *burnout* des infirmières, cette étude permettra de cerner les différentes perceptions de celles-ci face au syndrome et aux stratégies reconnues efficaces.

### **Cadre de référence**

Dans le but d'appuyer la démarche de cette recherche et de l'asseoir sur le plan théorique, le cadre de référence utilisé est basé sur le modèle psycho-socio-organisationnel de la santé mentale au travail proposé par Brun, Biron, Martel et Ivers (2003).



**Figure 1. Facteurs de stress des infirmières : Adaptation du modèle psycho-socio-organisationnel de la santé mentale de Brun, Biron, Martel et Ivers (2003)**



Ce modèle implique huit dimensions ayant une influence sur la santé mentale au travail, soit les capacités organisationnelles et individuelles, les dispositions organisationnelles et individuelles, les pratiques de gestion, les pratiques de travail, les facteurs de risque organisationnels et individuels et les dysfonctionnements organisationnels et individuels (Brun et al., 2003).

Les capacités (organisationnelles et individuelles) qui correspondent aux moyens font référence aux différents programmes, politiques, ressources, structures et outils disponibles au sein de l'établissement (Brun et al., 2003). Selon Brun et al (2003), si les ressources (financières, humaines, temps), les structures (soutien, comités) et les outils (grilles d'évaluation, outils d'informations) ne sont pas en place, il est fort probable que

les pratiques nécessaires à l'atténuation des facteurs de risque ne soient pas mises en œuvre. Les capacités organisationnelles (politiques, structures) et les capacités individuelles (soutien, formation, évaluation du personnel) permettent de mettre en œuvre des pratiques de gestion et des pratiques de travail, lesquelles influencent l'apparition d'éventuels problèmes de santé mentale au travail en promouvant des interventions préventives (Brun et al., 2003).

Pour leur part, les dispositions organisationnelles (enjeux financiers) et les dispositions individuelles (engagement, attitude) regroupent les valeurs, les enjeux ainsi que les volontés que détient l'organisation et l'individu (Brun et al., 2003). En somme, elles correspondent aux valeurs et volontés des acteurs dans l'organisation qui doivent être en place afin d'initier des actions concrètes (Brun et al., 2003).

Selon le modèle psycho-socio-organisationnel de Brun et al. (2003), il est notable que les pratiques de gestion et les pratiques de travail soient étroitement liées aux facteurs de risque organisationnels et individuels. Les pratiques de gestion incluent les différentes compétences des gestionnaires telles que la bonne communication, l'écoute, le respect et la favorisation des réunions d'équipe (Brun et al., 2003). Dans une autre optique, les pratiques de travail font principalement mention des stratégies défensives utilisées par le travailleur pour faire face au stress et à la réalité quotidienne de son travail (Brun et al., 2003).

Les facteurs de risque organisationnels comprennent la surcharge de travail, le manque de reconnaissance de la part des gestionnaires et les conflits avec les collègues ou le supérieur. Quant à eux, les facteurs de risque individuels englobent plutôt les traits de

personnalité du travailleur et sa capacité à utiliser des stratégies d'adaptation lui permettant de résister aux différents stressors liés à son travail. Le processus de stress est influencé par l'interaction entre les facteurs de risque (individuels et organisationnels) et les dysfonctionnements (individuels et organisationnels).

Dans le modèle de Brun et al. (2003), le terme « dysfonctionnement » fait référence à « conséquence ». L'absentéisme et le roulement du personnel contribuent au dysfonctionnement organisationnel. Le dysfonctionnement individuel, pour sa part, réside plutôt en des symptômes psychologiques et physiques tels que l'épuisement, la détresse et les douleurs somatiques (Brun et al., 2003).

Ce modèle démontre l'influence des composantes organisationnelles et individuelles et leurs interactions avec les facteurs de risque associés au stress, principale cause des problèmes psychologiques liés au travail. De plus, le modèle psycho-socio-organisationnel permet d'identifier les facteurs de risque pour la santé jugés les plus pertinents par les travailleurs afin d'agir en amont et de prévenir les problèmes de santé mentale. Brun et al. (2003) suggèrent que l'idéal consisterait à agir à la source, c'est-à-dire en éliminant les facteurs de stress dans l'organisation, ce qui ferait en sorte d'assurer une prévention maximale. En effet, ces auteurs tendent à souligner que la solution réside dans la prévention.

Ces auteurs suggèrent trois niveaux classiques d'intervention, soit primaire, secondaire et tertiaire afin de favoriser le maintien d'une bonne santé mentale des infirmières. Les interventions primaires mettent l'accent sur l'organisation et l'environnement de travail. Elles visent à éliminer ou contrôler les facteurs de risque

(charge de travail, communication difficile, manque de reconnaissance) responsables de nombreuses conséquences chez l'individu (détresse, épuisement) et l'organisation (absentéisme, roulement, insatisfaction) (Brun et al., 2003). Les interventions secondaires ont pour objectif d'aider les employés et les gestionnaires à gérer leur stress lié au travail, soit en utilisant efficacement leurs stratégies d'adaptation au stress (gestion du temps, restructuration du temps), soit en soulageant les symptômes du stress (exercices, thérapies) (Brun et al., 2003). Finalement, les interventions tertiaires ont pour objet le traitement, la réhabilitation, le processus de retour au travail et le suivi des individus qui souffrent ou qui ont souffert de problèmes de santé mentale au travail (Brun et al., 2003).

La pertinence du modèle de Brun et al. (2003) réside dans le fait qu'il démontre, entre autres, l'importance du type de gestion dans la prévention du *burnout*, ce qui cadre bien avec le but de cette étude. Les différentes dimensions du modèle de Brun et al. (2003) serviront d'assises pour l'élaboration du guide d'entrevue à l'intention des infirmières gestionnaires en plus de servir de base à l'analyse. En plus de faire le lien entre les facteurs de risque, le *burnout* et les conséquences, le modèle psycho-socio-organisationnel a aussi permis d'orienter les différents thèmes de la recension des écrits. Ce modèle peut ainsi s'appliquer à cette étude dont le l'objectif ultime est de prévenir les problèmes de santé mentale relatifs au travail tels que le *burnout*.

## **Chapitre III : Méthodologie**

Après avoir présenté différents travaux sur le *burnout* et les différentes stratégies de prévention, ce chapitre vise à préciser le cadre général de la recherche. Pour l'aspect méthodologique de la recherche, suit une description du devis de recherche choisi, du milieu de l'étude, de la méthode d'échantillonnage, des caractéristiques de l'échantillon, du processus de recrutement et gestion des participants, des différentes méthodes de collecte de données et de la méthode d'analyse. Les critères de rigueur scientifique et les considérations éthiques sont finalement abordés.

### **Devis de recherche**

Afin de répondre au but de cette étude qui est d'explorer la perception des infirmières gestionnaires face au syndrome du *burnout* des infirmières travaillant en milieu hospitalier, à leur rôle dans sa prévention, aux stratégies de prévention reconnues efficaces et leurs capacités (barrières/facilitateurs) à les mettre en œuvre au sein de leur département, un devis qualitatif de nature exploratoire descriptive est retenu. L'étude exploratoire ne vise pas à vérifier des hypothèses ou émettre des généralités, mais plutôt à découvrir et comprendre les différents points de vue des infirmières gestionnaires. Par conséquent, ce type de devis est approprié car il permet de recueillir des données riches sur différents aspects du sujet à l'étude (Loiselle, Profetto-McGrath, Polit et Beck, 2007). La recherche de données a été guidée par les différents thèmes du cadre de référence de Brun et al. (2003).

L'étude qualitative de nature exploratoire accorde une place de choix aux participantes et permet au chercheur d'obtenir une compréhension holistique d'un sujet complexe, et ce, à partir de la perception des participantes (Loiselle et al., 2007), ce qui

convient au but de l'étude. En somme, puisque les infirmières gestionnaires ont un rôle majeur dans la prévention du *burnout* des infirmières, explorer et comprendre leur perception sur ce rôle permettraient d'apporter, à toutes fins utiles, les changements nécessaires afin d'optimiser l'application des stratégies de prévention du *burnout*.

### **Milieu de l'étude**

Afin d'assurer une meilleure homogénéité des données, l'étude a eu lieu en milieu hospitalier uniquement. Les milieux ciblés pour la présente recherche font partie du Centre intégré Universitaire de Santé et de Services Sociaux du Nord-de-l'île-de-Montréal (CIUSSSNIM), soit l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, l'Hôpital Fleury et l'Hôpital Jean-Talon. Le choix de ces centres réside dans la faisabilité et l'accessibilité aux infirmières gestionnaires. De plus, étant un centre tertiaire, l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal comporte plusieurs spécialités, ce qui augmente le bassin d'infirmières gestionnaires. Ces milieux permettent donc d'entrer directement en contact avec la population à l'étude, à savoir les infirmières gestionnaires œuvrant en milieu hospitalier.

### **Méthode d'échantillonnage et caractéristiques de l'échantillon**

L'échantillonnage par choix raisonné, aussi connu sous le vocable d'«échantillonnage intentionnel non probabiliste », a été la stratégie d'échantillonnage retenue pour cette étude. L'échantillon non probabiliste ne se base pas sur le hasard pour être formé. Cette méthode convenait bien à cette recherche car les participantes de cette étude ont été choisies en fonction de certaines caractéristiques prédéterminées, assurant une richesse des données permettant de répondre au but de l'étude. Selon Statistique Canada (2013), l'échantillon non probabiliste est utilisé lorsqu'on souhaite recueillir des

commentaires descriptifs du point de vue des échantillons eux-mêmes, en l'occurrence les infirmières gestionnaires travaillant en milieu hospitalier. En utilisant cette méthode d'échantillonnage, l'étudiante-chercheuse s'est assurée de sélectionner des participantes capables de lui fournir des informations riches permettant de répondre au but de l'étude.

L'échantillon était composé de 11 infirmières gestionnaires travaillant en milieu hospitalier. Selon Patton (2002), il n'y a pas de lignes directrices précisant ce que devrait être la taille exacte d'un échantillon en recherche qualitative. Par contre, en recherche qualitative, la taille de l'échantillon est relativement petite (Loiselle et al., 2007) car cela permet des analyses en profondeur du sens attribué par les participantes au phénomène exploré. La petitesse de cet échantillon n'était donc pas une barrière à l'atteinte de la saturation des données.

La saturation des données, aussi appelée « redondance des données », désigne une collecte de données jusqu'au moment où le chercheur a le sentiment que les nouvelles données ne fournissent plus d'informations additionnelles (Loiselle et al., 2007). Selon Sylvain (2008), la saturation des données contribue à étoffer les critères de rigueur scientifique dans les recherches qualitatives car elle permet d'assurer une stabilité et une fiabilité des données. En somme, d'autres chercheurs pourraient arriver à des conclusions comparables en utilisant les mêmes données. La taille d'échantillon visée par cette étude a permis d'atteindre la saturation des données.

Les participantes ont été recrutées selon les critères d'inclusion suivants :

- Être infirmière gestionnaire en milieu hospitalier dans un des établissements visés par cette étude, depuis au moins un an
- Capacité à comprendre et à communiquer en français



## Déroulement

Le projet de recherche a été soumis au Comité d'éthique de la recherche (CER) du CIUSSS du Nord-de-l'île-de-Montréal. Suite à l'approbation du projet par le CER, un courriel a été envoyé à la direction des soins infirmiers (DSI) afin de faire part des intentions de l'étudiante-chercheuse et d'évaluer la faisabilité de l'étude au sein des établissements désignés (ANNEXE A). Il a ensuite été convenu avec la DSI du meilleur moyen d'entrer en contact avec les infirmières gestionnaires. Suite à la consultation de l'organigramme du CIUSSSNIM avec la DSI, quinze infirmières gestionnaires ont été sélectionnées. La DSI a ensuite envoyé un courriel à ces infirmières gestionnaires afin de leur faire part de l'intention de l'étudiante-chercheuse de les solliciter pour son projet d'étude. Deux jours plus tard, les infirmières gestionnaires ont été contactées par courriel par l'étudiante-chercheuse (ANNEXE B). Le courriel incluait une brève description de l'étude ainsi qu'un formulaire d'information et de consentement (FIC) (ANNEXE C) décrivant le but de l'étude, la nature de la participation, les avantages, les risques et les inconvénients d'une telle participation ainsi que toutes les considérations éthiques. Notamment, les participantes ont été informées que les entrevues seraient enregistrées sur bandes audio puis retranscrites afin de faciliter l'analyse. Deux jours suivant la réception du courriel, seulement trois infirmières gestionnaires avaient répondu au courriel. De ce fait, une relance téléphonique a donc été effectuée par l'étudiante-chercheuse auprès des infirmières gestionnaires n'ayant pas répondu à l'invitation afin d'évaluer leur intérêt à participer au projet de recherche (ANNEXE D).

Une fois les questions répondues et que les participantes aient démontré leur intérêt à participer à l'étude (par courriel ou téléphone), une rencontre a été programmée afin de

procéder à l'entrevue. Le FIC a été signé lors de cette même rencontre. Le lieu et le moment de l'entrevue ont été déterminés par les participantes et les entrevues ont toutes eues lieu à leur bureau respectif.

### **Considérations éthiques**

À tout moment, les participantes pouvaient mettre fin à leur participation à ce projet d'étude sans préjudice et sans devoir fournir d'explications. Si la participante se retirait du projet, toutes les données recueillies auraient été conservées aussi longtemps que nécessaire afin de rencontrer les exigences réglementaires. Toutefois, les données recueillies n'auraient pas été prises en compte pour l'analyse sans le consentement des participantes et seraient détruites à leur demande.

Par souci d'anonymat, les noms des participantes ont été remplacés par des codes numériques lors de la transcription des verbatims. Par ailleurs, les renseignements tels que le nom, le prénom, les coordonnées ainsi que la date de l'entrevue seront conservés pour une durée de 7 ans suivant la fin du projet de recherche. Ces données seront conservées afin de permettre un examen des données en cas d'allégations portant sur l'atteinte de l'intégrité scientifique de ce projet de recherche. Ces informations seront gardées dans un répertoire, dans un classeur verrouillé se trouvant dans le bureau du chercheur principal. À la fin de ce délai, les informations seront détruites à l'aide d'une déchiqueteuse automatique.

Les données récoltées sur bandes audio, fichiers informatiques ou papiers demeureront confidentielles. Elles ne peuvent être consultées que par l'étudiante-chercheuse et ses directeurs de recherche et seront conservées sous clé tout au long de

l'étude dans un classeur verrouillé et pour une durée de 7 ans suivant la fin du projet de recherche. Suite à l'entrevue, les participantes pouvaient consulter les données recueillies et y apporter des modifications au besoin tant que l'étudiante-chercheuse et ses directeurs détenaient ces données.

Afin d'assurer la confidentialité des données numériques, ces dernières sont encryptées à l'aide du logiciel Pretty Good Privacy (PGP) et conservées dans un ordinateur doté d'un code d'accès. Les données recueillies sur bandes audionumériques sont identifiées à l'aide d'un code. Toutes autres données susceptibles de dévoiler l'identité des participantes sont conservées sous clé tout au long de l'étude dans le bureau du chercheur principal, dans un classeur verrouillé.

À tout moment, les participantes étaient libres de poser des questions et de faire part de leurs inquiétudes en contactant l'étudiante-chercheuse ou ses directeurs aux coordonnées indiquées sur le document explicatif à leur disposition. Par le fait même, l'étudiante-chercheuse demeurait disponible avant, pendant et suite à l'entrevue afin de répondre aux questions.

Finalement, il est possible que certaines questions aient suscité un certain malaise. Ceci dit, les participantes étaient informées du programme d'aide aux employés mis à disposition. C'est un programme confidentiel dont le but est de soutenir les employés dans les difficultés.

## **Méthodes de collecte de données et gestion de données**

Pour la réalisation de cette étude, trois outils de collecte de données ont été utilisés, à savoir l'entrevue semi-structurée individuelle, le questionnaire sociodémographique et le journal de bord.

### **Entrevues semi-structurées**

La méthode de collecte de données favorisée est l'entrevue semi-structurée individuelle à questions ouvertes. Les questions ouvertes permettent d'obtenir du matériel de qualité et riche en informations en favorisant l'expression libre des infirmières gestionnaires sur la perception de leurs rôles dans la prévention du *burnout* des infirmières travaillant en milieu hospitalier (Loiselle et al., 2007). L'utilisation d'un guide d'entrevue thématique (ANNEXE F) a servi de repère afin de bien conduire l'entrevue, à savoir bien aborder toutes les dimensions de leur expérience et répondre aux questions de recherche. Celui-ci a permis d'orienter la collecte de données en permettant de répondre aux différentes questions de recherche, tout en se basant sur les différents thèmes et composantes du modèle conceptuel de Brun et al. (2003) tels que les pratiques de gestion et les pratiques de travail. Les entrevues (n=11) avaient une durée approximative de 60 à 75 minutes. Les différentes entrevues ont été enregistrées sur bandes audionumériques puis retranscrites.

### **Questionnaire sociodémographique**

Le questionnaire sociodémographique (ANNEXE E) permet de recueillir des données sur le profil personnel des participantes et permettait de décrire ces participantes sur le plan du sexe, de l'âge, du niveau de scolarité, du nombre d'années d'expérience en

tant qu'infirmière et en tant qu'infirmière gestionnaire et finalement, du nombre d'années d'expérience à titre d'infirmière gestionnaire en milieu hospitalier. Ce questionnaire a été complété par la participante au début de l'entrevue.

### **Journal de bord**

Selon Miles et Huberman (2003), toutes les notes relatives au projet de recherche doivent être consignées dans un journal de bord, et ce, dès le début de la collecte de données. Ces notes méthodologiques consistent en une description des lieux, du contexte, des entrevues, des réactions et sentiments des participantes et de l'étudiante-chercheuse. Ces données ont servi lors de la phase d'analyse en tenant compte de la réalité dans laquelle les entrevues ont eu lieu. De plus, une description détaillée des différents contextes permet d'assurer une fiabilité des données. Ainsi, d'autres chercheurs pourraient utiliser ces notes et saisir la démarche méthodologique de l'étudiante-chercheuse, leur permettant d'arriver aux mêmes conclusions en utilisant les mêmes données. Il est aussi important d'utiliser ce journal afin d'y inscrire les sentiments, préjugés et questionnements tout au long de la période de collecte de données afin d'en être consciente lors du processus d'analyse.

### **Analyse des données**

Afin d'effectuer l'analyse des données, l'approche proposée par Miles et Huberman (2003) a été retenue. Cette méthode comporte trois grandes étapes, soit la condensation des données, la présentation des données et l'élaboration/vérification des conclusions qui seront décrites dans la prochaine partie. Ces trois courants de l'activité analytique et l'activité de collecte de données forment un processus cyclique et itératif (Miles et Huberman, 2003). Un lien direct a été fait avec le cadre conceptuel et les principales

questions de recherche tout au long de l'analyse, car Miles et Huberman (2003) soutiennent que les différentes étapes du processus d'analyse sont itératives et continues. Le logiciel QDA Miner a été utilisé afin de faciliter la gestion et l'organisation des données en vue de l'analyse.

### **La condensation des données**

L'amorce de la condensation des données est l'étape qui suit la transcription des verbatims. Elle se fait par de multiples relectures de toutes les données brutes recueillies par les différentes méthodes de collecte de données telles que les entrevues semi-structurées et le journal de bord. Miles et Huberman (2003) mentionnent que l'étape de condensation des données se réalise en deux phases, soit la codification simple (ou au premier niveau) et la codification thématique.

La codification simple est un moyen de résumer tous les segments de données recueillies lors de la collecte de données (Miles et Huberman, 2003). Elle permet un premier regroupement ou organisation des données. Ces auteurs suggèrent, avant l'entrée en terrain, d'élaborer une liste de thèmes et codes s'inspirant du modèle conceptuel choisi et des différentes questions de recherche permettant de répondre au but de l'étude (Miles et Huberman, 2003). Un code est « une étiquette qui désigne des unités de signification pour l'information descriptive ou différentielle compilée au cours d'une étude » (Miles et Huberman, 2003, p.122).

Le regroupement des données dans la codification simple se déroule en deux temps. En premier lieu, à partir des retranscriptions et du logiciel QDA Miner, l'étudiante-chercheuse attribue des codes à des segments. Chacun de ces codes sont attribué à un

concept utilisé dans le cadre de référence de Brun et al. (2003). Un code, associé à un segment du verbatim, est relu à plusieurs reprises afin d'en ressortir l'essence et les principales idées de la participante. Ces différents codes permettent d'organiser et de synthétiser les données afin d'en faciliter l'analyse qui sera effectuée ultérieurement. En ce sens, ce ne sont pas les mots eux-mêmes qui importent, mais plutôt la signification de ces mots (Miles et Huberman, 2003). Dans un deuxième temps, l'étudiante-chercheuse a élaboré un tableau afin d'obtenir une vue d'ensemble des différents concepts décrivant les différentes perceptions des participantes.

La codification thématique fait suite à la codification simple. Selon Miles et Huberman (2003), les codes thématiques sont des « codes explicatifs ou inférentiels qui identifient un thème, un pattern ou une explication émergents suggérés à l'analyse par le site » (p.133). Le but est de rassembler un grand nombre de matériel dans des unités d'analyse plus spécifiques (Miles et Huberman, 2003). Ces codes thématiques permettent d'identifier un thème provenant des éléments issus de l'analyse de la codification simple. En d'autres termes, il s'agit de regrouper les résumés de segments (codes) de la codification simple en un nombre réduit de thèmes ou d'éléments conceptuels (Miles et Huberman, 2003, p. 133). Pour chacun des codes élaborés dans la codification simple, l'étudiante-chercheuse a identifié plusieurs thèmes. Après analyse, l'étudiante-chercheuse a été en mesure de regrouper certains thèmes. C'est cette synthèse des thèmes par l'étudiante-chercheuse qui a permis une meilleure compréhension des données.

## **La planification des données**

La deuxième étape est la présentation des données. Celle-ci consiste en un « assemblage organisé d'informations qui permet de tirer des conclusions et de passer à l'action » (Miles et Huberman, 2003). Cette étape est d'une haute importance puisqu'elle permet de synthétiser l'évolution de la progression de l'analyse effectuée par le chercheur (Miles et Huberman, 2003). Miles et Huberman (2003) proposent de nombreuses formes de présentation des données. Celle qui a été choisie dans le cadre de cette recherche consiste en des matrices sous forme de tableaux permettant de regrouper et d'ordonner les données. L'étudiante-chercheuse a utilisé un tableau pour chacun des concepts ressortis dans la codification thématique. Ces tableaux ont permis d'avoir un soutien visuel, ce qui a facilité l'analyse en plus de permettre à l'étudiante-chercheuse d'être témoin du cheminement de réduction des données en unités spécifiques.

## **L'élaboration/ vérification des données**

Ce troisième courant de l'activité analytique s'entame dès le début de la collecte des données. Selon Miles et Huberman (2003), dès l'enclenchement de la collecte de données, l'étudiante-chercheuse devait commencer à trouver le sens des choses, à noter des régularités, les « patterns », les explications, les configurations possibles, les flux de causalité et les propositions. Il était primordial pour l'étudiante-chercheuse de garder l'esprit ouvert et critique en utilisant un journal de bord, tout en tentant de ne pas sauter trop rapidement aux conclusions. Cela dit, Miles et Huberman (2003) soutiennent que ces conclusions sont souvent pressenties dès le début de l'analyse. Les conclusions finales ont eu lieu une fois la collecte de données terminée et ont vérifiées par les directeurs de recherche et les participantes au projet de recherche.



## **Critères de rigueur scientifique**

Dans le cadre de cette présente étude, les critères de rigueur scientifique retenus sont proposés par Lincoln et Guba (1985), soit la crédibilité, la fiabilité, la confirmation et la transférabilité.

### **La crédibilité**

Tout d'abord, en recherche qualitative, la crédibilité décrit la confiance en la véracité des données recueillies (Loiselle et al., 2007; Pelletier et Pagé, 2002). Elle réfère à l'exactitude et la pertinence du lien établi entre les observations empiriques et leur interprétation (Lincoln et Guba, 1985). Lincoln et Guba (1985) suggèrent l'utilisation de plusieurs méthodes de collecte de données pertinentes et permettant de répondre au but de la recherche. Dans le cadre de ce mémoire, afin d'assurer la crédibilité, l'étudiante-chercheuse a utilisé plus d'une source de données appropriées au but de la question telle que le journal de bord et les entrevues individuelles semi-dirigées. Utiliser plusieurs méthodes de collecte de données s'avère efficace pour assurer la crédibilité car elles permettent de contrôler les sources de biais (Loiselle et al., 2007; Pelletier et Pagé, 2002). Sylvain (2008) propose de décrire le plus fidèlement possible, soit avec justesse, la perspective de toutes les participantes, mais également de documenter le processus par lequel les différents points de vue, incluant ceux de l'étudiante-chercheuse, ont été unifiés dans la présentation, l'analyse et l'interprétation des données. Ces données ont été intégrées au journal de bord de l'étudiante-chercheuse. De plus, l'étudiante-chercheuse a fait des recherches documentaires afin de se familiariser avec le phénomène à l'étude, la stratégie de recherche utilisée et la méthode d'analyse choisie, ce qui renforce la crédibilité de l'étude car cela affiche une

confiance en la véracité des données recueillies. Finalement, la crédibilité a été assurée par la validation des résultats par les directeurs de recherche.

### **La fiabilité**

La fiabilité, aussi appelée authenticité des données, consiste en une uniformité et en une consistance des résultats au fil du temps et dans différentes situations (Lincoln et Guba, 1985; Loiselle et al., 2007; Pelletier et Pagé, 2002). Elle réside en la capacité d'un autre chercheur à faire des analyses comparables, et ce, à partir des mêmes données et dans les mêmes contextes (Lincoln et Guba, 1985). L'étudiante-chercheuse a fourni une description détaillée des méthodes de collecte de données, de la méthode d'analyse utilisée, soit celle proposée par Miles et Huberman (2003) et des citations directes provenant des entrevues individuelles. Toutes modifications effectuées par l'étudiante-chercheuse au niveau de la méthodologie devaient être suivies d'un mémo méthodologique afin que les lecteurs puissent suivre la logique du processus et les décisions concernant la méthodologie (Sylvain, 2008). L'étudiante-chercheuse a utilisé donc un journal de bord afin d'y consigner toutes les données concernant son processus de recherche, telles que ses perceptions pouvant influencer l'interprétation. Sylvain (2008) soutient que l'importance de tenir un tel journal est reconnue par plusieurs auteurs méthodologiques. Cette étude répond bien à ce critère car un suivi est réalisé par les directeurs de recherche. Ces derniers avaient, en tout temps, accès aux contenus des entrevues et des données d'analyse.

### **La confirmation**

La confirmation renvoie à la congruence des données ou à la confirmation de l'analyse et de l'interprétation (Loiselle et al., 2007). Elle permet de s'assurer que les

interprétations et les résultats sont enracinés dans le contexte et qu'ils ne sont pas le produit de l'imagination du chercheur (Sylvain, 2008). Elle permet donc de démontrer l'existence des données, et ce, avec transparence. La confirmabilité et la consistance de l'analyse ont été assurées par des rencontres ponctuelles avec les directeurs de recherche afin de discuter des résultats préliminaires, d'où ont émergé les codes et les thèmes principaux de l'étude, établis par un accord commun. Les données ont été accessibles en tout temps aux directeurs de recherche à des fins de consultation. Les interprétations ont été émises par l'étudiante-chercheuse et ses directeurs de manière indépendante. Une validation auprès des infirmières gestionnaires et l'utilisation des verbatim dans les résultats sont aussi des méthodes utilisées par l'étudiante-chercheuse pour augmenter la confirmation et la crédibilité afin de s'assurer que les résultats ne proviennent pas de l'imaginaire de celle-ci (Lincoln et Guba, 1985).

### **La transférabilité**

Finalement, la transférabilité ou l'applicabilité fait référence au degré auquel les conclusions s'appliquent à d'autres contextes (Lincoln et Guba, 1985; Loisel et al., 2007; Pelletier et Pagé, 2002). Afin d'assurer la transférabilité, l'étudiante-chercheuse a décrit clairement le contexte de l'étude, les caractéristiques sociodémographiques des participantes, les données recueillies et la méthode d'analyse utilisée afin de permettre aux lecteurs d'évaluer si les résultats de l'étude peuvent s'étendre à d'autres répondants ou à d'autres contextes.

## **Chapitre IV : Article scientifique**

Prévention du *burnout* des infirmières en milieu hospitalier :

Perception des infirmières gestionnaires

Par

Aylnide Nathalus M.Sc

Arnaud Duhoux Ph.D

Marie-Josée Levert, Ph.D

Le nombre de mots pour les fins de dépôt du mémoire est de 4516

La revue envisagée pour la soumission de l'article est

Science infirmière et pratiques en santé (SIPS) (Annexe J)

## Résumé

**Introduction:** Les infirmières gestionnaires sont des piliers en ce qui a trait à la prévention du *burnout* des infirmières. Ceci dit, aucune étude n'a été réalisée sur la perception des infirmières gestionnaires quant à leur rôle pour la prévention du *burnout*.

**Objectifs:** Le but de cette étude est d'explorer les perceptions des infirmières gestionnaires relativement au *burnout* des infirmières en milieu hospitalier. Plus spécifiquement, elle vise à connaître leur vision par rapport à leur rôle dans sa prévention, à leur connaissance des stratégies de prévention évoquées par la littérature et à l'application de ces dernières dans leur milieu de travail.

**Méthodologie:** Un devis qualitatif de nature exploratoire descriptif a été choisi. L'étude a été réalisée entre le 15 janvier et le 12 février 2017, auprès de 11 infirmières gestionnaires travaillant dans un des centres hospitaliers de Montréal. L'analyse des données a été réalisée selon la méthode de Miles et Huberman (2003).

**Résultats:** Les résultats mettent en évidence quatre constats importants: 1) les infirmières gestionnaires admettent manquer de connaissances sur le *burnout* et les stratégies de prévention 2) elles comprennent les impacts du *burnout* dans l'organisation 3) elles sont conscientes de l'importance de leur rôle dans la prévention du *burnout* des infirmières 4) les stratégies de prévention du *burnout* sont difficiles à appliquer en raison des nombreuses contraintes organisationnelles et elles réclament plus de soutien de la part de l'établissement de santé qui détient aussi un rôle bien important.

**Discussion et conclusion:** Cette étude montre à quel point le rôle des infirmières gestionnaires en matière de prévention du *burnout* doit être mieux soutenu par les organisations de santé. Les organisations de santé pourront devenir des acteurs clés, notamment en évaluant les besoins des infirmières gestionnaires en matière de formation afin de mieux les soutenir dans leurs démarches de prévention du *burnout* des infirmières.

**Mots clés :** burnout, prévention, gestion, infirmières gestionnaires, infirmières.

## Abstract

**Introduction:** Nurse managers are pillars in the prevention of nurse burnout. With that being said, no study has ever been done before in regards to the views of nurse managers in the role they play in preventing burnouts.

**Objectives:** The purpose of this study is to find out what are the views of nurse managers in regards to burnouts of nurses in a hospital setting. More specifically, it aims to know how they view their role in the prevention of burnouts, the knowledge they have on the prevention strategies mentioned in the literature and how they apply these strategies in their workplace.

**Methodology:** For this research, a qualitative study of descriptive exploratory nature was chosen. The study was conducted with 11 nurse managers working in one Montreal hospital between January 15<sup>th</sup> and February 12<sup>th</sup>, 2018. The analysis of the data was performed using the method of Miles and Huberman (2003).

**Results:** The results of this study highlight four findings: 1) nurse managers admit lack of knowledge about burnout and prevention strategies 2) they understand the impacts of burnout in the organization 3) they understand and are aware of the importance of their role in preventing burnout of nurses 4) burnout prevention strategies are difficult to implement because of the many organizational constraints and they require more support from the health facility, which also has a very important role.

**Discussion and conclusion:** This study show how the role of nurse managers in preventing burnout need to be more supported by health organization. Health organizations will be able to become key players, notably by assessing the needs of nurse managers in term of training to better support them in their effort to prevent burnout of nurses.

**Key words:** Burnout, prevention, management, nurse manager, nurses

## Introduction

Le syndrome d'épuisement professionnel, communément appelé *burnout*, est une conséquence psychologique directe et importante du stress au travail (Cooper et al., 2016). Phénomène très répandu, il correspond à un état d'esprit négatif lié au travail, qui se développe graduellement à la suite d'une exposition à des situations stressantes (Cooper et al., 2016).

Au Québec, 25 % des travailleurs seraient affectés par les symptômes du *burnout* (Brun, Biron, Martel et Ivers, 2003; OMS, 2005). Plusieurs études ont démontré que 30 % à 50 % des infirmières ressentent des symptômes cliniques du *burnout* et que 50 % d'entre elles auraient déjà songé à changer de métier en raison de nombreux facteurs affectant leurs conditions de travail (manque de soutien du gestionnaire, horaire, conflits) (Gelsema et al., 2006; Poncet et al., 2007). Le contact direct avec la souffrance des patients et familles, la maladie et la mort sont des facteurs influents dans l'apparition des symptômes du *burnout* tels que la fatigue, le manque de motivation, les troubles du sommeil ou une baisse d'estime de soi (Aiken et al., 2011).

L'augmentation du roulement du personnel infirmier, du taux d'absentéisme ainsi que la difficulté à recruter et retenir le personnel infirmier sont des conséquences directes du *burnout* de l'infirmière (Roche, Duffield, Homer, Buchan et Dimitrelis, 2015). De plus, il affecte le patient par une diminution de son niveau de satisfaction, une diminution de la qualité des soins et une augmentation du taux de mortalité (Milliken, Clements et Tillman, 2007).

L'infirmière gestionnaire détient un rôle clé dans la prévention du *burnout* des infirmières. Toutefois, il n'existe pas d'écrits décrivant leur point de vue concernant leur rôle et leurs implications dans la prévention du *burnout* des infirmières. Le *burnout* des infirmières est un problème bien réel et il apparaît donc crucial de comprendre le point de vue des infirmières gestionnaires sur cette problématique, afin d'implanter des stratégies pouvant prévenir son apparition et les conséquences qui y sont rattachées.



Le but de cette étude est de connaître la perception des infirmières gestionnaires face au syndrome du *burnout* des infirmières en milieu hospitalier. Plus spécifiquement, elle vise à comprendre : 1) comment les infirmières gestionnaires perçoivent-elles le *burnout* des infirmières travaillant en milieu hospitalier 2) comment les infirmières gestionnaires perçoivent-elles leur rôle dans la prévention du *burnout* des infirmières travaillant en milieu hospitalier 3) la perception des infirmières gestionnaires face aux stratégies préventives reconnues efficaces pour diminuer le risque de *burnout* des infirmières travaillant en milieu hospitalier 4) la perception des infirmières gestionnaires par rapport à leur capacité (barrières/facilitateurs) à mettre en œuvre ces stratégies de prévention du *burnout* des infirmières au sein de leur département.

Le cadre de référence utilisé est basé sur le modèle psycho-socio-organisationnel de la santé mentale proposé par Brun, Biron, Martel et Ivers, (2003). Ce modèle implique huit dimensions ayant une influence sur la santé mentale au travail, soit les capacités (ressources, structures, outils), les dispositions (valeurs, enjeux, volontés), les pratiques de gestion (compétences), les pratiques de travail (stratégies pour faire face au stress), les facteurs de risque et les dysfonctionnements (conséquences) (Brun et al., 2003). Ce cadre a permis d'orienter toutes les étapes de réalisation de l'étude; de la collecte de données, à l'analyse et l'interprétation des résultats.

### **Méthodologie**

Un devis qualitatif de nature exploratoire descriptive a été retenu. Les milieux hospitaliers identifiés sont des centres hospitaliers universitaires de Montréal. Les participantes ont été recrutées via la direction des soins infirmiers (DSI) de ces établissements et ont accepté que leurs coordonnées soient transmises à l'étudiante-chercheuse afin de leur transmettre les informations détaillées sur le projet et la nature de leur participation. Les participantes devaient être des infirmières gestionnaires travaillant en milieu hospitalier.

Quinze infirmières gestionnaires ont été contactées et onze d'entre elles ont répondu positivement à l'invitation. La majorité (81 %) des participantes sont des femmes âgées de 30 à 60 ans. Elles travaillent dans différentes unités de soins telles que les soins intensifs,

urgences, chirurgies postopératoires, cardiologie et neurologie et possèdent une moyenne de 15 ans d'expérience à titre d'infirmières. De plus, la majorité (64 %) des participantes avaient plus de 5 ans à titre d'infirmières gestionnaires.

Les données ont été recueillies par des questionnaires sociodémographiques ainsi que des entrevues individuelles semi-structurées basées sur un guide d'entretien basé sur le modèle conceptuel de Brun et al. (2003). De plus, des notes méthodologiques ont permis de consigner certaines observations, telles que le contexte de l'entrevue, les éléments centraux évoqués par les participantes et les réflexions de l'intervieweuse. Les entrevues ont été enregistrées sur bandes audio et transcrites in extenso.

Ce projet a reçu l'approbation éthique du Comité d'éthique de la recherche en santé (CERES) de l'Université de Montréal et du CIUSSSNIM.

Finalement, le fait que l'échantillon soit composé d'infirmières gestionnaires travaillant dans différents établissements de santé et différentes spécialités augmente la validité des résultats et assure une saturation des données. Cela rend les résultats pertinents et transférables à un plus large éventail d'infirmières gestionnaires. De plus, la méthode de collecte de données utilisée concorde avec le but de la recherche.

## **Résultats**

L'analyse et l'interprétation des données ont permis de mieux comprendre la perception des infirmières gestionnaires sur : 1) leurs connaissances, les manifestations et les causes du *burnout*, 2) les impacts organisationnels du *burnout*; 3) le rôle de l'infirmière gestionnaire dans la prévention du *burnout*, et pour finir, 4) le rôle de l'établissement de santé dans la prévention du *burnout*.

### **Les connaissances, les manifestations et les causes du *burnout***

Les connaissances des participantes à propos du *burnout* concernent principalement ses manifestations et ses causes. Toutes les répondantes définissent le *burnout* selon 3 caractéristiques, à savoir 1) il est confondu avec le trouble dépressif, 2) il est dû à un état de stress et de fatigue prolongés 3) il est attribuable aux conditions de travail.

Lorsque les participantes ont tenté de définir le *burnout* au meilleur de leurs connaissances, une association a été faite avec le trouble dépressif pour chacune d'entre elles. Elles s'entendent toutes pour dire que c'est un terme fréquemment utilisé mais ne sont pas en mesure de le définir clairement et de le différencier du trouble dépressif.

« *C'est un terme que beaucoup de gens utilisent sans savoir ce que c'est* » (Participante 5).

« *Ça serait comme une forme de dépression mais reliée à une surcharge de travail* » (Participante 3).

« *Donc pour moi le burnout, c'est un signe de dépression* » (Participante 1).

Les participantes (37 %) comprennent aussi que le *burnout* est causé par une exposition à un stress prolongé en milieu de travail et une fatigue extrême qui n'est pas soulagée par les périodes de repos.

« *C'est une fatigue extrême, autant au niveau physique que psychologique* » (Participante 10).

« *C'est un épuisement en lien avec la profession qu'on exerce* » (Participante 11).

Les participantes soutiennent que les manifestations du *burnout* sont d'ordre physique, psychologique et social. En effet, toutes les candidates mentionnent que la fatigue, le changement d'humeur, l'irritabilité, l'isolement social et le manque de motivation sont les principaux symptômes du *burnout*.

« *Je sais que c'est une fatigue prolongée qui entraîne une irritabilité au niveau de l'humeur* » (Participante 9).

« *Elle peut avoir ces symptômes, dont la fatigue, l'irritabilité... moins efficace au travail* » (Participante 7).

« *Ça peut causer de l'isolement, ça peut aller jusqu'aux idées suicidaires* » (Participante 7).

Quelques participantes pensent que le *burnout* peut est attribuable à des causes externes telles que des problèmes familiaux. Toutefois, la majorité y voit des causes organisationnelles dont près de la moitié des participantes (45 %) qui mentionnent que l'une des causes principales du *burnout* est le manque de soutien et d'écoute de la part de l'infirmière gestionnaire.

« *Si l'infirmière-chef n'est pas à l'écoute et ouverte aux infirmières, ça peut contribuer à augmenter le problème* » (Participante 2).

De plus, 64 % des participantes suggèrent que le manque de personnel contribue à la fatigue physique et psychologique du personnel par l'augmentation de la charge de travail. En plus de miner le moral des infirmières et de créer de l'irritabilité, cette fatigue continue d'affecter l'état psychologique du personnel et prédispose au *burnout*.

« On est obligés de compenser pour la personne qui manque » (Participante 7).

Toutes les participantes mentionnent qu'aucune formation sur le *burnout* n'est offerte aux infirmières gestionnaires. Elles attribuent donc leur manque de connaissance au manque de formations et d'informations des gestionnaires et des infirmières sur ce syndrome. Selon elles, cette lacune au niveau des connaissances sur le *burnout* rend plus difficile leur capacité à reconnaître les manifestations du *burnout* et percevoir les signaux d'alerte leur permettant d'agir à titre préventif.

« On est mal informés, l'information n'est pas bien véhiculée. En tant que gestionnaire, je pense qu'il manque d'informations pour faire du dépistage dans nos équipes » (Participante 3).

« Je pense qu'il y a un manque d'informations par rapport au *burnout* » (Participante 10).

« Je suis dans le réseau de la santé ça fait pratiquement 32 ans et je n'ai jamais eu de formation à cet égard (*burnout*), ni comme gestionnaire, ni comme infirmière » (Participante 2).

En somme, par leurs propos, les candidates démontrent un manque de connaissances par rapport à la définition de ce syndrome. Par ailleurs, elles sont en mesure d'identifier de nombreux symptômes tels que l'irritabilité, le manque de motivation et la fatigue. Les participantes rapportent aussi que le manque de soutien de l'infirmière gestionnaire, de personnel et de formations représente les principales causes du *burnout* des infirmières.

### **Les impacts organisationnels du *burnout***

Les résultats montrent que le *burnout* affecte l'assiduité au travail, la qualité des soins et la collaboration interprofessionnelle.

Toutes les participantes ont mentionné que l'absentéisme est la principale conséquence directe du *burnout*. Selon elles, le taux d'absentéisme qui augmente affecte la charge de travail (81 %), le risque d'erreurs (36 %), la productivité (27 %), et nuit à l'esprit d'équipe (27 %). Le manque de personnel lié à l'absentéisme prolongé affecte le moral de l'équipe restante, ce qui à son tour, peut être une cause du *burnout* (64 %).

« Ça va affecter le département en ayant une personne de moins. À cause du *burnout* ça va faire que la charge de travail va être augmentée pour tout le monde. » (Participante 7).

« Si tu es moins là psychologiquement, fatiguée, tu es moins alerte, donc il peut avoir des oublis, des erreurs » (Participante 3).

« Tout le monde est plus concentré à faire juste ce qu'il y a à faire, moins de travail d'équipe » (Participante 4).

Sur le plan de la collaboration interprofessionnelle, toutes les participantes ont souligné que la violence en milieu de travail est une conséquence directe du *burnout*. Cela se manifeste par un manque de collaboration entre collègues, un manque de respect et de savoir-être et par de la confrontation. L'impatience et la fatigue contribuent aux marques d'incivilité entre les membres du personnel. Les résultats démontrent que la violence entre collègues mine le moral de l'équipe et affecte négativement le climat de travail (45 %). Une candidate a mentionné que ce climat de violence est ressenti par les patients et peut créer chez eux de l'anxiété.

« Ça peut créer de l'anxiété chez le patient... de voir un climat de travail moins bon » (Participante 10).

Les résultats obtenus ont déterminé que la qualité des soins peut être affectée lorsqu'une infirmière de l'unité de soins souffre du syndrome du *burnout* (82 %). Elles mentionnent que la fatigue extrême (82 %), le manque de concentration (64 %) et le manque de motivation (45 %) ne permettent pas d'offrir un service adéquat auprès des patients.

« *Il peut y avoir un impact au niveau de sa qualité des soins, au niveau de sa relation d'aide avec ses patients... »* (Participante 3).

Finalement, près de la moitié des participantes (45 %) mentionnent l'augmentation des plaintes des patients/familles lorsque ces derniers ne sont pas satisfaits de la qualité des soins reçus.

« *Au niveau de la clientèle, ça doit avoir un impact... tu vas finir par avoir une plainte »* (Participante 9).

### **Le rôle de l'infirmière gestionnaire dans la prévention du *burnout***

Toutes les participantes s'entendent pour dire qu'elles peuvent être une source de stress importante pour les infirmières, pouvant les mener au *burnout*. Selon elles, de par leur position hiérarchique et leur niveau de responsabilités administratives, elles ne peuvent pas toujours satisfaire les besoins de leur équipe. Par ailleurs, les participantes démontrent une bonne connaissance de leur rôle dans la prévention du *burnout* des infirmières. Entre autres, elles mentionnent l'écoute (100 %), la mise en place de formations (100 %), leur disponibilité (73 %), l'importance des réunions d'équipe (64 %) et la reconnaissance des employés (64 %) comme moyens de prévention du *burnout*.

Les données montrent que les participantes sont conscientes que leur présence est une stratégie de prévention du *burnout* des infirmières et elles mentionnent qu'elles aimeraient être plus présentes pour leur équipe en leur apportant l'écoute et le soutien nécessaire. Ceci dit, sept d'entre elles affirment qu'elles n'ont pas toujours le temps nécessaire pour offrir une présence adéquate à l'équipe. Bien que des rencontres soient planifiées, les participantes ont mentionné qu'il est difficile de pouvoir rencontrer toutes les équipes, surtout celles de nuit. De plus, ces rencontres se veulent plus souvent informatives. Les échanges et les possibilités d'apporter des éléments de discussions pour les infirmières se font plutôt rares à cause du manque de temps.

« *Même quand je n'ai pas beaucoup de choses à dire dans les réunions d'équipe, je tiens à les faire pareil, ne serait-ce que pour que les équipes puissent ventiler »* (Participante 4).

Les résultats démontrent que les restrictions budgétaires, le manque de personnel (64 % des participantes) et les nombreuses tâches administratives telles que des rencontres à l'extérieur de l'organisation de santé (45 % des participantes) sont souvent en cause dans leur manque de temps à consacrer à leur équipe.

Dans un autre ordre d'idées, les participantes s'entendent toutes pour dire qu'elles devraient être davantage formées sur les signes et symptômes du *burnout* dans le but d'intervenir et agir rapidement.

*« Le temps... des fois si on avait le temps de prendre le temps; il y a aussi la formation, c'est certain que si les gens pouvaient être mieux formés à détecter, ça pourrait aider, puis, là, présentement, les formations il faut les payer. Ça fait que les budgets sont restreints et ainsi de suite... »* (Participante 2).

*« On est mal informés...en tant que gestionnaire, je trouve qu'il manque d'informations pour faire du dépistage, si on avait du dépistage à faire dans nos équipes. Ça fait... moi je n'ai jamais eu de formation là-dessus en cinq ans... »* (Participante 3).

En somme, les ressources financières, humaines et de temps, lorsqu'elles ne sont pas suffisantes ou adéquates, empêchent grandement l'atténuation des facteurs de risque liés au *burnout*. Il est difficile pour les infirmières gestionnaires de bien appliquer leur rôle au sein de leur équipe, bien que leurs connaissances sur le sujet soient tout de même présentes.

### **Le rôle de l'établissement de santé dans la prévention du *burnout***

Les participantes sont d'avis que l'établissement de santé détient un rôle tout aussi important que les infirmières gestionnaires dans la prévention du *burnout* des infirmières. Ces dernières ont ciblé quelques facteurs de risque organisationnels présents dans leur milieu de travail, contribuant au développement du *burnout* tels que le manque de reconnaissance organisationnelle (55 %), les départements de plus en plus gros (27 %) et l'absence de formations sur le *burnout* (91 %), tant pour les infirmières que les infirmières gestionnaires.

Les participantes mentionnent qu'il est du devoir de l'établissement de santé de créer des politiques afin de promouvoir la prévention du *burnout*. Selon elles, la création d'un milieu de travail adapté (45 %), le développement de formations (91 %) et l'assurance d'avoir le personnel nécessaire sur les unités de soins (64 %) permettraient d'atténuer les risques de développer le syndrome du *burnout* ou encore de prendre en charge plus rapidement les individus ayant ces symptômes.

Il est mentionné aussi par 45 % des participantes qu'elles aimeraient être davantage soutenues par l'établissement de santé dans leur démarche de prévention du *burnout*. Les infirmières gestionnaires suggèrent que les gestionnaires de l'établissement de santé, tels que les directeurs, encouragent le personnel dans leur travail, que ce soit en étant plus présents dans l'action ou encore en organisant des activités de reconnaissance. Les participantes soutiennent que les marques de reconnaissance valorisent et motivent les infirmières car elles sentent qu'elles ont une importance au sein de l'équipe et qu'elles sont prises en compte. Par le fait même, elles contribuent à leur bien-être en milieu de travail.

*« Mais il y a aussi toute la reconnaissance organisationnelle, qui je pense, est vraiment importante, qui est à un autre niveau puis qui fait ressentir aux employés qu'ils sont pris en considération, qu'ils sont importants »* (Participante 10).

Le co-développement entre la direction et le personnel a été souligné par trois des participantes ; ce qui implique le développement d'outils, de politiques et de formations afin de mieux prévenir le *burnout* des infirmières. Bien que la prévention du *burnout* ne soit pas une priorité au sein des établissements de santé, ces participantes croient que le co-développement entre les différents niveaux hiérarchiques en vue d'implanter des procédures et des éléments clés visant la prévention du *burnout*, contribuerait à améliorer la situation.

## **Discussion**

Le but de cette étude est d'explorer les perceptions des infirmières gestionnaires relativement au *burnout* des infirmières en milieu hospitalier. Plus spécifiquement, elle vise à connaître leur vision par rapport à leur rôle dans sa prévention, à leur connaissance



des stratégies de prévention évoquées par la littérature et à l'application de ces dernières dans leur milieu de travail.

Les résultats mettent en évidence trois constats importants. Dans un premier temps, les infirmières gestionnaires admettent manquer de connaissances sur le *burnout* et les stratégies de prévention. Ceci dit, elles comprennent et sont conscientes de l'importance de leur rôle dans la prévention du *burnout* des infirmières. Finalement, les stratégies de prévention du *burnout* sont difficiles à appliquer en raison des nombreuses contraintes organisationnelles et réclament plus de soutien de la part de l'établissement de santé qui détient aussi un rôle bien important.

Les participantes disent entendre parler du *burnout*, mais leurs propos démontrent un certain manque de connaissances par rapport au *burnout*, ce qu'elles affirment elles-mêmes. Il existe peu d'écrits sur l'état des connaissances des infirmières gestionnaires sur le *burnout*. Par ailleurs, il existe une étude menée par Stewart (2009) auprès de 214 infirmières gestionnaires sur l'état de leurs connaissances sur le *burnout* où celles-ci démontrent clairement un manque d'éducation sur ce sujet, ce qui est le cas des participantes de cette présente étude. Les participantes définissent le *burnout* comme une forme de dépression attribuable au travail. Cela dit, aucune participante n'était en mesure d'apporter une distinction claire entre le *burnout* et le trouble dépressif. Comme le soutiennent les écrits, les termes « dépression » (appelé maintenant « trouble dépressif ») et « *burnout* » sont souvent confondus (Ahola et Hakanen, 2007; Ahola, Hakanen, Perhoniemi et Mutanen, 2014; Zacchia, 2007). En contrepartie, les manifestations du *burnout* mentionnées par les participantes corroborent celles recensées par les écrits, notamment la fatigue, l'irritabilité, le manque de motivation et l'isolement social (Wang, Liu et Wang, 2015). L'étude de Stewart (2009) affirme que les infirmières gestionnaires ont peu de connaissances sur la définition du *burnout*, les causes et manifestations, les stratégies de prévention et les traitements pouvant les aider à réduire l'incidence du *burnout* des infirmières, ce qui est soutenu par les participantes de cette présente étude. Les résultats de cette recherche mettent en évidence que malgré le fait que le *burnout* soit un sujet d'actualité au sein de nombreuses professions et hautement médiatisé, ce syndrome reste tout de même nébuleux et méconnu pour la plupart des gens.

Les participantes comprennent et sont conscientes de leur rôle dans la prévention du *burnout* des infirmières. En effet, les participantes sont d'avis qu'elles peuvent représenter une source de stress pour les infirmières. Cette affirmation appuie le constat fait par Boev (2012) selon lequel l'infirmière gestionnaire était la principale source de stress des infirmières de par son manque de support et d'habiletés de gestion. Par ailleurs, les infirmières gestionnaires sont aussi perçues, par les infirmières, comme des modèles qui les motivent en donnant un sens à leur travail (Skakon, Nielsen, Borg et Guzman, 2010; Tessier, 2006). Parallèlement, les participantes comprennent l'importance d'appliquer des stratégies de prévention du *burnout* des infirmières afin de préserver leur équipe.

Les infirmières gestionnaires reconnaissent plusieurs stratégies de prévention du *burnout* des infirmières. Entre autres, elles soutiennent pouvoir agir sur certains agents stressseurs tels que les horaires de travail. De plus, elles affirment que certaines compétences de gestion peuvent soutenir le bien-être des infirmières, notamment l'écoute, la disponibilité et la favorisation du travail d'équipe. À l'inverse, les écrits soutiennent que certains comportements de l'infirmière gestionnaire pouvaient accentuer le stress des infirmières, notamment le manque de présence, un style de gestion autoritaire non axée sur le travail d'équipe et le manque de soutien dans leurs difficultés (Boev, 2012; Ngozi et Ogwo, 2013). Comme le soutiennent Brun et al. (2003) par leur modèle psycho-socio-organisationnel, les pratiques de gestion à privilégier afin de réduire le stress des infirmières pouvant les mener au *burnout* comprennent l'écoute, les réunions d'équipe, la disponibilité et la communication.

Selon les participantes, les pratiques de gestion adéquates au niveau du travail en milieu hospitalier sont difficiles à appliquer, car de nombreuses contraintes organisationnelles sont présentes. Il est difficile pour les infirmières gestionnaires d'être autant présentes et disponibles qu'elles le voudraient car celles-ci sont régulièrement attitrées à des tâches administratives et doivent participer à des comités à l'extérieur de leur centre hospitalier. En effet, Nelson (2017) affirme que les changements organisationnels ont élargi les rôles des infirmières gestionnaires en augmentant les tâches liées à l'administration. Ceci implique de nombreuses rencontres à l'extérieur de leur centre

hospitalier, leur laissant moins de temps pour s'attarder au développement et au soutien du personnel de soins.

Outre les connaissances insuffisantes liées au manque de formations sur le *burnout*, une barrière importante à l'application des stratégies de prévention du *burnout* réside dans les contraintes budgétaires. Les participantes soutiennent que les contraintes budgétaires empêchent d'agir sur plusieurs agents stressants tels que le manque de ressources humaines et matérielles et le manque de formations offertes aux infirmières. Ce constat appuie celui fait par Chelmsford (2017) selon lequel les contraintes budgétaires sont les principales barrières à l'application des stratégies de prévention du *burnout*. Cela affecte la rétention des ressources humaines, l'approvisionnement du matériel de soins et la mise en place de programmes de prévention du *burnout* (Chelmsford, 2017).

Finalement, le développement de politiques favorisant la prévention du *burnout*, la prise en charge des employés démontrant des symptômes du *burnout* ou la mise en place de campagnes de sensibilisation peuvent contribuer grandement à la prévention du *burnout* chez les infirmières tout en apportant un soutien aux infirmières gestionnaires dans l'application des stratégies de prévention. L'établissement de santé, afin de favoriser le bien-être de la santé mentale des infirmières doit être un acteur engagé et faire de la prévention du *burnout* une priorité et soutenir les infirmières gestionnaires dans l'application des mesures de prévention. Entre autres, il peut s'impliquer en instaurant des politiques sur la prévention du *burnout*, offrir des formations pour les infirmières et les gestionnaires et miser sur la reconnaissance organisationnelle. En apportant un soutien aux infirmières gestionnaires, cela faciliterait l'application des mesures préventives du *burnout* tout en réduisant son incidence.

### **Limites et forces de l'étude**

La limite principale de cette étude réside dans le fait qu'elle a été réalisée auprès d'infirmières gestionnaires travaillant en milieu hospitalier uniquement. Il serait pertinent de réaliser cette même étude auprès d'infirmières travaillant en milieu extrahospitalier afin de valider les résultats. Il y avait une certaine redondance des thèmes avec des idées plus marginales qui soutient la saturation des données, malgré la petitesse de l'échantillon. Par contre, il n'est pas possible d'affirmer la saturation des données a été totalement atteinte

car le nombre de participantes a préalablement été limité à onze participantes. En contrepartie, malgré ces limites, parmi les quinze infirmières sélectionnées, onze ont répondu à la sollicitation, ce qui représente une grande proportion (73%). La principale force de cette recherche est qu'elle permet de contribuer aux connaissances actuellement limitées en ce qui concerne la perception des infirmières gestionnaires de rôle dans la prévention du burnout des infirmières. De plus, l'utilisation de données primaires (verbatim) est également une force de cette étude puisqu'elle augmente la crédibilité.

### **Retombées / Implications pour la recherche**

Les résultats de cette étude permettent d'étoffer et de bonifier les recherches ayant été faites en lien avec le syndrome du *burnout* et de prévoir certaines mesures afin de faciliter l'application des stratégies de prévention proposées par la littérature. La prévention du *burnout* n'est pas mise en valeur dans les centres hospitaliers. Le développement d'outils, l'offre de formations de même que l'application de politiques mettant en œuvre la prévention du *burnout* seraient d'une grande utilité dans le milieu hospitalier. Toutefois, ces dispositions étant absentes. Il serait bénéfique qu'une implantation à grande échelle de politiques promouvant les stratégies de prévention du *burnout* en milieu hospitalier, sur une période de temps déterminée, soit faite. Cela pourrait contribuer à réduire l'incidence du *burnout*, tout en mettant en valeur l'importance de sa prévention. Finalement, les résultats de cette étude semble démontrent un manque formation sur le *burnout*. De ce fait, il serait pertinent d'inclure le *burnout* parmi les sujets à aborder lors de la formation académique.

### **Recommandations**

- 1- Les établissements de santé devraient augmenter l'offre de formations sur le *burnout* et sa prévention pour toutes les infirmières et les infirmières gestionnaires.
- 2- L'implication de l'organisation dans les milieux hospitaliers devrait se faire par le développement des politiques et des outils permettant de soutenir les infirmières gestionnaires dans leur rôle de prévention du *burnout* des infirmières.

- 3- La diminution des tâches administratives et des déplacements à l'extérieur aiderait à augmenter les disponibilités des infirmières gestionnaires et favoriserait un meilleur soutien à la prévention du *burnout*. L'augmentation du temps de présence permettrait la tenue de rencontres d'équipe plus profitables, favoriserait la communication, le soutien et la reconnaissance auprès des infirmières. Ces éléments sont considérés comme importants dans leur application, car ils diminuent considérablement l'apparition des facteurs de risque et des dysfonctionnements organisationnels et individuels du *burnout*.

### **Conclusion**

La perception des infirmières gestionnaires sur leur rôle dans la prévention du *burnout* est un sujet peu étudié mais d'actualité dans le contexte de transformation du réseau de la santé qui génère une augmentation de la prévalence du *burnout* chez les infirmières. Bien que plusieurs études aient été réalisées au sujet du *burnout*, aucune n'a abordé spécifiquement la perception des infirmières gestionnaires de leur rôle dans la prévention de celui-ci. Les résultats de cette étude indiquent le manque flagrant d'éducation des infirmières gestionnaires en ce qui concerne le *burnout*, ses causes et ses stratégies de prévention. Les infirmières gestionnaires reconnaissent l'importance de leur rôle dans l'application des mesures préventives du *burnout*. Cela dit, plusieurs contraintes organisationnelles rendent difficile cette application par les infirmières gestionnaires.

En somme, cette étude démontre à quel point le rôle des infirmières gestionnaires en matière de prévention du *burnout* dans les centres hospitaliers doit être mieux soutenu par les organisations de santé. Les infirmières gestionnaires sont en mesure de garder une proximité avec les infirmières et d'avoir un impact sur le système de santé. La prévention du *burnout* n'a pas fini d'être l'objet de nombreuses recherches à venir. Ceci dit, il serait pertinent de réaliser cette même étude auprès d'autres types de gestionnaires, notamment les membres de la Direction des soins infirmiers ou les directeurs généraux des établissements de santé.

## Références bibliographiques

- Ahola, K. et Hakanen, J. (2007). Job strain, burnout, and depressive symptoms: a prospective study among dentists. *Journal of Affective Disorders*, 104(1-3), 103-110. doi: 10.1016/j.jad.2007.03.004
- Ahola, K., Hakanen, J., Perhoniemi, R. et Mutanen, P. (2014). Relationship between burnout and depressive symptoms: A study using the person-centred approach. *Burnout Research*, 1(1), 29-37. doi: 10.1016/j.burn.2014.03.003
- Aiken, L. H., Sloane, D. M., Clarke, S., Poghosyan, L., Cho, E., You, L., . . . Aunguroch, Y. (2011). Importance of work environments on hospital outcomes in nine countries. *International Journal for Quality in Health Care*, 23(357-364). doi: 10.1093/intqhc/mzr022
- Boev, C. (2012). The relationship between nurses' perception of work environment and patient satisfaction in adult critical care. *Journal of Nursing Scholarship*, 44(4), 368-375. doi: 10.1111/j.1547-5069.2012.01466.x
- Brun, J.-P., Biron, C., Martel, J. et Ivers, H. (2003). Évaluation de la santé mentale au travail: une analyse des pratique de gestion des ressources humaines (IRSST<sup>e</sup> éd., p. 99). Document repéré à [www.cgsst.com/stock/fra/doc330-1065.pdf](http://www.cgsst.com/stock/fra/doc330-1065.pdf).
- Chelmsford, Mass. (2017). The Employee Burnout Crisis: Study Reveals Big Workplace Challenge in 2017. Repéré à <https://www.kronos.com/about-us/newsroom/employee-burnout-crisis-study-reveals-big-workplace-challenge-2017>.
- Cooper, S. L., Carleton, H. L., Chamberlain, S. A., Cummings, G. G., Bambrick, W. et Estabrooks, C. A. (2016). Burnout in the nursing home health care aide: A systematic review. *Burnout Research*, 3(3), 76-87. doi: 10.1016/j.burn.2016.06.003
- Gelsema, T., Van Der Doef, M., Maes, S., M, J., Akerboom, S. et Verhoeven, C. (2006). A longitudinal study of job stress in the nursing profession: causes and consequences. *Journal of Nursing Management*, 14(4), 289-299. doi: 10.1111/j.1365-2934.2006.00635.x
- Nelson, K. E. (2017). Nurse Manager Perceptions of Work Overload and Strategies to Address It. *Nurse Leader*, 15(6), 406-408. doi: 10.1016/j.mnl.2017.09.009
- OMS. (2005). Mental Health Policies and programmes in the workplace. Repéré à [http://www.who.int/mental\\_health/policy/services/essentialpackage1v13/en/](http://www.who.int/mental_health/policy/services/essentialpackage1v13/en/).
- Poncet, M. C., Toullic, P., Papazian, L., Kentish-Barnes, N., Timsit, J. F., Pochard, F., . . . Azoulay, E. (2007). Burnout syndrome in critical care nursing staff. *American Journal Respiratory Critical Care Medicine*, 175(7), 698-704. doi: 10.1164/rccm.200606-806OC
- Roche, M. A., Duffield, C. M., Homer, C., Buchan, J. et Dimitrelis, S. (2015). The rate and cost of nurse turnover in Australia. *Collegian*, 22(4), 353-358. doi: 10.1016/j.colegn.2014.05.002

- Sawatzky, J. A., Enns, C. L. et Legare, C. (2015). Identifying the key predictors for retention in critical care nurses. *J Adv Nurs*, 71(10), 2315-2325. doi: 10.1111/jan.12701
- Skakon, J., Nielsen, K., Borg, V. et Guzman, J. (2010). Are leaders' well-being, behaviours and style associated with the affective well-being of their employees? A systematic review of three decades of research. *Work & Stress*, 24(2), 107-139. doi: 10.1080/02678373.2010.495262
- Stewart, K. L. (2009). *Nurse manager's knowledge of staff nurse burnout*. (Western Carolina University, Repéré à [www.gradworks.umi.com/14/62/1462304.htm](http://www.gradworks.umi.com/14/62/1462304.htm)).
- Teng, C. I., Shyu, Y. I., Chiou, W. K., Fan, H. C. et Lam, S. M. (2010). Interactive effects of nurse-experienced time pressure and burnout on patient safety: a cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Studies*, 47(11), 1442-1450. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2010.04.005
- Tessier, N. (2006). L'impact des modes de gestion des cadres sur le stress au travail. *Management & Avenir*, 8(2), 143. doi: 10.3917/mav.008.0143
- Wang, S., Liu, Y. et Wang, L. (2015). Nurse burnout: personal and environmental factors as predictors. *Int J Nurs Pract*, 21(1), 78-86. doi: 10.1111/ijn.12216
- Zacchia, C. (2007). Je suis en burnout: Suis-je en dépression? *Mammouth Magazine*, 20, 8-10.

## **Références bibliographique du mémoire**



- Abdalahim, A. A. (2013). Stress and coping among psychiatric nurses. *Middle East Journal of Nursing Economics*, 7(4), 20-37.
- Adriaenssens, J., De Gucht, V. et Maes, S. (2015). Determinants and prevalence of burnout in emergency nurses: a systematic review of 25 years of research. *International Journal of Nursing Studies*, 52(2), 649-661. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2014.11.004
- Ahola, K. et Hakanen, J. (2007). Job strain, burnout, and depressive symptoms: a prospective study among dentists. *Journal of Affective Disorders*, 104(1-3), 103-110. doi: 10.1016/j.jad.2007.03.004
- Ahola, K., Hakanen, J., Perhoniemi, R. et Mutanen, P. (2014). Relationship between burnout and depressive symptoms: A study using the person-centred approach. *Burnout Research*, 1(1), 29-37. doi: 10.1016/j.burn.2014.03.003
- Ahola, K., Honkonen, T., Isometsa, E., Kalimo, R., Nykyri, E., Koskinen, S., . . . Lonnqvist, J. (2006). Burnout in the general population. Results from the Finnish Health 2000 Study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology Journal*, 41(1), 11-17. doi: 10.1007/s00127-005-0011-5
- Ahola, K., Honkonen, T., Pirkola, S., Isometsa, E., Kalimo, R., Nykyri, E., . . . Lonnqvist, J. (2006). Alcohol dependence in relation to burnout among the Finnish working population. *Addiction*, 101(10), 1438-1443. doi: 10.1111/j.1360-0443.2006.01539.x
- Ahola, K., Pulkki-Raback, L., Kouvonen, A., Rossi, H., Aromaa, A. et Lonnqvist, J. (2012). Burnout and behavior-related health risk factors: results from the population-based Finnish Health 2000 study. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 54(1), 17-22. doi: 10.1097/JOM.0b013e31823ea9d9
- AIIAO. (2008). Healthy work environments best practice guidelines workplace health, safety and well-being of the nurse (p. 100). Document repéré à [www.rnao.org](http://www.rnao.org).
- AIIC. (2009). Coûts et répercussions du roulement des effectifs infirmiers dans les hôpitaux du Canada. Repéré à [www.cna-aiic.ca/~media/cna/page.../roi\\_nurse\\_turnover\\_2009\\_f.pdf](http://www.cna-aiic.ca/~media/cna/page.../roi_nurse_turnover_2009_f.pdf)
- AIIC et FCSII. (2014). *La violence et l'intimidation en milieu de travail*. Document inédit.
- Aiken, L. H., Sloane, D. M., Clarke, S., Poghosyan, L., Cho, E., You, L., . . . Aunguroch, Y. (2011). Importance of work environments on hospital outcomes in nine countries. *International Journal for Quality in Health Care*, 23(357-364). doi: 10.1093/intqhc/mzr022
- Alacacioglu, A., Yavuzsen, T., Dirioz, M., Oztop, I. et Yilmaz, U. (2009). Burnout in nurses and physicians working at an oncology department. *Psychooncology*, 18(5), 543-548. doi: 10.1002/pon.1432
- Alkema, K., Linton, J. M. et Davies, R. (2008). A Study of the Relationship Between Self-Care, Compassion Satisfaction, Compassion Fatigue, and Burnout Among Hospice Professionals. *Journal of Social Work in End-Of-Life & Palliative Care*, 4(2), 101-119. doi: 10.1080/15524250802353934
- Allen, B. C., Holland, P. et Reynolds, R. (2015). The effect of bullying on burnout in nurses: the moderating role of psychological detachment. *Journal of Advanced Nursing*, 71(2), 381-390. doi: 10.1111/jan.12489
- Aloulou, J., Damak, R., Masmoudi, F., Sidhom, O. et Amami, O. (2013). L'épuisement professionnel du soignant : Étude tunisienne à propos de 142 infirmiers. *La Tunisie Médicale*, 91(1), 44-49.

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5*. (5<sup>e</sup> éd.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Armon, G., Shirom, A., Berliner, S., Shapira, I. et Melamed, S. (2008). A prospective study of the association between obesity and burnout among apparently healthy men and women. *Journal of Occupational Health Psychology*, 13(1), 43-57. doi: 10.1037/1076-8998.13.1.43
- Awa, W. L., Plaumann, M. et Walter, U. (2010). Burnout prevention: a review of intervention programs. *Patient Education and Counseling*, 78(2), 184-190. doi: 10.1016/j.pec.2009.04.008
- Bagherzadeh, R., Taghizadeh, Z., Mohammadi, E., Kazemnejad, A., Pourreza, A. et Ebadi, A. (2016). Relationship of work-family conflict with burnout and marital satisfaction: cross-domain or source attribution relations? *Health Promotion Perspective*, 6(1), 31-36. doi: 10.15171/hpp.2016.05
- Bakker, A. B., LeBlanc, P. M. et Schaufeli, W. B. (2005). Burnout contagion among intensive care nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 51(3), 276-287. doi: 10.1111/j.1365-2648.2005.03494.x
- Bakker, A. B., Van Emmerik, H. et Van Riet, P. (2008). How job demands, resources, and burnout predict objective performance: a constructive replication. *Anxiety Stress Coping*, 21(3), 309-324. doi: 10.1080/10615800801958637
- Ballester, S., Macovei, D., Puel, C. et Soulat, J.-M. (2010). Causes & Conséquences de l'épuisement professionnel perçues par les médecins salariés hors structures de soins, vécu professionnel & prévalence du Burnout via l'échelle Maslach Burnout Inventory : Approche préliminaire. Repéré à [www.ordmed31.org/IMG/pdf/PR\\_JM\\_SOULAT.pdf](http://www.ordmed31.org/IMG/pdf/PR_JM_SOULAT.pdf)
- Baysak, B. et Yener, M. İ. (2015). The Relationship Between Perceived Leadership Style and Perceived Stress on Hospital Employees. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 207, 79-89. doi: 10.1016/j.sbspro.2015.10.159
- Beech, P. (2007). The nurse is not for burning. *Nursing Standard*, 21(20), 62-64.
- Bélanger, L. (2014). Quels sont les coûts reliés à votre main-d'œuvre? Repéré à <http://lynebelanger.com/solutions-ressources-humaines/couts-eleves-du-roulement-de-personnel>
- Bernaldo-De-Quiros, M., Piccini, A. T., Gomez, M. M. et Cerdeira, J. C. (2015). Psychological consequences of aggression in pre-hospital emergency care: cross sectional survey. *International Journal of Nursing Studies*, 52(1), 260-270. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2014.05.011
- Boev, C. (2012). The relationship between nurses' perception of work environment and patient satisfaction in adult critical care. *Journal of Nursing Scholarship*, 44(4), 368-375. doi: 10.1111/j.1547-5069.2012.01466.x
- Bonnin-Scaon, S. et Colombat, P. (2008). Démarche palliative et prévention de la souffrance des soignants. *Oncologie*, 10(2), 113-115. doi: 10.1007/s10269-007-0773-3
- Bourbonnais, R., Brisson, C., Vinet, A., Vezina, M., Abdous, B. et Gaudet, M. (2006). Effectiveness of a participative intervention on psychosocial work factors to prevent mental health problems in a hospital setting. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 63(5), 335-342. doi: 10.1136/oem.2004.018077

- Bourbonnais, R., Brisson, C., Vinet, A., Vezina, M. et Lower, A. (2006). Development and implementation of a participative intervention to improve the psychosocial work environment and mental health in an acute care hospital. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 63(5), 326-334. doi: 10.1136/oem.2004.018069
- Bowers, L., Allan, T., Simpson, A., Jones, J. et Whittington, R. (2009). Morale is high in acute inpatient psychiatry. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology Journal*, 44(1), 39-46. doi: 10.1007/s00127-008-0396-z
- Bradley, H. B. (1969). Community-based Treatment for Young Adult Offenders. *Crime and Delinquency*, 15(3), 359-370. doi: 10.1177/001112876901500307
- Bria, M., Spânu, F., Băban, A. et Dumitrașcu, D. L. (2014). Maslach Burnout Inventory – General Survey: Factorial validity and invariance among Romanian healthcare professionals. *Burnout Research*, 1(3), 103-111. doi: 10.1016/j.burn.2014.09.001
- Bronkhorst, B., Tummers, L., Steijn, B. et Vijverberg, D. (2015). Organizational climate and employee mental health outcomes: A systematic review of studies in health care organizations. *Health Care Management Review*, 40(3), 254-271. doi: 10.1097/HMR.0000000000000026
- Brun, J.-P., Biron, C., Martel, J. et Ivers, H. (2003). Évaluation de la santé mentale au travail: une analyse des pratiques de gestion des ressources humaines (IRSST<sup>e</sup> éd., p. 99). Document repéré à [www.cgsst.com/stock/fra/doc330-1065.pdf](http://www.cgsst.com/stock/fra/doc330-1065.pdf).
- Burghi, G., Lambert, J., Chaize, M., Goinheix, K., Quiroga, C., Farina, G., . . . Azoulay, E. (2014). Prevalence, risk factors and consequences of severe burnout syndrome in ICU. *Intensive Care Med*, 40(11), 1785-1786. doi: 10.1007/s00134-014-3454-x
- Canadas-De la Fuente, G. A., Vargas, C., San Luis, C., Garcia, I., Canadas, G. R. et De la Fuente, E. I. (2015). Risk factors and prevalence of burnout syndrome in the nursing profession. *International Journal of Nursing Studies*, 52(1), 240-249. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2014.07.001
- Canoui, P. et Mauranges, A. (2001). *Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants: de l'analyse du burnout aux réponses*. (2<sup>e</sup> éd.). Paris: Masson.
- Cecil, J., McHale, C., Hart, J. et Laidlaw, A. (2014). Behaviour and burnout in medical students. *Medical Education Online*, 19, 25209. doi: 10.3402/meo.v19.25209
- Chelmsford, Mass. (20017). The Employee Burnout Crisis: Study Reveals Big Workplace Challenge in 2017. Repéré à <https://www.kronos.com/about-us/newsroom/employee-burnout-crisis-study-reveals-big-workplace-challenge-2017>.
- Chevalier-Bonin, J.-P. (2013). *L'influence de la culture organisationnelle sur l'épuisement professionnel: étude comparative entre cols blancs et policiers d'un service de police urbain*. (Mémoire de maîtrise, Université de Montréal, Repéré à <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/9835>).
- Chin, W., Guo, Y. L., Hung, Y. J., Yang, C. Y. et Shiao, J. S. (2015). Short sleep duration is dose-dependently related to job strain and burnout in nurses: a cross sectional survey. *International Journal of Nursing Studies*, 52(1), 297-306. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2014.09.003
- Chlan, L. (2013). Burnout Syndrome Among Critical Care Professionals: A Cause for Alarm. *Critical Care Alert*, 21(9), 1-4.

- Cho, J., Spence Laschinger, H. et Wong, C. (2006). Workplace Empowerment, Work Engagement and Organizational Commitment of New Graduate Nurses. *Nursing Leadership, 19*(3), 43-60. doi: 10.12927/cjnl.2006.18368
- Cimiotti, J. P., Aiken, L. H., Sloane, D. M. et Wu, E. S. (2012). Nurse staffing, burnout, and health care-associated infection. *American Journal of Infection Control, 40*(6), 486-490. doi: 10.1016/j.ajic.2012.02.029
- Cocco, E. (2010). How Much is Geriatric Caregivers Burnout Caring-Specific? Questions from a Questionnaire Survey. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health, 6*, 66-71. doi: 10.2174/1745017901006010066
- Connelly, L. M., Nabarrete, S. R. et Smith, K. K. (2003). A charge nurse workshop based on research. *Journal for Nurses in Staff Development, 19*(4), 203-208.
- Coomber, B. et Barriball, K. L. (2007). Impact of job satisfaction components on intent to leave and turnover for hospital-based nurses: a review of the research literature. *International Journal of Nursing Studies, 44*(2), 297-314. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2006.02.004
- Cooper, S. L., Carleton, H. L., Chamberlain, S. A., Cummings, G. G., Bambrick, W. et Estabrooks, C. A. (2016). Burnout in the nursing home health care aide: A systematic review. *Burnout Research, 3*(3), 76-87. doi: 10.1016/j.burn.2016.06.003
- Cummings, G., Raymond-Seniuk, C., Lo, E., Masaoud, E., Bakker, D., Fitch, M., . . . Conlon, M. (2013). Facteurs influençant la satisfaction professionnelle des infirmières en oncologie au fil du temps. *Canadian Oncology Nursing Journal, 23*(3), 172-181. doi: 10.5737/1181912x233172181
- D'Amour, D., Dubois, C.-A., Déry, J., Clarke, S., Tchouaket, E., Blais, R. et Rivard, M. (2012). Measuring Actual Scope of Nursing Practice A New Tool for Nurse Leaders. *Journal of Nursing Administration, 42*(5), 248-255. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/NNA.0b013e31824337f4>
- Dallman, M. F. (2010). Stress-induced obesity and the emotional nervous system. *Trends in Endocrinology & Metabolism, 21*(3), 159-165. doi: 10.1016/j.tem.2009.10.004
- Davey, M. M., Cummings, G., Newburn-Cook, C. V. et Lo, E. A. (2009). Predictors of nurse absenteeism in hospitals: a systematic review. *Journal of Nursing Management, 17*(3), 312-330. doi: 10.1111/j.1365-2834.2008.00958.x
- Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F. et Schaufeli, W. B. (2000). A model of burnout and life satisfaction amongst nurses. *Journal of Advanced Nursing, 32*(4), 454-464. doi: <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.01496.x>
- Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F. et Schaufeli, W. B. (2001). The job demands-resources model of burnout. *Journal of Applied Psychology, 86*(3), 499-512. doi: 10.1037/0021-9010.86.3.499
- Demir Zencirci, A. et Arslan, S. (2011). Morning-evening type and burnout level as factors influencing sleep quality of shift nurses: a questionnaire study. *Croat Med J, 52*(4), 527-537. doi: 10.3325/cmj.2011.52.527
- Dery, J., D'Amour, D. et Blais, R. (2011). *L'étendue de la pratique des infirmières : ses déterminants et son influence sur la satisfaction professionnelle*. Communication présentée Congrès annuel OIIQ, Montréal.
- Dextras-Gauthier, J. (2014). *Culture organisationnelle et santé mentale au travail*. (inédite de doctorat, Université de Montréal, Repéré à <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/12019>).

- DGT, INRS et Anact. (2015). Le syndrome d'épuisement professionnel ou burnout. Mieux comprendre pour mieux agir.
- Donadebian, A. (1988). The quality of care: How can it be assessed? *Journal of the American Medical Association*, 260(12), 1743-1748.
- Dubois, C.-A. et D'Amour, D. (2012). *Renouveler l'organisation des soins infirmiers pour soutenir la pratique professionnelle*. Communication présentée à la XVII<sup>e</sup> Conférence Féراسi, Montréal, Canada.
- Dubois, C.-A., D'Amour, D., Tchouaket, E., Rivard, M., Clarke, S. et Blais, R. (2012). A taxonomy of nursing care organization models in hospitals. *Nursing Leadership (CJNL)*, 12(1), 286-300. doi: 10.1186/1472-6963-12-286
- Dunleavy, J., Shamian, J. et Thomson, D. (2003). Workplace pressures. Handcuffed by cutbacks. *The Canadian nurse*, 99(3), 23-26.
- Epp, K. (2012). Burnout in critical care nurses: A literature review. *Dynamics* 23(4), 25-31.
- Fearon, C. et Nicol, M. (2011). Strategies to assist prevention of burnout in nursing staf. *Art and Sciences Professionnal Issues*, 26(14), 35-39.
- Fletcher, C. E. (2001). Hospital RNs' job satisfactions and dissatisfactions. *Journal of Nursing Administration*, 31(6), 324-331.
- Freitas, A. R., Carneseca, E. C., Paiva, C. E. et Paiva, B. S. (2014). Impact of a physical activity program on the anxiety, depression, occupational stress and burnout syndrome of nursing professionals. *Rev Lat Am Enfermagem*, 22(2), 332-336. doi: 10.1590/0104-1169.3307.2420
- Gali Cinamon, R. et Rich, Y. (2009). Work Family Relations: Antecedents and Outcomes. *Journal of Career Assessment*, 18(1), 59-70. doi: 10.1177/1069072709340661
- Galletta, M., Portoghese, I., D'Aloja, E., Mereu, A., Contu, P., Coppola, R. C., . . . Campagna, M. (2016). Relationship between job burnout, psychosocial factors and health care-associated infections in critical care units. *Intensive Crit Care Nurs*. doi: 10.1016/j.iccn.2015.11.004
- Gandoy-Crego, M., Clemente, M., Mayan-Santos, J. M. et Espinosa, P. (2009). Personal determinants of burnout in nursing staff at geriatric centers. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 48(2), 246-249. doi: 10.1016/j.archger.2008.01.016
- Garcia-Izquierdo, M. et Rios-Risquez, M. I. (2012). The relationship between psychosocial job stress and burnout in emergency departments: an exploratory study. *Nurs Outlook*, 60(5), 322-329. doi: 10.1016/j.outlook.2012.02.002
- Gelsema, T., Van Der Doef, M., Maes, S., M, J., Akerboom, S. et Verhoeven, C. (2006). A longitudinal study of job stress in the nursing profession: causes and consequences. *Journal of Nursing Management*, 14(4), 289-299. doi: 10.1111/j.1365-2934.2006.00635.x
- Gerber, M., Lindwall, M., Lindegard, A., Borjesson, M. et Jonsdottir, I. H. (2013). Cardiorespiratory fitness protects against stress-related symptoms of burnout and depression. *Patient Education and Counseling*, 93(1), 146-152. doi: 10.1016/j.pec.2013.03.021
- Giroflier-Girard, C. (2007). *Influence des politiques manageriales*. (Univisertié de Provence, Repéré à <http://www.ifcsmontpellier.fr/bibliotheque/category/9-memoires-master-2-soutenus-en-2008.html>).

- Gomez-Urquiza, J. L., Aneas-Lopez, A. B., Fuente-Solana, E. I., Albendin-Garcia, L., Diaz-Rodriguez, L. et Fuente, G. A. (2016). Prevalence, Risk Factors, and Levels of Burnout Among Oncology Nurses: A Systematic Review. *Oncology Nursing Forum*, 43(3), E104-120. doi: 10.1188/16.ONF.E104-E120
- Gomez-Urquiza, J. L., Vargas, C., De la Fuente, E. I., Fernandez-Castillo, R. et Canadas-De la Fuente, G. A. (2017). Age as a Risk Factor for Burnout Syndrome in Nursing Professionals: A Meta-Analytic Study. *Research in Nursing & Health*, 40(2), 99-110. doi: 10.1002/nur.21774
- Grzywacz, J. G., Arcury, T. A., Marin, A., Carrillo, L., Burke, B., Coates, M. L. et Quandt, S. A. (2007). Work-family conflict: experiences and health implications among immigrant Latinos. *Journal of Applied Psychology*, 92(4), 1119-1130. doi: 10.1037/0021-9010.92.4.1119
- Hamric, A. B., Hanson, C. M., Tracy, M. F. et O'Grady, E. T. (2014). *Advanced Practice Nursing. An integrative Approach*. (5<sup>e</sup> éd.). Saint-Louis, MO: Elsevier Saunders
- Hanrahan, N. P., Aiken, L. H., McClaine, L. et Hanlon, A. L. (2010). Relationship between psychiatric nurse work environments and nurse burnout in acute care general hospitals. *Issues Ment Health Nurs*, 31(3), 198-207. doi: 10.3109/01612840903200068
- Hayes, L. J., O'Brien-Pallas, L., Duffield, C., Shamian, J., Buchan, J., Hughes, F., . . . North, N. (2012). Nurse turnover: a literature review - an update. *International Journal of Nursing Studies*, 49(7), 887-905. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2011.10.001
- Hooper, C., Craig, J., Janvrin, D. R., Wetsel, M. A. et Reimels, E. (2010). Compassion satisfaction, burnout, and compassion fatigue among emergency nurses compared with nurses in other selected inpatient specialties. *Journal of Emergency Nursing*, 36(5), 420-427. doi: 10.1016/j.jen.2009.11.027
- Ilhan, M. N., Durukan, E., Taner, E., Maral, I. et Bumin, M. A. (2008). Burnout and its correlates among nursing staff: questionnaire survey. *Journal of Advanced Nursing*, 61(1), 100-106. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04476.x
- INRS. (2014). Burnout: Mieux connaître l'épuisement professionnel. *Hygiène et sécurité du travail*, 237.
- IUSMM. (2017). En chiffre. Repéré à <http://www.iusmm.ca/hopital/sante-mentale/en-chiffres.html>.
- Jacobson Consulting Inc. (2015). Tendances : absentéisme en raison de maladies ou incapacité personnelle, et heures supplémentaires chez le personnel infirmier autorisé du secteur public : Faits en bref 2015. Repéré à [http://fcsii.ca/sites/default/files/2015-05-05\\_absenteeism\\_and\\_overtime\\_quick\\_facts\\_fr\\_0.pdf](http://fcsii.ca/sites/default/files/2015-05-05_absenteeism_and_overtime_quick_facts_fr_0.pdf).
- Kilfedder, C. J., Power, K. G. et Wells, T. J. (2001). Burnout in psychiatric nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 34(3), 383-396. doi: <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01769.x>
- Kovner, C. T., Brewer, C. S., Fatehi, F. et Jun, J. (2014). What does nurse turnover rate mean and what is the rate? *Policy, Politics, & Nursing Practice*, 15(3-4), 64-71. doi: 10.1177/1527154414547953
- Ladan, M. A., Sani, D. K., Musa, H. A., Ogbeh, M. et Muhammad, L. F. (2014). Occupational stress among health professionals in ahmadu bello university teaching hospital. *West African Journal of Nursing*, 25(1), 24-37.

- Leblanc, S. et Sylvain, H. (2011). Exploration des stratégies d'empowerment au travail d'infirmières d'une région isolée du Québec. *L'infirmière clinicienne*, 8(2), 26-37.
- Leiter, M., Harvie, P. et Frizell, C. (1998). The correspondence of patient satisfaction and nurse burnout. *Social Science & Medicine*, 47(10), 1611-1617. doi: 10.1016/S0277-9536(98)00207-X
- Leiter, M., Laschinger, H. K. S., Day, A. et Oore, G. D. (2011). The Impact of Civility Interventions on Employee Social Behavior, Distress, and Attitudes. *Journal of Applied Psychology*, 96(6), 1258-1274. doi: 10.1037/a0024442
- Leiter, M. P. et Maslach, C. (2009). Nurse turnover: the mediating role of burnout. *Journal of Nursing Management*, 17(3), 331-339. doi: 10.1111/j.1365-2834.2009.01004.x
- Letvak, S. A., Ruhm, C. J. et Gupta, S. N. (2012). Nurses' Presenteeism and Its Effects on Self-Reported Quality of Care and Costs. *American Journal of Nursing*, 112(2), 30-48. doi: 10.1097/01.NAJ.0000411176.15696.f9.
- Lincoln, Y. S. et Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills: Sage.
- Liu, C., Nauta, M. M., Spector, P. E. et Li, C. (2008). Direct and indirect conflicts at work in China and the US: A cross-cultural comparison. *Work & Stress*, 22(4), 295-313. doi: 10.1080/02678370802573984
- Loiselle, C. G., Profetto-McGrath, J., Polit, D. F. et Beck, C. T. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. (2<sup>e</sup> éd.). Québec: ERPI.
- Lorber, M. et Skela Savič, B. (2012). Job satisfaction of nurses and identifying factors of job satisfaction in Slovenian Hospitals. *Croatian Medical Journal*, 53(3), 263-270. doi: 10.3325/cmj.2012.53.263
- Losa Iglesias, M. E. et Becerro de Bengoa Vallejo, R. (2013). Prevalence and relationship between burnout, job satisfaction, stress, and clinical manifestations in Spanish critical care nurses. *Dimension of Critical Care Nursing*, 32(3), 130-137. doi: 10.1097/DCC.0b013e31828647fc
- Losa Iglesias, M. E., Becerro de Bengoa Vallejo, R. et Salvadores Fuentes, P. (2010). The relationship between experiential avoidance and burnout syndrome in critical care nurses: a cross-sectional questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 47(1), 30-37. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2009.06.014
- Lu, H., While, A. E. et Barriball, K. L. (2005). Job satisfaction among nurses: a literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 42(2), 211-227. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2004.09.003
- Madathil, R., Heck, N. C. et Schuldberg, D. (2014). Burnout in psychiatric nursing: examining the interplay of autonomy, leadership style, and depressive symptoms. *Archives of Psychiatric Nursing*, 28(3), 160-166. doi: 10.1016/j.apnu.2014.01.002
- Mandell, B. et Pherwani, S. (2003). Relationship between Emotional Intelligence and Transformational Leadership Style: A gender comparison. *Journal of Business and Psychology*, 17(3), 387-404.
- Marchand, A., Demers, A. et Durand, P. (2005). Does work really cause distress? The contribution of occupational structure and work organization to the experience of psychological distress. *Social Science & Medicine*, 61(1), 1-14. doi: 10.1016/j.socscimed.2004.11.037
- Marchand, A., Durand, P., Juster, R. P. et Lupien, S. J. (2014). Workers' psychological distress, depression, and burnout symptoms: associations with diurnal cortisol

- profiles. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 40(3), 305-314. doi: 10.5271/sjweh.3417
- Maslach, C. et Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of occupational behaviour*, 2, 99-113. doi: 10.1002/job.4030020205
- Maslach, C., Schaufeli, W. B. et Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Reviews of psychology*, 52, 397-422. doi: 10.1146/annurev.psych.52.1.397
- McTiernan, K. et McDonald, N. (2015). Occupational stressors, burnout and coping strategies between hospital and community psychiatric nurses in a Dublin region. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 22(3), 208-218. doi: 10.1111/jpm.12170
- Mealer, M., Burnham, E. L., Goode, C. J., Rothbaum, B. et Moss, M. (2009). The prevalence and impact of post traumatic stress disorder and burnout syndrome in nurses. *Depress Anxiety*, 26(12), 1118-1126. doi: 10.1002/da.20631
- Merkouris, A., Papatthanassoglou, E. D. et Lemonidou, C. (2004). Evaluation of patient satisfaction with nursing care: quantitative or qualitative approach? *Int J Nurs Stud*, 41(4), 355-367. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2003.10.006
- Merrill, R. M. et Sloan, A. (2014). Effectiveness of a health promotion program among employees in a western United States school district. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 56(6), 639-644. doi: 10.1097/JOM.0000000000000153
- Milazzo, V. (2014). Are You Way Too Stressed Out? Survey Results. An Assessment of the Stress Levels of Nurses in the United States. Repéré à <http://www.legalnurse.com/wp-content/uploads/2014/06/RN-Stress-Survey-Results-2014-VickieMilazzoInstitute.pdf>.
- Miles, M. B. et Huberman, A. M. (2003). *Analyse des données qualitatives*. (2<sup>e</sup> éd.). Paris: Boeck.
- Milliken, T. F., Clements, P. T. et Tillman, H. J. (2007). The Impact of Stress Management on Nurse Productivity and Retention. *Nursing Economics*, 25(4), 303-311.
- Montero-Marin, J., Skapinakis, P., Araya, R., Gili, M. et Garcia-Campayo, J. (2011). Towards a brief definition of burnout syndrome by subtypes: development of the "Burnout Clinical Subtypes Questionnaire" (BCSQ-12). *Health and Quality of Life Outcomes*, 9, 74. doi: 10.1186/1477-7525-9-74
- Nasrabadi, A. N., Seif, H., Latifi, M., Rasoolzadeh, N. et Emami, A. (2009). Night shift work experiences among Iranian nurses: a qualitative study. *International Nursing Review*, 56(4), 498-503. doi: 10.1111/j.1466-7657.2009.00747.x
- Nelson, K. E. (2017). Nurse Manager Perceptions of Work Overload and Strategies to Address It. *Nurse Leader*, 15(6), 406-408. doi: 10.1016/j.mnl.2017.09.009
- Nevanpera, N. J., Hopsu, L., Kuosma, E., Ukkola, O., Uitti, J. et Laitinen, J. H. (2012). Occupational burnout, eating behavior, and weight among working women. *American Journal of Clinical Nutrition*, 95(4), 934-943. doi: 10.3945/ajcn.111.014191
- Ngozi, M. et Ogwo, U. (2013). How leadership behaviors impact critical care nurse job satisfaction. *Nursing Management*, 44(11), 53-55. doi: 10.1097/01.NUMA.0000424019.83292.fa
- Nowack, K. M. et Pentkowski, A. M. (1994). Lifestyle habits, substance use and predictors of job burnout in professional working women. *Work & Stress*, 8(1), 19-35. doi: 10.1080/02678379408259973



- O'Brien-Pallas, L., Murphy, G. T., Shamian, J., Li, X. et Hayes, L. J. (2010). Impact and determinants of nurse turnover: a pan-Canadian study. *J Nurs Manag*, 18(8), 1073-1086. doi: 10.1111/j.1365-2834.2010.01167.x
- Organisation de coopération et de développement économiques [OCDE]. (2012). *Mal-être au travail ?* OECD Publishing
- OMS. (2005). Mental Health Policies and programmes in the workplace. Repéré à [http://www.who.int/mental\\_health/policy/services/essentialpackage1v13/en/](http://www.who.int/mental_health/policy/services/essentialpackage1v13/en/).
- Organisation mondiale de la santé. (2017). Classification internationale des maladies. Repéré à <http://www.who.int/classifications/icd/factsheet/fr/>
- Ozier, A. D., Kendrick, O. W., Leeper, J. D., Knol, L. L., Perko, M. et Burnham, J. (2008). Overweight and obesity are associated with emotion- and stress-related eating as measured by the eating and appraisal due to emotions and stress questionnaire. *Journal of the American Dietetic Association*, 108(1), 49-56. doi: 10.1016/j.jada.2007.10.011
- Pavelková, H. et Bužgová, R. (2015). Burnout among healthcare workers in hospice care. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*, 6(1), 218-223. doi: 10.15452/cejnm.2015.06.0006
- Pelletier, C. et Pagé, G. (2002). Les critères de rigueur scientifique en recherche. *Recherche en soins infirmiers*, 68, 35-42.
- Perlman, B. et Hartman, A. (1982). Burnout: Summary and Future Research. *Human Relations*, 35(4), 283-305. doi: 10.1177/001872678203500402
- Perruchoud, J. (2008). *Épuisement professionnel des soignants exerçant leur profession dans un service d'oncologie valaisan : état des lieux et prévention*. (Mémoire de maîtrise inédit, Centre de Sion, Repéré à <http://doc.rero.ch/record/10667>).
- Peterson, U., Demerouti, E., Bergström, G., Åsberg, M. et Nygren, Å. (2008). Work characteristics and sickness absence in burnout and nonburnout groups: A study of Swedish health care workers. *International Journal of Stress Management*, 15(2), 153-172. doi: 10.1037/1072-5245.15.2.153
- Pilbeam, C., Doherty, N., Davidson, R. et Denyer, D. (2016). Safety leadership practices for organizational safety compliance: Developing a research agenda from a review of the literature. *Safety Science*, 86, 110-121. doi: 10.1016/j.ssci.2016.02.015
- Pompili, M., Rinaldi, G., Lester, D., Girardi, P., Ruberto, A. et Tatarelli, R. (2006). Hopelessness and suicide risk emerge in psychiatric nurses suffering from burnout and using specific defense mechanisms. *Archives of Psychiatric Nursing*, 20(3), 135-143. doi: 10.1016/j.apnu.2005.12.002
- Poncet, M. C., Toullic, P., Papazian, L., Kentish-Barnes, N., Timsit, J. F., Pochard, F., . . . Azoulay, E. (2007). Burnout syndrome in critical care nursing staff. *American Journal Respiratory Critical Care Medicine*, 175(7), 698-704. doi: 10.1164/rccm.200606-806OC
- Potter, P., Deshields, T., Divanbeigi, J., Berger, J., Cipriano, D., Norris, L. et Olsen, S. (2010). Compassion fatigue and burnout: prevalence among oncology nurses. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 14(5), E56-62. doi: 10.1188/10.CJON.E56-E62
- Purpora, C., Blegen, M. A. et Stotts, N. A. (2012). Horizontal violence among hospital staff nurses related to oppressed self or oppressed group. *Journal of Professional Nursing*, 28(5), 306-314. doi: 10.1016/j.profnurs.2012.01.001

- Qu, H.-Y. et Wang, C.-M. (2015). Study on the relationships between nurses' job burnout and subjective well-being. *Chinese Nursing Research*, 2(2-3), 61-66. doi: 10.1016/j.cnre.2015.09.003
- Raftopoulos, V., Charalambous, A. et Talias, M. (2012). The factors associated with the burnout syndrome and fatigue in Cypriot nurses: a census report. *BMC Public Health*, 12, 457. doi: 10.1186/1471-2458-12-457
- Ricou, B. et Merlani, P. (2012). Burnout aux soins intensifs. *Revue Médicale Suisse*, 366, 2400-2404.
- Roche, M. A., Duffield, C. M., Homer, C., Buchan, J. et Dimitrelis, S. (2015). The rate and cost of nurse turnover in Australia. *Collegian*, 22(4), 353-358. doi: 10.1016/j.colegn.2014.05.002
- Roldán, G. M., Salazar, I. C., Garrido, L. et Ramos, J. M. (2013). Violence at work and its relationship with burnout, depression and anxiety in healthcare professionals of the emergency services. *Health*, 05(02), 193-199. doi: 10.4236/health.2013.52027
- Rutters, F., Nieuwenhuizen, A. G., Lemmens, S. G., Born, J. M. et Westerterp-Plantenga, M. S. (2009). Acute stress-related changes in eating in the absence of hunger. *Obesity (Silver Spring)*, 17(1), 72-77. doi: 10.1038/oby.2008.493
- Sanchez, S., Mahmoudi, R., Moronne, I., Camonin, D. et Novella, J. L. (2015). Burnout in the field of geriatric medicine: Review of the literature. *European Geriatric Medicine*, 6(2), 175-183. doi: 10.1016/j.eurger.2014.04.014
- Sawatzky, J. A., Enns, C. L. et Legare, C. (2015). Identifying the key predictors for retention in critical care nurses. *J Adv Nurs*, 71(10), 2315-2325. doi: 10.1111/jan.12701
- Schermerhorn, J. R., Hunt, J. G., Osborn, R. N. et De Billy, C. (2006). *Comportement humain et organisation*. Saint-Laurent: ERPI.
- Schluter, J., Seaton, P. et Chaboyer, W. (2011). Understanding nursing scope of practice: a qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 48(10), 1211-1222. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2011.03.004
- Schluter, P. J., Turner, C., A.D. Huntington, A. D., Bain, C. J. et R.J. McClure, R. J. (2011). Work/life balance and health: the Nurses and Midwives e-cohort study. *International Nursing Review*, 58(1), 28-36. doi: 10.1111/j.1466-7657.2010.00849.x
- Schluter, P. J., Turner, C. et Benefer, C. (2012). Long working hours and alcohol risk among Australian and New Zealand nurses and midwives: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 49(6), 701-709. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2012.01.005
- Schmidt, D. R., Dantas, R. A. et Marziale, M. H. (2011). Anxiety and depression among nursing professionals who work in surgical units. *Revista da Escola de Enfermagem* 45(2), 487-493. doi: 10.1590/S0080-62342011000200026
- Sheaghda, P. N. (2015). Presenteeism. *World of Irish Nursing & Midwifery*, 23(7), 49-50.
- Shoorideh, F. A., Ashktorab, T., Yaghmaei, F. et Alavi Majd, H. (2014). Relationship between ICU nurses' moral distress with burnout and anticipated turnover. *Nursing Ethics*, 22(1), 64-76. doi: 10.1177/0969733014534874
- Silva Ddos, S., Tavares, N. V., Alexandre, A. R., Freitas, D. A., Breda, M. Z., Albuquerque, M. C. et Melo, V. L. (2015). [Depression and suicide risk among nursing

- professionals: an integrative review]. *Journal of School of Nursing*, 49(6), 1027-1036. doi: 10.1590/S0080-623420150000600020
- Skakon, J., Nielsen, K., Borg, V. et Guzman, J. (2010). Are leaders' well-being, behaviours and style associated with the affective well-being of their employees? A systematic review of three decades of research. *Work & Stress*, 24(2), 107-139. doi: 10.1080/02678373.2010.495262
- Smith, M. (2011). Are you a transformational leader? *Nursing Management*, 42(9), 44-50. doi: 10.1097/01.NUMA.0000403279.04379.6a
- Smith, M., Segal, J., Robnsson, L. et Segal, R. (2018). Burnout Prevention and Treatment. Repéré à: <file:///E:/mémoire/mémoire/facteurs%20de%20risque%20personnels/alimentation.pdf>.
- Statistique Canada. (2010). Enquête sociale générale - 2010 Aperçu sur l'emploi du temps des Canadiens. Repéré à <http://www.statcan.gc.ca/pub/89-647-x/89-647-x2011001-fra.pdf>.
- Statistique Canada. (2013). Échantillonnage non probabiliste. Repéré à <http://www.statcan.gc.ca/edu/power-pouvoir/ch13/nonprob/5214898-fra.htm>.
- Stattin, M. (2005). Retirement on grounds of ill health. *Occupational Environmental Medicine*, 62(2), 135-140. doi: 10.1136/oem.2004.015669
- Stewart, K. L. (2009). *Nurse manager's knowledge of staff nurse burnout*. (Western Carolina University, Repéré à [www.gradworks.umi.com/14/62/1462304.htm](http://www.gradworks.umi.com/14/62/1462304.htm)).
- Stimpfel, A. W., Sloane, D. M. et Aiken, L. H. (2012). The longer the shifts for hospital nurses, the higher the levels of burnout and patient dissatisfaction. *Health Aff (Millwood)*, 31(11), 2501-2509. doi: 10.1377/hlthaff.2011.1377
- Sundin, L., Hochwalder, J., Bildt, C. et Lisspers, J. (2007). The relationship between different work-related sources of social support and burnout among registered and assistant nurses in Sweden: a questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 44(5), 758-769. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2006.01.004
- Sylvain, H. (2008). Le devis constructiviste : une méthodologie de choix en sciences infirmières. *L'infirmière clinicienne*, 5(1), 1-11.
- Tahghighi, M., Rees, C. S., Brown, J. A., Breen, L. J. et Hegney, D. (2017). What is the impact of shift work on the psychological functioning and resilience of nurses? An integrative review. *Journal of Advanced Nursing*. doi: 10.1111/jan.13283
- Tandem. (2012). L'épuisement professionnel. Repéré à <http://tandem.lacapitale.com/wp-content/themes/SDA3/custom/capsules-pdf/document-reference-epuisement-professionnel.pdf>: Optima Santé Global.
- Taormina, R. J. et Law, C.-M. (2000). Approaches to preventing burnout: the effects of personal stress management and organizational socialization. *Journal of Nursing Management*, 8, 89-99. doi: <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2834.2000.00156.x>
- Taylor, S., White, B. et Muncer, S. (1999). Nurses' cognitive structural models of work-based stress. *Journal of Advanced Nursing*, 29(4), 974-983. doi: 10.1046/j.1365-2648.1999.00980.x
- Teng, C. I., Shyu, Y. I., Chiou, W. K., Fan, H. C. et Lam, S. M. (2010). Interactive effects of nurse-experienced time pressure and burnout on patient safety: a cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Studies*, 47(11), 1442-1450. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2010.04.005

- Tessier, N. (2006). L'impact des modes de gestion des cadres sur le stress au travail. *Management & Avenir*, 8(2), 143. doi: 10.3917/mav.008.0143
- Thomas, S. P. et Burk, R. (2009). Junior nursing students' experiences of vertical violence during clinical rotations. *Nursing Outlook*, 57(4), 226-231. doi: 10.1016/j.outlook.2008.08.004
- Token, S. et Biron, M. (2012). Job burnout and depression: unraveling their temporal relationship and considering the role of physical activity. *J Appl Psychol*, 97(3), 699-710. doi: 10.1037/a0026914
- Ulrich, C., O'Donnell, P., Taylor, C., Farrar, A., Danis, M. et Grady, C. (2007). Ethical climate, ethics stress, and the job satisfaction of nurses and social workers in the United States. *Soc Sci Med*, 65(8), 1708-1719. doi: 10.1016/j.socscimed.2007.05.050
- Vahey, D. C., Aiken, L. H., Sloane, D. M., Clarke, S. P. et Vargas, D. (2004). Nurse burnout and patient satisfaction. *Med Care*, 42(2 Suppl), II57-66. doi: 10.1097/01.mlr.0000109126.50398.5a
- Van Bogaert, P., Clarke, S., Willems, R. et Mondelaers, M. (2013). Nurse practice environment, workload, burnout, job outcomes, and quality of care in psychiatric hospitals: a structural equation model approach. *J Adv Nurs*, 69(7), 1515-1524. doi: 10.1111/jan.12010
- Vargas, C., Cañadas, G. A., Aguayo, R., Fernández, R. et de la Fuente, E. I. (2014). Which occupational risk factors are associated with burnout in nursing? A meta-analytic study. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 14(1), 28-38. doi: 10.1016/s1697-2600(14)70034-1
- Vela-Bueno, A., Moreno-Jimenez, B., Rodriguez-Munoz, A., Olavarrieta-Bernardino, S., Fernandez-Mendoza, J., De la Cruz-Troca, J. J., . . . Vgontzas, A. N. (2008). Insomnia and sleep quality among primary care physicians with low and high burnout levels. *J Psychosom Res*, 64(4), 435-442. doi: 10.1016/j.jpsychores.2007.10.014
- Viding, C. G., Osika, W., Theorell, T., Kowalski, J., Johan Hallqvist et Horwitz, E. B. (2015). "The Culture palette"- a randomized intervention study for women with burnout symptoms in Sweden. *British Journal of Medical Practitioners*, 8(2).
- Walsh, R. (2013). Emergency Nurses Association White Paper: Nurse Fatigue. Repéré à <http://www.ena.org/practice-research/research/Documents/NurseFatigueWhitePaper2013.pdf>.
- Wang, S., Liu, Y. et Wang, L. (2015). Nurse burnout: personal and environmental factors as predictors. *Int J Nurs Pract*, 21(1), 78-86. doi: 10.1111/ijn.12216
- Welp, A., Meier, L. L. et Manser, T. (2014). Emotional exhaustion and workload predict clinician-rated and objective patient safety. *Frontiers in Psychology*, 5, 1573. doi: 10.3389/fpsyg.2014.01573
- Westermann, C., Kozak, A., Harling, M. et Nienhaus, A. (2014). Burnout intervention studies for inpatient elderly care nursing staff: systematic literature review. *international Journal of Nursing Studies*, 51(1), 63-71. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2012.12.001
- Wu, S., Singh-Carlson, S., Odell, A., Reynolds, G. et Su, Y. (2016). Compassion Fatigue, Burnout, and Compassion Satisfaction Among Oncology Nurses in the United

- States and Canada. *Oncology Nursing Forum*, 43(4), E161-169. doi: 10.1188/16.ONF.E161-E169
- Xie, Z., Wang, A. et Chen, B. (2011). Nurse burnout and its association with occupational stress in a cross-sectional study in Shanghai. *Journal of Advanced Nursing*, 67(7), 1537-1546. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05576.x
- Zacchia, C. (2007). Je suis en burnout: Suis-je en dépression? *Mammoth Magazine*, 20, 8-10.
- Zhang, L. F., You, L. M., Liu, K., Zheng, J., Fang, J. B., Lu, M. M., . . . Bu, X. Q. (2014). The association of Chinese hospital work environment with nurse burnout, job satisfaction, and intention to leave. *Nurs Outlook*, 62(2), 128-137. doi: 10.1016/j.outlook.2013.10.010
- Zwack, J. et Schweitzer, J. (2013). If every fifth physician is affected by burnout, what about the other four? Resilience strategies of experienced physicians. *Academic Medecine*, 88(3), 382-389. doi: 10.1097/ACM.0b013e318281696b

## **ANNEXE A**

Courriel envoyé à la direction des soins infirmiers (DSI)

## **Courriel envoyé à la Direction des soins infirmiers (DSI)**

**Objet :** À l'intention de la direction des services infirmiers (DSI) - Sollicitation pour projet d'étude

Bonjour, je m'appelle Aynide Nathalus. Je suis étudiante à la maîtrise à la faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal en administration des services infirmiers. J'entame un projet de mémoire qui vise à évaluer la perception des infirmières gestionnaires, soit les infirmières-chefs, de leur rôle dans la prévention du *burnout* des infirmières travaillant en milieu hospitalier. Les conséquences organisationnelles du *burnout* sont multiples et englobent, entre autres, l'augmentation du taux de roulement et d'absentéisme du personnel infirmier. Étant moi-même infirmière sur un département de soins critiques, je me suis rendu compte que c'est une problématique qui est fréquente et préoccupante. Les infirmières gestionnaires sont des acteurs clés dans le maintien du bien-être des infirmières et le but ultime de ce projet de recherche est de promouvoir le bien-être de la santé mentale des infirmières œuvrant en milieu hospitalier.

Cela dit, je vous écris car je suis intéressée à mener mon projet d'étude au sein de vos établissements de santé, soit l'hôpital Sacré-Cœur, Fleury et Jean-Talon. Les participantes de ma recherche sont des infirmières gestionnaires (infirmières-chefs) travaillant en milieu hospitalier.

Je sollicite la participation de ces infirmières en raison de leur expertise à titre d'infirmières gestionnaires en milieu hospitalier. Leur participation implique une entrevue individuelle d'une durée approximative de 60 à 75 minutes.

À titre d'étudiante, j'aimerais savoir si un tel projet pourrait vous intéresser et quelles démarches seraient appropriées dans le cas où votre réponse serait affirmative.

En attente de vos nouvelles, veuillez agréer mes sincères salutations.

Aynide Nathalus, étudiante à la maîtrise, Université de Montréal.

## **ANNEXE B**

Courriel envoyé aux infirmières gestionnaires



## Courriel envoyé aux infirmières gestionnaires

**Objet :** Sollicitation pour un projet d'étude

Bonjour

Je m'appelle Aynide Nathalus. Je suis étudiante à la maîtrise à la faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal. Je vous sollicite afin de prendre part à mon projet de recherche sur le rôle des infirmières gestionnaires dans la prévention du *burnout* des infirmières travaillant en milieu hospitalier.

Le *burnout* est un enjeu bien réel qui touche bon nombre d'infirmières. Les conséquences du *burnout* des infirmières englobent, entre autres, un taux élevé de roulement et d'absentéisme, une augmentation de l'insatisfaction des patients et d'infections des plaies opératoires. Cela dit, les infirmières gestionnaires, par leur rôle de leader, forment un groupe d'acteurs clés dans la prévention du *burnout* des infirmières travaillant sur leur département. Dans cette optique, en raison de votre expertise à titre d'infirmières gestionnaires, je sollicite votre participation à cette étude dont le but ultime vise à promouvoir le bien-être de la santé mentale des infirmières travaillant en milieu hospitalier. Ceci implique une entrevue d'une durée approximative de 60 à 75 minutes.

En pièce jointe, vous trouverez un formulaire d'information et de consentement. Ceci dit, avant d'accepter de participer à cette étude, il est important de comprendre et de considérer les renseignements inscrits dans ce formulaire d'information et de consentement. Une relance téléphonique sera effectuée 5 jours suivant la réception de ce courriel afin d'évaluer votre intérêt à participer à cette recherche.

Je demeure disponible pour en discuter avec vous et répondre à vos questions par téléphone, par courriel ou en personne (à votre choix).

En attente de vos nouvelles, veuillez agréer, monsieur, madame, mes plus sincères salutations.

N.B. Le féminin est utilisé dans cette lettre, le formulaire d'information et le formulaire de consentement, et ce, sans discrimination de genre.

Bien à vous.

## **ANNEXE C**

Formulaire d'information et de consentement

**Titre du projet :** Prévention du *burnout* des infirmières en milieu hospitalier :  
Perception des infirmières gestionnaires

**Chercheur principal**

Arnaud Duhoux, Ph. D Santé Publique, affilié à la faculté des sciences infirmières Professeur adjoint Université de Montréal  
[arnaud.duhoux@umontreal.ca](mailto:arnaud.duhoux@umontreal.ca)  
Pavillon Marguerite-d'Youville,

**Co-chercheuse**

Marie-Josée Levert, Ph. D Psychologie, affiliée à la faculté des sciences infirmières Professeure adjointe Université de Montréal  
[mj.levert@umontreal.ca](mailto:mj.levert@umontreal.ca)  
Pavillon Marguerite-d'Youville

**Chercheur collaborateur**

David Williamson, Pharmacien  
Professeur titulaire de clinique, Faculté de pharmacie, Université de Montréal Chercheur associé, centre de recherche de l'hôpital du Sacré-Cœur de Montréal  
[david.williamson@umontreal.ca](mailto:david.williamson@umontreal.ca)

**Étudiante-chercheuse**

Aylnide Nathalus, infirmière  
Étudiante à la maîtrise, option : administration des services infirmiers  
Université de Montréal  
[aylnide.nathalus@umontreal.ca](mailto:aylnide.nathalus@umontreal.ca)

---

<sup>1</sup> L'expression participante couvre la notion de participant à un projet de recherche. Le genre féminin est employé

## **Financement : projet non financé**

### **Préambule**

Vous êtes cordialement invitée à participer à un projet de recherche. Il est primordial, avant d'accepter de participer à cette étude, de prendre le temps de lire et de comprendre les renseignements ci-dessous. Ce document explicatif décrit le but de cette étude, les différentes procédures, les avantages, les inconvénients, les risques ainsi que les dispositions qui seront prises pour les éviter. De plus, ce formulaire précise votre droit de mettre un terme à votre participation à tout moment. En dernier lieu, les coordonnées de l'étudiante-chercheuse seront fournies afin de communiquer avec elle au besoin.

### **Nature et objectifs du projet de recherche**

Le but de cette étude est d'explorer la perception des infirmières gestionnaires face au syndrome du *burnout* des infirmières travaillant en milieu hospitalier, à leur rôle dans sa prévention, aux stratégies de prévention reconnues efficaces et leurs capacités à les mettre en œuvre au sein de leur département. Un total de dix (10) participantes seront recrutées en regard de leur expérience en tant qu'infirmières gestionnaires en milieu hospitalier.

### **Déroulement du projet de recherche**

Tout d'abord, il vous sera demandé de compléter un questionnaire sociodémographique afin d'avoir un aperçu de votre profil personnel et professionnel et de pouvoir décrire les participantes. De plus, vous serez invitée à prendre part à une entrevue individuelle semi-dirigée d'une durée approximative de 60 à 75 minutes où vous pourrez partager votre point de vue sur le *burnout*, votre rôle dans sa prévention chez les infirmières et les stratégies de prévention existantes. Avec votre accord, l'entrevue sera enregistrée sur bande audionumérique afin de faciliter la transcription. Elle se déroulera dans un lieu choisi à votre discrétion et au moment qui vous conviendra. Une copie du guide d'entrevue vous est fournie afin de vous familiariser préalablement aux différentes questions. Il s'agit d'une entrevue unique. Suite à l'entrevue, il se peut que l'étudiante-chercheuse vous recontacte par courriel ou par téléphone afin de clarifier certaines de ses interprétations.

### **Avantages découlant de la participation au projet de recherche**

Participer à cette étude peut vous permettre de réfléchir et de vous exprimer sur différents aspects relatifs au *burnout* des infirmières et sa prévention. En outre, votre participation permettra de mettre en lumière les principaux défis et difficultés rencontrés dans votre rôle quotidien lorsqu'il s'agit de prévention du *burnout* des infirmières. Les résultats de

cette recherche permettront de mettre en œuvre l'importance de la prévention du *burnout* des infirmières par la sensibilisation à la problématique tout en mettant l'accent sur les stratégies de prévention que vous jugez efficaces et réalisables. Ils permettront donc l'avancement des connaissances actuelles dans ce domaine.

### **Risques et inconvénients pouvant découler de votre participation à ce projet de recherche**

Votre participation à cette étude ne vous fait encourir aucun risque prévisible. Toutefois, il se peut que certaines questions vous rappellent un mauvais souvenir ou suscitent un certain malaise. Si cela se produit, n'hésitez pas à en faire part à l'étudiante-chercheuse. Des pauses pourraient être prévues et l'étudiante-chercheuse pourra vous référer au programme d'aide aux employées et à la famille offert par votre établissement.

Il ne peut découler aucun inconvénient majeur de votre participation à cette étude. Les inconvénients à votre participation concernent le temps nécessaire à l'entrevue et le déplacement éventuel. Lors de cette entrevue, vous pouvez vous abstenir de répondre à certaines questions. Vous pouvez aussi demander de clarifier ou reformuler les questions qui ne vous semblent pas claires.

### **Participation volontaire et possibilité de retrait**

Votre participation à cette étude se fait sur une base volontaire. Vous êtes libre de refuser d'y participer sans que votre refus ne nuise aux relations avec votre employeur ou vos collègues de travail. Vous serez aussi libre, à tout moment, de mettre un terme à votre participation sans motivation et sans subir de préjudices.

Si vous vous retirez du projet, toutes les données recueillies seront conservées à moins que vous ne demandiez leur destruction.

### **Confidentialité**

Selon les limites prévues par la loi, tous les renseignements recueillis demeureront totalement confidentiels et ne serviront qu'à ce projet de recherche. Chaque dossier d'entrevue sera identifié par un code numérique. Un numéro de code sera utilisé pour relier votre nom à votre dossier de recherche et seul le chercheur principal et l'étudiante-chercheuse auront la liste correspondante. Ces informations répertoriées seront gardées dans un classeur verrouillé se trouvant dans le bureau du chercheur principal. Afin d'assurer la confidentialité des données numériques, ces dernières seront encryptées à l'aide du logiciel Pretty Good Privacy (PGP) et seront conservées dans un ordinateur doté d'un code d'accès sur un serveur sécurisé. Les données recueillies sur bandes audionumériques seront identifiées à l'aide d'un code. Toutes les données de la recherche seront conservées pendant 7 ans suivant la fin du projet de recherche et seront ensuite détruites de manière sécuritaire. Les noms des participantes ne figureront sur aucune publication et seront remplacés par des noms fictifs lors de la diffusion des

résultats.

Afin d'assurer une surveillance et un contrôle adaptés, il se peut que votre dossier de recherche soit consulté par une personne autorisée de l'établissement ou du comité d'éthique de la recherche du CIUSSS NIM qui évalue le projet. Tous adhèrent également à une politique de stricte confidentialité.

Vous pouvez, en tout temps, demander à l'étudiante-chercheuse ou au chercheur principal de consulter votre dossier de recherche pour vérifier les renseignements que vous avez donnés et les faire rectifier au besoin, et ce, aussi longtemps que le chercheur responsable du projet ou l'étudiante-chercheuse ou l'établissement détiennent ces informations. Cependant, afin de préserver l'intégrité scientifique du projet, il est possible que vous n'ayez accès à certaines de ces informations qu'une fois votre participation à la recherche terminée.

### **Responsabilité en cas de préjudice**

En signant ce formulaire d'information et de consentement, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs, l'établissement de leur responsabilité civile et professionnelle.

### **Diffusion des résultats de la recherche**

À la fin de la recherche, le rapport de maîtrise sera remis au jury pour approbation à l'Université de Montréal. De plus, les résultats découlant de cette recherche pourront aussi être communiqués dans diverses revues et différents colloques scientifiques. Si vous en manifestez de l'intérêt, vous pourrez recevoir un résumé écrit de cette étude en indiquant une adresse courriel.

### **Compensation**

Aucune compensation financière n'est accordée aux participantes.

### **Nom des personnes-ressources**

Pour toutes questions ou informations supplémentaires sur le projet de recherche ou relatives à votre participation, n'hésitez pas à contacter l'étudiante-chercheuse ou le chercheur principal.

Si vous avez des questions concernant vos droits, des plaintes ou commentaires à formuler, vous pouvez entrer en communication avec le commissariat aux plaintes et à la qualité des services du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Nord-de-l'île-de-Montréal (CIUSSS du Nord-de-l'île-de-Montréal) - Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal au 514-338-2222 poste 2259.

### **Surveillance des aspects éthiques du projet**

Le projet a été soumis et approuvé par le comité d'éthique de la recherche du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Nord-de-l'île-de-Montréal. Un suivi sera assuré par ce comité et toute modification et révision du formulaire d'information et de consentement seront préalablement approuvées.

## Consentement

Par la présente, je confirme avoir été informée de la nature du projet, des avantages, des risques ainsi que des inconvénients. Je comprends donc les implications en tant que participante à ce projet de recherche. J'ai eu l'occasion de poser toutes mes questions et on y a répondu à ma satisfaction. Je sais que je suis libre de participer au projet et que je demeure libre de m'en retirer en tout temps, par avis verbal, sans que cela n'affecte mes relations avec mon employeur ou mes collègues de travail. Je certifie qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre ma décision.

Je comprends que je recevrai une copie du formulaire de consentement signée.

Je, soussignée, consens, par la présente lettre, à participer à ce projet de recherche.

\_\_\_\_\_  
Nom de la participante

\_\_\_\_\_  
Signature de la participante

Fait  
à \_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_

le

Afin de faciliter la prise de données en vue de retranscription et d'analyse, je consens à ce que l'entrevue soit enregistrée sur bande audio.

Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature de la participante



## Engagement de la personne qui recueille le consentement

Je, soussignée, \_\_\_\_\_, certifie

- (a) Avoir expliqué à la signataire intéressée les termes du présent formulaire;
- (b) Avoir répondu aux questions posées à cet égard;
- (c) Lui avoir clairement indiqué qu'elle demeure, à tout moment, libre de mettre un terme à sa participation au projet de recherche décrit ci-dessus;
- (d) Qu'une copie signée et datée de ce présent formulaire lui sera remise.

---

Nom de l'étudiante-chercheuse  
l'étudiante-chercheuse

Signature de

## Engagement du chercheur principal

Je certifie avoir expliqué à la signataire les termes du présent formulaire de consentement, avoir répondu aux questions qu'elle m'a posées à cet égard, lui avoir clairement indiqué qu'elle reste à tout moment libre de mettre un terme à sa participation et que je lui remettrai une copie signée et datée du présent formulaire de consentement.

---

Nom du chercheur principal

Signature du chercheur principal

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

## **ANNEXE D**

Relance téléphonique à l'intention des infirmières gestionnaires

## Relance téléphonique

Bonjour, je m'appelle Aylnide Nathalus. Je suis étudiante à la maîtrise à la faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal. Je vous téléphone car il y a quelques jours, je vous ai fait parvenir un courriel de sollicitation pour mon projet de recherche. J'aimerais savoir si vous aviez eu le temps de prendre connaissance de ce courriel et des documents joints.

Si le courriel a bien été lu : Avez-vous des interrogations ou questionnements relatifs au projet? Est-ce que c'est un projet qui pourrait vous intéresser?

Si oui : Pouvons-nous convenir d'un moment opportun pour vous afin de remplir le formulaire de consentement et procéder à l'entrevue?

Si non : D'accord. Merci beaucoup et bonne journée.

Si le courriel n'a pas été lu : D'accord, si vous le désirez, je peux vous renvoyer le courriel et vous laisser prendre connaissance des documents. Si vous ne m'avez pas déjà contactée, acceptez-vous que je vous téléphone dans 2 jours afin de valider avec vous votre intérêt à participer à mon projet de recherche?

## **ANNEXE E**

Questionnaire sociodémographique des infirmières gestionnaires

**QUESTIONNAIRE SOCIODÉMOGRAPHIQUE DES INFIRMIÈRES  
GESTIONNAIRES**

1. De quel sexe êtes-vous ?	Masculin <input type="checkbox"/>	Féminin <input type="checkbox"/>
1. Où se situe votre tranche d'âge?	20-30 ans <input type="checkbox"/> 31-40 ans <input type="checkbox"/> 41-50 ans <input type="checkbox"/> 51-60 ans <input type="checkbox"/> 61-70 ans <input type="checkbox"/>	
2. Sur quel type d'unité travaillez-vous?		
3. Nombre d'années d'expérience en soins infirmiers?	1-10 ans <input type="checkbox"/> 11-20 ans <input type="checkbox"/> 21-30 ans <input type="checkbox"/> 31-40 ans <input type="checkbox"/>	
4. Nombre d'années d'expérience sur la présente unité?	1-5 ans <input type="checkbox"/> 6-10 ans <input type="checkbox"/> 11-15 ans <input type="checkbox"/>	16-20 ans <input type="checkbox"/> 21-25 ans <input type="checkbox"/> 26-35 ans <input type="checkbox"/>
5. Nombre d'années d'expérience à titre d'infirmière gestionnaire?	1-5 ans <input type="checkbox"/> 6-10 ans <input type="checkbox"/> 11-15 ans <input type="checkbox"/>	16-20 ans <input type="checkbox"/> 21-25 ans <input type="checkbox"/> 26-35 ans <input type="checkbox"/>
6. Nombre d'années d'expérience à titre de gestionnaire en milieu hospitalier ?	1-5 ans <input type="checkbox"/> 6-10 ans <input type="checkbox"/> 11-15 ans <input type="checkbox"/>	16-20 ans <input type="checkbox"/> 21-25 ans <input type="checkbox"/> 26-35 ans <input type="checkbox"/>
7. Quel est le dernier niveau de scolarité atteint?	Collégial <input type="checkbox"/> Universitaire (Baccalauréat) <input type="checkbox"/> Universitaire (Maîtrise, DESS) <input type="checkbox"/> Universitaire (Doctorat, Post-doctorat) <input type="checkbox"/>	

Merci beaucoup

## **ANNEXE F**

Guide d'entrevue

## Guide d'entrevue

1. Que savez-vous du *burnout* et de ses conséquences?
  - 1.1 Quelle est votre perception ou opinion par rapport à ce syndrome?
  - 1.2 Êtes-vous ou avez-vous déjà été témoin de manifestations de symptômes du *burnout* au sein de votre département? Si oui, pouvez-vous me donner des exemples de ces manifestations?
2. Connaissez-vous des stratégies de prévention du *burnout*? Si oui, lesquelles?
  - 2.1 Utilisez-vous ces stratégies de prévention?
  - 2.2 Que pensez-vous de la faisabilité d'application de ces mesures de prévention au sein de votre département?
  - 2.3 Que pensez-vous de l'impact de ces mesures?
3. Comment percevez-vous le rôle d'une infirmière gestionnaire dans la prévention du *burnout* des infirmières?
4. Vous sentez-vous soutenue par l'organisation dans votre démarche de prévention du *burnout*? Si oui, comment? Si non, pourquoi?
5. Quelles sont, d'après vous, les barrières à l'application des stratégies de prévention du *burnout* reconnues dans les guides des meilleures pratiques au sein de votre département?
6. Quels sont, d'après vous, les facilitateurs à l'application des stratégies de prévention du *burnout* reconnues dans les guides des meilleures pratiques au sein de votre département?
7. Quelles suggestions pourriez-vous faire pour améliorer la prévention du *burnout* dans votre établissement?
8. Avez-vous quelque chose à ajouter en lien avec le rôle des infirmières gestionnaires dans la prévention du *burnout*?

## **ANNEXE G**

Certificat d'éthique



**PAR COURRIEL UNIQUEMENT**

Le 10 janvier 2018

**Arnaud Duhoux, Ph.D.**

Professeur adjoint  
Faculté des sciences  
infirmières Université de  
Montréal

**Aylnide Nathalus**

Infirmière  
Candidate à la maîtrise  
Faculté des sciences  
infirmières Université de  
Montréal

**Objet : Projet MP-CIUSSS NIM-17-22P : Prévention du burnout des infirmières en milieu hospitalier : Perception des infirmières gestionnaires**

**Chercheur principal:** Arnaud Duhoux, Ph.D. **Cochercheuse :** Marie-Josée Levert, Ph.D.

**Chercheur collaborateur :** David Williamson, Ph.D.

**Étudiante :** Aylnide Nathalus, candidate à la maîtrise en sciences infirmières

**Évaluation par le comité d'éthique de la recherche : RÉSULTAT POSITIF de l'examen éthique et de l'examen scientifique du projet de recherche**

---

Madame, Monsieur,

Le Comité d'éthique de la recherche du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal (ci-après CÉR), qui agit comme CÉR évaluateur pour le projet de recherche mentionné en titre, déclare par la présente que le résultat de l'examen éthique de ce projet est positif.

Notre CÉR confirme également que votre projet de recherche a fait l'objet d'un examen scientifique dont le résultat est positif.

Le CÉR a évalué, en comité plénier, votre projet au cours de sa réunion du 18 octobre 2017. À cette fin, **les documents suivants ont été examinés :**

- Lettre de présentation du projet, datée du 2 octobre 2017;
- Lettre d'appui du projet signée par le chercheur principal et la cochercheuse;
- Lettre d'appui du projet signée par le chercheur collaborateur;
- Formulaire de la convenance du CIUSSS NIM rempli;
- DG-52 annexe 2 - Obligations du chercheur (signée);
- DG-52 annexe 3 - Questionnaire – synthèse (signée et datée);
- DG-52 annexe 5 - Engagement à la confidentialité pour l'équipe de recherche (signée par l'équipe);
- Protocole de recherche (sans date de version);

- Annexes au protocole (sans date de version) : A) courriel envoyé à la direction des soins infirmiers, B) courriel qui sera envoyé aux infirmières gestionnaires, D) Relance téléphonique, E) Questionnaire sociodémographique des infirmières gestionnaires, F) Guide d'entrevue;
- Formulaire d'information et de consentement, version du 1<sup>er</sup> septembre 2017;
- Document approbation scientifique du projet de mémoire, programme de maîtrise en sciences infirmières de l'Université de Montréal, en date du 26 septembre 2017;
- Curriculum vitae : Arnaud Duhoux, Marie-Josée Levert, David Williamson et Aynide Nathalus.

Le CÉR a pris connaissance en comité restreint des documents que vous lui avez fait parvenir le 23 novembre 2017 en réponse aux commentaires soulevés dans sa lettre du 2 novembre 2017. Il a également évalué les réponses à ses commentaires subséquents. Lors de ces échanges, ont été examinés les documents suivants :

- DG-52 annexe 2 - Obligations du chercheur, signée par M. Duhoux;
- DG -52 annexe 3 - questionnaire synthèse, modifiée
- Protocole de recherche modifié
- Annexes au protocole: Courriel envoyé à la direction des soins infirmiers, Courriel qui sera envoyé aux infirmières gestionnaires, Questionnaire sociodémographique des infirmières gestionnaires, Guide d'entrevue;
- Formulaire d'information et de consentement.

**Les versions finales des documents, approuvées par le CÉR, sont les suivantes :**

- DG -52 annexe 3 - questionnaire synthèse, modifié en date du 9 décembre 2017;
- Protocole de recherche, modifié en date du 9 décembre 2017;
- Annexes au protocole, modifiées en date du 7 décembre 2017 : Courriel envoyé à la direction des soins infirmiers, Courriel qui sera envoyé aux infirmières gestionnaires, Questionnaire sociodémographique des infirmières gestionnaires, Guide d'entrevue.
- Formulaire d'information et de consentement, version française corrigée en date du 7 décembre 2017.

Nous vous retournons, sous pli, le formulaire d'information et de consentement approuvé portant l'estampille d'approbation du Comité. Seul ce document devra être utilisé auprès des participants à la recherche.

Cette approbation éthique s'applique au centre participant suivant :

- **CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal**

Comme le prévoit l'article 11.1 du *Cadre de référence des établissements publics du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) pour l'autorisation d'une recherche menée dans plus d'un établissement*, vous pouvez déposer une copie de la présente lettre de notre CÉR auprès des établissements publics du RSSS à qui vous demanderez l'autorisation de réaliser la recherche dans leurs murs ou sous leurs auspices.

Si un établissement vous demande d'apporter des modifications administratives à la version finale d'un document qui a été approuvé par notre CÉR, veuillez vous entendre avec cet établissement pour que notre CÉR reçoive une copie du document modifié indiquant clairement les modifications apportées.

Sur demande d'un établissement qui a autorisé la réalisation de cette recherche, nous lui fournirons les extraits de nos procès-verbaux se rapportant à ce projet.

Si la réalisation de cette recherche se poursuit pendant plus d'un an, notre CÉR en confirmera à chaque année l'acceptabilité éthique, à la date anniversaire de la présente lettre, à condition que vous déposiez auprès du CÉR avant la date anniversaire (**10 janvier 2019**) un rapport d'étape annuel décrivant dans son ensemble la réalisation de la recherche.

Le Cadre de référence établit, à l'article 11.2, que vous pouvez fournir une copie de la présente lettre à un autre chercheur qui veut demander à son établissement l'autorisation d'y mener la même recherche. Lorsque vous fournirez ainsi une copie de cette lettre, veuillez :

- 1) rappeler au chercheur qu'il doit, si ce n'est déjà fait : s'identifier et identifier son établissement auprès de notre CÉR, fournir à notre CÉR les documents démontrant sa compétence pour la réalisation du projet; et fournir à notre CÉR l'information utile au sujet des populations et des conditions locales qui serait susceptible d'avoir une incidence sur l'évaluation de l'acceptabilité éthique du projet de recherche.
- 2) indiquer à ce chercheur que notre CÉR lui demande de déposer à chaque année, avant la date d'anniversaire, un rapport d'étape sur le déroulement de la recherche dans son établissement.

L'omission par le chercheur d'un établissement de déposer ce rapport ne compromettra pas le renouvellement annuel de l'approbation éthique couvrant l'ensemble de ce projet de recherche. Notre CÉR évaluateur pourra cependant demander à la personne qui a autorisé la réalisation de la recherche dans cet établissement de suspendre l'autorisation donnée à un chercheur qui n'a pas déposé le rapport d'étape demandé.

Cette approbation finale suppose également que vous vous engagez :

- à respecter la présente décision;
- **à transmettre au CÉR évaluateur les lettres d'autorisation signées par la personne formellement mandatée dans les différents centres participants ayant autorisé la réalisation du projet dans leur établissement;**
- à remettre au CÉR un rapport annuel faisant état de l'avancement du projet, lequel rapport est nécessaire au renouvellement de l'approbation éthique;
- à tenir une liste des sujets de recherche, pour une période maximale de douze mois suivant la fin du projet;
- à aviser le CÉR dans les plus brefs délais de tout incident/accident en cours de projet ainsi que tout changement ou modification que vous souhaitez apporter à la recherche notamment au protocole ou au formulaire d'information et de consentement;
- à notifier au CÉR dans les meilleurs délais tout nouveau renseignement susceptible d'affecter l'intégrité ou l'éthicité du projet de recherche ou d'influer sur la décision d'un sujet de recherche quant à sa participation;
- à communiquer au CÉR toute suspension ou annulation d'autorisation relative au projet qu'aura formulée un organisme subventionnaire ou de réglementation;
- à informer le CÉR de tout problème constaté par un tiers au cours d'une activité de surveillance ou de vérification, interne ou externe, qui est susceptible de remettre en question soit l'éthicité du projet, soit la décision du CÉR;
- à notifier au CÉR l'interruption temporaire ou définitive du projet et remettre un rapport faisant état des motifs de cette interruption ainsi que les répercussions de celle-ci sur les sujets de recherche;
- à remettre au CÉR un rapport final faisant état des résultats de la recherche

- Vous souhaitant la meilleure des chances dans la réalisation du projet, nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos sentiments distingués.

Elodie Petit, présidente  
Comité d'éthique de la recherche  
CIUSSS du Nord-De-l'Île-de-Montréal

p.j. : *Formulaire d'information et de consentement, version française corrigée en date du 7 décembre 2017, estampillée.*

EP/msg

## **ANNEXE H**

Lettre d'autorisation de réaliser le projet dans le CIUSSSNIM

Montréal, le 11 janvier 2018

**Arnaud Duhoux, Ph.D.**

Professeur adjoint  
Faculté des sciences  
infirmières Université  
de Montréal

**Aylnide Nathalus**

Infirmière  
Candidate à la maîtrise  
Faculté des sciences  
infirmières Université  
de Montréal

N Réf CER évaluateur (CIUSSS NIM): MP-CIUSSSNIM-17-22P

**Objet : Autorisation de réaliser la recherche suivante :**

- **Titre du projet** «Prévention du burn-out des infirmières en milieu hospitalier :  
Perception des infirmières gestionnaires»

---

Madame, Monsieur,

Il nous fait plaisir de vous autoriser à réaliser la recherche identifiée en titre sous les auspices du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal.

Pour vous donner cette autorisation, notre établissement reconnaît l'examen éthique qui a été effectué par le CER du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal:

- qui agit comme CER évaluateur pour ce projet, conformément au Cadre de référence des établissements publics du RSSS pour l'autorisation d'une recherche menée dans plus d'un établissement (le Cadre de référence);
- qui a confirmé dans sa lettre du 10 janvier 2018 le résultat positif de l'examen scientifique et de l'examen éthique du projet; et
- qui a approuvé la version réseau du formulaire de consentement en français utilisé pour cette recherche.

Cette autorisation vous est donnée à condition que vous vous engagiez à :

- respecter les dispositions du Cadre de référence se rapportant à votre recherche;
- respecter le cadre réglementaire de notre établissement sur les activités de recherche, notamment pour l'identification des participants à la recherche;
- utiliser la version des documents se rapportant à la recherche approuvée par le CER évaluateur, les seuls changements apportés, si c'est le cas, étant d'ordre administratif et identifiés de façon à ce que le CER évaluateur puisse en prendre connaissance; et
- respecter les exigences fixées par le CER évaluateur pour le suivi éthique continu de la recherche.

L'autorisation qui vous est donnée ici de réaliser la recherche sous les auspices de notre établissement sera renouvelée sans autre procédure à la date indiquée par le CER évaluateur dans sa décision de renouveler son approbation éthique de cette recherche.

## **ANNEXE I**

Exemples de tableaux réalisés lors du processus d'analyse (codification)



Processus d'analyse : La codification thématique Étape 4		
4 Métacodes	17 Sous-thèmes	Codes
Ce qui concerne les connaissances des participants sur la définition, manifestation et causes du burnout	Le burnout est lié au travail	Phénomène de plus en plus présent d'alarme pour un gestionnaire une surcharge de travail Signe Dû à
	Changement de comportement	Irritabilité Pleurer beaucoup Moins de productivité Moins de concentration Moins de motivation Impatient
	Ne pas être capable de travailler efficacement	Difficulté à gérer les priorités gérer son stress Difficulté à Fatigue
	Le manque de personnel peut mener au burnout	Lourdeur au travail de personnel motivation Manque Manque de
	Les gens ne sont pas assez informés	Manque d'information par rapport au burnout

## **ANNEXE J**

Instructions aux auteurs pour la revue  
Sciences infirmières et pratique en santé

Instructions aux auteurs

<b>INFORMATIONS GÉNÉRALES</b>	<b>1</b>
INFORMATIONS GÉNÉRALES AUX AUTEURS	1
POLITIQUES ÉDITORIALES	2
PROCÉDURES DE SOUMISSION ET D'ÉVALUATION	2
<b>NORMES DE PRÉSENTATION</b>	<b>3</b>
DOCUMENTS À INCLURE LORS DE LA SOUMISSION EN LIGNE	3
RÉSUMÉS ET MOTS CLÉS	3
ARTICLE COMPLET (FULL TEXT SUBMISSION)	3
LETTRE DE PRÉSENTATION (COVER LETTER)	3
FORMAT DU TEXTE	4
QUALITÉ DE LA LANGUE	4
TABLEAUX ET FIGURES	4
PRÉSENTATION DES RÉFÉRENCES	4
<b>NORMES DE PRÉSENTATION PAR TYPES DE MANUSCRITS</b>	<b>4</b>

## Informations générales

### Informations générales aux auteurs

Science infirmière et pratiques en santé (SIPS) est une revue internationale, semestrielle, bilingue et libre d'accès, produite par le Réseau de recherche en interventions en sciences infirmières du Québec (RRISIQ). L'équipe de rédaction de la revue invite les auteurs potentiels à leur transmettre des articles qui contribueront à faire progresser (avancer) l'état des connaissances quant à l'élaboration, l'adaptation, l'implantation, la mise à l'essai et l'évaluation des meilleures pratiques en santé et ce, dans trois domaines de recherche :

- Clinique – résultats cliniques (incluant des indicateurs de qualité de soins et d'utilisation des services) sur la santé physique, psychologique ou sociale des clientèles visées.
- Gestion et organisations et des services – optimisation de l'utilisation des ressources humaines et matérielles dédiées aux soins; optimisation des processus de soins et des services; amélioration de la sécurité des patients et de leurs conditions de santé.
- Formation – stratégies, modèles ou pratiques d'apprentissage, d'enseignement ou d'évaluation visant l'amélioration de la formation des infirmiers (ères) et des étudiant(e)s en sciences infirmières; le développement de compétences infirmières ou l'atteinte de niveaux de compétences.

Sont acceptés les articles 1) de recherche, 2) de revue de littérature et 3) de transfert de connaissances. Seuls les articles abordant les thématiques de la revue et respectant les normes de présentation des manuscrits seront considérés.

## Politiques éditoriales

Ne seront publiés dans la revue que des articles inédits n'ayant fait l'objet, au moment de leur soumission, d'aucune évaluation pour publication par d'autres éditeurs. Cependant, si des aspects de la recherche sur lesquels se base l'article ont été publiés dans d'autres revues, il est recommandé d'inclure l'URL du document sur la page titre du manuscrit. Tous les auteurs doivent avoir contribué de manière importante à la conception de l'étude, à la collecte et l'analyse des données, à l'interprétation des résultats, ainsi qu'à la rédaction de l'article et à sa relecture critique.

Tous devraient avoir approuvé la version soumise de l'article. La contribution de chacun devrait être spécifiée dans la section « Contribution des auteurs », avant les remerciements.

### *Éthique*

Toutes les études sur lesquelles se fondent les articles soumis à Science infirmières et Pratique en santé (Sciences of Nursing and Health Practices) doivent être réalisées dans le plus grand respect des codes d'éthique et de déontologie propres aux associations professionnelles respectives des auteurs (ou The Code of Ethics of the World Medical Association - Declaration of Helsinki), notamment pour les expériences impliquant des participants humains. Les études ayant été menées auprès de volontaires doivent avoir obtenu l'approbation d'un comité d'éthique et le consentement libre et éclairé des participants (inscrire le numéro du certificat d'éthique).

### *Conflit d'intérêts*

Les auteurs sont tenus de faire état de tous liens financiers ou personnels susceptibles d'influencer leur travail ou de les placer en situation de conflit d'intérêts. Il convient également de mentionner les sources de financement ayant permis la recherche ou la préparation de l'article.

### *Permissions*

Les auteurs sont responsables des propos tenus dans leur manuscrit, tout comme d'obtenir, par écrit, les droits de reproduction (généralement auprès des éditeurs) de tout matériel protégé par le droit d'auteur (extraits, tableaux, figures, etc.) et d'en stipuler clairement la source.

## Procédures de soumission et d'évaluation

Tous les manuscrits doivent être **soumis** en format Word, via notre système de gestion éditoriale en ligne <http://snaahp-sips.ca/journal/>. Une liste de noms de trois évaluateurs potentiels doit également être soumise au Comité éditorial qui se réserve le droit d'y référer si besoin. Suivant l'étape de soumission des textes, les auteurs recevront un accusé de réception.

Une première **évaluation** de l'article soumis sera effectuée par la rédactrice en chef. Si cette première évaluation est favorable, l'article sera ensuite soumis, **en deuxième étape**, à un processus d'examen en double aveugle par les pairs. Le rôle des réviseurs consistera à formuler, à la rédactrice en chef, une recommandation (soutenue par une évaluation critique) concernant la publication ou non du manuscrit. La **décision finale** sera prise par la rédactrice en chef à la lumière des évaluations reçues. Si l'article requiert des ajustements, une liste exhaustive des révisions et des corrections demandées sera transmise à l'auteur ou aux auteurs. Une fois les modifications ou corrections apportées, les auteurs, devront par la suite, expliciter, point par point, dans une lettre accompagnant leur manuscrit l'ensemble des changements effectués en réponse aux commentaires des réviseurs. Dans le cas d'avis divergents entre les réviseurs, la rédactrice en chef pourra solliciter le point de vue d'un réviseur supplémentaire.

Après acceptation de l'article, l'auteur ou les auteurs devront signer une entente sur les droits d'auteur disponible sur le site Web de la revue et la retourner par voie électronique. Avant la dernière mise en page de la revue, il est demandé à l'auteur de relire, pour vérification et validation, son article au format PDF et de le retourner dans un délai maximal de sept jours. A ce stade, aucun ajout significatif ne sera possible.

## Normes de présentation

**Considérant que les manuscrits seront soumis à une évaluation par les pairs**, ces derniers ne devraient contenir aucuns renseignements permettant d'identifier le ou les auteurs. Afin d'éviter cette situation, il est fortement recommandé de vous assurer d'éliminer ces informations personnelles (auteur, gestionnaire, société et dernier enregistrement par) que l'on retrouve généralement dans les « Propriétés du document ». Si vous avez enregistré votre nom ou votre adresse électronique lors de l'installation de votre logiciel de traitement de texte, ces renseignements seront enregistrés dans votre fichier. D'autres informations peuvent aussi être retracées dans un document même si vous ne pouvez pas les voir, comme le texte caché, le texte révisé, les commentaires ou les codes de domaines. Pour savoir comment éliminer ces renseignements, reportez-vous à la rubrique d'aide de votre logiciel, dans la section sécurité et confidentialité.

De plus, toujours dans le but de garantir l'anonymat des auteurs lors de l'évaluation, si vous devez citer vos propres ouvrages, formulez vos propos à la troisième personne, par exemple « Godbout et Girard (2011) ont mentionné... » Si votre manuscrit est accepté, vous pourrez remettre toute référence à vous-même et à votre établissement dans la version finale.

## Documents à inclure lors de la

### soumission en ligne Résumés et mots

#### clés

Lors de la soumission, dans le même espace sous « Abstract », il faut inclure deux résumés de 250 mots (un en français, l'autre en anglais), présentant les rubriques suivantes :

- Introduction
- Objectifs
- Méthodes
- Résultats
- Discussion et conclusion

Et accompagner ces résumés d'un maximum de cinq mots-clés (français et anglais) (ex : mots clés « libre » et MeSH terms).

## Article complet (Full text submission)

L'article devra être présenté selon l'ordre suivant :

- 1) le résumé et les mots-clés;
- 2) le corps du texte, dûment anonymisé, qui doit inclure les sections suivantes :
  - **Introduction** – problématique, mise en contexte de l'étude au regard de l'état des connaissances, justification de la pertinence de l'étude et cadre de référence; but/objectif et questions de recherche ou des hypothèses à l'étude.
  - **Méthodes** – l'échantillonnage, les instruments et méthodes de collecte de données; les considérations d'ordre éthique; les procédures d'analyse des données; les moyens pour assurer la validité et la fiabilité des résultats.
  - **Résultats**– caractéristiques de l'échantillon, résultats décrits pour chaque question ou hypothèse.
  - **Discussion** – apport des résultats en lien avec le but ou l'objectif et contribution à l'avancement des connaissances. Discussion des limites de l'étude.
  - **Conclusion** – résumé des principaux constats; retombées possibles de l'étude.
- 3) les notes de fin de texte, les références, les tableaux, les figures et les annexes.

## Lettre de présentation (Cover letter)

- Titre de l'article et sous-titre en français et en anglais.
- Le nom des auteurs, leur titre, leur fonction, leur affiliation, leurs coordonnées et leur adresse

- électronique.
  - Le nom de l’auteur responsable (ou de correspondance).
  - Le nom de trois évaluateurs potentiels et leurs coordonnées.
- La contribution des auteurs, les remerciements, les sources de financements, la déclaration de conflits d’intérêt et le numéro du certificat d’éthique.
- **Format du texte**
  - Les articles doivent contenir entre 3500 et 5000 mots
  - Utilisez la police Times New Roman 12 pts pour le corps du texte et 10 pt pour les notes de fin de texte.
  - Les manuscrits doivent être rédigés à interligne et demi (à l’exception des longues citations, des notes de bas de page et des références qui sont rédigées à simple interligne).
  - Toutes les marges (gauche, droite, haut et bas de la page) doivent mesurer un pouce (2,5 cm), y compris pour les tableaux et figures.
  - Ne pas utiliser les en-têtes et les pieds de page
  - Ne pas utiliser de caractères gras ou soulignés dans le texte
  - Seuls les mots en langue étrangère et le petit « p » en statistique sont en italique. Les citations ainsi que les mots ou expressions que l’on souhaite mettre en relief sont placés entre guillemets

## Qualité de la langue

Pour être reçu et soumis à l’évaluation, l’article doit être rédigé dans un français ou un anglais impeccable. L’orthographe anglaise suit la dernière édition du Canadian Oxford Dictionary. L’orthographe française suit la dernière édition du logiciel Antidote (graphie rectifiée). Par ailleurs, un langage non discriminatoire doit être employé dans tous les manuscrits.

## Tableaux et figures

Les aides visuelles (tableaux, figures et matériel graphique) ne sont acceptées que si elles sont nécessaires à la compréhension de l’argumentaire et si elles expriment plus de contenu que ne pourraient le faire des mots. Celles qui sont difficiles à produire au moyen d’un logiciel de traitement de texte peuvent être soumises en format PDF. Les tableaux et les figures doivent être clairement identifiés (numéro, titre, sources) et les figures doivent être accompagnées de légendes.

## Présentation des références

Toutes les sources citées dans le texte doivent se trouver dans la liste des références et vice versa.

Le style de l’APA doit être utilisé pour présenter les références à la fin du texte. Pour toutes questions sur le format de l’APA (6<sup>e</sup> édition), consultez le site Web de l’APA : <http://www.apastyle.org/>. Il convient d’inclure le digital object identifiers (doi) des articles qui en possèdent un.

Pour citer les références **dans le texte**, utilisez le système de citation auteur-date, qui permet aux lecteurs de trouver (dans la liste de références) les sources citées dans le texte. Pour insérer une paraphrase dans le texte, citez le nom de famille de l’auteur et l’année de publication. Dans le cas d’une citation textuelle, indiquez – à la fin de cette citation – une parenthèse contenant le nom de famille de l’auteur, l’année de publication, suivi de la page d’où elle provient.

## Normes de présentation par types de manuscrits

Les auteurs qui souhaitent soumettre une **revue systématique de la littérature** sont encouragés à

se référer à un guide de rédaction pertinent (tel que PRISMA - pour les revues systématiques et les méta-analyses).

Pourront aussi être publiés des **articles de transfert de connaissances**, soit des articles évaluant les retombées de projets de transfert de connaissances pour les différents milieux de pratiques.

Les articles de transfert de connaissances doivent respecter les normes de présentation générale des articles. Le corps du texte doit inclure les sections suivantes :

- **Introduction** – problématique, description du projet de transfert, justification de la pertinence du projet de transfert et cadre de référence.
- **Méthodes** – la méthode de transfert utilisée, les activités de collecte de données; les considérations d'ordre éthique; les procédures d'analyse des données;
- **Résultats** – résultats de l'évaluation.
- **Discussion** – apport du projet de transfert pour l'amélioration des pratiques.
- **Conclusion** – résumé des principaux constats; retombées possibles du projet.