

Perturbations associées à l'épuisement professionnel et attributions causales du stress chez des soignants en services de psychiatrie.

Version de travail des auteurs (texte final publié en anglais)

Ref :

Gilibert, D. & Daloz, L. (2008). Disorders associated with burnout and causal attributions of stress among health care professionals in psychiatry. *European Review of Applied Psychology*, 58, 263-274. [doi:10.1016/j.erap.2008.09.009](https://doi.org/10.1016/j.erap.2008.09.009)

Résumé

La présente étude, réalisée auprès de soignants psychiatriques, propose d'évaluer le burnout en rapport avec d'autres perturbations associées : niveaux d'estime de soi plus faibles dans les différents domaines (S.E.I.), fréquence du stress ressenti (N.S.S.), moindre sentiment de contrôle général (Lumpkin), perception plus négative de l'état de santé général (C.I.D.I.S.), insatisfaction par rapport au travail et insatisfactions dans de nombreux domaines de vie (P.Q.V.S.). D'autre part, il apparaît que le fait de décrire les causes de son épuisement professionnel comme ayant un impact « global » sur son comportement, est révélateur de son épuisement émotionnel et des perturbations associées. Ces résultats sont discutés au regard des possibilités éventuelles de détection précoce et de prise en charge individuelle du burnout et de ses perturbations associées.

Mots-clefs : Burnout – Prevention -Quality of life – Attributional dimensions - Globality

Introduction

La présente étude poursuit deux objectifs. D'une part, elle vise à mettre en évidence les liens pouvant exister entre le sentiment d'épuisement professionnel et d'autres variables psychologiques comme les différentes dimensions de l'estime de soi, le stress ressenti, le sentiment de contrôle général, la perception de son état de santé physique, la satisfaction par rapport au travail ainsi que la qualité de vie perçue et les insatisfactions dans l'ensemble des domaines de vie. D'autre part, il s'agit de voir dans quelle mesure les raisons trouvées à cet épuisement professionnel sont révélatrices à la fois de l'épuisement et de son retentissement avec l'ensemble de ses domaines de vie subjective. Nous discuterons de la portée de ces résultats au regard des possibilités de prévention et de prises en charge individuelle.

De nombreuses recherches s'intéressent à la satisfaction au travail et à son rapport avec la santé des travailleurs par les biais de variables intermédiaires diverses : épuisement, stress et coping, charge de travail, support social, aspects institutionnels, personnalité, pathologies associées notamment les épisodes dépressifs (Jurado, Gurpegui, Moreno, Fernández, Luna, & Gálvez, 2005). Ces investigations sont le plus souvent transversales (pour observer le rôle des conflits à l'interface entre vie professionnelle et vie familiale, De Zanet & Tjeka, 2003 ; Lourel, Gana & Wawrzyniak, 2005 ; ou encore l'effet de la conciliation de rôles, Le Floc'h, Clarisse, Testu & Kindelberger, 2005) et plus rarement longitudinale (par exemple par évaluer l'impact relatif d'épisodes dépressifs rencontrés dans le passé – Nyklicek & Pop, 2005). Dans une méta-analyse incluant près de 500 recherches portant sur la satisfaction au travail et la santé perçue, Faragher, Cass et Cooper (2005) ont récemment souligné la récurrence du lien entre satisfaction et santé. La grande majorité des études prises en compte dans cette analyse montrent, en autres choses, que la santé mentale est liée à la satisfaction au travail. La satisfaction est surtout clairement liée à un moindre épuisement professionnel. Ainsi, seulement 5 études, sur les 62 mesurant l'épuisement, ne mettent pas à jour de lien significatif entre satisfaction et épuisement. Par ailleurs, ces auteurs relèvent également une relation importante entre insatisfaction et faiblesse de l'estime de soi ainsi qu'entre l'insatisfaction et des éléments d'anxiété et de dépression.

Ces observations laissent entrevoir que l'épuisement professionnel n'est pas seulement lié à la satisfaction au travail mais aussi à une altération de l'estime de soi et de l'état de santé perçue (Golembiewski & Kim, 1989 ; Masclat & Mimeur, 1989 ; Rosse, Boss, Johnson & Crown, 1991) et peut donc être lié à des insatisfactions dans d'autres domaines de vie. Dans une précédente étude portant spécifiquement sur des soignants paramédicaux en hôpital général et en centres de rééducation, il était observé que la satisfaction au travail était moindre chez les sujets épuisés sans que pour autant ils accordent moins d'importance à leur travail (Daloz, 2004 ; Daloz & Bénony – soumis). L'épuisement pourrait se comprendre comme une insatisfaction grandissante et un éloignement avec ce que le sujet souhaite au travail alors que ce domaine de vie resterait central pour lui. Cette insatisfaction pourrait alors entretenir une tension psychique et émotionnelle, dans un cadre bien plus large que le simple rapport à son travail. En effet, des relations étaient observées entre l'épuisement professionnel et une moindre satisfaction quant à la vie en général, ainsi que par rapport à d'autres domaines extraprofessionnels (activités personnelles, sommeil, loisirs, argent, famille). Conformément aux recherches préalablement rapportées, l'épuisement professionnel est apparu comme lié une plus faible estime de soi au niveau professionnel, mais aussi au niveau général et même familial. Ces observations laissent supposer une atteinte psychologique bien plus étendue qu'on ne l'envisage habituellement et pourrait rendre compte des passages entre insatisfaction au travail, épuisement et symptômes dépressifs (Grondin, Husky, Doron, Dovero & Swendsen, 2003; Iacovides, Fountoulakis, Kaprinis & Kaprinis, 2003; Ahola, Honkonen, Isometsä, Kalimo, Nykyri, Aroma, & Lönnqvist, 2005).

La présente recherche aura pour objectif de vérifier l'étendue des symptômes associés à l'épuisement dans une population de soignants (mesuré par le M.B.I.). Le premier objectif de cette étude sera de montrer que l'atteinte n'est pas circonscrite au travail (en termes de satisfaction professionnelle ou de confrontation avec des sources de stress professionnel), mais qu'elle concerne également l'estime de soi dans ses différentes dimensions y compris extraprofessionnelles (mesuré par la *Self-Esteem Inventory* et ses sous dimensions), l'état de santé générale (mesuré par le C.I.D.I.S.A.) ainsi que la satisfaction concernant la qualité de vie dans des domaines différents et variés, sans qu'ils ne perdent pour autant d'importance aux yeux des sujets (mesurable par l'inventaire du *Profil de Qualité de Vie Subjective*),ⁱ.

Le second objectif sera de voir dans quelle mesure les raisons trouvées à cet épuisement professionnel sont révélatrices de l'épuisement ainsi que de son retentissement avec l'ensemble de ses domaines de vie subjective. Pour ce faire, les soignants seront questionnés sur les déterminants perçus de leurs sources de stress et d'épuisement professionnelⁱⁱⁱ et plus précisément sur les dimensions ou caractéristiques causales de ces déterminants. A ce sujet, on sait que ce qui est important n'est pas tant les déterminants effectifs d'un événement quotidien, mais la façon dont le sujet interprète ces déterminants et pense, par exemple, pouvoir les contrôler (Gray, Pumphrey & Lombardo, 2003, p.300).

Il est aujourd'hui largement admis que l'autonomie et le sentiment de contrôle ressentis sur son lieu de travail permettent aux personnes de mieux résister au stress, d'être moins atteintes de burnout, de maintenir une satisfaction et une implication au travail ou encore de ne pas dériver vers des conduites contre-productives (Karasek, 1979; De Jonge, Mulder, Nijhuis, 1999 ; Bakker, Demerouti, Euwema, 2005 ; Jex, & Bliese, 1999 ; Jex, Bliese, Buzzell, & Primeau, 2001; Lourel, Gana, Prud'homme & Cercle, 2004 ; Penney & Spector, 2005). Le sentiment de contrôle est ainsi fréquemment conçu comme une caractéristique psychologique très adaptative, essentielle pour faire face au stress et à l'épuisement (Moore, 2000).

Néanmoins, cette caractéristique de l'interprétation causale des événements, renvoyant à des causes contrôlables ou non, regroupe en fait diverses dimensions bien connues dans les théories de l'attribution : le lieu d'origine de la cause (interne/externe à la personne), la contrôlabilité de la cause (contrôlable ou non), la stabilité de la cause (stable dans le temps ou aléatoire) ou encore la globalité de la cause (la cause affecte le comportement dans diverses situations de la vie quotidienne ou, au contraire, dans une seule situation ; Weiner, 1985 ; Islam & Hewstone, 1993 ; Gilibert & Salès-Wuillemin, 2005). En matière d'explication, ce qui compte n'est pas tant que le sujet attribue ou non son comportement à une de ses caractéristiques personnelles, mais les autres comportements qu'on peut inférer sur la base des causes qu'il évoque (Silvester, Anderson-Gough, Anderson & Mohamed, 2002 ; Silvester, Patterson, & Ferguson, 2003 ; Gilibert, 2004). Ainsi, concernant notamment la dépression ou le stress post-traumatique, l'importance du sentiment de contrôle est soulignée (Seligman, Abramson, Semmel, & Von Baeyer, 1979). Des recherches ultérieures ont néanmoins montré que les dimensions les plus décisives sont la stabilité ou la globalité perçue des causes (Cochran & Hammen, 1985 ; Joseph & Kuyken, 1993 ; Ginzburg, Solomon, Dekel & Neria, 2003 ; Gray, Pumphrey & Lombardo, 2003 ; Gray & Lombardo, 2004).

La présente étude aura donc pour objectif de vérifier que les différentes dimensions de l'épuisement sont liées tout d'abord à un sentiment de contrôle faible (appréhendé par l'échelle de Lumpkin, 1985) mais aussi à d'autres dimensions de l'attribution causale comme le caractère aléatoire des facteurs de stress et leur impact global dans diverses situations de la vie. D'une façon générale, on s'attend à ce que non seulement l'épuisement soit associé à des perturbations dans d'autres domaines de vie psychique mais aussi à ce que l'instabilité et la globalité perçue des déterminants contribuant à l'épuisement, soient révélatrices du niveau d'épuisement et des perturbations associées.

Méthodologie

Population

49 sujets, soignants en hôpital psychiatrique ont participé à cette étude : 18 infirmiers diplômés d'état, 14 infirmiers de secteur psychiatrique, 15 aides soignantes et deux soignants n'ayant pas mentionné leur fonction. Il s'agissait de 26 hommes et 23 femmes ; 19 travaillant de nuit et 30 autres en journée. Leur âge moyen est de 37.6 ans (écart type 9.7), l'ancienneté à l'hôpital depuis leur premier diplôme est de 12.9 années (e.t. : 9.3), dans la fonction actuelle de 11.8 années (e.t. : 8.8) et dans le service de 3.1 années (e.t. : 3.0). Le taux de participation est satisfaisant : au total 49 sujets ont répondu pour 55 questionnaires distribués soit 89%.

Mesures

Leurs réponses ont été collectées par le biais d'un fascicule comprenant plusieurs questionnaires à remplir de façon anonyme (le sujet s'identifiait par un code et pouvait, s'il le souhaitait, bénéficier d'un retour quant à ses réponses). Ce fascicule est composé d'une lettre d'introduction présentant rapidement l'objet de l'étude, une fiche de renseignements signalétiques et les questionnaires.

Le questionnaire utilisé pour évaluer l'épuisement est le *Maslach Burnout Inventory* en 22 items (M.B.I. de Maslach, Jackson & Leiter, 1996). Ce questionnaire classique de mesure de l'épuisement a été élaboré et a fait l'objet d'une validation auprès d'une population soignante dans sa version originale puis lors de sa version traduite en

langue française par Girault (1989). Rappelons que l'épuisement se définit comme une réponse durable au travail face à des éléments stressant chroniques d'ordre émotionnels et interpersonnels. En accord avec sa mesure (le M.B.I.), la définition opérationnelle de l'épuisement est un modèle à trois dimensions comprenant l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation et la réduction de l'accomplissement de soi au travail. L'épuisement émotionnel renvoie à des sentiments de sollicitation excessive et d'épuisement de ses ressources émotionnelles. La dépersonnalisation renvoie à des réactions négatives, abruptes ou excessivement détachées envers les personnes auxquelles s'adresse le service ou le soin. La réduction de l'accomplissement de soi renvoie quant à elle à un recul des sentiments de compétences et de réussite dans son travail. Il évalue le sentiment d'épuisement professionnel dans ces 3 domaines : 9 items correspondent à des *troubles liés à l'épuisement au niveau émotionnel* (i.e. « je me sens émotionnellement vidé par mon travail »), 5 à *la dépersonnalisation de la relation* (i.e. « je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes patients »), et 8 au *sentiment d'accomplissement de soi dans la relation* (i.e. « je m'occupe très efficacement des problèmes de mes patients »). Chaque item est évalué en fréquence sur une échelle de 7 points, allant de « jamais » à « tous les jours », et en intensité sur une échelle allant de « très peu » à « énormément ». Le M.B.I. ne donne pas lieu à un score global mais à des sous-scores par dimensions. En ce qui concerne les 2 premières dimensions, l'épuisement émotionnel et la dépersonnalisation, un score élevé correspond à un burnout élevé. Dans la troisième dimension, l'accomplissement de soi, un score élevé correspond à un burnout faible. Adaptée et validée dans de nombreux pays, cette échelle permet de dégager 3 ou 6 scores d'épuisement selon que l'on distingue ou non les troubles en fonction de leur fréquence et de leur intensité – deux dimensions habituellement bien corrélées.

L'estime de soi a été évaluée à l'aide de *l'Inventaire d'Estime de Soi* (S.E.I. de Coopersmith, 1986). L'intérêt de cet inventaire est de mesurer l'estime de soi dans différentes sphères de vie du sujet : professionnelle, générale mais aussi dans des sphères extraprofessionnelles comme l'estime de soi sociale et l'estime de soi familiale. Elle comporte 58 affirmations positives ou négatives. Les sujets doivent répondre en choisissant entre 2 cases « me ressemble » ou « ne me ressemble pas ». Ce questionnaire est composé de 4 sous échelles: l'estime de soi *Générale* comprend 26 items (i.e. « je suis sûr de moi »), l'estime de soi *Sociale* comprend 8 items (i.e. « je plais facilement ») ainsi que l'estime de soi *Professionnelle* (i.e. : « au travail, j'aime bien quand on vient me trouver pour me

demander quelque chose ») et l'estime de soi *Familiale* (i.e. « ma famille prête généralement attention à ce que je ressens ») ; l'estime de soi *Totale* est formée par la somme des scores aux sous-échellesⁱⁱⁱ

Le stress professionnel a été mesuré grâce au *Nursing Stress Scale* conçue pour mesurer le stress des soignants (N.S.S. de Gray-Toft & Anderson, 1981) permettant de calculer un score total de stress^{iv}. Les sujets doivent répondre à 34 questions correspondant à des situations stressantes de la vie professionnelle, en indiquant leur fréquence (conflits avec la hiérarchie, conditions matérielles de travail, relations avec les malades... etc.). Ils ont le choix entre 4 possibilités : jamais, parfois, souvent, ou très souvent.

Le sentiment de contrôle (L.O.C.) a été déterminé à l'aide de 5 items du *questionnaire de Lumpkin* (1985), qui a l'intérêt d'être court tout en rendant compte du sentiment de contrôle général de façon fidèle. Le sujet doit choisir, pour chaque affirmation, parmi 5 possibilités de réponses allant de « vous n'êtes pas du tout d'accord » à « vous êtes tout à fait d'accord ». Un score de sentiment de contrôle a été calculé sur la base de ses réponses aux cinq affirmations.

Pour compléter ce questionnaire, il était demandé au sujet de lister 3 sources de son stress et de son épuisement professionnel (voir annexe pour les réponses qualitatives). Il devait ensuite évaluer ces sources de stress sur *quatre dimensions attributives* (*Internalité/externalité, contrôlabilité/incontrôlabilité, stabilité/instabilité, globalité/spécificité*, traduites de Islam et Hewstone, 1993). Ces dimensions sont celles habituellement investiguées dans les études sur l'attribution des événements négatifs ou traumatiques. Pour évaluer chaque dimension, le sujet devait se positionner sur deux affirmations antagonistes et indiquer, concernant ce qui le stressait et l'épuisait, s'il lui arrivait habituellement de penser que cela était : a) lié à des éléments extérieurs à lui-même (attribution externe) ; b) à lui, à sa personnalité, à sa façon d'être (attribution interne) ; c) était stable et peu susceptible d'évoluer dans le temps (attribution stable) ; d) aléatoire et susceptible d'évoluer dans le temps (attribution instable) ; e) contrôlable, maîtrisable par lui (attribution contrôlable) n'était pas contrôlable ; f) n'est pas maîtrisable par lui (attribution incontrôlable) ; g) n'était susceptible d'affecter son comportement que dans peu de situations (attribution spécifique) ; h) était susceptible d'affecter son comportement dans d'autres situations de la vie (attribution globale). Chaque affirmation était suivie d'une échelle de Likert en 7 points allant de « pas du tout » à « tout à fait ». La mesure

pour chacune des quatre dimensions correspond à la différence de positionnement entre les deux affirmations contradictoires.

La vision du sujet sur les différents aspects de sa vie sociale, amicale, familiale, affective, somatique (sommeil, sexualité,...) et la perception de sa vie globale ont été mesurées par un questionnaire composé d'un ensemble de 15 dimensions appelé *Profil de Qualité de Vie Subjective*. (P.Q.V.S. ; Dazord, Gerin, Seulin, Terra, Brochier & Pierre, 1994). L'intérêt de ce questionnaire est de mesurer non seulement la satisfaction par rapport à un domaine mais aussi l'éloignement par rapport à un idéal (« buts de vie ») et l'importance de ce domaine pour le sujet, de façon indépendante (le sujet pouvant par exemple être insatisfait dans un domaine néanmoins important pour lui). Il appréhende des domaines différents de la vie du sujet notamment le travail, les revenus mais aussi les loisirs, l'état physique, les relations amicales ou familiales... Pour chaque domaine le sujet doit répondre à des questions fermées. Il existe 3 différents types de questions :

- Le premier type de question concerne la proximité de ce qui est vécu par rapport à un idéal avec 6 choix de réponses possibles, allant de « très proche » à « très éloigné » de ce qu'il aimerait.
- Le second type de question porte sur la satisfaction à proprement parler et le sujet doit choisir 1 des 4 possibilités allant de « très satisfait » à « très insatisfait ».
- Le troisième type de question concerne l'importance du domaine dans la vie du sujet avec 4 choix possibles, de « très important » à « sans aucune importance ».

Dans la version validée de ce questionnaire, 7 domaines font l'objet des 3 types de questions, 6 autres ne font l'objet que des 2 derniers types et un seul n'a que le deuxième type. C'est la vision de la vie du sujet par lui-même qui est ici importante, d'où le qualificatif de « subjectif » pour ce profil de la qualité de la vie.

Des questions tirées du *Diagnostic Interview Schedule Self-Administred* (Kovess, Chanoit & De Vigan, 1992) viennent compléter ce questionnaire. La première question porte sur l'évaluation de la santé du sujet comparativement aux gens de son âge. Le sujet a ici le choix entre 4 réponses allant de « excellente » à « mauvaise ». Pour la deuxième série de questions, le sujet doit indiquer par « oui » ou par « non » s'il s'estime « dépressif/déprimé » et, sur le même modèle, s'il se sent « épuisé professionnellement », et « satisfait de son travail ».

Résultats

Les résultats seront présentés en deux étapes en fonction des deux objectifs de recherche (perturbations associées à l'épuisement et perception causale).

Tout d'abord, au niveau descriptif, les moyennes d'épuisement au M.B.I. (cf. Tableau 1), interprétées en fonction des valeurs de référence américaines de ce questionnaire, indiquent la présence d'épuisement professionnel au moins modéré dans cette population de soignants en hôpital psychiatrique, et plus particulièrement de la faiblesse de l'accomplissement de soi (habituellement conçue comme la conséquence ultime du burnout). Cette classification par niveaux est néanmoins à considérer avec prudence dans la mesure où les moyennes observées en France sont parfois légèrement supérieures aux valeurs initiales du M.B.I. et en l'absence de valeurs de références françaises (Girault, 1989 ; Daloz, 2004).

Tableau 1 : Valeurs moyennes et appréciation du niveau d'épuisement pour l'ensemble de l'échantillon.

Dimensions du burnout	Valeurs du M.B.I.	Appréciation tirée du M.B.I.
Trouble émotionnel Fréq.	18.84	Modéré (>17)
Trouble émotionnel Int.	26.94	Modéré (>25)
Dépersonnalisation Fréq.	6.92	Modéré (>5)
Dépersonnalisation Int.	11.12	Modéré (>6)
Accomplissement de soi Fréq.	31.76	Très faible (burnout élevé, <33)
Accomplissement de soi Int.	33.92	Très faible (burnout élevé, <36)

(Int : intensité ; Fréq : Fréquence)

Aucune différence significative n'a été observée en fonction des diverses informations collectées sur la population. Seuls l'âge et le nombre d'années passées à travailler à l'hôpital sont liés à l'intensité rapportée des troubles émotionnels (respectivement $r=.30$ $p<.05$ et $r=.26$ $p<.10$ en bilatéral).

Liens entre l'épuisement professionnel et les autres variables psychologiques

Dans un premier temps, dans un souci de simplicité et de concision nous ne présenterons ici que les variables psychologiques en corrélation significative, à la fois avec la fréquence et l'intensité de chaque dimension du burnout. Cette analyse nous permettra

de mettre à jour les domaines de la vie psychique en rapport avec l'épuisement professionnel sous ses différentes composantes : épuisement émotionnel, dépersonnalisation et accomplissement de soi. L'objectif est de voir en quoi ces composantes, notamment la composante émotionnelle, sont effectivement prédictives de tensions dans d'autres domaines de vie du sujet. Dans un second temps, par le biais de régressions pas à pas, nous explorons les réponses associées à chaque dimension, afin de voir dans quelle mesure chacune rend bien compte des tensions dans l'ensemble des domaines et plus spécifiquement lesquelles.

Liens concernant les troubles émotionnels

Les troubles émotionnels apparaissent associés de façon significative à toutes les estimations de santé et à la satisfaction au travail. Ils sont ainsi liés au fait que le sujet se dise épuisé professionnellement ($r=.79$ pour la fréquence et $r=.74$ pour l'intensité), qu'il se dise être déprimé ou dépressif ($r=.51$ et $r=.57$) et qu'il se dise insatisfait de son travail ($r=-.55$ et $r=-.43$). Ils sont enfin associés à l'estimation subjective que le sujet fait de sa santé en général comparativement aux gens de son âge ($r=.33$ et $r=.45$).

La présence de troubles émotionnels est également liée à la *fréquence de stress* rapportée à la N.S.S. ($r=.54$, tant pour leur fréquence que leur intensité).

Les troubles émotionnels signalés sont par ailleurs en lien avec diverses dimensions de la *qualité de vie (P.Q.V.S.)*, affectant la satisfaction dans plusieurs domaines. Ils sont ainsi en rapport avec une mauvaise qualité ressentie de l'état physique ($r=-.51$ et $r=-.55$) et à l'insatisfaction du sujet à cet égard ($r=-.44$ et $r=-.55$), à un éloignement avec ce que le sujet souhaiterait au travail ($r=-.42$ et $r=-.33$), à l'insatisfaction par rapport à son travail ($r=-.38$ et $r=-.37$) mais aussi à son sommeil ($r=-.37$ et $r=-.41$), ses revenus ($r=-.35$ et $r=-.42$) et ses relations amicales ($r=-.26$ et $r=-.31$). Enfin, plus les troubles émotionnels sont importants plus les sujets disent que ce qu'ils vivent est éloigné de ce qu'ils aimeraient concernant l'estime qu'ils se portent ($r=-.25$ et $r=-.28$) ou leurs possibilités intellectuelles ($r=-.25$ et $r=-.25$). De façon plus marginale, plus les sujets rapportent de troubles émotionnels relatifs à leur travail, plus ils disent accorder de l'importance à leur vie sexuelle ($r=.41$ et $r=.48$) et à leur vie intérieure ($r=.36$ et $r=.34$).

Concernant l'*estime de soi* (au S.E.I.), les troubles émotionnels semblent être liés à une faible *estime de soi totale* ($r=-.44$ et $r=-.56$) et ses composantes : de faible *estime de*

soi professionnelle ($r=-.30$ et $r=-.26$) mais aussi *générale* ($r=-.37$ et $r=-.50$), *familiale* ($r=-.44$ et $r=-.48$) et *sociale* ($r=-.25$ et $r=-.44$).

Enfin, concernant les mesures sur *les dimensions attributives*, les troubles émotionnels sont d'autant plus présents que les sujets considèrent leurs sources de stress peu spécifiques. En d'autres termes, plus ils disent que l'origine de leur stress et de leur épuisement n'affecte leur comportement que dans peu de situations, moins ils rapportent de troubles émotionnels ($r=-.47$ et $r=-.53$). Une corrélation est également observée pour l'instabilité des causes de stress : plus les sujets pensent que leurs sources de stress sont aléatoires et susceptibles d'évoluer dans le temps et plus ils sont émotionnellement troublés ($r=.34$ et $r=.23^t$).

Liens concernant la dépersonnalisation

La dépersonnalisation est uniquement liée à l'estimation que le sujet fait de se dire être épuisé professionnellement ($r=.52$ pour la fréquence et l'intensité) et non satisfait de son travail ($r=-.36$ et $r=-.28$; mais sans rapport avec l'état de santé général ou le sentiment dépressif : $-.10 < r < -.05$ ns.).

La dépersonnalisation, tout au moins en ce qui concerne son intensité, est liée au score de stress à la N.S.S. ($r=.21^t$ pour la fréquence et $r=.36$ pour l'intensité).

Concernant *la qualité de vie*, la dépersonnalisation est associée uniquement à une insatisfaction concernant les loisirs et vacances ($r=.28$ et $r=.28$). Par ailleurs, indépendamment de la satisfaction à cet égard, plus la dépersonnalisation est importante plus le sujet dit accorder de l'importance à sa vie intérieure ($r=.24$ et $r=.30$). Enfin, plus la dépersonnalisation est élevée, moins le sujet dit accorder d'importance à son estime de soi ($r=-.37$ et $r=-.33$).

Concernant *l'estime de soi*, la dépersonnalisation est liée à une faible *estime de soi totale* ($r=-.36$ et $r=-.39$) et ses composantes : une faible *estime de soi générale* ($r=-.39$ et $r=-.34$) mais aussi à une faible *estime de soi familiale* ($r=-.24$ et $r=-.36$) et *sociale* ($r=-.24$ et $r=-.35$) et mais pas pour autant avec une faible *estime de soi professionnelle* ($r=-.08$ et $r=-.07$ ns.).

Liens concernant l'accomplissement de soi au travail

Concernant l'accomplissement de soi au travail qui est faible, il apparaît peu lié aux autres mesures. En matière de *qualité de vie* (PQVS), il est associé à la proximité du vécu avec ce que le sujet aimerait, concernant sa vie intérieure ($r=.29$ et $r=.26$) et son estime de soi ($r=.26$ et $r=.26$).

C'est en matière de mesure d'estime de soi qu'on observe la meilleure corrélation de l'accomplissement avec l'*estime de soi professionnelle* ($r=.31$ et $r=.29$)^v.

Il est à noter qu'aucune corrélation significative n'est observée ni avec le fait que le sujet se dise épuisé professionnel ($r=-.01$ et $r=.08$ ns), insatisfait ou non de son travail ($r=-.06$ et $r=-.03$ ns), ni en fonction de son état de santé ($r=.15$ et $r=-.13$ ns) ou du fait qu'il se dise ou non déprimé ou dépressif ($r=-.10$ et $r=-.10$ ns). L'accomplissement de soi paraît également indépendant du score de stress à la N.S.S. avec même une valeur positive ($r=.01$ ns pour la fréquence et $r=.17$ pour l'intensité).

Force des liens existants pour l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation et le non accomplissement

Une analyse de régression pas à pas, pour chaque dimension du M.B.I.^{vi}, a été réalisée pour mettre en évidence la part de variance de chaque dimension associée aux autres mesures (voir Tableau 2). L'objectif est ici de vérifier que l'épuisement au niveau émotionnel rend effectivement mieux compte de l'ensemble des autres perturbations dans la vie du sujet, que ne le font la dépersonnalisation ou l'accomplissement. La régression pas-à pas nous permettra également de savoir parmi les perturbations, lesquelles rendent le mieux compte, en soi, de l'épuisement professionnel considéré (les perturbations pouvant être initialement liées les unes aux autres dans les simples calculs de corrélations).

Tableau 2 : Régression pas-à-pas des troubles du burnout avec les items des autres échelles

<i>Variables dépendantes (M.B.I.)</i>	<i>Variables prédictives # (P.Q.V.S., S.E.I. ...)</i>	Step	R	R2 Ajusté	F
<i>Troubles Emotionnels fréquence</i>	Physique 1	1	.508	.243	16.709***
	Attribution instable	2	.626	.366	15.130***
	Estime de soi Totale	3	.678	.425	13.080***
	Travail 1	4	.725	.484	12.478***
	Sexualité 3	5	.758	.526	11.854***
<i>Troubles Emotionnels intensité</i>	Physique 1	1	.549	.287	20.747***
	Estime de soi Totale	2	.694	.460	21.877***
	Sexualité 3	3	.768	.563	22.034***
	Travail 2	4	.805	.616	20.676***
	Ami 3	5	.829	.652	19.393***
	Vie intérieure 3	6	.853	.690	19.209***
	Age	7	.879	.724	19.341***
	Ancienneté dans le service	8	.890	.751	19.482***
<i>Dépersonnalisation fréquence</i>	Estime de soi Générale	1	.336	.094	6.098*
	Estime 3	2	.519	.239	8.682**
	Possibilités intellectuelles 2	3	.583	.297	7.904***
<i>Dépersonnalisation intensité</i>	Estime de soi Totale	1	.344	.100	6.455*
	Estime 3	2	.475	.192	6.830**
	Possibilités intellectuelles 1	3	.566	.276	7.236***
	Physique 1	4	.634	.349	7.580***
<i>Accomplissement de soi fréquence</i>	Possibilités intellectuelles 3	1	.307	.075	4.984*
	Attribution stable	2	.417	.139	4.953*
	Externalité	3	.503	.205	5.207**
<i>Accomplissement de soi intensité</i>	Possibilités intellectuelles 2	1	.305	.074	4.911*
	Sommeil 2	2	.495	.213	7.634**

(# :1 : proximité / aspirations ; 2 : satisfaction ; 3 : importance du domaine)

(*** : $p < .001$; ** : $p < .01$; * : $p < .05$)

L'épuisement émotionnel, en fréquence ($R^2=.53$) et en intensité ($R^2=.75$), semble effectivement le plus associé aux autres mesures. Il peut être prédit dans les deux cas par un éloignement par rapport à ce que le sujet aimerait vivre concernant son état physique et son travail. Il est par ailleurs prédit par une faible estime de soi totale et une importance accordée à la vie sexuelle. Leur fréquence est spécifiquement liée aussi à une instabilité perçue des sources de stress. L'intensité est enfin liée à une importance particulière attribuée à la vie amicale et à la vie intérieure. On trouve enfin l'âge et la durée de travail, dans le service actuel, qui semblent rendre plus intenses ces troubles.

La dépersonnalisation en fréquence ($R^2=.30$) et en intensité ($R^2=.35$) est moins bien liée aux autres mesures. Elle est prédite par une plus faible estime de soi générale ou totale, une moindre importance de ce domaine de l'estime de soi, enfin une

insatisfaction concernant ses possibilités intellectuelles ou une importance attribuée à celles-ci. On retrouve enfin une insatisfaction par rapport à son état physique, mais pour ce qui est de l'intensité de cette dépersonnalisation uniquement.

Enfin, l'accomplissement au travail est très peu lié aux autres variables ($R^2=.21$, tant pour la fréquence et l'intensité). Seules les possibilités intellectuelles semblent être un point commun entre les deux sous-dimensions. Moins les soignants se disent fréquemment accomplis dans leur travail, plus ils accordent d'importance à leurs possibilités intellectuelles, plus ils pensent que les sources de stress sont instables et proviennent de leur environnement. L'intensité du non-accomplissement de soi peut être prédite ici au travers d'une insatisfaction concernant ses possibilités intellectuelles et d'une insatisfaction quant à son sommeil.

Afin de mieux comprendre les valeurs faibles de l'accomplissement de soi dans cette population, et compte tenu que ce non-accomplissement est conçu comme une étape ultime du burnout, nous avons réalisé deux nouvelles régressions pas-à-pas pour sa fréquence et son intensité en entrant les autres dimensions du burnout comme contributeurs potentiels (Tableau 3). Des résultats différents apparaissent pour l'intensité du sentiment de non-accomplissement.

Tableau 3 : Régression pas-à-pas portant sur l'intensité du non-accomplissement de soi

<i>Variables dépendantes</i>	<i>Variables prédictives (P.Q.V.S., S.E.I., M.B.I. ...)</i>	Step	R	R2 Ajusté	F
<i>Accomplissement de soi intensité</i>	Dépersonnalisation fréquente	1	.312	.079	5.19*
	Estime de soi professionnelle	2	.435	.155	5.48**
	Vie intérieure 1	3	.514	.217	5.517**
	Sommeil 2	4	.576	.273	5.593***
	Lumpkin	5	.627	.325	5.711***

(# :1 : proximité / aspirations ; 2 : satisfaction ; 3 : importance du domaine)

(*** : $p < .001$; ** : $p < .01$; * : $p < .05$)

Il semble en effet que l'intensité du non-accomplissement renvoie en priorité à la fréquence de la dépersonnalisation (un résultat congruent avec la théorie de Maslach, faisant de ce sentiment la conséquence tardive de la fuite de la relation), puis à une faible estime de soi professionnelle, à un éloignement quant à ce que le sujet aimerait vivre concernant sa vie intérieure, à une insatisfaction vis-à-vis de son sommeil, enfin à un plus faible sentiment de contrôle.

Discussion intermédiaire sur les liens observés entre dimensions de l'épuisement et les autres mesures psychologiques.

Ces données incitent à éclairer l'épuisement, notamment pour ce qui est des troubles émotionnels, à la fois par des caractéristiques du travail (fréquence des stress, insatisfaction) mais aussi par les perceptions et les croyances du sujet par rapport à sa vie dans son ensemble. Les atteintes psychologiques observées en rapport avec l'épuisement sont ici bien plus étendues que celles classiquement rapportées (faiblesse de l'estime de soi sous toutes ses composantes et pas seulement professionnelle, état de santé général ou physique, sentiment négatif sur son état de santé mentale, insatisfactions quant à plusieurs domaines de la vie privée). Nous pouvons estimer que l'épuisement professionnel est effectivement associé à des dimensions extraprofessionnelles notamment pour ce qui est des troubles émotionnels. L'épuisement peut donc se comprendre comme une insatisfaction grandissante et un éloignement avec ce que le sujet souhaite dans plusieurs domaines de vie sans qu'ils ne perdent d'importance. Ces insatisfactions, notamment l'insatisfaction au travail, semble effectivement contribuer à la présence de troubles émotionnels, liés à des perturbations dans un cadre bien plus large que le simple rapport à son travail. Des relations sont ainsi observées entre l'épuisement et une moindre satisfaction ou une importance particulière attribuée à d'autres domaines extraprofessionnels (état physique, estime de soi, sexualité, sommeil, possibilités intellectuelles, loisirs, argent, amis...). Nous pouvons donc en conclure que plus l'épuisement est important, notamment en terme de troubles émotionnels, plus nombreuses sont les perturbations sur les différents domaines de vie du sujet.

On peut en conséquence chercher à savoir dans quelle mesure l'interprétation causale des déterminants du stress et de l'épuisement rend compte de ces perturbations sur l'ensemble de la vie psychique du sujet (notamment pour ce qui est de l'instabilité et de la globalité perçue de ces sources de stress).

Relations entre les dimensions attributives des sources de stress, le burnout et les autres perturbations

Afin de mettre en rapport de façon simple et synthétique l'interprétation causale des déterminants de l'épuisement avec l'intensité de l'épuisement et ses répercussions, nous avons mis en corrélation, d'une part, les caractéristiques dimensionnelles de ces déterminants et le sentiment général de contrôle, avec d'autre part, les différents niveaux d'épuisement et les autres mesures psychologiques (ces corrélations sont présentées dans le Tableau 4). Les éléments de la qualité de vie subjective n'ont pas ici été présentés du fait de leur trop grand nombre^{vii}.

Tableau 4: Matrice des corrélations entre les différents troubles et les différentes dimensions d'attributions causales.

	TE FRE	TE INT	DEP FRE	DEP INT	ACC FRE	ACC INT	LOC	INTE/EXT	STAB/INST	CONT/INC	GLOB/SPE
Trb. Emot. Fréquence	0,85	0,61	0,61	0,10	0,15	0,00	0,09	-0,23	-0,19	0,42	
Trb. Emot. Intensité		0,51	0,59	0,05	0,24	-0,01	0,01	-0,10	-0,16	0,50	
Dépens Fréquence			0,87	0,16	0,31	-0,12	0,14	-0,04	-0,03	-0,02	
Dépens Intensité				0,13	0,30	-0,07	0,15	-0,15	-0,02	0,03	
Accomp Fréquence					0,79	0,27	-0,08	-0,14	0,05	0,04	
Accomp Intensité						0,11	-0,12	-0,23	0,01	0,09	
LOC Lumpkin							-0,17	0,03	0,26	-0,13	
Internalité/externalité								-0,21	0,30	-0,01	
Stabilité/Instabilité									-0,10	-0,04	
Contrôlabilité/Incontr.										-0,30	
Globalité/Spécificité											
CIDIS santé générale	-0,33	-0,45	-0,05	-0,09	0,15	-0,13	0,32	-0,06	-0,02	0,25	-0,41
Dépressif/déprimé	0,51	0,57	0,05	0,08	0,1	0,1	0,07	-0,33	0,15	-0,22	0,35
Epuisé prof	0,78	0,74	0,52	0,52	-0,01	0,08	-0,03	-0,06	-0,07	-0,13	0,37
Satisfait au Travail	-0,55	-0,43	-0,36	-0,28	-0,06	-0,03	-0,11	0,21	-0,01	0,11	0,06
Nurse Stress Scale	0,54	0,54	0,21	0,36	0,01	0,17	-0,09	0,05	-0,41	-0,05	0,39
SEI Totale	-0,44	-0,56	-0,36	-0,39	0,31	0,13	0,08	-0,15	-0,05	0,19	-0,42
SEI Générale	-0,37	-0,50	-0,39	-0,34	0,29	0,12	0,18	-0,15	-0,13	0,28	-0,42
SEI Sociale	-0,25	-0,44	-0,24	-0,35	0,25	0,07	0,10	0,01	-0,10	0,02	-0,31
SEI Familiale	-0,44	-0,47	-0,24	-0,36	0,14	-0,02	-0,07	-0,14	0,24	0,00	-0,34
SEI Professionnelle	-0,30	-0,26	-0,08	-0,07	0,31	0,29	-0,13	-0,17	-0,12	0,19	-0,07

Note : $p < .05$ pour $r > .24$

Le sentiment de contrôle du sujet, mesuré par l'échelle de Lumpkin, est associé à la fréquence du non accomplissement de soi ($r=.27$) ainsi qu'à la santé générale du sujet ($r=.33$), néanmoins indépendante l'une de l'autre. Il est effectivement lié à la contrôlabilité des sources de stress par le sujet ($r=.25$).

La contrôlabilité des sources de stress est également liée à la bonne santé du sujet ($r=.25$) et tend à rendre compte du fait qu'il ne se dise pas déprimé ou dépressif ($r=-.22$). Il est également associée à l'*estime de soi générale* ($r=.28$). Cette contrôlabilité des sources de stress n'est néanmoins pas liée de façon significative aux différentes dimensions de l'épuisement mesurées par le M.B.I.

Le lieu d'origine interne ou externe des sources de stress n'est pas non plus associé aux différentes dimensions de l'épuisement. En revanche, il rend compte du sentiment de dépression du sujet. Plus précisément, le fait que ces sources de stress soient perçues comme liées à des éléments extérieurs plutôt qu'à soi, est associé au fait que le sujet se dise dépressif ou déprimé ($r=-.33$).

La stabilité des sources de stress tend à être liée à la fréquence des troubles émotionnels ($r=.23$) et à l'intensité du non accomplissement ($r=-.23$) : plus ces sources seraient perçues comme aléatoires, plus souvent le sujet serait émotionnellement perturbé et moins il aurait le sentiment d'être accompli dans son travail. La stabilité des sources de stress rend plus particulièrement compte du stress professionnel rapporté par les soignants à la N.S.S. ($r=-.41$) : plus les sources de stress sont décrites comme aléatoires, plus le sujet se dit fréquemment stressé dans son activité professionnelle. Plus étonnamment, l'instabilité des sources de stress professionnel tend à être liée à une mauvaise *estime de soi familiale* ($r=.24$).

C'est l'impact global ou spécifique des sources de stress qui semble le mieux rendre compte de l'épuisement au niveau émotionnel et des perturbations associées. En effet, plus le sujet dit que les sources de stress ont un impact sur son comportement dans d'autres situations de la vie, plus le sujet rapporte des troubles émotionnels de façon fréquente ($r=.42$) et intense ($r=.50$). Lorsqu'il décrit ainsi ses sources de stress comme ayant un impact global plutôt que spécifique, il rapporte également un état de santé générale plus mauvais ($r=-.41$), se dit plus facilement déprimé/dépressif ($r=.35$), épuisé

professionnellement ($r=.39$) et a une plus faible estime de soi concernant aussi bien les scores d'estime de soi totale ($r=-.42$), générale ($r=-.42$) et sociale ($r=-.31$) que familiale ($r=-.31$). Seules la satisfaction au travail et l'estime de soi professionnelle ne sont pas en lien.

Au vu de l'importance de cette dernière variable et du lien qu'entretiennent troubles émotionnels et l'état de santé général (C.I.D.I.S.A.), nous nous sommes demandé si le lien entre la fréquence des troubles émotionnels et la mesure d'état de santé général pouvait être statistiquement expliqué par la globalité/spécificité des sources de stress (le C.I.D.I.S.A. étant reconnu comme un bon indicateur de l'état de santé dans le domaine médical). En effet, un postulat récurrent de la littérature est que des niveaux élevés d'épuisement induisent de nombreux problèmes de santé. La globalité, c'est à dire la perception par le sujet de l'impact global de ses sources de stress, pourrait donc rendre compte de ce lien. La médiation ci-dessous (Figure 1) indique effectivement que l'impact de la fréquence des troubles émotionnels sur la santé générale peut être appréhendée par cette variable attributive. Le test de médiation se révèle significatif (test de Goodman effectué en bilatéral, $Z=-1,89$, $p=.06$,^{viii}).

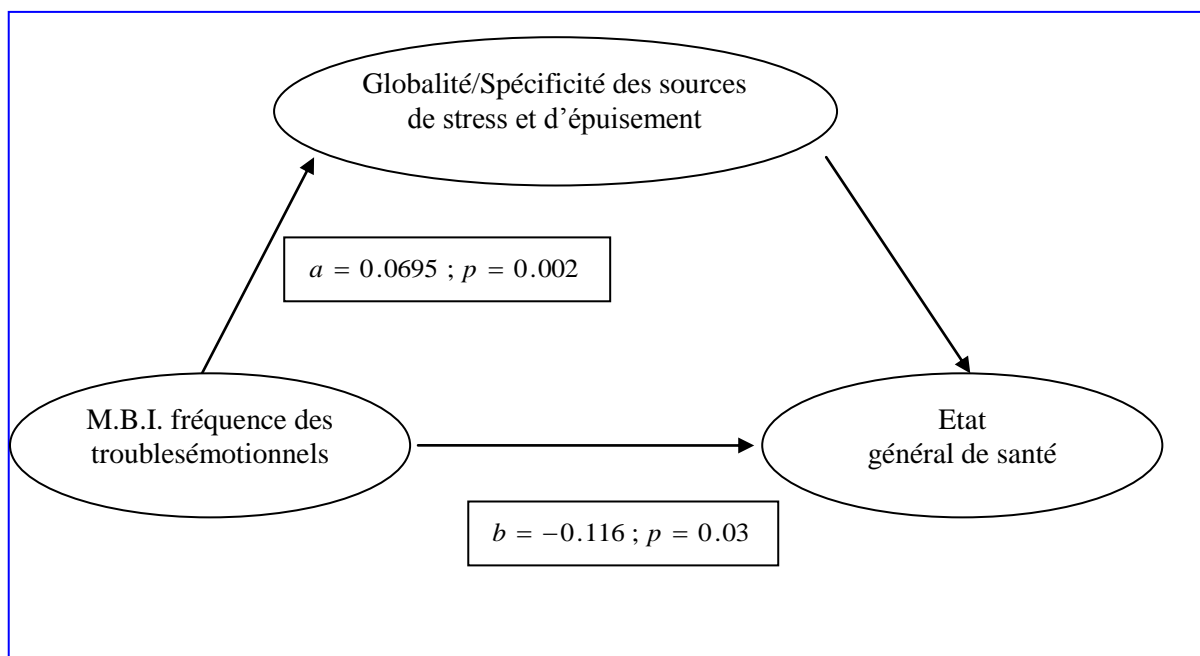


Figure 1 : Médiation du lien entre épuisement émotionnel et état de santé, par le biais de l'impact perçu des sources de stress et d'épuisement

Discussion

L'objectif de cette étude était tout d'abord de vérifier les répercussions dans le rapport du sujet à ses autres domaines de vie. Si l'on prend dans leur ensemble les dimensions de l'épuisement professionnel, il apparaît en premier lieu que l'épuisement est fréquemment associé à l'estime de soi sous ses diverses composantes. A ce sujet, la faiblesse de l'estime de soi associée au burnout ne concerne pas spécifiquement l'estime de soi professionnelle des sujets et va bien au-delà : faiblesses de l'estime de soi générale, sociale et même familiale. En ce qui concerne la qualité de vie subjective, des relations sont observées avec des insatisfactions liées au travail, sans que celui-ci ne perde pour autant d'importance pour le sujet. De même, l'état de santé physique est perçu comme peu satisfaisant sans perdre d'importance. Simultanément, il semblerait que d'autres éléments prennent de l'importance pour le sujet, comme ses amis, sa vie intérieure et même sa sexualité sans qu'il ne manifeste pour autant de la satisfaction à ce sujet. Il est important de noter que la composante émotionnelle de l'épuisement semble la plus différenciatrice puisqu'elle prédit le mieux ces perturbations et qu'elle est par ailleurs le plus liée avec les mesures de santé générale ou le fait de se dire dépressif ou déprimé^{ix}. Ces éléments, pris dans leur ensemble, attestent en tout cas des liens qu'entretiennent l'épuisement et l'estime de soi et plus spécifiquement des liens existants entre l'épuisement émotionnel d'une part et des répercussions sur la qualité de la vie dans des domaines autres que professionnels. Ces observations et leur récurrence amènent nécessairement à se poser la question de l'origine et des facteurs contribuant aux troubles émotionnels dans leur rapport aux différents domaines de vie. A cet égard, il serait utile de mettre en correspondance, de façon longitudinale, l'épuisement avec d'autres mesures concernant les interférences entre le travail et les autres domaines de vie, afin de mieux connaître les débordements possibles entre ces différents domaines, leur direction et mais aussi leurs conséquences éventuelles sur la qualité de vie psychique du sujet (De Zanet & Tjeka, 2003 ; Lourel, Gana & Wawrzyniak, 2005 ; Le Floch, Clarisse, Testu & Kindelberger, 2005 ; Peeters, Montgomery, Bakker, & Schaufeli, 2005 ; Kinnunen, Feldt, Guerts & Pulkkinen, 2006).

Un second objectif de cette contribution consistait à vérifier que ces répercussions sont associées à l'instabilité et la globalité des causes perçues. A ce niveau, l'étude des dimensions attributives, nous a permis de faire ressortir la relation entre les perturbations associées à l'épuisement et l'interprétation causale que les sujets faisaient de leur stress et

de leur épuisement. Quelques constats n'ont rien de surprenant au regard de la littérature : ainsi, le sentiment de contrôle du sujet (échelle de Lumpkin) est lié à l'appréciation de son état général de santé ainsi qu'à la contrôlabilité/incontrôlabilité des sources de stress. De façon plus étonnante le sentiment de contrôle général apparaît comme un piètre prédicteur de l'épuisement émotionnel et ne rend compte que de la fréquence du non-accomplissement^x. Les évaluations dimensionnelles portant spécifiquement sur les sources de stress et d'épuisement semblent globalement mieux rendre compte de l'épuisement et des perturbations associées. Ainsi, l'instabilité perçue des sources de stress et d'épuisement est associée à la fréquence de stress rapporté à la N.S.S. et, au moins partiellement, à l'estime de soi familiale et à la fréquence des troubles émotionnels. La dimension qui paraît de loin la plus pertinente pour prédire les répercussions de l'épuisement semble être la globalité/spécificité des sources de stress, qui est associée à de nombreux éléments : un épuisement émotionnel fréquent et intense, une moindre santé générale, une fréquence rapportée des sources de stress, une moindre estime de soi sous presque tous ses aspects : générale, sociale et familiale. L'intérêt d'une telle question sur l'interprétation des sources de stress est qu'elle permet de rendre aussi bien compte de l'épuisement émotionnel au travail que des perturbations concomitantes sur les composantes extraprofessionnelles.

L'analyse de médiation effectuée a permis de constater que cette mesure peut rendre entièrement compte du lien pouvant exister entre les troubles émotionnels et l'état de santé général. En d'autres termes, cette mesure courte de l'impact des stressseurs sur le comportement global du soignant, peut permettre dans une pratique clinique de détecter rapidement aussi bien la présence de troubles émotionnels que leur impact sur l'état de santé générale. L'intérêt d'une telle appréciation est qu'elle permet de prédire un ensemble varié de troubles, quand bien le sujet ne serait pas en mesure d'explicitier la nature exacte de ses troubles ou avant qu'on ait pu en faire l'inventaire par le biais de mesures validées. Elle permet également de prédire la fréquence des stress professionnels, la détérioration de l'estime de soi ou encore une détérioration de la qualité de vie. Une implication pratique est donc la détection et la prévention de perturbations simultanées dans la vie au travail et dans la vie extraprofessionnelle ; perturbations qui pourraient s'entretenir voire se renforcer mutuellement. Autrement dit, l'accompagnement pourrait avoir pour objectif de circonscrire la souffrance ou l'impact du stress issu du travail au seul domaine professionnel. Il conviendrait alors, lors d'un accompagnement effectué sur la durée de travailler la place relative du travail dans la vie du sujet et au regard de ses autres domaines de vie qui restent importants pour lui, de lui faire repérer les interférences se produisant

entre les différents domaines, de travailler sur la façon dont elles affectent son comportement et la façon de les éviter ou encore de contrôler leur impact, au cas par cas. Il conviendrait aussi, au regard de l'éloignement existant entre ce que le sujet vit et ce qu'il aimerait, de l'amener à redéfinir des objectifs réalistes de réalisation de soi dans le travail au regard des possibilités effectives de travail, institutionnelles et matérielles. Il semble d'autant plus important d'accompagner le sujet dans cette démarche afin d'éviter que ne s'installent de façon trop prononcée une dépersonnalisation et un désinvestissement personnel de la relation de soin^{xi}.

Un certain nombre de facteurs peuvent être utiles à connaître pour de la prévention de l'épuisement émotionnel et de la dépersonnalisation, au sein d'une organisation de travail (exigences du travail, management et climat social, ressources organisationnelles... voir par exemple : Bakker, Demerouti, Euwema, 2005 ; Lourel, 2006, p.48). Néanmoins, face à des cas de perturbation globale de la vie de l'individu, il est vraisemblablement trop tard pour intervenir seulement sur la satisfaction envers la vie professionnelle, ou procéder à la prévention fastidieuse des facteurs de stress ou de facteurs de risques psychosociaux souvent faite a priori. Une des cibles d'action prioritaire pour la prise en charge des cas de perturbation globale serait alors une action impliquant le sujet dans l'identification de l'impact de ces facteurs de stress sur son comportement dans sa vie en général. De ce point de vue, un travail concret sur les interférences vie professionnelle /vie privée, (prise de conscience des investissements, des jugements, des motivations et des limites personnelles ; Arcand & Brisette, 1994) semble pouvoir être proposée de façon prometteuse au vu des résultats et de la littérature récente sur les interfaces vie professionnelle/vie privée.

La prise en charge de l'épuisement émotionnel et de la dépersonnalisation des relations avec les usagers peut être un objectif utile, non seulement pour l'individu, mais aussi de l'organisation dans la mesure où ces deux dimensions de l'épuisement apparaissent de plus en plus clairement liées au maintien ou non de l'engagement dans le travail (Gonzalez-Roma, Schaufeli, Bakker & Lloret, 2006).

Références

- Ahola, K., Honkonen, T., Isometsä, E., Kalimo, R., Nykyri, E., Aromaa, A., Lönnqvist, J., 2005, The relationship between job-related burnout and depressive disorders – results from the Finnish Health 2000 Study. *Journal of Affective Disorders*, 88 : 55-62.
- Arcand, M., Brisette, L., 1994, Prévenir l'épuisement en relation d'aide : démarche, formation et animation, Boucherville : Gaëtan Morin.
- Bakker, A., Demerouti, E., Euwema, M., 2005, Job Resources Buffer the Impact of Job Demands on Burnout. *Journal of Occupational Health Psychology*, 10: 170-180.
- Brenninkmeyer, V., VanYperen, N., 2003, How to conduct research on burnout: advantages and disadvantages of a unidimensional approach in burnout research. *Occupational and Environmental Medicine*, 60, suppl. 1: 16-20.
- Cochran, S. Hammen, C., 1985, Perceptions of Stressful Life Events and Depression: A Test of Attributional Models. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48: 1562–1571.
- Coopersmith, S., 1986, *Self-Esteem Inventories*. Palo Alto : Consulting Psychologists Press.
- Daloz, L., 2004, Approche clinique du burnout chez les soignants. Thèse de doctorat de l'Université de Bourgogne, Laboratoire de Psychologie Clinique et Sociale, France.
- Daloz, L., Bénony, H., soumis, Le burnout et son impact psychique, Analyse de la qualité de vie subjective et de l'estime de soi dans un groupe de 137 soignants.
- Dazard, A., Gerin, P., Seulin, C., Terra, J.-L., Brochier, C., Pierre, S., 1994, Problèmes soulevés par la méthodologie de l'évaluation de la qualité de vie subjective en psychiatrie, dans Terra, J.-L. (Ed.) *Qualité de vie subjective en santé mentale*, Edition Marketing, coll. Ellipses, Paris, 111-128.
- De Jonge, J., Mulder, M., Nijhuis, F., 1999, The incorporation of different demand concepts in the job demand-control model: Effects on health care professionals, *Social Science and Medicine*, 48 : 1149-1160.
- De Zanet, F., Tjeka, R., 2003, Pratiques de flexibilité et conflits entre vie professionnelle et vie familiale : conséquences sur la qualité de vie. In : Karnas, G., Vandenberghe, C., Delobbe, N. (Eds), *Bien-être au travail et transformation des organisations*. Presses Universitaires de Louvain, Louvain, 91-101.
- Dorman, C., Zapf, D., 1999, Social support, social stressors at work, and depressive symptoms. *Journal of Applied Social Psychology*, 88: 379-390.

- Faragher, B., Cass, M., Cooper, C., 2005, The relationship between workplace characteristics and health: a comprehensive meta-analysis. *Occupational and Environmental Medicine*, 62, 2 : 105-112.
- Gilibert, D., 2004, Aspects évaluatifs des explications internes : composantes normatives et motivationnelles, dans J.L. Beauvois, R.V. Joule, & J.M. Monteil (Eds.), *Perspectives Cognitives et Conduites Sociales IX*, (pp. 293-316), Rennes : Presses Universitaires de Rennes.
- Gilibert, D., Salès-Wuillemin, E., 2005, La Discrimination Privative dans l'activité explicative. *Bulletin de Psychologie*, 58,307-320.
- Ginzburg, K., Solomon, Z., Dekel, R., Neria, Y., 2003, Battlefield functioning and chronic PTSD: associations with perceived self efficacy and causal attribution. *Personality and Individual Differences*, 34: 463-476.
- Girault, N., 1989, *Burnout : Emergence et stratégies d'adaptation - le cas de la médecine d'urgence*, Thèse, Université R. Descartes, Paris.
- Gonzalez-Roma, V., Schaufeli, W. Bakker, A., Lloret, S., 2006, Burnout and work engagement: Independent factors or opposite poles? *Journal of Vocational Behavior*, 68: 165–174.
- Gray, M., Lombardo, T., 2004, Life Event Attributions as a Potential Source of Vulnerability Following Exposure to a Traumatic Event. *Journal of Loss and Trauma*, 9: 59-72.
- Gray, M., Pumphrey, J. & Lombardo, T., 2003, The relationship between dispositional pessimistic attributional style versus trauma-specific attributions and PTSD symptoms. *Journal of Anxiety Disorders*, 17: 289-303
- Gray-Toft, P., Anderson, J.G., 1981, Stress among hospital nursing staff: its causes and effects. *Social Science and Medicine*, 15, 5: 639-647.
- Groncin, O.S., Husky, M.M., Doron, J., Dovero, M., Swendsen, J.D., 2003, Anxiété, dépression et expérience quotidienne du stress. *Annales Médico-Psychologiques*, 161, 10: 760-765.
- Golembiewski, R., Kim, B., 1989, Self-esteem and phases of Burnout, *Organizational Developmental Journal*, 7: 51-58.
- Iacovides, A., Fountoulakis, K. Kaprinis, S., Kaprinis, G., 2003, The relationship between job stress, burnout and clinical depression. *Journal of Affective Disorders*, 75: 209-221.
- Islam, M.R., Hewstone, M., 1993, Intergroup attributions and affective consequences in majority groups. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64: 167-182.
- Jex, S.M., Bliese, P.D., 1999, Efficacy beliefs as a moderator of the effects of work-related stressors: A multi-level study. *Journal of Applied Psychology*, 84: 349–361.

- Jex, S.M., Bliese, P.D., Buzzell, S., Primeau, J., 2001, The impact of self-efficacy on stressor-strain relations: Coping style as an explanatory mechanism. *Journal of Applied Psychology*, 86: 401–409.
- Joseph, S., Kuyken, W., 1993, Linking causal attributions and inhibitory processes. *Social Behavior and Personality*, 21: 1-5.
- Jurado, D., Gurpegui, M., Moreno, O., Fernández, C., Luna, J.D., Gálvez, R., 2005, Association of personality and work conditions with depressive symptoms. *European Psychiatry*, 20: 213-222.
- Karasek, R.A., 1979, Job demands, job decision latitude and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24: 285-308.
- Kovess, V., Chanoit, P.F., De Vigan, C., 1992, Le CIDISA, une méthode rapide de détection des diagnostics psychiatriques / Résultats d'une enquête préliminaire dans les Yvelines. *L'évolution Psychiatrique*, 57, 2 : 225-236.
- Kinnunen, U., Feldt, T., Guerts, S. & Pulkkinen, L., 2006, Types of work-family interface: Well-being correlates of negative and positive spillover between work and family. *Scandinavian Journal of Psychology*, 47: 149–162.
- Le Floc'h, N., Clarisse, R., Testu, F., Kindelberger, C., 2005, La conciliation des rôles professionnels et parentaux, un facteur de stress professionnel : construction et première validation d'une échelle de mesure. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée*, 55 : 9-20.
- Lourel, M., 2006, Rapports au travail, contrôle et santé dans les centres de gestion de la relation-client, *Psychologie du Travail et des Organisations*, 12 : 39-51.
- Lourel, M., Gana, K., Prud'homme, V., Cercle, A., 2004, Le burn-out chez le personnel des maisons d'arrêt : Test du modèle « demande-contrôle » de Karasek. *Encéphale*, 30, 6 : 557-563.
- Lourel, M., Gana, K., Wawrzyniak, S., 2005, L'interface "vie privée-vie au travail" : adaptation et validation française de l'échelle SWING (survey work-home interaction-Nijmegen). *Psychologie du Travail et des Organisations*, 11 : 227-239.
- Lumpkin, J., 1985, Validity of a brief locus of control scale for survey research. *Psychological Reports*, 57: 655-659.
- Masclat, G., Mineure, S., 1991, Relations entre burn-out et estime de soi chez les surveillants peunitaires, *Encephale*, 25 : 450-460.
- Maslach, C., Jackson, S.E., Leiter, M.P., 1996, *Maslach burnout inventory manual*. Palo Alto : Consulting Psychologists Press.

- Moore, J., 2000, Why is this happening? A causal attribution approach to work exhaustion consequences, *Academy of Management Review*, 25: 335-349.
- Nyklicek, I., Pop, V., 2005, Past and familial depression predict current symptoms of professional burnout, *Journal of Affective Disorders*, 88: 63-68.
- Penney, L., Spector, P., 2005, Job stress, incivility, and counterproductive work behavior (CWB): the moderating role of negative affectivity, *Journal of Organizational Behavior*, 26: 777-796.
- Peeters, M., Montgomery, A., Bakker, A., Schaufeli, W., 2005, Balancing Work and Home: How Job and Home Demands Are Related to Burnout. *International Journal of Stress Management*, 12: 43-61.
- Rosse, J., Boss, R., Johnson, A., Crown, D, 2001, Conceptualizing the role of self-esteem in the burnout process, *Group and Organization Studies*, 16: 428-451.
- Seligman, M., Abramson, L., Semmel, A., von Baeyer, C., 1979, Depressive attributional style. *Journal of Abnormal Psychology*, 88: 242-247.
- Silvester, J., Anderson-Gough, F , Anderson, N & Mohamed, A., 2002, Locus of control, attributions and impression management in the selection interview, *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 75: 59-76.
- Silvester, J., Patterson, F. & Ferguson, E., 2003. Comparing two attributional models of job performance in retail sales: A field study. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 76: 115-132.
- Weiner, B., 1985, An attributional theory of achievement motivation and emotion. *Psychological Review*, 92: 548-573.

ANNEXES : SOURCES DE STRESS MENTIONNEES PAR LES SUJETS :

(/// : Réponses du sujet suivant)

Collègues, hiérarchie /// manque de sommeil, relation jour nuit /// fatigue, isolement /// horaire de nuit, récupération physique difficile /// équipe, chefs, ministre de la santé /// Mésentente professionnelle due à des problèmes de planning, médisance, incompatibilité d'humeur /// instabilité dans le poste infirmier, insécurité (locaux et personnel insuffisant), être non entendu par la direction /// fatigue et difficulté de récupérer dus au rythme de travail /// manque de sommeil, fatigue /// horaire, violence, relation jour nuit /// conflit avec hiérarchie, fatigue, emploi d'un ordinateur sans formation préalable /// mort d'un patient, manque de personnel, mécontentement professionnelle, problème familiaux /// condition de travail, hiérarchie /// condition de travail, hiérarchie, fatigue /// harcèlement moral, problème de santé, pénibilité du travail /// hiérarchie, fumisterie, incompetence /// nouvelle affectation, hiérarchie, manque d'infos, manque de moyens, perte de concentration, baisse de la vigilance /// horaire de nuit, difficultés pour planifier ses vacances, récupération physique difficile /// horaire, nouveaux service, formation professionnelle /// horaire décalés, charge de travail trop importante, non reconnaissance de ses supérieurs (médecins, cadres) /// mauvaise ambiance, insécurité, rythme de travail /// bruit, planning, patient /// horaire, collègue, hiérarchie /// incompetence, désorganisation, oisiveté /// médecins, collègue, patient /// bruit, collègue, horaire /// routine, tensions entre collègue, responsabilité /// horaire de matin, hiérarchie, paperasse à remplir /// bruit, routine, manque d'activité, manque de but, travail d'équipe /// routine, collègues négatifs, bruit /// routine, bruit, manque de personnel, collègue, intolérance, encadrement des stagiaires /// violence, manque de présence médicale, paperasses /// fatigue, bruit, collègue /// manque de personnel, de présence médicale, collègue /// bruit, horaire, collègue /// manque de personnel, hiérarchie (désaccord), horaire /// horaire, bruit, fatigue, demandes des patients /// horaire, bruit, tensions entre équipes, collègues /// collègues, manque de personnel, surcharge de travail /// bruit, horaire, tensions inter équipe /// horaire (matin), responsabilité, sollicitation des patients /// violence, bruit, manque de personnel, présence médicale insuffisante et du cadre, collègue (peu formés, peu motivés, immatures, incompetent, médisants) /// violence, collègue (conflit), absence de projet /// manque de personnel, violence, collègue (conflit), horaire /// horaire, collègue, hiérarchie /// bruit, collègue, horaire /// violence, bruit, fatigue /// hiérarchie, condition de travail, ministère de la santé /// condition de travail, collègue, manque de coordination du travail d'équipe.

ⁱ Cette étude ne permettra en aucun cas de déterminer si l'épuisement professionnel est à l'origine de perturbations dans d'autres domaines de vie ou l'inverse (Peeters, Montgomery, Bakker, & Schaufeli, 2005). Il s'agit ici de dresser un portrait des perturbations associées à la présence de l'épuisement et de voir comment il est possible de les prédire statistiquement. Il est vraisemblable que dans nos observations, les perturbations qu'elles soient professionnelles ou extraprofessionnelles s'entretiennent mutuellement. Seule une étude longitudinale permettra, dans un second temps d'établir la nature exacte des liens entre ces diverses perturbations.

ⁱⁱ Pour des raisons de compréhension par les sujets nous leur avons demandé d'énumérer des « sources de stress et épuisement professionnel », dans la mesure où ils assimilaient ces deux concepts. Pour cette raison, nous ne distinguerons pas dans notre propos ces deux concepts bien qu'il donne habituellement lieu à des approches théoriques différentes.

ⁱⁱⁱ S'ajoute à ces quatre dimensions quelques items dits de mensonge, destinés à mesurer la tendance à surestimer sa propre valeur (effet de désirabilité sociale).

^{iv} Aucune différence significative n'a été observée entre les différentes catégories de soignants (infirmiers psychiatriques, infirmiers d'état ou aides soignants).

^v En dépit de la bonne corrélation entre fréquence et intensité de l'accomplissement ($r=.79$) certains éléments semblent favoriser plus directement la fréquence de l'accomplissement de soi (comme la proximité des relations amicales avec ce qu'on aimerait, $r=.29$, l'importance que les possibilités intellectuelles prennent dans la vie, $r=.32$, son estime de soi générale et totale, $r=.29$). L'intensité de l'accomplissement est également liée à la satisfaction envers ses possibilités intellectuelles ($r=.32$).

^{vi} En considérant l'épuisement comme un construct multidimensionnel (Brenninkmeyer & Van Yperen, 2003), nous avons cherché à prédire séparément chacune des dimensions, plus que de le réduire à un objet unique. Dans ces analyses de régressions, les variables binaires concernant les sentiments d'épuisement, de dépression, d'insatisfaction n'ont pas été prises en compte.

^{vii} Sur les 34 items du P.Q.V.S., la globalité est néanmoins associée de façon significative à 15 d'entre eux, la stabilité à 8, l'internalité et la contrôlabilité à 6 chacune et le sentiment de contrôle à 4 items seulement. Pour ces perturbations, comme pour les autres, c'est donc la globalité qui en rend le mieux compte.

^{viii} Etape 1 : Analyse de régression en prenant comme prédicteur la Fréquence et comme variable « expliquée », la variable « médiatrice » Globalité. Le coefficient du modèle est désigné par A.

	A	Err-Type de B	T(47)	Niveau p
Troubles émotionnels en fréquence	0,069	0,022	3,201	0,002

Etape 2 : Analyse de régression en prenant comme prédicteurs la variable Fréquence, la variable « médiatrice » Globalité et comme variable « expliquée », la variable Santé.

Le coefficient associé à la variable médiateur est désigné par B.

	B	Err-Type de B	T(46)	Niveau p
--	---	---------------	-------	----------

Ord Orig.	3,048	0,180	16,916	0,000
Troubles émotionnels en fréquence	-0,011	0,009	-1,311	0,196
Globalité/Spécificité	-0,116	0,052	-2,225	0,031

On effectue ensuite les tests de signification de la médiation. Trois tests possibles : Test de Sobel, de Aorian ou de Goodman. Ces trois tests conduisent généralement aux mêmes résultats de signification. Le Goodman étant le plus précis. (entre parenthèse les écart types des coefficients)

Coefficients	Test	Valeur z	p-value
A = 0,0695 (0,0217)	Sobel	-1,828	0,067
B = -0,116 (0,0121)	Aorian	-1,77	0,076
	Goodman	-1,89	0,06

Note : Nous tenons ici à remercier A. Jebranne, MCF-HC en mathématiques et statistiques pour les précisions apportées à cette analyse.

^{ix} La dépersonnalisation, un des rares éléments qui explique le non-accomplissement, partage avec lui des insatisfactions concernant les possibilités intellectuelles : ce qui est vécu à ce sujet est d'autant plus perçu comme éloigné de ce que l'on aimerait alors qu'on y attribue pourtant une importance. On peut alors supposer qu'il y a, dans ce cadre psychiatrique, un décalage entre l'idéal d'une relation d'aide psychologique et les possibilités effectives de prise en charge et de soin.

^x Il est à noter que le sentiment de contrôle a été mesuré par le biais d'une version extrêmement courte, potentiellement peu sensible et ne portant pas directement sur la situation de travail. Il est aussi vraisemblable que le travail en service de psychiatrie, qui est essentiellement un travail centré sur l'humain et dans lequel les sources de stress sont essentiellement humaines, ne permette pas à proprement parler un contrôle sur l'activité et un ensemble de tâches clairement identifiables comme dans d'autres métiers. Par ailleurs, la mesure de contrôlabilité des sources de stress traitait de la contrôlabilité par le sujet lui-même, pour en simplifier la compréhension et l'interprétation. Néanmoins, eu égard à la part que prennent les conflits humains dans les sources de stress évoquées par les sujets, il pourrait être pertinent pour des recherches ultérieures de mesurer également la contrôlabilité des sources de stress par autrui. A ce sujet, Penney et Spector (2005) observent que la perception de conflits avec autrui est corrélée avec toutes les autres mesures de climat organisationnel : incivilité, contrainte organisationnelle, insatisfaction et comportements contre-productifs au travail. De plus, Dorman et Zapf (1999) ont observé que les conflits et l'animosité perçus avec les collègues étaient prédictifs de symptômes dépressifs dans l'année qui suivait la première phase de l'étude.

^{xi} Pour Maslach la dépersonnalisation ou le cynisme seraient une fuite défensive de la relation afin de s'en prémunir. Il est à noter que, dans nos observations, plus les sujets manifestaient cette dépersonnalisation, moins ils accordaient d'importance à l'estime qu'ils se portent.