

Université de Lausanne
Faculté de Sciences Sociales et Politiques
Institut de Psychologie



LE BURNOUT ET LA REGULATION EMOTIONNELLE CHEZ LES SOIGNANTS EN ONCOLOGIE

Travail de master en psychologie de la santé
Session d'automne 2023

Présenté par : Camille Haas
Directrice : Sophie Lelorain
Experte : Julia Kolly

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier chaleureusement Madame Lelorain pour avoir accepté de me suivre, pour ses nombreuses relectures et ses conseils avisés. Nos rencontres ont été source de motivation.

Je tiens également à remercier Madame Kolly pour avoir accepté d'être l'experte de ce travail.

Mes pensées vont aussi à l'équipe de recherche qualitative du service de psychiatrie de liaison du CHUV qui m'ont accordé du temps et un espace de réflexion pour l'élaboration de ce travail.

Je remercie tous les participants et les personnes ayant montré un intérêt pour ce projet.

Enfin, merci à mes parents pour leur soutien sans condition et leur investissement tout au long de mes études.

TABLE DES MATIÈRES

1.	INTRODUCTION	7
1.1.	Le domaine de la cancérologie	7
1.1.1.	Contexte	7
1.1.2.	Le burnout chez les soignants en oncologie	8
1.1.3.	Conséquences	9
1.2.	Le Burnout	10
1.2.1.	Bref historique	10
1.2.2.	Les définitions et modèles	11
1.2.3.	La conception de Maslach et Jackson	13
1.2.4.	Pourquoi s'intéresser au burnout ?	14
1.3.	Les facteurs en lien avec l'émergence du burnout en situation de soins	16
1.3.1.	Les facteurs situationnels	16
1.3.2.	Les facteurs démographiques	19
1.4.	La régulation émotionnelle	20
1.4.1.	Émotion et régulation émotionnelle : définition	20
1.4.2.	Les théories cognitives de la régulation des émotions	21
1.4.3.	Régulation des émotions chez les soignants	22
1.5.	L'objectif et les hypothèses de l'étude	24
2.	METHODE	25
2.1.	Contexte de l'étude	25
2.2.	Instruments	25
2.2.1.	Maslach Burnout Inventory – HSS	25
2.2.2.	Cognitive Emotion Regulation Questionnaire	26
2.3.	Procédure	27
2.4.	Analyses Statistiques	27
3.	Résultats	28
3.1.	Analyse descriptives des données	28
3.2.	Analyses de corrélation entre les variables	31
3.3.	Comparaison de moyennes	32
4.	Discussion	33
4.1.	Liens entre le burnout et la régulation émotionnelle	33
4.2.	Liens entre le burnout et les variables sociodémographiques	36
4.3.	Limites	38
4.4.	Implications clinique et de recherche	39
5.	Conclusion	40

RESUME

Objectif : La prévalence du burnout ne cesse d'augmenter chez les soignants en oncologie depuis plusieurs années. Le but de cette étude est d'identifier certains facteurs responsables de cet essor, en se concentrant particulièrement sur la régulation émotionnelle. **Méthodologie** : 19 soignants travaillant en oncologie en Suisse ou en France ont répondu à un questionnaire auto-administré mesurant le burnout, la régulation émotionnelle et des facteurs démographiques. **Résultats** : Les soignants en oncologie présentent des symptômes modérés de dépersonnalisation et d'épuisement émotionnel, ainsi que des symptômes faibles de diminution d'accomplissement personnel. Il existe un lien significatif entre les stratégies de régulation cognitives des émotions et les trois dimensions du burnout. Il existe un lien significatif entre les années d'expériences et l'accomplissement personnel. **Conclusion** : Les dispositions internes des soignants sont liées avec l'émergence de l'épuisement professionnel. Des efforts doivent être fournis pour la mise en place plus récurrente de soutien émotionnel et de programmes pédagogiques afin de renforcer les compétences émotionnelles des soignants en oncologie.

Mots clés : burnout ; épuisement professionnel ; régulation émotionnelle ; coping cognitif ; infirmier ; médecins ; oncologie ; cancérologie

ABSTRACT

Objective : The prevalence of burnout among oncology caregivers has been rising steadily for several years. The aim of this study is to identify some of the factors responsible for this rise, with a particular focus on emotional regulation. **Methodology** : 19 caregivers working in oncology in Switzerland or France completed a self-administered questionnaire measuring burnout, emotional regulation and demographic factors. **Results** : Oncology caregivers showed moderate symptoms of depersonalization and emotional exhaustion, as well as mild symptoms of diminished personal accomplishment. There was a significant relationship between cognitive emotion regulation strategies and the three dimensions of burnout. There was a significant link between years of experience and personal fulfillment. **Conclusion** :

Internal dispositions of caregivers are linked with the emergence of burnout. Efforts must be made to implement more recurrent emotional support and educational programs to strengthen the emotional skills of oncology caregivers.

Keywords : burnout ; emotional regulation ; cognitive coping ; nurse ; physician ; oncology

1. INTRODUCTION

1.1. Le domaine de la cancérologie

1.1.1. Contexte

Les soins oncologiques représentent un grand défi pour les années à venir en raison d'une prévalence croissante des maladies cancéreuses (Friedlaender et al., 2017). Selon l'OMS (2022), 1 décès sur 6 dans le monde peut aujourd'hui être attribué au cancer, ce qui fait de cette maladie l'une des plus meurtrières de notre siècle. Le vieillissement de la population, les modes de vie ainsi que l'environnement sont les principales causes à l'origine de cette augmentation (Friedlaender et al., 2017). Cependant, grâce à l'efficacité de la recherche scientifique, nous disposons aujourd'hui de moyens permettant d'avoir des diagnostics précis et moins invasifs ainsi que des traitements fonctionnels présentant moins d'effets secondaires. Ces progrès thérapeutiques allongent la durée de vie des patients atteints d'un cancer entraînant de surcroît une chronicisation de la maladie (Lang-Rollin & Berberich, 2018). Ainsi, le rôle des soignants en oncologie devient de plus en plus complexe et ne se limite plus à la simple délivrance de médicaments (Friedlaender et al., 2017). La prise en charge holistique des patients comprend des soins physiques, psychiques et sociaux sur une période de temps relativement longue. De plus, les soignants en oncologie ont la lourde tâche de traiter avec la mort quotidiennement. Au Canada, une étude qualitative portant sur le vécu face à la mort de 20 oncologues, met en avant que les médecins considèrent la fin de vie comme faisant intégralement partie de leur travail (Granek et al., 2016). Le deuil des patients est une étape stressante et un fardeau émotionnel pour les soignants auquel il est nécessaire de s'adapter.

Au-delà de la mort, un oncologue mène en moyenne 200'000 entretiens avec des patients et familles tout au long de sa carrière et plusieurs de ces entretiens concernent l'annonce de mauvaises nouvelles (Fallowfield et al., 1998) Les infirmiers sont également concernés par cette tâche qu'ils estiment très chargée émotionnellement et qui pourrait, selon eux, influencer leur épuisement professionnel (Agnese et al., 2022).

Le travail des soignants en oncologie est complexe et difficile en raison d'une demande toujours plus élevée, d'un lien étroit avec la mort et la douleur, d'un stress émotionnel vif. Depuis la pandémie de COVID-19, les infirmiers de tous les services confondus rencontrent de nombreuses difficultés selon le CII (2021), conseil international des infirmiers. Parmi elles, figurent une aggravation de l'épuisement émotionnel et de la détresse psychologique. Au regard des écueils rencontrés par les soignants en oncologie, il semble probable qu'ils expérimentent un ou plusieurs symptômes identiques à ceux vécus par l'ensemble du corps médical.

1.1.2. Le burnout chez les soignants en oncologie

Comme susmentionné, les soignants en oncologie ne semblent pas épargnés par les constats du CII (2021) ; par exemple, en France au cours de la pandémie la prévalence de burnout chez les travailleurs en cancérologie représente 46,6% du corps infirmier et 46% du corps médical (Sommerlatte et al., 2023). De manière plus générale, une méta-analyse datant d'avant la pandémie montre que les infirmiers en oncologie présentent une prévalence d'épuisement émotionnel de 30%, de dépersonnalisation de 15%, de satisfaction professionnelle de 35% (Cañadas-De la Fuente et al., 2018). Ces résultats concordent avec d'autres études plus spécifiques concernant les services d'onco-pédiatrie ou encore d'onco-hématologie, qui relatent toutes deux des hauts taux de burnout chez les soignants (De la Fuente-Solana et al., 2020; Gribben & Semple, 2021). En ce qui concerne les oncologues, une étude allemande sur 121 médecins conclut une prévalence globale de 43,8% (Helaß et al., 2023). Ce taux est considéré comme élevé et démontre la vulnérabilité des oncologues face au burnout. En 2019, une méta-analyse étudie la prévalence de burnout chez les médecins oncologues en fonction des sous-échelles du MBI, les résultats sont les suivants : un épuisement émotionnel à 32%, une dépersonnalisation à 24% et un faible accomplissement personnel à 37% (Yates & Samuel, 2019).

Ainsi, c'est l'ensemble des trois dimensions de burnout, que nous verrons plus en détail dans ce travail, qui sont affectées chez les soignants en oncologie. Ces prévalences élevées reflètent une diminution du bien-être chez travailleurs de la santé. En Suisse, les facteurs de stress au travail impactent toutes les professions de santé de façon négative entraînant des conséquences multiples pour les patients, les institutions et les soignants (Haute école spécialisée bernoise, s. d.).

1.1.3. Conséquences

L'étude STRAIN, recensant les facteurs de stress au travail en Suisse, rapporte que les infirmiers sont exposés à des situations émotionnelles et physiques complexes qui diminuent leur satisfaction et augmentent leur désir de quitter la profession (Haute école spécialisée bernoise, s. d.). Ce processus qui participe à la pénurie de personnel soignant est également présent en oncologie. Une étude transversale espagnole montre qu'un épuisement professionnel élevé chez les infirmiers en cancérologie est associé au désir de quitter le service dans lequel ils travaillent (Arimon-Pagès et al., 2019). Toutefois, cet effet se montre plus controversé chez les médecins oncologues allemands, qui malgré un haut taux de burnout présentent un désengagement faible de leurs fonctions (Helaß et al., 2023). Ces résultats reflètent la volonté forte des oncologues de répondre aux exigences de leur travail malgré une surcharge de travail et un épuisement professionnel. Outre ces problèmes de rétention du personnel, une baisse de la qualité de vie professionnelle est aussi en lien avec une moins bonne qualité de la prise en charge des patients (Dewa et al., 2017). C'est ce que montre une revue systématique de la littérature récente ; les médecins qui présentent le plus de symptômes d'épuisement professionnel, évaluent moins bien leur prise en charge de patients (Rathert et al., 2018). De même, une autre revue systématique de la littérature statue sur le fait qu'il existe un lien modéré entre le burnout et la sécurité des patients (Dewa et al., 2017). La sécurité des patients désignait l'erreur médicale ou les soins non optimaux aux patients. Enfin, si l'épuisement professionnel diminue la sécurité des patients, il met également en danger la santé des soignants (Yates & Samuel, 2019). L'épuisement professionnel est associé avec l'utilisation d'anxiolytiques et les troubles psychosomatiques chez les médecins en oncologie. Les infirmiers ne sont pas épargnés par ces constats, une étude allemande

montrent que chez eux, les symptômes de burnout sont significativement associés à une hausse de la détresse morale (Sommerlatte et al., 2023).

Ainsi, le système des soins oncologiques est fragilisé à de multiples niveaux. La mise en difficulté du système organisationnel, des patients et des soignants est en partie responsable de l'épuisement professionnel. Il semble donc important de s'intéresser au burnout, à ses enjeux et à ses facteurs.

1.2. Le Burnout

1.2.1. Bref historique

Dans les années 70', le burnout comme objet d'étude se construit à partir de constatations sociales, d'abord identifié par les travailleurs comme une expérience vécue (Maslach et al., 2001). A l'époque, l'approche top down dominait la recherche, ce qui conduit les scientifiques à rejeter les premières études (bottom-up), les catégorisant de psychologie populaire fragile (Maslach, 2003). Christina Maslach, psychologue, mène les premières études exploratoires (technique d'observation, entretiens approfondis, questionnaires) à ce sujet afin de le rendre visible (Maslach & Jackson, 1981). L'idée prédominante que le burnout ne touche que les travailleurs sociaux et les soignants sera par la suite remplacée et la recherche étendue à toutes les professions (Maslach, 2003; Maslach et al., 2001). Au fil du temps, la recherche de plus en plus systématique et empirique permet de développer un modèle multidimensionnel de l'épuisement professionnel (Maslach et al., 2001 ; Maslach, 2003). Le burnout implique alors des variables individuelles et sociales. Les interactions entre le bénéficiaire et le prestataire de soin sur le lieu de travail sont prises en compte.

Depuis 2019, l'OMS inclut le burnout dans la CIM-11 et l'association américaine de psychiatrie dans le DSM-V sans donner de critères diagnostic. Ces manuels reconnaissent le burnout comme un syndrome et non comme une maladie comprenant un diagnostic clinique propre avec des symptômes et des causes particulières. Grâce à ces inclusions et aux nombreuses recherches, le burnout devient ainsi une préoccupation de santé mondiale (Maslach et al., 2001; W. Schaufeli et al., 2009). Aujourd'hui, il constitue un sujet important de la politique en Suisse. Le conseil fédéral élabore en 2020 la stratégie "santé 2030", qui

comporte huit objectifs, dont celui de mettre l'accent sur la santé au travail. L'idée est de travailler sur la prévention des retombées négatives des nouvelles formes de travail sur la santé et la promotion d'un environnement de travail sain (OFSP, 2023).

L'inclusion du burnout dans les représentations collectives des enjeux santé au travail est un long chemin. Aujourd'hui, l'intégration de cette notion dans les manuels psychiatriques nationaux et internationaux permet de lui donner une importance centrale dans nos sociétés et une vision davantage harmonisée du phénomène. Cependant, de multiples définitions et modèles perdurent et le débat scientifique subsiste.

1.2.2. Les définitions et modèles

Entre 1974 et 1980, plus de 48 définitions de l'épuisement professionnel sont recensées dans la littérature (Perlman & Hartman, 1982). Cette profusion d'idées reflète l'intérêt croissant pour le sujet au XIX^{ème} siècle mais également la difficulté de trouver un consensus éclairé au sein de la communauté scientifique.

Les premières conceptions identifient le burnout comme le résultat du surinvestissement d'une personne engagée dans une cause parfois irréaliste, nécessitant un travail considérable. Le concept est alors défini comme tel : « un état de fatigue, de frustration, de dépression, provoqué par l'engagement dans une cause, un mode de vie ou une relation et qui échoue à produire les résultats escomptés » (Freudenberger & Richelson, 1980, cité par Zawieja, 2015). La réalité du monde professionnel briserait brutalement l'idéalisme et les attentes de gratitude des employés les plus dévoués (Freudenberger, 1974, cité par Zawieja, 2015). Pines & Aronson (1988) poursuivent ces travaux et donnent la lecture suivante : « un état d'épuisement physique, émotionnel et mental provoqué par une longue implication dans des situations émotionnellement exigeantes ». L'idée prédominante est de nature existentielle ; les travailleurs choisiraient une profession pour le sens et les valeurs qu'elle offre (Zawieja, 2015). L'impossibilité de travailler en accord avec ses valeurs mènerait à une frustration et un stress chronique, puis au burnout (Pines & Aronson, 1989). La désillusion face à l'impossibilité de réaliser ses attentes au travail amènerait graduellement un épuisement professionnel.

Pour aller plus loin dans la notion d'épuisement graduel, Cherniss propose une conception dynamique du burnout avec un processus en trois phases : (1) perception d'un

stresseur en raison d'une demande dépassant les ressources, (2) mise en tension de l'individu associée à une fatigue et une anxiété, (3) adoption de stratégies de coping afin de provoquer un soulagement passager (Cherniss, 1980 cité par, Zawieja, 2015). Ce modèle est dit transactionnel car le burnout émanerait de l'interaction entre des facteurs individuels et des facteurs lié à l'environnement de travail. Le déséquilibre entre l'idéalisation d'un métier et la réalité professionnelle serait vécu comme un choc (Cherniss, 1980 cité par, Zawieja, 2015).

Shirom (2003), va se démarquer de ses prédécesseurs en construisant une définition basée sur un modèle théorique, celui de la conservation des ressources de Hobfoll. L'idée est que les individus sont motivés à obtenir, protéger et conserver leurs ressources (ce qu'ils aiment). Lorsque ces ressources sont en danger, les individus vont investir et mobiliser de l'énergie interne et externe dans la conservation de celles-ci. Il en résulte un épuisement graduel des ressources énergétiques de la personne, qui amène ceux qui n'ont pas un pool solide de ressources à être les plus susceptibles de développer un burnout. Le burnout est une combinaison de fatigue physique, émotionnelle et cognitive consécutive à l'énergie investie.

Enfin, Meier (1983) amène une dimension cognitive et comportementale. Pour lui, les attentes au travail ont un effet sur le burnout. Il donne la lecture suivante : « le burnout est un état dans lequel les individus attendent du travail une faible récompense, mais une forte punition, en raison du manque de renforcements auxquels ils attribuent de l'importance, de résultats contrôlables ou de compétences personnelles » (Meier, 1983). Dans ce modèle, les attentes de renforcement, de résultat et d'efficacité vont influencer l'émergence d'un burnout différemment chez chaque individu en fonction de la manière dont il traite les éléments contextuels.

Aujourd'hui la CIM 11 inscrit le burnout dans la catégorie "phénomène professionnel". Il est décrit comme tel : "L'épuisement professionnel est un syndrome conceptualisé comme résultant d'un stress chronique qui n'a pas été géré avec succès. [...] Le burnout se réfère spécifiquement à des phénomènes dans le contexte professionnel et ne devrait pas être appliqué pour décrire des expériences dans d'autres domaines de la vie" (WHO, 2023). Dans cette définition, l'émergence du burnout est en lien avec le contexte environnemental, dont la prise en compte apparaît comme une condition nécessaire pour statuer sur le développement du syndrome. Aujourd'hui, toutes les professions sont concernées par le burnout ce qui rompt avec le paradigme initial où seules les professions du care étaient touchées (Maslach, 2003).

En résumé, le burnout s'inscrit dans son environnement et les professions à caractère social semblent attirer une attention particulière des chercheurs. Le phénomène est « certes subjectif mais socialement déterminé » (Zawieja, 2015). Cet ancrage dans l'environnement et les interactions permet de se questionner sur le rôle de la responsabilité individuelle et le rôle organisationnel dans l'émergence du syndrome chez les travailleurs. Aujourd'hui, le modèle de Maslach et Jackson s'est imposé et esquisse une réponse à ces questionnements en affirmant que l'émergence du syndrome est multidimensionnelle et multifactorielle.

1.2.3. La conception de Maslach et Jackson

Maslach (2003) définit le burnout comme « une réponse prolongée aux facteurs de stress émotionnels et interpersonnels chroniques au travail et est défini ici par les trois dimensions de l'épuisement, du cynisme et du sentiment d'inefficacité ». Cette définition met en avant que c'est l'incongruence entre l'individu et son environnement de travail qui engendre une tension chronique laissant place à l'émergence d'un burnout. Le modèle de Maslach & Jackson (1981) comprend trois dimensions fondamentales que nous allons discuter.

La première dimension est l'épuisement émotionnel. Cette dimension est centrale dans le développement du burnout (Maslach et al., 2001; Maslach & Jackson, 1981). C'est la dimension la plus rapportée lorsque les individus relatent leurs propres expériences d'épuisement professionnel (Maslach, 2003). L'épuisement émotionnel reflète le stress vécu par les travailleurs dans une situation où la demande dépasse les ressources personnelles. Face à cette demande très élevée, les travailleurs investissent des ressources émotionnelles et finissent par s'épuiser (Maslach et al., 2001). Cette dimension présente une corrélation positive avec la surcharge de travail, ce qui indique que ces deux facteurs sont liés (Maslach, 2003). Cependant, elle n'est pas suffisante pour expliquer le phénomène dans son entièreté, qui s'inscrit dans un contexte environnemental et social et qui ne peut pas être expliqué uniquement par une variable de stress individuel (épuisement émotionnel). Il est nécessaire de prendre en compte la relation que les travailleurs entretiennent avec leurs collègues et leurs clients. C'est pourquoi ce modèle est dit "transactionnel" car il intègre les comportements interpersonnels comme la distanciation avec autrui que l'on verra dans les deux autres dimensions (Maslach, 2003; Maslach et al., 2001).

La seconde dimension est le cynisme (ou dépersonnalisation) qui correspond au “développement d’attitudes et de sentiments négatifs et cyniques à l’égard de ses clients” (Maslach & Jackson, 1981). Le travailleur épuisé tente de mettre de la distance cognitive entre lui et les autres afin de pouvoir mieux répondre à la surcharge de travail. La dépersonnalisation serait une réaction à l’épuisement émotionnel menant le travailleur à être indifférent ou très détaché des autres personnes qui l’entourent. Un individu présentant la dimension du cynisme tente de rendre les autres personnes moins humaines à ses yeux en ignorant leurs qualités (Maslach et al., 2001).

La troisième dimension est le sentiment d’accomplissement personnel amoindri qui représente une tendance à évaluer son travail et soi-même de manière négative (Maslach & Jackson, 1981). Dans cette dimension, les travailleurs sont insatisfaits des tâches qu’ils réalisent. Maslach (2003) écrit qu’“une situation de travail avec des exigences chroniques et écrasantes qui contribuent à l’épuisement ou au cynisme est susceptible d’éroder le sentiment d’efficacité.” Lorsque les travailleurs sont épuisés et qu’ils travaillent au service de personnes qu’ils ne considèrent pas, le sentiment d’accomplissement est difficile à acquérir. Le sentiment d’inefficacité peut également se développer en parallèle des deux autres dimensions (Maslach, 2003).

Le modèle de Maslach & Jackson (1981) est donc un modèle multidimensionnel qui situe le burnout dans son contexte interpersonnel. Les auteurs incluent les émotions des travailleurs ainsi que leurs motivations et leurs valeurs en lien avec le travail d’équipe et le travail au service d’autrui (Maslach, 2003). Chaque dimension a un lien différent avec l’environnement de travail. L’épuisement émotionnel et la dépersonnalisation sont des résultantes de la surcharge de travail et des conflits interpersonnels quand le manque de sentiment d’accomplissement est lié au manque de ressources (Maslach, 2003). L’atteinte de chacune des dimensions, même séparée, aura des conséquences sur le travail et le bien-être des employés.

1.2.4. Pourquoi s’intéresser au burnout ?

Le rapport d’Eurofound (Aumayr-Pintar et al., 2018) tente de synthétiser la situation sur l’épuisement professionnel en Europe. Parmi les pays figurant dans le rapport, seul un petit nombre attestent d’une prévalence globale : les Pays-Bas indiquent une prévalence de

burnout de 14,6% en 2016, la France indique que 44% de ses travailleurs se disent au moins un peu affectés par le burnout et 6% avoir été en arrêt maladie à cause d'un burnout (Hoofman et al., 2017, cité par Aumayr-Pintar et al., 2018 ; Scheibenbogen et al., 2017 cité par Aumayr-Pintar et al., 2018). Ces chiffres sont loin d'être statiques puisque l'France accuse une augmentation de plus de 3% en 10 ans. La Suisse et la France connaissent également des hausses de prévalence du stress au travail et du burnout (OFS, 2019 ; Sischka & Steffgen, 2017, cité par Aumayr-Pintar et al., 2018). Ces informations alertent sur le fait que l'épuisement professionnel est un problème global et croissant en Europe. De plus, de nombreuses conséquences pour le travailleur, son entourage, l'organisation dans laquelle il travaille et la société en générale sont à dénombrer.

A titre d'exemple, une revue systématique sur 36 études tente d'identifier les conséquences du burnout au niveau physique, psychologique et professionnel (Salvagioni et al., 2017). Les auteurs mettent en avant que le burnout serait le prédicteur de 12 maladies ou symptômes physiques tels que diabète de type 2, maladies coronariennes, troubles musculosquelettiques, problèmes gastro-intestinaux, hypercholestérolémie, mortalité après 45 ans etc. Ces résultats reflètent un impact direct du phénomène sur le système physiologique et le développement de maladies non transmissibles, ce qui engage la qualité de vie et la vie des employés.

Ajouté à ces risques individuels, les maladies non transmissibles représentent un poids économique considérable pour les états (WHO, 2018). Selon le rapport de promotion santé Suisse, "le stress lié au travail coûte environ CHF 7,6 milliards par an aux entreprises" (Galliker et al., 2020). L'augmentation de l'absentéisme (ne pas se rendre au travail) et du présentéisme (être présent mais moins performant au travail) conséquent au burnout, entraîne une baisse de productivité impactant directement les profits de l'entreprise. L'épuisement professionnel entraîne également une baisse de satisfaction au travail, une baisse de motivation, une augmentation du turnover et une baisse de l'engagement au travail (Aumayr-Pintar et al., 2018; Maslach et al., 2001; Salvagioni et al., 2017).

Enfin, Salvagioni et al. (2017), font le lien entre le burnout et les symptômes de dépression et/ou la prise d'un traitement antidépresseur. Cependant, il existe un débat autour du lien entre la dépression et le burnout étant donné le chevauchement conceptuel entre ces deux phénomènes. Une autre étude montre que les personnes ayant reçu un diagnostic de burnout ont souvent reçu le diagnostic d'un autre trouble mental tel que troubles anxieux,

troubles somatoformes, et troubles affectifs (Maske et al., 2016). Ainsi, bien que controversé, plusieurs études attestent d'un lien entre le burnout et les troubles psychiques.

Le burnout entraîne des conséquences à de multiples niveaux. Ce phénomène est en pleine croissance dû aux exigences de travail toujours plus grandes provoquées entre autres par la numérisation qui engendre une intensification du travail (Galliker et al., 2020). Il semble important que face à cette dynamique rapide et changeante, des moyens soient mis en place pour prévenir l'épuisement et protéger les travailleurs qui doivent s'adapter rapidement. Il est possible d'agir en amont grâce à l'identification de facteurs déclencheurs du burnout. Comme nous allons le voir par la suite, plusieurs chercheurs ont déjà travaillé dans ce sens.

1.3. Les facteurs en lien avec l'émergence du burnout en situation de soins

1.3.1. Les facteurs situationnels

Demerouti et al., (2001) proposent le burnout comme la résultante de certains facteurs situationnels constituant l'environnement de travail. Ils conceptualisent cette idée sous la forme du *job demands-ressources model of burnout* (le modèle des exigences et des ressources de travail). Dans ce modèle, l'environnement de travail est composé des : exigences de travail et des ressources au travail. Les exigences de travail reflètent un environnement de travail dans lequel se trouvent des « facteurs de stress ». Ces facteurs de stress auront une influence négative sur les travailleurs, par exemple : surcharge de travail, horaires complexes, exigence accrue. A l'inverse, les ressources de travail catégorisent les ressources offertes par l'environnement de travail (ou individuelles) et qui permettent de travailler efficacement en réduisant le stress et en s'épanouissant, par exemple : variété des tâches, soutien social etc. Les auteurs font l'hypothèse que l'interaction entre les exigences et les ressources mènerait le travailleur à développer un burnout. De manière plus précise, une exigence trop élevée et un manque de ressources conduirait à un désengagement de l'individu. Ce modèle met en avant l'importance des facteurs contextuels dans le développement de l'épuisement professionnel et donne une première explication de la construction de ce phénomène chez les soignants.

Dans un contexte de soins en oncologie, les infirmiers et les médecins peuvent être impactés psychiquement par les exigences parfois trop élevées de leurs environnements de travail (De la Fuente-Solana et al., 2020; Yates & Samuel, 2019). Ces exigences de travail peuvent s'observer sous plusieurs formes et constituent les exigences du modèle J-DR. Le nombre d'heures de travail peut-être un premier indicateur de ces exigences. Les infirmiers en onco-hématologie qui travaillent moins de 25 heures par semaine présentent un niveau d'accomplissement personnel significativement plus élevé comparativement à ceux qui travaillent plus de 25 heures par semaine (Gribben & Semple, 2021). De même, les horaires de travail roulés¹, retrouvés fréquemment à l'hôpital, constituent l'un des principaux facteurs de risque chez les infirmiers en oncologie pédiatrique, influençant les 3 dimensions du burnout (De la Fuente-Solana et al., 2020). Chez les oncologues, le grand nombre de patients, le fait d'accorder beaucoup de temps aux soins directs, un grand nombre de suivis induisent une charge de travail élevée, qui est associée à des niveaux plus hauts de burnout (Yates & Samuel, 2019). La charge de travail subjective a également été étudiée chez 312 oncologues au Canada (Kleiner & Wallace, 2017). Le fait de ressentir une pression temporelle de travail subjective² est un prédicteur du développement du burnout. Ainsi, il ne suffit pas de diminuer la charge de travail objective pour que les soignants cessent de ressentir une charge de travail élevée. Les exigences de travail reflètent un concept complexe qui se présente sous différentes formes, impactant les soignants différemment en fonction de leur métier (Peter et al., 2020). Les exigences de travail se présentent sous la forme sensorielle (précision, vision, attention), physique (soulever ou déplacer des patients), émotionnelle (confrontation à la mort, patients agressifs), quantitative (rythme élevé) ou cognitive (rappel en mémoire, connaissances nécessaires). Pour les infirmiers et les médecins, les demandes quantitatives sont un facteur de stress lié au burnout. Chez les infirmiers, les demandes émotionnelles sont également un facteur de risque du burnout.

¹ Le travail roulé ou en quart est retrouvé fréquemment au sein de l'organisation des équipes de l'hôpital. Les travailleurs alternent d'une semaine à l'autre entre horaires du matin, de soirée, de nuit.

² La pression temporelle de travail subjective représente le côté subjectif des exigences de travail. La pression temporelle perçue est associée au stress et à la capacité de se détacher de son travail. Elle représente une impression de demande trop élevée par rapport à ses propres capacités (Kleiner & Wallace, 2017).

L'équilibre travail-vie privée correspond à la mesure par laquelle le travail ne posera pas de problème dans la sphère familiale (Kleiner & Wallace, 2017). Cette variable constituerait un autre facteur de risque de burnout. Chez les oncologues au Canada, le conflit entre le travail et la vie privée est un prédicteur significatif de l'épuisement professionnel. Ces résultats rejoignent la revue systématique de Yates & Samuel (2019), qui trouvent qu'un mauvais équilibre comprenant des effets négatifs sur la vie de famille serait un facteur associé à de plus hauts niveaux de burnout chez les oncologues. Enfin, en Suisse chez tous les types de professionnels de santé, de graves problèmes entre la vie familiale et le travail sont en lien avec une augmentation des symptômes de burnout (Peter et al., 2020). Un bon équilibre entre le travail et la vie privée pourrait être considéré comme une ressource dans le modèle J-DR et donc être un facteur protecteur du burnout.

Au sein d'une équipe et d'une institution, les relations avec les pairs sont également importantes afin de préserver le bien-être psychique des soignants (De la Fuente-Solana et al., 2020). Le fait de tisser des liens de qualité et de communiquer de manière efficace avec son équipe de travail constitue un facteur protecteur de l'épuisement professionnel chez les infirmiers en oncologie (Gribben & Semple, 2021). Chez les médecins, se sentir injustement critiqué par des pairs ou des chefs serait associé de manière significative au burnout (Peter et al., 2020). Il apparaît également important qu'il existe un soutien organisationnel avec la mise en place de supervision, de débriefing, et de canaux de communication clairs avec la direction afin de prévenir le burnout (Gribben & Semple, 2021; West et al., 2018). Le soutien social serait une ressource dans le cadre du travail fourni par les collègues et l'institution.

Finalement, d'autres facteurs sont mis en avant tel que le fait de travailler en concordance avec ses attentes personnelles (Peter et al., 2020). Le sens que l'on donne à son travail et le fait de le percevoir comme utile, est associé de manière significative avec moins de burnout. Chez les infirmiers en oncologie, certains expriment se sentir coupables de ne pas pouvoir donner assez de temps à leurs patients (Finley & Sheppard, 2017). La clarté des rôles de travail est également en lien avec le burnout (De la Fuente-Solana et al., 2020). Le fait d'avoir des exigences de travail contradictoires et donc des conflits dans les tâches attribuées à chacun est associé à l'épuisement professionnel chez les infirmiers (Peter et al., 2020). De même, avoir un emploi précaire est associé de manière significative au burnout chez les infirmiers travaillant dans les soins aigus en Suisse (Peter et al., 2020).

Dans chaque institution de santé, il existe une culture organisationnelle qui génère ou non des facteurs de risque du burnout. Les travailleurs ont peu de pouvoir d'action sur ces facteurs et se voient contraints d'en subir une partie telle que la surcharge de travail. Cependant, des facteurs individuels sont aussi en lien avec le burnout et les identifier permet de leur donner des possibilités d'action.

1.3.2. Les facteurs démographiques

Comme vu précédemment, la prévalence du burnout chez les infirmiers en oncologie varie. Certains ne sont pas touchés par le phénomène quand d'autres se voient contraints d'arrêter de travailler. Il existe des différences individuelles qui influencent l'adaptation aux situations stressantes dans un contexte donné.

L'âge constitue l'un des principaux facteurs de risque associé à l'épuisement chez les soignants (De la Fuente-Solana et al., 2020). Il existe une corrélation négative entre l'âge et le burnout chez les médecins, avec une prévalence particulièrement élevée chez les jeunes oncologues (Helaß et al., 2023). Une étude transversale en France montre un lien significatif entre le fait d'être âgé de moins de 40 ans et le burnout chez les médecins oncologues (Sommerlatte et al., 2023). Des résultats similaires sont retrouvés chez les infirmiers en hémato-oncologies de moins de 40 ans qui présentent des scores d'épuisement émotionnel plus élevés, d'accomplissement personnel plus bas et de dépersonnalisation plus élevés comparativement aux groupes des plus de 40 ans (Gribben & Semple, 2021). L'expérience professionnelle constitue également un facteur de risque du burnout (De la Fuente-Solana et al., 2020). Une corrélation négative significative entre les années d'expériences et le burnout a été trouvée chez les oncologues allemands (Helaß et al., 2023). Ainsi, moins les médecins ont d'expérience, plus ils sont vulnérables de développer un burnout. Chez les infirmiers en oncologie, des scores plus élevés d'épuisement ont été retrouvés chez les moins expérimentés, sans atteindre une valeur significative (Gribben & Semple, 2021). Ajouté à ces considérations d'âge et d'expériences, les femmes présentent des niveaux d'épuisement significativement plus élevés que les hommes chez les oncologues au Canada (Kleiner & Wallace, 2017). Des résultats identiques sont retrouvés dans la méta-analyse de De la Fuente-Solana et al., (2020) indiquant que le sexe impacte le développement du burnout chez les infirmiers en oncopédiatrie. Enfin, l'état civil et la parentalité sont aussi liés avec l'émergence d'un burnout chez

les soignants en oncologie (De la Fuente-Solana et al., 2020; Kleiner & Wallace, 2017). Le fait d'avoir des enfants est un facteur négativement associé avec le burnout.

L'épuisement professionnel manifesté chez les soignants en oncologie dépend de variable intra- et extra-individuelles. Afin de réduire la prévalence alarmante indiquée dans cette population, des améliorations organisationnelles et individuelles peuvent être mise en place. Comme susmentionné, il est extrêmement difficile pour les soignants d'agir sur les facteurs institutionnels. C'est pourquoi ce travail a pour objectif d'offrir un axe de réflexion sur les outils accessibles aux soignants en oncologie afin qu'ils puissent avoir un contrôle et une connaissance préventive au sujet du sujet du syndrome. L'outil explorer ici est la régulation émotionnelle.

1.4. La régulation émotionnelle

1.4.1. Émotion et régulation émotionnelle : définition

Entrer dans le sujet de la régulation des émotions présuppose de comprendre ce qu'est une émotion. Voici quelques indications non exhaustives de ce que sont les émotions. Il existe actuellement un débat autour de la nature et de la définition de ce qu'est une émotion (Ortony, 2022). L'idée que certaines émotions (émotions de base) serait considérées avec un statut spécial par rapport aux autres ne trouve pas de consensus éclairé au sein de la communauté scientifique. Dans son article, Ortony (2022) considère néanmoins qu'il existe trois conditions pour classer un état mental comme une émotion. Premièrement, selon lui l'émotion est toujours liée à un objet, ex : je suis en colère contre quelqu'un ou quelque chose. Deuxièmement, l'émotion est valentée et implique une évaluation positive ou négative de l'objet. Troisièmement, l'émotion est consciente et donc vécue par l'individu. De plus, l'émotion est généralement associée à une réponse physiologique, comportementale ou expressive (Gross, 1998).

Ressentir des émotions implique de devoir les gérer et c'est ce que l'on appelle les processus de régulation des émotions. Le psychologue James Gross (1998), renommé pour ces recherches au sujet des émotions propose la lecture suivante : « La régulation des émotions fait référence aux processus par lesquels les individus influencent les émotions qu'ils

éprouvent, le moment où ils les éprouvent et la manière dont ils ressentent et expriment ces émotions ». Ces processus peuvent être conscients ou non, automatiques ou contrôlés et permettent d'intensifier, de maintenir ou de diminuer une émotion positive ou négative en fonction du but recherché (Gross, 1998). La régulation des émotions est un processus dynamique de l'émotion qui module sa durée, son amplitude, sa latence, son décalage avec la réponse comportementale (Thompson, 1990, cité par Gross & Thompson, 2007). La régulation des émotions se distingue du coping qui a pour but de diminuer l'expérience d'émotions négatives uniquement (Gross, 1998). A l'instar des théories émotionnelles, il existe plusieurs théories qui sous-tendent la gestion des émotions notamment car elle implique des processus psychologiques, physiologiques, comportementaux et sociaux (Garnefski et al., 2001). A titre d'exemple, une régulation physiologique pourrait être effectuée sur la respiration, la régulation sociale par la recherche de soutien et la régulation psychologique par l'attention sélective à certains stimuli et la régulation comportementale par le fait de pleurer. Dans le cadre de ce travail, nous nous concentrerons sur l'approche cognitive de la régulation des émotions.

1.4.2. Les théories cognitives de la régulation des émotions

Les théories cognitives de la régulation émotionnelle proposent une conception intra-individuelle et envisagent la régulation sous l'angle de l'activité cognitive (Brun, 2015). Dans cette vision, l'émotion est générée suite au traitement cognitif d'une situation sociale spécifique. L'individu attribue une valeur émotionnelle subjective à cette situation puis sélectionne une stratégie afin de moduler ses réactions et agir de façon adaptée (Brun, 2015; Gross, 1998). On parle ainsi d'autorégulation des émotions avec une émotion qui est consécutive à l'activation de plusieurs réseaux cognitifs dans le cadre d'une situation à laquelle le sujet donne une signification émotionnelle. Le modèle processuel de Gross (1998) suit cette logique en proposant de faire la distinction entre la régulation centrée sur les antécédents, qui comprend par exemple la stratégie de réévaluation de la situation (avant l'apparition de l'émotion) et la régulation centrée sur les réponses, qui comprend par exemple la stratégie de suppression afin d'inhiber les signes externes de l'émotion (une fois que l'émotion est présente). Une grande partie de son travail consiste à évaluer les conséquences de l'utilisation des stratégies de régulation afin de savoir si certaines s'avèrent meilleures que

d'autres (Gross, 2002). Cette idée qu'il existe des stratégies de régulation adaptatives et non adaptatives est couramment reprise dans la littérature. Les stratégies nommées adaptatives sont celles qui mènent l'individu vers des conséquences favorables comme le bien-être. Les stratégies nommées non-adaptatives mènent, à l'inverse, l'individu vers des conséquences négatives. Le Cognitive Emotion Regulation Questionnaire développé par (Garnefski et al., 2001), propose de tester 9 stratégies de régulation émotionnelle : Le *blâme de soi*, qui mesure le degré d'auto-accusation de l'individu en situation émotionnelle ; Le *blâme des autres*, qui mesure le degré d'accusation de l'autre en situation émotionnelle ; L'*acceptation*, qui évalue si l'individu accepte ce qu'il a vécu ; Le *recentrage sur la planification*, qui évalue la manière dont l'attention de l'individu est tournée vers ce qu'il peut faire afin de résoudre (ou mieux gérer) une situation socialement dérangeante ou désagréable ; Le *recentrage positif*, qui mesure si l'individu centre ses pensées autour d'un élément positif ; La *ruminantion* (ou concentration sur la pensée), qui évalue si l'individu repense aux événements négatifs de manière répétée ; La *réévaluation positive*, qui mesure si l'individu arrive à rattacher un signification positive à une situation émotionnellement négative ; La *mise en perspective*, qui évalue si l'individu prend de la distance avec ce qu'il a vécu ; Le *catastrophisme*, qui évalue si l'individu se concentre sur ce qui a de négatif dans la situation. Les résultats des analyses de corrélation entre les stratégies font ressortir deux grands facteurs : le premier constitué des échelles moins adaptatives (catastrophisme, ruminantion, blâme d'autrui et blâme de soi) et le deuxième des échelles plus adaptatives (acceptation, recentrage positif, recentrage sur la planification, réévaluation positive, mise en perspective). Dans cette étude, les stratégies plus adaptatives présentaient des corrélations négatives avec la dépression et l'anxiété, comparativement aux stratégies moins adaptatives. Cela suggère que les individus utilisant plus de stratégies de type adaptatives signalent moins de symptômes de dépression et d'anxiété face à un événement négatif. Ainsi, il semble que toute personne utilise des stratégies cognitives de régulation des émotions afin d'essayer de s'adapter au mieux à une situation. Cependant, le choix des « bonnes » stratégies semble crucial afin de pouvoir s'adapter correctement à la dite situation.

1.4.3. Régulation des émotions chez les soignants

Une étude qualitative menée en Iran auprès de 14 infirmiers en oncologie met en exergue que les préoccupations émotionnelles sont un thème présent et récurrent dans les discours qu'ils ont analysé (Moghadam et al., 2022). Ils soulignent que les soignants estimaient ne pas avoir les compétences nécessaires pour gérer leurs émotions au travail et soulignent que les programmes de soutien émotionnel sont nécessaires pour acquérir une certaine autonomie dans la gestion de celles-ci par la suite. Cependant, certaines situations de travail émotionnellement exigeantes peuvent refléter un défi pour les soignants et ainsi augmenter leur motivation (Donoso et al., 2015). Cet effet était plus fort chez les infirmiers qui disposaient de capacités de régulation émotionnelle plus élevées. Parmi les effets inhérents à l'utilisation de stratégies cognitives de régulation émotionnelle chez les soignants, l'étude de Bamonti et al. (2022) montre un lien avec le burnout. En effet, une partie de la variance unique de la dépersonnalisation serait représentée par les stratégies de régulation cognitives des émotions. En revanche, la variance de l'épuisement émotionnel et de l'accomplissement personnel n'étaient pas expliqués par cette variable. Plus précisément, la rumination est liée à une dépersonnalisation plus élevée alors que la centration sur la planification est liée à une dépersonnalisation plus faible. A l'instar de ces résultats, une étude chez les soignants en EMS montre que l'utilisation de stratégies non adaptatives prédit un niveau plus haut d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation (Potard & Landais, 2021). Plus précisément, c'est le blâme de soi, le blâme des autres et le catastrophisme qui contribuent de manière significative au score de dépersonnalisation. Le blâme de soi est également significativement lié aux deux autres dimensions du burnout. A l'inverse, les stratégies adaptatives (centration sur la planification et réévaluation positive) sont associées à un score d'épuisement émotionnel plus faible, d'accomplissement personnel plus haut et un engagement au travail plus élevé.

Il existe un lien entre la régulation émotionnelle cognitive et le burnout chez les soignants. Ces études attestent des bienfaits de l'utilisation de stratégies adaptatives sur les symptômes de burnout. A l'inverse, elles attestent du facteur de risque que représente l'utilisation de stratégies non-adaptatives chez les soignants. A notre connaissance, aucune étude en Suisse n'a été menée sur ce sujet en oncologie. Ainsi, le but de ce travail est de fournir une preuve additionnelle du lien entre ces deux notions et de fournir un appui nouveau pour les professionnels travaillant dans le domaine de la cancérologie afin de diminuer la prévalence de burnout qui engendre de nombreuses conséquences.

1.5. L'objectif et les hypothèses de l'étude

L'objectif de cette recherche vise à explorer les facteurs en lien avec le burnout chez les soignants en oncologie. Plus particulièrement, nous cherchons à savoir si la régulation cognitive des émotions et certaines variables sociodémographiques sont pertinentes pour prédire le niveau de burnout dans cette population. Nos hypothèses, qui s'appuient sur la revue de littérature, sont : (a) plus les soignants utilisent des stratégies de régulation cognitives adaptatives, moins le niveau d'épuisement émotionnel est élevé ; (b) plus les soignants utilisent des stratégies de régulation cognitives adaptatives, moins le niveau de dépersonnalisation est élevé ; et (c) plus les soignants utilisent des stratégies de régulation cognitives adaptatives, plus le niveau d'accomplissement personnel est élevé ; à l'inverse (d) plus les soignants utilisent des stratégies de régulation cognitives non-adaptatives, plus le niveau d'épuisement émotionnel est élevé ; (e) plus les soignants utilisent des stratégies de régulation cognitives non-adaptatives, plus le niveau de dépersonnalisation est élevé ; et (f) plus les soignants utilisent des stratégies de régulation cognitives non-adaptatives, plus le niveau d'accomplissement personnel est bas. D'autres hypothèses concernant certaines variables démographiques sont faites : (g) les soignants ayant plus d'expérience professionnelle présentent des niveaux de burnout moins hauts que les personnes ayant peu d'expérience professionnelle ; (h) les soignants ayant plus d'expérience professionnelle utilisent plus de stratégies adaptatives et moins de stratégies non-adaptatives que les personnes ayant peu d'expérience professionnelle ; (i) les femmes présentent des scores de burnout plus hauts que les hommes ; (h) les femmes utilisent plus de stratégies non-adaptatives et moins de stratégies adaptatives que les hommes. Enfin, en raison de la binationalité de notre échantillon, nous avons fait de manière exploratoire l'hypothèse que les soignants travaillant en France présentent des scores de burnout plus hauts que les soignants travaillant en Suisse.

2. METHODE

2.1. Contexte de l'étude

Les données récoltées dans ce travail viennent agrémenter une base de données plus large dans le cadre d'une étude Lilloise. L'université de Lille, lance en 2019 un projet sur la relation entre le burnout et la gestion des émotions chez les professionnels de santé. Par la suite, les universités de Lausanne et de Bruxelles rejoignent le projet et soumettent le questionnaire français aux soignants de leurs pays respectifs. Le questionnaire initialement adapté à la culture française est révisé par l'équipe Lausannoise et adapté afin que le vocabulaire spécifique corresponde à celui de la culture Suisse romande. Ainsi, la compréhension des participants est simplifiée, ce qui permet de diminuer le taux de non réponse. Pour ce travail mémoire, la population cible comprend les professionnels travaillant en oncologie en France et Suisse. Dans la base de données, seuls les questionnaires complétés par les soignants travaillant en oncologie seront retenus. Le questionnaire contient plusieurs parties avec le *Cognitive Emotion Regulation Questionnaire* (CERQ), le *Jefferson Scale of Physician Empathy* (JSPE), le *Maslach Burnout Inventory* (MBI), une partie de questions sociodémographiques, une échelle de perception de déshumanisation par la hiérarchie. À la fin du questionnaire se trouve un espace pour ajouter un commentaire à propos de l'étude. Toutes les parties du questionnaire ne seront pas utilisées pour ce travail.

2.2. Instruments

2.2.1. Maslach Burnout Inventory – HSS

La première version du MBI, Human Services Survey (HSS), a été utilisée. Cette version incarne le regard initial des auteurs quant au burnout, centré sur les métiers de service et avec un burnout au caractère interpersonnel (Maslach & Jackson, 1981). Le MBI-HSS est un questionnaire auto-administré contenant vingt-deux items. Ces items évaluent les trois sous-échelles mesurant les différentes dimensions du burnout. L'épuisement émotionnel est évalué par neuf items, comme « je me sens émotionnellement vidé par mon travail ». La

dépersonnalisation est évaluée par cinq items, comme « je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement ». L'accomplissement personnel est évalué par huit items, comme « j'ai l'impression, à travers mon travail, d'avoir une influence positive sur les gens ». Chaque items est évalué sur une échelle allant de 0 (jamais) à 6 (tous les jours). Des scores élevés sur les échelles d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation reflètent un haut niveau de burnout. Des scores faibles sur l'échelle d'accomplissement personnel reflètent un haut niveau de burnout. Le Alpha de Cronbach atteint un seuil supérieur à 0.7 dans les trois sous-domaines du burnout avec : 0.9 pour l'épuisement émotionnel, 0.79 pour le dépersonnalisation et 0.71 pour l'accomplissement personnel. La validité du test a été démontrée sur plusieurs échantillons dont des soignants et la version française validée (Dion & Tessier, 1981; Maslach & Jackson, 1981; W. B. Schaufeli & Van Dierendonck, 1993).

2.2.2. Cognitive Emotion Regulation Questionnaire

La CERQ a été utilisée pour évaluer « la manière cognitive de gérer l'apport d'informations émotionnellement stimulantes » (Garnefski et al., 2001). La CERQ est une échelle auto-administrée constituée de trente-six items. Ces items évaluent les neuf sous-échelles mesurant les différentes stratégies cognitives de régulation des émotions (quatre items par stratégie) : l'auto blâme (« je sens que c'est moi le coupable »), l'acceptation (« je pense que je ne peux rien y changer »), la rumination (« je suis préoccupé par ce que je pense et ressens à propos de ce que j'ai vécu »), le recentrage positif (« je pense à de plus belles choses que ce que j'ai vécu »), le recentrage sur la planification (« je réfléchis à un plan de ce que je peux faire de mieux »), la réévaluation positive (« je pense que je peux apprendre quelque chose de la situation »), la mise en perspective (« je pense que d'autres personnes vivent des expériences bien pires »), catastrophisme (« je pense souvent que ce que j'ai vécu est le pire qui puisse arriver à une personne »), le blâme d'autrui (« j'ai l'impression que les autres sont à blâmer pour ça »). Chaque items est évalué sur une échelle allant de 0 (presque jamais) à 5 (presque toujours). Il faut additionner les scores obtenus aux quatre items pour connaître le score total d'une stratégie. La fiabilité alpha au suivi était suffisamment élevée pour chaque sous-échelle allant de 0.68 à 0.83. Les neuf sous-échelles sont intercorrélées mais peuvent être scindées en deux groupes : stratégies de régulation adaptatives et non-adaptatives. L'échelle a été validée en français chez l'adulte (Jermann et al., 2006) et utilisée

pour des mesures concernant les soignants avec un alpha de Cronbach allant de 0.84 à 0.71 (Potard & Landais, 2021).

2.3. Procédure

L'équipes en charge du projet à Lille et l'équipe de Lausanne se sont rencontrées en janvier 2023 afin de présenter l'étude en détail et de discuter des modalités d'inclusion des participants. À ce moment, une centaine de participants avaient déjà répondu au questionnaire en France. En Suisse, la période d'inclusion s'est déroulée de février 2023 à Juin 2023. La première méthode de récolte s'est déroulée via une prise de contact directe avec des soignants à la fin de conférences sur le thème de l'oncologie. À cette occasion, l'objectif et le déroulement de l'étude était brièvement exposé aux soignants. À la suite de cette rencontre, un e-mail (cf. annexe 1) leur était envoyé avec le lien de l'étude en ligne. La deuxième méthode de récolte est déroulée via *LinkedIn Recruiter*. Un e-mail (cf. annexe 1) était envoyé aux professionnels de la santé travaillant actuellement en oncologie en Suisse et trouvés sur le site en écrivant « infirmier.e en oncologie » dans la barre de recherche. La troisième méthode de récolte s'est déroulée via une prise de contact directe auprès de proches travaillant dans le domaine de la santé. Le lien leur était envoyé via e-mail (cf. annexe 1) comme les méthodes précédentes. L'e-mail envoyé à tous les participants potentiels contenait : une présentation de l'étude avec les institutions qui la représentent, les objectifs de l'étude, la technique de récolte avec le lien (questionnaire), le fait que le questionnaire était anonyme et confidentiel, qu'il était possible de se retirer à tout moment, qu'un feedback sur les résultats de l'étude serait envoyé sur demande.

2.4. Analyses Statistiques

Dans le cadre de ce travail de recherche, les analyses ont été réalisées avec le logiciel Statistical Package for Social Sciences (SPSS). Un score global pour les trois dimensions du MBI et pour les deux types de stratégies de régulation cognitives des émotions de la CERQ ont été obtenus en utilisant la moyenne des items mesurant ces dimensions. Il n'y avait pas de données manquantes.

Analyses descriptives des données. Les données ont été explorées afin de mieux comprendre comment l'échantillon se distribue par rapport aux variables d'intérêt. De plus, afin de vérifier la normalité des données, le test de Kolmogorov-Smirnov et Shapiro-Wilk a été effectué.

Analyses de corrélations entre les variables. Des analyses de corrélation de Pearson ont été effectuées dans le but de tester nos hypothèses concernant : le lien entre les trois dimensions du burnout et les deux types de stratégies de régulation de émotions ; le lien entre les années d'expérience et les trois dimensions du burnout ; le lien entre les années d'expériences et les deux types de stratégies de régulation des émotions. En raison du faible nombre de données, les résultats significatifs ont été retenus lorsque la probabilité critique était inférieure à 0.10.

Comparaison des moyennes. Des Tests t de Student avec des groupes indépendants ont été effectués dans le but de comparer le niveau de burnout en fonction du genre et du pays d'exercice des répondants.

3. Résultats

3.1. Analyse descriptives des données

Les caractéristiques sociodémographiques des 19 professionnels de santé ayant participé à l'enquête sont présentées dans le Tableau 1. L'échantillon se compose de 15 femmes (78,9%) et 4 hommes (21,1%). L'étendue des âges varie de 21 ans à 58 ans avec une moyenne de 35,89 ans (SD \pm 12,58). Concernant le pays d'exercice, plus de la moitié des participants exercent en France (68,4%). La majeure partie de l'échantillon pratique le métier d'infirmier (63,2%). En moyenne, les soignants pratiquaient dans le domaine de l'oncologie depuis 3,95 années avec une étendue variant de 1 an à 6 ans (SD \pm 1,08).

Tableau 1

Caractéristiques de l'échantillon (N = 18).

	% ou moy (Sd) [min - max]
Âge	35,89 (12,58) [21 - 58]
Sexe	
Féminin	78,9
Masculin	21,1
Pays	
Suisse	31,6
France	68,4
Type de profession	
Médecin	5,3
Infirmier	63,2
Aide-soignant	5,3
Psychologue	15,8
Physiothérapeute	10,5
Années d'expérience	8,98 (8,02) [0,5 - 25]
Score moyen de Burnout ^a	
Épuisement Émotionnel	2,89 (1,27) [1,11 - 5,56]
Faible	47,4%
Modéré	26,3%
Élevé	26,3%
Dépersonnalisation	2,15 (1,19) [1,00 – 5,00]
Faible	36,8%
Modéré	31,6%
Élevé	31,6%
Accomplissement personnel	5,91 (0,90) [4,13 – 7,00]
Faible	15,8%
Modéré	21%
Élevé	63,2%

Score moyen de Régulation Émotionnelle ^b

Stratégie adaptative	3,02 (0,56) [1,68 – 3,90]
Stratégie non-adaptative	2,02 (0,50) [1,19 – 3,31]

^a Des scores plus élevés représentent des symptômes plus élevés d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation et des symptômes plus faibles d'une baisse d'accomplissement personnel.

^b Des scores plus élevés représentent une utilisation plus fréquente de stratégies adaptatives et non-adaptatives.

Au sujet du burnout, les soignants présentent une moyenne d'épuisement émotionnel de 2,89 (SD ± 1,27), cela correspond à un épuisement modéré. Ils présentent une moyenne de dépersonnalisation de 2,15 (SD ± 1,19), cela correspond à un score modéré de dépersonnalisation. Enfin, ils présentent une moyenne d'accomplissement personnel de 5,91 (SD ± 0,90), cela correspond à un sentiment d'accomplissement élevé.

Au sujet de la régulation émotionnelle, les participants présentent un score moyen d'utilisation de stratégies adaptatives de 3,02 (SD ± 0,56) et un score moyen d'utilisation de stratégies non-adaptatives de 2,02 (SD ± 0,50).

Tableau 2

Test de normalité.

	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	Statistique	df	α	statistique	df	α
Épuisement émotionnel	,167	19	,168	,924	19	,135
Dépersonnalisation	,168	19	,169	,840	19	,005
Accomplissement personnel	,174	19	,130	,902	19	,052
Stratégie adaptative	,151	19	,200*	,960	19	,573
Stratégie non-adaptative	,158	19	,200*	,938	19	,241

Notes. * $p < .01$; ** $p < .05$; *** $p < .01$; **** $p < .001$

Le test de normalité (Tableau 2) indique que les données sont distribuées normalement lorsque la p-valeur est supérieur à 0,05. Nos données présentent toutes une distribution normale à l'exception de celles du facteur dépersonnalisation qui présentent une statistique de .840 ($p < 0,01$).

3.2. Analyses de corrélation entre les variables

Des corrélations significatives ont été trouvées entre les trois dimensions du burnout et l'utilisation de stratégies adaptatives de régulation des émotions. De même, les stratégies non-adaptatives sont fortement corrélées aux trois dimensions du burnout. La corrélation entre la dépersonnalisation et les stratégies non-adaptatives présente une valeur p inférieure à la tendance 0.10 retenue pour ce travail.

Le lien entre les années d'expérience et l'accomplissement personnel montre une significativité statistique avec $p < 0,05$. Aussi, la corrélation entre les années d'expériences et les stratégies non-adaptatives atteint la tendance retenue pour ce travail.

Tableau 3

Corrélation de Pearson.

	1	2	3	4	5	6
1. Années d'expérience	1					
2. Épuisement émotionnel	-,212	1				
3. Dépersonnalisation	-,232	,838***	1			
4. Accomplissement personnel	,506**	-,709***	-,731***	1		
5. Stratégie adaptative	-,210	-,464**	-,598***	,535**	1	
6. Stratégie non adaptative	-,393*	,628***	,397*	-,543**	,099	1

Notes. * $p < .01$; ** $p < .05$; *** $p < .01$; **** $p < .001$

3.3. Comparaison de moyennes

Au niveau du genre, les femmes présentent des moyennes de burnout moins élevées que les hommes sur les trois dimensions. Seule la différence sur l'accomplissement personnel est statistiquement significative entre les hommes et les femmes ($t = -2.37, \alpha < 0.5$). Aucune significativité n'a été trouvée concernant la différence entre la mobilisation des stratégies de régulation des émotions en fonction du genre.

Au niveau du pays, les travailleurs en Suisse présentent une moyenne d'accomplissement personnel plus haute que les travailleurs en France. Cette différence atteint une significativité statistique ($t = 2,3, \alpha < 0.5$).

Tableau 4

T-test pour échantillons indépendants entre le burnout et le genre

	Femme		Homme		t	df	α
	m	sd	m	sd			
EE	2,65	1,13	3,78	1,54	-1,65	17	,118
DP	1,99	1,03	2,75	1,70	-1,15	17	,266
AP	6,13	0,82	5,06	0,72	2,37	17	,030*
A	3,07	0,48	2,83	0,87	0,73	17	0,475
NA	1,94	0,50	2,31	0,40	-1,35	17	0,194

Notes. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Tableau 5

T-test pour échantillons indépendants entre le burnout et le pays

	Suisse		France		t	df	α
	m	sd	m	sd			
EE	2,39	1,10	3,12	1,32	-1,18	17	,255
DP	1,40	0,49	2,49	1,27	-2,01	17	,061
AP	6,44	0,47	5,66	0,96	2,37	16,84	,030*

Notes. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

4. Discussion

4.1. Liens entre le burnout et la régulation émotionnelle

Dans cette étude, **les scores moyens de burnout** reflètent chez les soignants en oncologie un épuisement émotionnel modéré, une dépersonnalisation élevée et un accomplissement personnel élevé. Au sein de notre échantillon, environ 30% des participants présentent un épuisement émotionnel élevé et/ou une dépersonnalisation élevée. Yates & Samuel (2019) retrouvent des chiffres similaires dans une méta-analyse concernant la prévalence de burnout chez les médecins oncologues allemands. Il semblerait ainsi que les soignants en oncologie subissent des pressions liées à la surcharge de travail et aux relations interpersonnelles, elles-mêmes en lien avec l'épuisement émotionnel et la dépersonnalisation selon Maslach (2003). Malgré des scores indiquant des symptômes de burnout sur ces deux dimensions, le score correspondant à une diminution du sentiment d'accomplissement personnel est faible. 63,2% des soignants interrogés dans cette étude présentent un accomplissement personnel élevé contre seulement 16% qui présentent un accomplissement personnel faible. Ce constat diverge de la plupart des études concernant le burnout chez les soignants en oncologie, qui attestent de niveaux plus faibles sur cette dimension (Cañadas-De la Fuente et al., 2018; De la Fuente-Solana et al., 2020).

Cependant, une étude chez les infirmiers en héмато-oncologie trouvent que 64% des infirmiers reportent un niveau élevé à modéré d'accomplissement personnel (Gribben & Semple, 2021). Cela pourrait refléter que malgré les conditions de travail difficiles et les défis rencontrés, les soignants en cancérologie trouvent un sens et éprouvent un sentiment de récompense à s'occuper des personnes vulnérables. Dans le cadre du MBI, le lien avec les patients est axé sur ses effets négatifs mais la relation patient-soignant pourrait également être reçue de façon positive. Une étude qualitative interroge des soignants dans un service d'urgence afin de leur demander les motivations de leur travail (Jacobson MD et al., 2022). La majeure partie des réponses concernait le lien avec les bénéficiaires de soins, les valeurs morale et philosophique, l'envie d'aider et la gratitude. En effet, une perception plus élevée de la gratitude des patients et de leur soutien moral permettrait aux infirmiers en oncologie de déclarer un sentiment d'accomplissement personnel plus élevé et une charge

psychologique plus basse que les infirmiers urgentistes (Converso et al., 2015). Aux USA, une autre étude examinant le lien entre le burnout et la gratitude trouve que le fait de tenir un journal de gratitude pendant 21 jours permettait aux soignants de diminuer leur score de burnout de manière non significative avec une amélioration plus grande pour la dimension de l'accomplissement personnel. Le lien avec les patients pourrait susciter chez les soignants en oncologie des émotions positives constituant un facteur protecteur expliquant des scores disparates entre les trois dimensions du burnout.

Les résultats liés à la régulation émotionnelle montrent que les soignants en cancérologie ont en moyenne plus souvent recours à l'utilisation de stratégies adaptatives que non-adaptatives. Toutes les corrélations entre ces deux types de stratégies et les trois dimensions du burnout ont atteint le seuil de significativité statistique. Ce seuil était associé à des tailles d'effet relativement élevées allant d'environ .40 à .60. Cela nous permet d'affirmer la présence d'un lien important entre la régulation émotionnelle et l'épuisement professionnel.

De façon plus précise, ces données nous permettent d'affirmer que plus les soignants ont recours à des stratégies adaptatives, moins le niveau d'épuisement émotionnel est élevé, moins le niveau de dépersonnalisation est élevé, plus le niveau d'accomplissement personnel est élevé. De plus, en doublant les coefficients de corrélation, on trouve que le facteur « *stratégie adaptative* » explique environ 22% de la variance de l'épuisement émotionnel, 36% de la variance de dépersonnalisation et 29% de la variance de l'accomplissement personnel. De même pour le facteur « *stratégies non-adaptatives* », nous pouvons affirmer que plus les soignants mobilisent cette stratégie, plus le niveau d'épuisement émotionnel est élevé, plus le niveau de dépersonnalisation est élevé, moins le niveau d'accomplissement personnel est élevé. La significativité statistique au seuil de 5% est atteinte pour les variables d'épuisement émotionnel et d'accomplissement personnel. La variable de dépersonnalisation atteint une significativité statistique uniquement sur la tendance à 0.10 que nous avons fixé pour ce travail. En doublant les coefficients de corrélation, on trouve que le facteur « *stratégie non-adaptative* » explique environ 39% de la variance de l'épuisement émotionnel, 15% de la variance de la dépersonnalisation, 30% de la variance de l'accomplissement personnel.

Notre échantillon présente des corrélations plutôt élevées avec un petit nombre de participant ($n = 19$), ce qui impacte la puissance statistique de nos tests (Bourque et al., 2009).

Nous pensons qu'une nouvelle étude avec un échantillon de plus grande envergure pourrait permettre au lien entre la variable de dépersonnalisation et de stratégies non-adaptatives, d'atteindre un seuil de significativité avec $p < .05$. C'est pourquoi nous avons choisi d'inclure les données atteignant la tendance de significativité de .010.

Plusieurs études présentent des résultats similaires chez les soignants de différents services et affirment que la régulation émotionnelle est essentielle et associée à l'épuisement professionnel (Martín-Brufau et al., 2020; Potard & Landais, 2021). Dans ce travail, les stratégies de régulation des émotions non-adaptatives sont positivement associées au burnout et à l'inverse les stratégies adaptatives sont négativement associées au burnout. Des résultats plus nuancés sont retrouvés dans la littérature concernant l'association entre le type de stratégie de régulation et la psychopathologie. Garnefski et al. (2003), montrent que la rumination, le blâme de soi, la mise en perspective et la dramatisation étaient des prédicteurs significatifs de symptômes dépressifs chez les adolescents. Au contraire, la réévaluation positive était associée inversement avec les symptômes de dépression. De plus, ils concluent que certains styles d'adaptation cognitif tel que la rumination, l'auto-blâme et le catastrophisme sont plus inadaptés que d'autres quel que soit l'évènement de vie. Ces conclusions rejoignent les études préliminaires sur le développement de la CERQ qui indiquaient une prévalence plus élevée d'anxiété et de dépression chez les utilisateurs plus fréquent de stratégies de coping, mais toujours avec un lien plus important avec les stratégies classées comme non-adaptatives (Garnefski et al., 2001). Ces données pourraient former une partie de l'explication du haut taux de burnout que nous constatons malgré un usage plus courant de stratégies adaptatives chez les soignants en oncologie par rapport aux stratégies non-adaptatives. En effet, lorsqu'un individu recourt à une stratégie de coping cognitif, c'est qu'il se trouve déjà dans une situation génératrice de difficultés. Cependant, le choix de certaines stratégies par rapport à d'autres permettra une meilleure adaptation. Par exemple, l'utilisation de stratégies inadaptées telle que la rumination permet de diminuer temporairement les émotions négatives des soignants en gériatrie, mais le coût cognitif engendré par ce processus entrave l'utilisation habituelle d'autres stratégies plus adaptées (Liverant et al., 2011). La rumination serait coûteuse psychologiquement pour les soignants. En revanche, l'utilisation de stratégies adaptatives telles que la planification serait liée à une plus grande capacité d'action et plus de contrôle perçu ce qui augmenterait les émotions positives (Garrosa et al., 2010). Ainsi, des recherches quant aux mécanismes à la base du lien

entre stratégies d'adaptation et burnout devraient être menées afin d'éclaircir la nature de cette relation.

4.2. Liens entre le burnout et les variables sociodémographiques

Dans ce travail, nous avons étudié **les années d'expériences** des soignants dans le domaine de l'oncologie. Nous constatons une grande hétérogénéité dans l'expérience de cet échantillon, allant de moins d'une année à 25 années. Nous trouvons un lien non significatif avec les dimensions d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation. Cependant, l'accomplissement personnel est lié de manière significative, avec $p < 0.05$, aux années d'expériences en oncologie. Le sens du lien est positif et la taille d'effet modérée. Ces résultats nous permettent de statuer sur le fait que plus les soignants en oncologie ont d'expérience dans ce domaine, plus ils ont un sentiment d'accomplissement personnel élevé. Aussi, les participants ont indiqué que plus ils avaient d'années d'expérience, moins ils utilisaient de stratégies de régulation des émotions adaptatives et non-adaptatives. Ce lien est significatif uniquement pour les stratégies non-adaptatives de régulation émotionnelle. Ces résultats corrélerent en partie avec ceux mentionnés dans la revue de littérature (Gribben & Semple, 2021; Helaß et al., 2023) et viennent ainsi confirmer notre hypothèse explicitant que plus les soignants en oncologie ont d'expérience, moins ils présentent de symptômes de burnout. En revanche, l'hypothèse selon laquelle les soignants utilisent plus de stratégies de régulation adaptatives avec les années de travail est infirmée. Nous pourrions expliquer ces résultats en reprenant la théorie de Garnefski et al. (2001) selon laquelle un individu ayant besoin d'utiliser une stratégie d'adaptation se trouve déjà en situation émotionnellement compliquée. Ainsi, les soignants en oncologie les plus expérimentés se trouvant moins souvent en situation émotionnelle complexe auraient moins recours à tous types de stratégies de régulation et moins de symptômes de burnout. L'une des piste que nous pourrions envisager serait que les soignants les plus expérimentés œuvrent à des niveaux hiérarchiques plus élevés qui seraient générateurs de moins de stress.

Les résultats sur **les différences de genre** nous indiquent que les femmes présentent en moyenne un taux de burnout moins élevé que les hommes sur toutes les dimensions. Lors du test de Student, seule la différence de moyenne sur la variable de l'accomplissement

personnel atteint la tendance statistique de 0,01. Les hommes présentent une diminution de l'accomplissement personnel modérée tandis que les femmes une diminution de l'accomplissement personnel faible. Nous pouvons conclure que les hommes présentent un sentiment d'accomplissement personnel diminué plus élevé que les femmes. De plus, concernant les stratégies de régulation émotionnelle, les femmes utilisent en moyenne plus de stratégies adaptatives et moins de stratégies non-adaptatives que les hommes, sans que cette différence soit significative. Cela pourrait expliquer partiellement les différences d'accomplissement personnel en fonction du genre par une utilisation plus adaptée des stratégies de régulation de la part des femmes dans une situation complexe. Ces résultats sont contradictoires avec les données de la littérature qui statuent généralement sur une prévalence plus élevée de burnout chez les femmes que chez les hommes (Garrosa et al., 2010; Kleiner & Wallace, 2017). Nous pourrions envisager que le petit nombre d'hommes ayant répondu à notre questionnaire comporte un biais de sélection. En effet, les hommes les plus enclins à répondre à notre étude pourraient être les plus touchés par le sujet et donc présenter des taux de burnout plus hauts. Des recherches supplémentaires sont nécessaires afin de pouvoir statuer sur un effet potentiel du genre sur le burnout chez les soignants en oncologie en France et en Suisse.

Enfin, nous avons investigué de manière exploratoire la relation entre **le pays d'exercice** et le burnout. Les soignants exerçant en France, présentent en moyenne un taux de burnout plus élevé que les personnes exerçant en Suisse. Seule la différence concernant la variable de l'accomplissement personnel atteint la tendance statistique de 0,01. En France, les soignants en oncologie présentent une moyenne de burnout modérée tandis qu'en Suisse ils présentent une moyenne de burnout faible. Nous pouvons conclure que les travailleurs en oncologie en France présentent un sentiment d'accomplissement personnel diminué plus élevé que les travailleurs en oncologie en Suisse. En Suisse, le nombre d'infirmier pour 1000 habitants est presque deux fois plus élevé qu'en France selon (Office fédéral de la Statistique, 2019). En effet, avec la création du poste intermédiaire entre infirmier et aide-soignant, le nombre et la disponibilité des soignants connaît un essor considérable entre 2000 et 2016. La charge de travail étant l'une des causes principales du burnout chez les soignants en oncologie, augmenter le nombre de soignants par un poste intermédiaire pourrait être un moyen de diminuer la pression sur le personnel. D'autres études sont nécessaires afin de

comprendre les différences inter-pays en terme de burnout et de trouver des pistes d'amélioration.

4.3. Limites

Notre étude comporte une première limite au niveau de la méthode d'échantillonnage. En effet, l'échantillonnage a été réalisé de manière non probabiliste, ce qui implique une sélection non hasardeuse des participants. Nous avons sollicité personnellement les soignants en les invitant à répondre à notre questionnaire. De surcroît, nous avons induit un biais dans la sélection de nos participants en choisissant des personnes que nous connaissions et avec qui nous avons eu un contact. L'échantillon ne représente ainsi pas toute la population des soignants en oncologie. Les résultats ont ainsi pu être influencés par l'envie des participants de rendre service, par un biais de désirabilité sociale ou encore une peur du jugement en répondant à certaines questions malgré anonymat assuré par les personnes récoltant les données (Blair et al., 2013).

En raison du petit nombre de participants, nous avons inclus des professions autres que les infirmiers et les médecins sur lesquelles portaient initialement nos hypothèses. Nous pouvons nous interroger sur la comparabilité de ces professions qui travaillent dans un cadre souvent différent et relèvent des défis divers. Par exemple, les infirmiers sont souvent confrontés à une pénibilité physique alors que les psychologues sont moins sujets à ce type d'épuisement. Nous pouvons ainsi penser les résultats ont pu être compensés en fonction de la profession et ainsi ne pas révéler certains aspects propres à un cadre de travail. De même, nous avons inclus les données de deux pays, mais nous avons vu dans les résultats que des différences résident en terme de symptômes de burnout qui peuvent être plus élevés d'un pays à l'autre. Cela peut s'expliquer par des conditions de travail différentes d'un pays à l'autre et nous pouvons ainsi nous interroger sur la pertinence de la comparaison entre l'échantillon provenant de Suisse et de France.

Le petit nombre de participant constitue également une limite. Comme discuté précédemment, cela influence la puissance statistique. Nous pouvons raisonnablement penser que les résultats pourraient être différents et plus robustes avec un échantillon plus grand.

4.4. Implications clinique et de recherche

Les résultats soutiennent que les approches centrées sur la personnes peuvent être utiles pour la réduction des symptômes de burnout. La régulation des émotions par l'utilisation de stratégies adaptatives pourrait être renforcée chez tous les soignants en oncologie et particulièrement les moins expérimentés. De même, une attention particulière pourrait être mise sur la réduction de l'utilisation de stratégies non-adaptatives chez les soignants afin de prévenir l'épuisement professionnel. Selon une étude américaine chez des infirmiers en oncologie, 47% indiquaient n'avoir aucun accès à des formations sur les techniques d'adaptation aux défis qu'ils rencontrent et 17% ne disposaient d'aucunes ressources sur place ni d'un soutien en santé mentale (Aycock & Boyle, 2009). Néanmoins, plusieurs études ont montré des effets positifs des entraînements à la régulation des émotions ou en auto-soins chez les soignants (Bernburg et al., 2020; Kharatzadeh et al., 2020). En effet, ces formations permettent de diminuer le stress et l'épuisement professionnel, d'améliorer les compétences émotionnelles et sont évaluées de manière positive par les participants. Ainsi, nous soutenons que la mise en place de programmes tels que ceux susmentionnés dans les services d'oncologie pourrait prévenir le burnout.

Les stratégies individuelles pour réduire le burnout semblent montrer une certaine efficacité. Cependant, elles doivent être utilisées conjointement avec des stratégies organisationnelles. En effet, le burnout est multifactoriel et combine à la fois le corps biologique et le corps « social » qui comprend l'esprit, l'environnement et le contexte sociétal. Situer notre action et notre réflexion sur l'individu uniquement reviendrait à s'inscrire dans le cadre conceptuel du santéisme affirmant que le problème de la santé et de la maladie provient de la responsabilité individuelle (Crawford, 1980). Or, cette croyance populaire met de côté les influences environnementales poussant les institutions à moins agir pour changer le cadre dans lequel nous vivons et qui nous influence. Le burnout est assurément influencé par les ressources matérielles et sociales dont nous disposons et qui doivent être prise en compte dans la prévention et la promotion de ce problème croissant.

5. Conclusion

Cette étude nous permet de mettre en évidence une prévalence importante du burnout chez les soignants en oncologie. Chez ces professionnels de santé, les symptômes de burnout peuvent être influencés par l'usage de stratégies de régulation cognitives des émotions. Lorsqu'ils font appel à des stratégies nommées adaptatives, les soignants expérimentent moins de symptômes de burnout. A l'inverse, une utilisation plus élevée de stratégies non-adaptatives engendrera une hausse des symptômes de burnout. Nous avons identifié que certains facteurs démographiques tel que le pays d'exercice et l'expérience professionnelle peuvent influencer le sentiment d'accomplissement personnel. Ainsi, des facteurs internes mais aussi externes sont associés au burnout chez les soignants en oncologie. De futures recherches sont nécessaires afin d'identifier les facteurs influençant le burnout et mettre en place des programmes adaptés à disposition des soignants en oncologie. Cette dynamique contribuera à la mise en place d'une prévention adaptée au sein de cette population. De plus, il serait intéressant de comprendre les mécanismes ou les situations à la base de l'utilisation des stratégies de régulations cognitives des émotions afin d'améliorer l'efficacité des interventions déjà disponible. Enfin, des études plus ciblées et de plus grande envergure seraient nécessaires afin d'affirmer de manière robuste les résultats présentés dans ce travail.

BIBLIOGRAPHIE

Agnese, B. L., Daniel, A. C. Q. G., & Pedrosa, R. B. dos S. (2022). Communicating bad news in the practice of nursing: An integrative review. *Einstein (Sao Paulo)*, 20. https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2022RW6632

Arimon-Pagès, E., Torres-Puig-Gros, J., Fernández-Ortega, P., & Canela-Soler, J. (2019). Emotional impact and compassion fatigue in oncology nurses : Results of a multicentre study. *European Journal of Oncology Nursing: The Official Journal of European Oncology Nursing Society*, 43, 101666. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2019.09.007>

Aumayr-Pintar, C., Cerf, C., & Parent-Thirion, A. (2018, septembre 10). *Burnout in the workplace: A review of data and policy responses in*. Eurofound. <https://www.eurofound.europa.eu/publications/report/2018/burnout-in-the-workplace-a-review-of-data-and-policy-responses-in-the-eu>

Aycock, N., & Boyle, D. (2009). Interventions to manage compassion fatigue in oncology nursing. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 13(2), 183-191. <https://doi.org/10.1188/09.CJON.183-191>

Bamonti, P. M., Smith, A., & Smith, H. M. (2022). Cognitive Emotion Regulation Strategies Predict Burnout in Geriatric Nursing Staff. *Clinical Gerontologist*, 45(5), 1236-1244. <https://doi.org/10.1080/07317115.2020.1829230>

Bernburg, M., Groneberg, D., & Mache, S. (2020). Professional training in mental health self-care for nurses starting work in hospital departments. *Work*, 67(3), 583-590. <https://doi.org/10.3233/WOR-203311>

Blair, J., Czaja, R., & Blair, E. (2013). Survey Error. In *Designing surveys: A guide to decisions and procedures* (Third edition, p. 440). Sage.

Bourque, J., Blais, J.-G., & Larose, F. (2009). L'interprétation des tests d'hypothèses : P, la taille de l'effet et la puissance. *Revue des sciences de l'éducation*, 35(1), 211-226. <https://doi.org/10.7202/029931ar>

Brun, P. (2015). Émotions et régulation émotionnelle: Une perspective développementale. *Enfance*, 2(2), 165-178. <https://doi.org/10.3917/enfl.152.0165>

Cañadas-De la Fuente, G. A., Gómez-Urquiza, J. L., Ortega-Campos, E. M., Cañadas, G. R., Albendín-García, L., & De la Fuente-Solana, E. I. (2018). Prevalence of burnout syndrome in oncology nursing: A meta-analytic study. *Psycho-Oncology*, 27(5), 1426-1433. <https://doi.org/10.1002/pon.4632>

CII. (2021, janvier 13). *La main-d'oeuvre infirmière mondiale confrontée à un*

traumatisme massif. Conseil internationale des infirmières.
https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICN%20COVID-19%20update%20report%20FINAL_FR.pdf

Converso, D., Loera, B., Viotti, S., & Martini, M. (2015). Do positive relations with patients play a protective role for healthcare employees? Effects of patients' gratitude and support on nurses' burnout. *Frontiers in Psychology*, 6. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2015.00470>

Crawford, R. (1980). Healthism and the Medicalization of Everyday Life. *International Journal of Health Services*, 10(3), 365-388. <https://doi.org/10.2190/3H2H-3XJN-3KAY-G9NY>

De la Fuente-Solana, E. I., Pradas-Hernández, L., Ramiro-Salmerón, A., Suleiman-Martos, N., Gómez-Urquiza, J. L., Albendín-García, L., & Cañadas-De la Fuente, G. A. (2020). Burnout Syndrome in Paediatric Oncology Nurses : A Systematic Review and Meta-Analysis. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 8(3), 309. <https://doi.org/10.3390/healthcare8030309>

Demerouti, E., Nachreiner, F., & Schaufeli, W. (2001). The Job Demands–Resources Model of Burnout. *The Journal of applied psychology*, 86, 499-512. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.86.3.499>

Dewa, C. S., Loong, D., Bonato, S., Trojanowski, L., & Rea, M. (2017). The relationship between resident burnout and safety-related and acceptability-related quality of healthcare : A systematic literature review. *BMC Medical Education*, 17(1), 195. <https://doi.org/10.1186/s12909-017-1040-y>

Dion, G., & Tessier, R. (1981). Validation de la traduction de l'inventaire d'épuisement professionnel de Malash et Jackson. *J Occup Behav*, 2, 99-113.

Donoso, L. M. B., Demerouti, E., Garrosa Hernández, E., Moreno-Jiménez, B., & Carmona Cobo, I. (2015). Positive benefits of caring on nurses' motivation and well-being : A diary study about the role of emotional regulation abilities at work. *International Journal of Nursing Studies*, 52(4), 804-816. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.01.002>

Fallowfield, L., Lipkin, M., & Hall, A. (1998). Teaching senior oncologists communication skills : Results from phase I of a comprehensive longitudinal program in the United Kingdom. *Journal of Clinical Oncology: Official Journal of the American Society of Clinical Oncology*, 16(5), 1961-1968. <https://doi.org/10.1200/JCO.1998.16.5.1961>

Finley, B. A., & Sheppard, K. G. (2017). Compassion Fatigue : Exploring Early-Career Oncology Nurses' Experiences. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 21(3), E61-E66. <https://doi.org/10.1188/17.CJON.E61-E66>

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

Friedlaender, A., Blaser, S., Luthy, C., & Rinaldi, A. P. (2017). Soins de support en oncologie : Un vrai changement pour le patient ? *Rev Med Suisse*, 563, 1049-1051.

Galliker, S., Igit, I., Elfering, A., & Semmer, N. (2020). Étude «Job-Stress-Index» (Feuille d'information 48). Promotion santé suisse. <https://friendlyworkspace.ch/fr/devenez-un-e-professionnel-le-de-la-gestion-de-la-sante-en-entreprise/stress-lie-au-travail/etude>

Garnefski, N., Boon, S., & Kraaij, V. (2003). Relationships Between Cognitive Strategies of Adolescents and Depressive Symptomatology Across Different Types of Life Event. *Journal of Youth and Adolescence*, 32, 401-408. <https://doi.org/10.1023/A:1025994200559>

Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences*, 30(8), 1311-1327. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(00\)00113-6](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00113-6)

Garrosa, E., Rainho, C., Moreno-Jiménez, B., & Monteiro, M. J. (2010). The relationship between job stressors, hardy personality, coping resources and burnout in a sample of nurses : A correlational study at two time points. *International Journal of Nursing Studies*, 47(2), 205-215. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.05.014>

Granek, L., Barrera, M., Scheinmann, K., & Bartels, U. (2016). Pediatric oncologists' coping strategies for dealing with patient death. *Journal of Psychosocial Oncology*, 34(1-2), 39-59. <https://doi.org/10.1080/07347332.2015.1127306>

Gribben, L., & Semple, C. J. (2021). Prevalence and predictors of burnout and work-life balance within the haematology cancer nursing workforce. *European Journal of Oncology Nursing: The Official Journal of European Oncology Nursing Society*, 52, 101973. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2021.101973>

Gross, J. J. (1998). The Emerging Field of Emotion Regulation : An Integrative Review. *Review of General Psychology*, 2(3), 271-299. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.2.3.271>

Gross, J. J. (2002). Emotion regulation : Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*, 39(3), 281-291. <https://doi.org/10.1017/s0048577201393198>

Gross, J. J., & Thompson, R. (2007). Emotion Regulation : Conceptual Foundations. *Handbook of Emotion Regulation*, 3-27.

Haute école spécialisée bernoise. (s. d.). *STRAIN – Work-related stress among health professionals in Switzerland*. Consulté 10 mai 2023, à l'adresse <https://www.bfh.ch/fr/recherche/projets-de-referance/strain/>

Helaß, M., Haag, G. M., Bankstahl, U. S., Gencer, D., & Maatouk, I. (2023). Burnout among German oncologists: A cross-sectional study in cooperation with the Arbeitsgemeinschaft Internistische Onkologie Quality of Life Working Group. *Journal of Cancer Research and Clinical Oncology*, 149(2), 765-777. <https://doi.org/10.1007/s00432-022-03937-y>

Jacobson MD, N., Westein MD, R., Nordstrom MD, R., & Pilarski DO, A. (2022). #WhyIDoIt: A Multidisciplinary Wellness Initiative in an Academic Emergency Department. *Western Journal of Emergency Medicine: Integrating Emergency Care with Population Health*, 23(5). <https://doi.org/10.5811/westjem.2022.4.55813>

Jermann, F., Van der Linden, M., d'Acremont, M., & Zermatten, A. (2006). Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ): Confirmatory factor analysis and psychometric properties of the French translation. *European Journal of Psychological Assessment*, 22, 126-131. <https://doi.org/10.1027/1015-5759.22.2.126>

Kharatzadeh, H., Alavi, M., Mohammadi, A., Visentin, D., & Cleary, M. (2020). Emotional regulation training for intensive and critical care nurses. *Nursing & Health Sciences*, 22(2), 445-453. <https://doi.org/10.1111/nhs.12679>

Kleiner, S., & Wallace, J. E. (2017). Oncologist burnout and compassion fatigue: Investigating time pressure at work as a predictor and the mediating role of work-family conflict. *BMC Health Services Research*, 17(1), 639. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2581-9>

Lang-Rollin, I., & Berberich, G. (2018). Psycho-oncology. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 20(1), 13-22. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2018.20.1/ilangrollin>

Liverant, G. I., Kamholz, B. W., Sloan, D. M., & Brown, T. A. (2011). Rumination in Clinical Depression: A Type of Emotional Suppression? *Cognitive Therapy and Research*, 35(3), 253-265. <https://doi.org/10.1007/s10608-010-9304-4>

Martín-Brufau, R., Martín-Gorgojo, A., Suso-Ribera, C., Estrada, E., Capriles-Ovalles, M.-E., & Romero-Brufau, S. (2020). Emotion Regulation Strategies, Workload Conditions, and Burnout in Healthcare Residents. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(21), Article 21. <https://doi.org/10.3390/ijerph17217816>

Maske, U. E., Riedel-Heller, S. G., Seiffert, I., Jacobi, F., & Hapke, U. (2016). [Prevalence and Comorbidity of Self-Reported Diagnosis of Burnout Syndrome in the General Population—Results of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1)]. *Psychiatrische Praxis*, 43(1), e1. <https://doi.org/10.1055/s-0035-1552702>

Maslach, C. (2003). Job Burnout: New Directions in Research and Intervention.

Current Directions in Psychological Science, 12(5), 189-192. <https://doi.org/10.1111/1467-8721.01258>

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

Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job Burnout. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 397-422. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397>

Meier, S. T. (1983). Toward a Theory of Burnout. *Human Relations*, 36(10), 899-910. <https://doi.org/10.1177/001872678303601003>

Moghadam, M. P., Nasiri, A., & Mahmoudirad, G. (2022). Exploring the Emotional Concerns of Oncology Nurses : A Qualitative Study. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 27(5), 425-431. https://doi.org/10.4103/ijnmr.ijnmr_258_21

Office fédéral de la Statistique. (2019). *Personnel soignant : La Suisse en comparaison internationale*. <https://www.bfs.admin.ch/asset/fr/9026843>

OFS. (2019, août 20). *Le stress et les risques psychosociaux ont augmenté dans le monde professionnel en 2017 - Enquête suisse sur la santé 2017 : Travail et santé*. Office fédéral de la statistique. <https://www.bfs.admin.ch/asset/fr/9366232>

OFSP, O. fédéral de la santé publique. (2023). *Politique de la santé : Stratégie du Conseil fédéral 2020–2030*. <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/strategie-und-politik/gesundheits-2030/gesundheitspolitische-strategie-2030.html>

OMS. (2022, février 2). *Cancer*. Organisation mondiale de la santé. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/cancer>

Ortony, A. (2022). Are All “Basic Emotions” Emotions? A Problem for the (Basic) Emotions Construct. *Perspectives on Psychological Science*, 17(1), 41-61. <https://doi.org/10.1177/1745691620985415>

Perlman, B., & Hartman, E. A. (1982). Burnout : Summary and Future Research. *Human Relations*, 35(4), 283-305. <https://doi.org/10.1177/001872678203500402>

Peter, K. A., Hahn, S., Schols, J. M. G. A., & Halfens, R. J. G. (2020). Work-related stress among health professionals in Swiss acute care and rehabilitation hospitals—A cross-sectional study. *Journal of Clinical Nursing*, 29(15-16), 3064-3081. <https://doi.org/10.1111/jocn.15340>

Pines, A., & Aronson, E. (1988). *Career burnout : Causes and cures* (p. xiv, 257). Free Press.

Pines, A., & Aronson, E. (1989). Why Managers Burn Out. *Sales & Marketing Management*, 34-38.

Potard, C., & Landais, C. (2021). Relationships between frustration intolerance beliefs, cognitive emotion regulation strategies and burnout among geriatric nurses and care assistants. *Geriatric Nursing*, 42(3), 700-707. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2021.02.018>

Rathert, C., Williams, E. S., & Linhart, H. (2018). Evidence for the Quadruple Aim : A Systematic Review of the Literature on Physician Burnout and Patient Outcomes. *Medical Care*, 56(12), 976. <https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000000999>

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

Schaufeli, W. B., & Van Dierendonck, D. (1993). The construct validity of two burnout measures. *Journal of Organizational Behavior*, 14, 631-647. <https://doi.org/10.1002/job.4030140703>

Schaufeli, W., Leiter, M., & Maslach, C. (2009). Burnout : 35 Years of research and practice. *Career Development International*, 14. <https://doi.org/10.1108/13620430910966406>

Shirom, A. (2003). Job-related burnout : A review. In *Handbook of occupational health psychology* (p. 245-264). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10474-012>

Sommerlatte, S., Lugnier, C., Schoffer, O., Jahn, P., Kraeft, A.-L., Kourti, E., Michl, P., Reinacher-Schick, A., Schmitt, J., Birkner, T., Schildmann, J., & Herpertz, S. (2023). Mental burden and moral distress among oncologists and oncology nurses in Germany during the third wave of the COVID-19 pandemic : A cross-sectional survey. *Journal of Cancer Research and Clinical Oncology*, 1-13. <https://doi.org/10.1007/s00432-023-04580-x>

West, C. P., Dyrbye, L. N., & Shanafelt, T. D. (2018). Physician burnout : Contributors, consequences and solutions. *Journal of Internal Medicine*, 283(6), 516-529. <https://doi.org/10.1111/joim.12752>

WHO. (2018, mai 16). *Investir dans la lutte contre les maladies non transmissibles : Un double avantage pour la santé et l'économie*. <https://www.who.int/fr/news/item/16-05-2018-investing-in-noncommunicable-disease-control-generates-major-financial-and-health-gains>

WHO. (2023, janvier). *CIM-11 pour les statistiques de mortalité et de morbidité*. <https://icd.who.int/browse11/l-m/fr#/http://id.who.int/icd/entity/129180281>

Yates, M., & Samuel, V. (2019). Burnout in oncologists and associated factors : A systematic literature review and meta-analysis. *European Journal of Cancer Care*, 28(3), e13094. <https://doi.org/10.1111/ecc.13094>

Zawieja, P. (2015). *Approches théoriques et modèles d'analyse du burn out* (p. 37-64). Presses Universitaires de France. <https://www.cairn.info/le-burn-out--9782130633563-p-37.htm>

Annexes

Annexe 1 : E-mail à l'attention des participants

Chère Madame X, (ou Cher Monsieur X)

Je suis étudiante en dernière année de master en psychologie de la santé à l'université de Lausanne. Je réalise actuellement mon mémoire de fin d'étude qui porte sur le burnout des soignants en oncologie. Ce travail s'inscrit dans un projet de plus grande envergure mené conjointement avec l'université de Lausanne et l'université de Lille. Aujourd'hui, un grand nombre de soignants souffrent de burnout. L'objectif de cette étude est de comprendre quelles variables psychologiques sont en lien avec l'épuisement des soignants afin de proposer, plus tard, des outils permettant de diminuer les symptômes.

Pour ce faire, nous avons développé **un questionnaire de 15 à 20 minutes** afin de récolter des données et de les analyser. Ce questionnaire est complètement anonyme et vous pouvez vous retirer à tout instant. Il est important d'essayer de répondre à chaque question de la manière la plus précise possible. **Le questionnaire se situe à l'adresse suivante** : <https://scalab.cnrs.fr/limesurvey/index.php/654459?lang=fr>

En répondant à ce questionnaire, vous participerez à une action visant l'amélioration du bien-être au travail de votre domaine d'activité. Si vous souhaitez, un feedback sur les résultats de l'étude vous sera envoyé.

Je reste à votre disposition pour toute question éventuelle de votre part et vous remercie d'avance pour le temps que vous nous accorderez.

Cordialement,

Camille Haas

Annexe 2 : Questionnaire auto-administré

28/06/2022

Serveur d'enquêtes LimeSurvey du laboratoire UMR CNRS/Univ Lille SCALab - Régulation des Émotions - Épuisement profession...

Régulation des Émotions - Épuisement professionnel

Bonjour,

Vous vous apprêtez à compléter une enquête en ligne portant sur la relation entre la gestion des émotions et l'épuisement professionnel auprès de la population soignante durant l'année écoulée. Cette étude s'adresse aux métiers liés à la santé (aides-soignants, médecins, infirmiers, psychologues, psychomotriciens, etc.)

Afin de recueillir ces informations, nous vous demandons de remplir les questionnaires suivants dont les instructions sont présentées en début de chaque questionnaire. Vous devrez répondre à l'ensemble des questions même si elles ne vous semblent pas très adaptées à votre situation personnelle. Si vous hésitez, répondez selon ce qui vous correspond le mieux. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse.

La passation dure entre 15 à 20 minutes. Vous pourrez arrêter l'expérience à tout moment en quittant la page internet. En cliquant sur le bouton « suivant », vous confirmez que vous avez pris connaissance de vos droits et vous acceptez de participer à l'étude (consentement de non-opposition). L'ensemble de vos réponses est anonyme et sera utilisé uniquement dans le cadre de cette recherche.

Nous sommes à votre disposition si vous avez des questions ou si vous souhaitez accéder aux résultats globaux de notre étude à l'adresse suivante delphine.grynberg@univ-lille.fr. Nous vous remercions par avance pour votre participation à cette étude. En vous souhaitant une bonne complétion.

Il y a 29 questions dans ce questionnaire

Vos émotions face aux événements négatifs/désagréables

Tout le monde se retrouve confrontés un jour ou l'autre à des événements négatifs ou désagréables, et chacun y réagit à sa façon.

En répondant aux questions suivantes, on vous demande ce que vous pensez généralement, lorsque vous vivez des événements négatifs ou désagréables.

Il n'existe pas de bonnes ou de mauvaises réponses. N'essayez pas de réfléchir trop longtemps, choisissez la réponse qui vous vient en premier lieu.

Durant l'année qui s'est écoulée...

[] Tout le monde se retrouve confrontés un jour ou l'autre à des événements négatifs ou désagréables, et chacun y réagit à sa façon.

En répondant aux questions suivantes, on vous demande ce que vous pensez généralement, lorsque vous vivez des événements négatifs ou désagréables.

Il n'existe pas de bonnes ou de mauvaises réponses. N'essayez pas de réfléchir trop longtemps, choisissez la réponse qui vous vient en premier lieu.

Durant l'année qui s'est écoulée...

*

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Presque jamais	Parfois	Régulièrement	Souvent	Presque toujours
J'ai le sentiment que je suis celui/celle à blâmer pour ce qui s'est passé.					
Je pense que je dois accepter que cela se soit passé.					
Je pense souvent à ce que je ressens par rapport à ce que j'ai vécu.					
Je pense à des choses plus agréables que celles que j'ai vécues.					
Je pense à la meilleure façon de faire.					
Je pense pouvoir apprendre quelque chose de la situation					
Je pense que tout cela aurait pu être bien pire.					
Je pense souvent que ce que j'ai vécu est bien pire que ce que d'autres ont vécu.					
J'ai le sentiment que les autres sont à blâmer pour ce qui s'est passé.					
J'ai le sentiment que je suis responsable de ce qui s'est passé.					
Je pense que je dois accepter la situation.					
Je suis préoccupé(e) par ce que je pense et ce que je ressens concernant ce que j'ai vécu.					
Je pense à des choses agréables qui n'ont rien à voir avec ce que j'ai vécu.					
Je pense à la meilleure manière de faire face à la situation.					
Je pense pouvoir devenir une personne plus forte suite à ce qui s'est passé.					
Je pense que d'autres passent par des expériences bien pires.					
Je repense sans cesse au fait que ce que j'ai vécu est terrible.					

	Presque jamais	Parfois	Régulièrement	Souvent	Presque toujours
J'ai le sentiment que les autres sont responsables de ce qui s'est passé.					
Je pense aux erreurs que j'ai commises par rapport à ce qui s'est passé.					
Je pense que je ne peux rien changer à ce qui s'est passé.					
Je veux comprendre pourquoi je me sens ainsi à propos de ce que j'ai vécu.					
Je pense à quelque chose d'agréable plutôt qu'à ce qui s'est passé.					
Je pense à la manière de changer la situation.					
Je pense que la situation a aussi des côtés positifs.					
Je pense que cela ne s'est pas trop mal passé en comparaison à d'autres situations.					
Je pense souvent que ce que j'ai vécu est le pire qui puisse arriver à quelqu'un.					
Je pense aux erreurs que les autres ont commises par rapport à ce qui s'est passé.					
Je pense qu'au fond je suis la cause de ce qui s'est passé.					
Je pense que je dois apprendre à vivre avec ce qui s'est passé.					
Je pense sans cesse aux sentiments que la situation a suscités en moi.					
Je pense à des expériences agréables.					
Je pense à un plan concernant la meilleure façon de faire.					
Je cherche les aspects positifs de la situation.					
Je me dis qu'il y a pire dans la vie.					
Je pense continuellement à quel point la situation a été horrible.					

	Presque jamais	Parfois	Régulièrement	Souvent	Presque toujours
J'ai le sentiment qu'au fond les autres sont la cause de ce qui s'est passé.					

Vos relations avec les usagers/patients

Évaluez à quel point vous êtes en accord ou en désaccord avec ces affirmations, et cochez pour chacune d'entre elle, le chiffre qui correspond mieux à votre façon d'être auprès de vos patients/usagers, de 1 (pas du tout d'accord) à 7 (tout à fait d'accord).

Durant l'année qui s'est écoulée...

[]Évaluez à quel point vous êtes en accord ou en désaccord avec ces affirmations, et cochez pour chacune d'entre elle, le chiffre qui correspond mieux à votre façon d'être auprès de vos patients/usagers, de 1 (pas du tout d'accord) à 7 (tout à fait d'accord).

Durant l'année qui s'est écoulée...

*

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

1 - Pas du tout d'accord	2 - Fortement en désaccord	3 - Un peu en désaccord	4 - En désaccord et en accord à la fois	5 - Un peu en accord	6 - Fortement en accord	7 - Tout à fait d'accord
--------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------	---	----------------------------	-------------------------------	--------------------------------

La compréhension
par les soignants
de ce que
ressentent leurs
patients et leurs
familles
n'influence pas le
traitement.

Les patients se
sentent mieux
quand les
soignants
comprennent ce
qu'ils ressentent.

Il est difficile pour
les soignants de
voir les choses
telles que les
perçoivent les
patients.

Comprendre le
langage du corps
est aussi
important que la
communication
verbale dans les
relations
soignants/soignés.

Le sens de
l'humour contribue
à l'obtention d'un
meilleur résultat
clinique.

1 - Pas du tout d'accord	2 - Fortement en désaccord	3 - Un peu en désaccord	4 - En désaccord et en accord à la fois	5 - Un peu en accord	6 - Fortement en accord	7 - Tout à fait d'accord
--------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------	---	----------------------------	-------------------------------	--------------------------------

Parce que les gens sont différents, il est difficile de voir les choses comme les patients les perçoivent.

L'attention portée aux émotions des patients n'est pas importante dans l'investigation.

L'attention portée aux expériences personnelles des patients n'influence pas les résultats des traitements.

Les soignants devraient essayer de se mettre à la place de leurs patients quand ils les soignent.

Les patients attachent de l'importance à la compréhension par les soignants de ce qu'ils ressentent, ce qui est thérapeutique en soi.

Les maladies des patients peuvent seulement être traitées par un traitement médical ou chirurgical.

Donc les liens d'ordre affectif des soignants avec leurs patients n'influencent pas de façon significative le traitement médical.

Demander aux patients ce qui se passe dans leur vie personnelle n'aide pas à comprendre ce dont ils se plaignent.

1 - Pas du tout d'accord	2 - Fortement en désaccord	3 - Un peu en désaccord	4 - En désaccord et en accord à la fois	5 - Un peu en accord	6 - Fortement en accord	7 - Tout à fait d'accord
--------------------------	----------------------------	-------------------------	---	----------------------	-------------------------	--------------------------

Les soignants devraient essayer de comprendre ce qui se passe dans l'esprit de leurs patients en faisant attention aux expressions non verbales et à l'attitude corporelle.

Je crois que l'émotion n'a aucune place dans le traitement médical d'une maladie

L'empathie est une compétence thérapeutique sans laquelle, l'efficacité du soignant est limité.

La compréhension par les soignants de l'état émotionnel de leurs patients, et de leurs familles, est une dimension importante de la relation soignants/soignés.

Pour mieux les soigner, les médecins devraient essayer de penser comme leurs patients.

Les soignants ne devraient pas se permettre de se laisser influencer par de forts liens personnels entre le patient et sa famille.

La lecture de la littérature non médicale ou les oeuvres artistiques ne m'apportent aucun plaisir.

Je crois que l'empathie est un facteur thérapeutique important dans le traitement médical.

Votre relation vis-à-vis du monde du travail.

[]

Dans cette partie, nous vous demandons de répondre une fois encore à toutes les questions, concernant la perception de votre travail et votre relation avec celui-ci. Encore une fois, il n'existe ni bonnes ni mauvaises réponses. Ne tardez pas à trop à réfléchir à la fréquence ou de calculer, choisissez la réponse qui vous semble le plus juste.

Veillez répondre a ces questions en vous concentrant sur cette dernière année écoulée. *

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Jamais	Quelques fois par an, au moins.	Une fois par mois au moins.	Quelques fois par mois.	Une fois par semaine environ.	Plusieurs fois par semaine.	Chaque jour.
Je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail.							
Je me sens à bout à la fin de ma journée de travail.							
Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail.							
Je peux comprendre facilement ce que mes patients ressentent.							
Je sens que je m'occupe de certains patients de façon impersonnelle, comme s'ils étaient des objets.							
Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort.							
Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes patients.							
Je sens que je craque à cause de mon travail.							
J'ai l'impression, à travers de mon travail, d'avoir une influence positive sur les gens.							
Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail.							

	Jamais	Quelques fois par an, au moins.	Une fois par mois au moins.	Quelques fois par mois.	Une fois par semaine environ.	Plusieurs fois par semaine.	Chaque jour.
Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement.							
Je me sens plein(e) d'énergie.							
Je me sens frustré(e) par mon travail.							
Je sens que je travaille "trop dur" dans mon travail.							
Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes patients.							
Travailler en contact direct avec les gens me stresse trop.							
J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes patients.							
Je me sens ragaillardi(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de patients.							
J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail.							
Je me sens au bout du rouleau.							
Dans mon travail, je traite les problèmes émotionnels très calmement.							
J'ai l'impression que mes patients me rendent responsable de certains de leurs problèmes.							

Données individuelles

[]Vous êtes... *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

 femme femme

 homme homme

 ne désire pas se prononcer ne désire pas se prononcer

 Autre Autre

[]Votre âge *

Seuls des nombres peuvent être entrés dans ce champ.

Veillez écrire votre réponse ici :

[]Êtes vous en couple *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

 Oui Oui

 Non Non

[]Quel est votre métier ? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

 Médecin Médecin

 Psychiatre Psychiatre

 Psychologue Psychologue

 Infirmier(e) Infirmier(e)

 Aide-Soignant(e) Aide-Soignant(e)

 Kinésithérapeute Kinésithérapeute

 Ergothérapeute Ergothérapeute

 Sage-femme Sage-femme

 Orthophoniste Orthophoniste

 Diététicien(ne) Diététicien(ne)

 Cadre de santé Cadre de santé

 Psychomotricien(ne) Psychomotricien(ne)

 Auxiliaire de vie Auxiliaire de vie

 Autre Autre

[]veuillez préciser *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Autre' à la question '7 [D13a]' (Quel est votre métier ?)

Veillez écrire votre réponse ici :

[] Dans quel pays travaillez-vous ? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

 France France

 Suisse Suisse

 Belgique Belgique

[] Depuis combien d'années exercez-vous en tant que professionnel(le) ? *

Seuls des nombres peuvent être entrés dans ce champ.

Veillez écrire votre réponse ici :

[] Veuillez indiquer le domaine médical principal (ex : "oncologie"; "gériatrie"). *

Veillez écrire votre réponse ici :

[] Depuis combien d'années exercez-vous dans ce domaine ? *

Seuls des nombres peuvent être entrés dans ce champ.

Veillez écrire votre réponse ici :

[] Dans quel service de la structure actuelle travaillez-vous ? Si vous n'êtes pas rattaché(e) à un service en particulier, veuillez tous les citer *

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

Service(s)

[] Depuis combien d'années exercez-vous dans ce service ? *

Seuls des nombres peuvent être entrés dans ce champ.

Veillez écrire votre réponse ici :

[] Dans quelle structure travaillez-vous principalement? (une seule réponse possible) *

Veillez sélectionner une réponse maximum

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

 CHR/CHU CHR/CHU

 Clinique Clinique

 Centre de soins de suite et de réadaptation Centre de soins de suite et de réadaptation

 Ehpad Ehpad

 Maison d'accueil spécialisée (MAS) Maison d'accueil spécialisée (MAS)

 CMP/CMPP CMP/CMPP

 Foyers de vie/d'hébergement/d'accueil médicalisé Foyers de vie/d'hébergement/d'accueil médicalisé

 Maison médicale Maison médicale

 EPSM EPSM

 Libéral Libéral

Autre:

[] Votre structure appartient au secteur... *

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

 Secteur public Secteur public

 Secteur privé Secteur privé

 Autre Autre

[]

Votre statut actuel dans cette structure *

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

 En exercice - Temps plein En exercice - Temps plein

 En exercice - Mi-temps En exercice - Mi-temps

 Interne / Stage Interne / Stage

 En arrêt (professionnel, maladie etc.) En arrêt (professionnel, maladie etc.)

 Autre Autre

[] Votre contrat actuel dans cette structure *

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

 CDD CDD

 CDI CDI

 Convention universitaire (Stage et internat) Convention universitaire (Stage et internat)

 Fonction territoriale Fonction territoriale

 Fonction publique - Contractuel Fonction publique - Contractuel

 Fonction publique - Titulaire Fonction publique - Titulaire

 Libéral Libéral

Autre:

[] Depuis combien d'années exercez-vous dans cette structure ? *

Seuls des nombres peuvent être entrés dans ce champ.

Veuillez écrire votre réponse ici :

[] Le nombre de prise en soins/consultations par jour en moyenne, sur le dernier mois écoulé, dans la structure principale : *

Seuls des nombres peuvent être entrés dans ce champ.

Veuillez écrire votre réponse ici :

par jour

[] Avez-vous une activité professionnelle complémentaire ? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

 Oui Oui

 Non Non

Environnement

Voici un ensemble de questions liées au soutien dont vous pouvez bénéficier mais aussi aux difficultés auxquelles vous pouvez faire face

[]

Répondez en réfléchissant à la façon dont vous vous sentez considéré(e) dans votre travail par vos supérieurs. Indiquez votre degré d'accord avec chacune des propositions ci-dessous en utilisant une échelle allant de « Pas du tout d'accord » à « Tout à fait d'accord ».

En tant qu'infirmier-ière, mes supérieurs me traitent...

*

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Infirmier(e)' à la question '7 [DI3a]' (Quel est votre métier ?)

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Légèrement pas d'accord	Ni d'accord, ni pas d'accord	Légèrement d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
... comme un objet.							
... comme un individu dénué d'une personnalité à part entière.							
... de manière superficielle.							
... comme si j'étais quelqu'un qui manque de volonté ou d'initiative.							
... comme si j'étais un automate.							
... de manière mécanique et froide, comme si j'étais un robot.							
... comme si j'étais dénu(e) d'empathie et de sensibilité.							
... comme si j'étais dénué(e) d'émotions.							
... comme une personne sans profondeur.							
... comme une personne fermée, incapable d'intégrer de nouvelles idées.							
... comme une personne froide.							

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Légèrement pas d'accord	Ni d'accord, ni pas d'accord	Légèrement d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
... comme si j'étais quelqu'un d'immature.							
... comme si j'étais quelqu'un manquant d'intelligence et de compétence.							
... comme si j'étais quelqu'un de simple et sommaire.							
... comme si j'étais un enfant.							
... comme si j'étais un être sous-évolué.							
... comme primitive/primitive.							
... comme quelqu'un manquant de retenue, comme un animal.							
... comme quelqu'un d'irrationnel.							
... comme quelqu'un manquant de culture.							
... comme une personne amoral, susceptible de réaliser des actes amoraux.							
... comme un animal.							

Avez-vous déjà été victime de violences/agressivité dans l'exercice de votre activité professionnelle? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

Oui Oui

Non Non

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '23 [VIOLENCE1]' (Avez-vous déjà été victime de violences/agressivité dans l'exercice de votre activité professionnelle?)

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Plusieurs fois par semaine	1 fois par semaine	1 fois par mois	1 fois par an	Moins d'une fois par an
A quelle fréquence l'agressivité sous forme verbale se manifeste-t- elle ?					

Plusieurs fois
par semaine1 fois par
semaine1 fois par
mois

1 fois par an

Moins d'une
fois par an

A quelle fréquence
l'agressivité sous forme
physique se manifeste-
t-elle ?

 ***Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :**

La réponse était 'Oui' à la question '23 [VIOLENCE1]' (Avez-vous déjà été victime de violences/agressivité dans l'exercice de votre activité professionnelle?)

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

Pas du
tout

Fortement

A quel point la violence/l'agressivité vécue vous affecte-t-elle émotionnellement?

A quel point la violence/l'agressivité vécue vous affecte-t-elle professionnellement?

A quel point ruminez-vous à propos de cette violence/l'agressivité vécue?

Questions générales

[]

Souhaitez-vous faire un commentaire concernant le questionnaire ?

Veillez écrire votre réponse ici :

[]Comment la situation sanitaire actuelle a impacté votre pratique? (votre manière de gérer vos émotions, votre conception des liens entre soignants et patients, vos symptômes d'épuisement, ...) *

Veillez écrire votre réponse ici :

[]Avez-vous déjà vécu ou souffrez-vous actuellement d'un épuisement professionnel ? (Sur base d'un diagnostic médical) *

Veillez sélectionner 2 réponses maximum

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

Non, je n'ai jamais vécu d'épuisement professionnel Non, je n'ai jamais vécu d'épuisement professionnel

Oui, j'ai déjà vécu un épuisement professionnel Oui, j'ai déjà vécu un épuisement professionnel

Oui, je souffre actuellement d'un épuisement professionnel Oui, je souffre actuellement d'un épuisement professionnel

Ne se prononce pas Ne se prononce pas

[]Comment avez-vous eu accès à cette enquête? (une seule réponse possible) *

Veillez sélectionner une réponse maximum

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

 Directement par les chercheuses ou lieu de stage

Directement par les chercheuses ou lieu de stage

 Par un forum

Par un forum

 Par une mailing list

Par une mailing list

 Par un(e) collègue

Par un(e) collègue

 Groupe facebook dédié aux professionnels de soins

Groupe facebook dédié aux professionnels de soins

 LinkedIn

LinkedIn

Autre:

Cette recherche a pour objectif une meilleure compréhension des liens entre les émotions, les stratégies utilisées pour les moduler et l'émergence d'un épuisement professionnel auprès des soignants, population fortement vulnérable à cet épuisement. Les résultats attendus nous permettront de mieux comprendre ces liens et d'explorer les moyens de réduire ce risque d'épuisement.

La crise que nous traversons est malheureusement propice à l'apparition de ces symptômes. De plus, d'autres facteurs tels que le manque de reconnaissance des pairs, une expérience encore limitée et le fait d'être victime de violence de la part des patients pourraient constituer des facteurs aggravants.

Si ce questionnaire vous a fait prendre conscience de certaines difficultés émotionnelles en lien avec votre travail de soignant, vous pouvez contacter delphine.grynberg@univ-lille.fr afin qu'on puisse vous proposer une réorientation auprès d'un service médico-psycho-social.

Envoyer votre questionnaire.

Merci d'avoir complété ce questionnaire.