

**Le burnout chez les infirmières en oncologie.
Une approche contextuelle du modèle exigences-
contrôle-soutien.**

**Burnout among oncology nurses: a context specificity
approach of the Job Demand Control Support Model**

Didier Truchot*, Xavier Borteyrou*

Laboratoire de Psychologie EA 3188, 30-32 rue Mégevand, 25030

Besançon Cedex. France. didier.truchot@univ-fcomte.fr

Résumé :

Cette recherche, réalisée auprès d'infirmières exerçant en oncologie, est guidée par le modèle exigences-contrôle-soutien (Karasek & Theorell, 1990). Cependant, en accord avec les auteurs qui plaident pour une prise en compte de la spécificité du contexte dans les recherches sur le stress au travail, nous avons dans un premier temps conduit 3 focus groups pour identifier les sources d'exigences, de contrôle et de soutien perçues par les infirmières en oncologie. L'analyse de contenu a permis de construire un questionnaire auquel ont répondu 144 infirmières. Les analyses factorielles révèlent quatre facteurs : « exigences organisationnelles », « exigences des patients », « soutien » et « contrôle ». Ensuite, les analyses de régression hiérarchiques indiquent que les exigences, le contrôle et le soutien prédisent de façon significative le burnout, en particulier l'épuisement émotionnel. On observe également un effet modérateur du soutien social. De leur côté, les stressors spécifiques (i.e., ceux relatifs aux relations difficiles avec les patients) contribuent au burnout, ce qui confirme la nécessité d'inclure dans les composants du modèle JDSC des stressors spécifiques au contexte de travail.

Abstract :

The current investigation, studying the burnout among oncology nurses, was guided by the Demand Control Support model (Karasek & Theorell, 1990). However, in accordance with scholars claiming for a context-specificity in occupational stress research, we first conducted 3 semi-structured focus groups to identify the specific sources of demands, control and support experienced by oncology nurses. The scale established from this analysis, (as well the other study variables), had been answered by 144 oncology nurses. Factorial analyses revealed 4 latent factors: "job demands", "patient demands", "support" and "control". Then,

hierarchical regression analyses indicated that job demands, control and support predicted significant proportions of burnout, in particular emotional exhaustion. We also observed a moderator effect of social support. Furthermore, the situation-specific stressors, that is, those relating to difficult relationships with patients, made significant contributions to burnout, supporting the claim of augmenting the components of the Demand Control Support model with stressors that are more situation-specific.

Mots clés : Modèle Exigences - Contrôle – Soutien ; Burnout ; Spécificité du contexte ; Infirmières de cancérologie.

Key words: Job Demand-Control-Social Support Model ; Burnout; Context specificity; Oncology Nurses.

1 Introduction.

Le cancer est devenu la première cause de mortalité en France. (Aouba, Péquignot, Le Toullec & Jouglu, 2004). Par conséquent de plus en plus de professionnels de santé prennent en charge des patients atteints de cette affection. Ces professionnels, en particulier les personnels de soins infirmiers, risquent par là même d'être confrontés aux tensions habituellement présentes dans les relations soignants-soignés (Ilhan, Durukan, Taner, Maral & Bumin, 2008). Ils risquent aussi de faire face aux tensions plus spécifiques au cancer, par exemple la confrontation à la souffrance et à la mort. Toutefois, on en sait peu aujourd'hui sur les tensions perçues par les soignants exerçant en oncologie et sur les conséquences de celles-ci. Au cours de cette recherche, inspirée du modèle de Karasek (1979), nous avons cherché à identifier les stressors perçus par les infirmières exerçant en Centre de Lutte Contre le Cancer. Nous avons ensuite testé leur impact sur le syndrome d'épuisement professionnel, le burnout.

1.1 Les stressors des infirmières en oncologie.

On a parfois affirmé que la cancérologie représente une opportunité pour ceux qui cherchent à donner à leur travail un sens d'utilité sociale : les soins et les tâches complexes destinés à soigner et guérir, les demandes de sécurité, représentent autant de situations susceptibles d'alimenter un engagement professionnel (e.g., Meyer, 1992 ; Le Blanc & Schaufeli, 2003). Toutefois, les personnels exerçant en cancérologie doivent aussi faire face quotidiennement à la douleur des patients, à leurs symptômes dépressifs, à leurs comportements régressifs, au déni, à la torpeur, ou

encore aux demandes d'euthanasie (McDaniel, Musselman, Porter, Reed & Nemerott, 1995 ; Florio, Donnely, & Zevon, 1998 ; Laporte-Matzo & Kennedy Schwarz, 2001). Par ailleurs, en oncologie, les infirmières redoutent d'administrer des traitements douloureux, qui provoquent de l'anxiété et des effets secondaires nocifs. (Molassiotis & van den Akker, 1995 ; Lederger, 1998 ; Lyckolm, 2001). De plus, procurer simultanément des soins intensifs et palliatifs accroît le sentiment d'échec : aujourd'hui la cancérologie valorise le succès thérapeutique et ne considère pas les soins palliatifs comme une activité valorisante (Delvaux, Razavi & Farvacques, 1988 ; Lyckholm, 2001). A cela s'ajoute, les comportements agressifs des patients et de leur famille (Lederberg, 1998 ; Le Blanc, Bakker, Peeters, van Heesch & Schaufeli, 2001). Inversement, l'empathie éprouvée pour les patients peut conduire à des symptômes de traumatisme vicariant (Sinclair & Hamill, 2007). Le déclin prévisible des malades entame la signification de son travail, entraîne des doutes concernant ses performances, ce qui nourrit une image négative de soi (Florio, Donnely, & Zevon, 1998).

Parallèlement, l'organisation institutionnelle, la pression du temps, ne permettent pas au personnel d'exprimer sa douleur face à la mort des patients, en particulier lorsque s'est établi un lien affectif (Cooper & Mitchel, 1990; Escot et al., 2001, Emery, 1993). Et, si travailler dans une équipe interdisciplinaire apporte un soutien social, la coexistence de groupes professionnels qui s'adressent chacun à un aspect particulier des soins représente éventuellement une source d'incompréhension et de conflits (Le Blanc & Schaufeli, 2003). Autrement dit, si le travail en oncologie représente un choix vocationnel répondant à un désir d'engagement auprès d'autrui, il comporte également de nombreux stressseurs qui peuvent susciter des tensions et par conséquent engendrer du burnout.

1.2 Le burnout.

Le burnout est un syndrome psychologique composé de trois dimensions (Maslach & Jackson, 1986). La première dimension, *l'épuisement émotionnel* réfère au sentiment d'être submergé par les exigences professionnelles et vidé de ses ressources émotionnelles. Pour faire face aux sentiments d'épuisement, les professionnels chercheront à mettre une distance avec les patients en développant des attitudes impersonnelles, détachées. Ces attitudes correspondent à la deuxième dimension du burnout, la *dépersonnalisation*. Enfin, la *réduction de l'accomplissement personnel* renvoie à la tendance à évaluer négativement son travail, le professionnel ne s'attribuant plus aucune capacité à faire avancer les choses. Toutefois, les recherches actuelles amènent les auteurs à considérer cette troisième dimension plus comme une caractéristique personnelle que comme un aspect du burnout (Bresó, Salanova & Schaufeli, 2007). Aussi, dans cette étude nous nous limiterons aux deux premières dimensions du burnout, l'épuisement émotionnel et la dépersonnalisation.

1.3 Le burnout chez les personnels infirmiers de cancérologie (IC).

D'après Sherman, Edwards, Simonton et Mehta, (2006), le degré de burnout est élevé en cancérologie. Cependant, les études qui comparent le burnout des infirmières de cancérologie (IC) avec celui des infirmières exerçant dans d'autres spécialités offrent des résultats contrastés. Albaladejo, Villanueva, Ortega, Astasio, Calle, & Dominguez, (2004) montrent que les IC ont des scores de burnout identiques à ceux de leurs collègues exerçant en service d'urgence, mais supérieurs à ceux des autres unités de soins du même centre hospitalier. En revanche, Yasko (1983), trouve que des IC ont des scores de burnout inférieurs à ceux d'infirmières exerçant dans 8 autres spécialités. Et dans une recherche menée dans la

région d'Athènes, les IC ont des scores identiques à celles travaillant en hôpital général (Papadatou, Anagnostopoulos, & Monos, 1994). Quelques recherches ont comparé le score de burnout des IC avec celui d'autres groupes professionnels exerçant en oncologie (médecins, etc.). Ainsi Le Blanc et Schaufeli (2003) trouvent que les IC ont des scores d'épuisement émotionnel significativement supérieurs à ceux de médecins et de manipulateurs. Ce résultat corrobore celui obtenu par Heim (1992) qui observe que les infirmières en cancérologie ont des scores de stress plus élevés que les médecins.

Toutefois, chez les IC, le score de dépersonnalisation est généralement faible. Dans l'étude de Le Blanc et Schaufeli (2003), il est identique à celui des manipulateurs et inférieur à celui des médecins. Ce résultat est confirmé par Kash et al., (2000). De même, Isikhan, Comez et Danis (2004) montrent qu'en oncologie, les infirmières turques, comparativement aux médecins, entretiennent des relations proches avec leurs patients, et manifestent envers eux des attitudes plus empathiques.

En résumé, les stressors auxquels sont confrontées les IC les exposent à des tensions susceptibles de conduire au burnout. Toutefois, les études portant sur le burnout des IC sont rares comparativement à celles portant sur des infirmières exerçant dans d'autres types de services (Le Blanc & Schaufeli, 2003). Par ailleurs ces études offrent des résultats peu cohérents du point de vue de la prévalence du burnout au sein de ce groupe professionnel.

1.4 Le modèle de la tension au travail.

Le modèle « exigences - contrôle » (Karasek et Theorell, 1990) est l'un des plus influents dans le domaine de la santé au travail. D'après ce modèle, deux aspects essentiels déterminent la santé au travail. D'une part les *exigences du travail (job demands)* qui renvoient à des aspects tels que le conflit de rôle, la pression du temps où un rythme de travail élevé.

D'autre part, la *latitude décisionnelle*, qui renvoie à la possibilité d'exercer un contrôle sur son activité. Cette dimension recouvre deux aspects : *l'autonomie décisionnelle, i.e.*, dans quelle mesure l'employé peut prendre des décisions de façon autonome et *l'utilisation des compétences, i.e.*, dans quelle mesure l'employé peut utiliser ses compétences. D'un point de vue méthodologique ces variables sont le plus souvent mesurées en s'inspirant du questionnaire établi par Karasek (1985).

Dans ce modèle, les exigences sont conçues comme des stressors et le contrôle comme un modérateur du stress, les effets des exigences sur la santé étant supposés dépendre du contrôle que l'individu exerce sur son travail. Plus précisément, deux hypothèses principales sont à la base du modèle. L'hypothèse « tension » prédit que les situations de travail caractérisées par des exigences élevées et un faible contrôle altéreront le bien être physique et psychologique. La seconde hypothèse prédit que les situations de travail qui combinent des exigences élevées et un contrôle également élevé seront associées à un bien être psychologique. Autrement dit, le contrôle doit avoir un effet modérateur sur les effets potentiellement nocifs des exigences élevées sur la santé.

Dans un développement ultérieur, le modèle s'est vu augmenter d'une nouvelle variable, le soutien social (Johnson & Hall, 1988). On parle alors de modèle exigences - contrôle - soutien. Deux hypothèses principales en découlent : l'hypothèse « isolement - tension » stipule que les situations caractérisées par des exigences élevées, un faible contrôle et un faible support sont les plus nuisibles à la santé. L'hypothèse de l'effet modérateur prédit que le soutien social décroît les effets négatifs que les exigences élevées et un faible contrôle peuvent avoir sur la santé.

1.5 Critiques du modèle.

Si au niveau empirique, on a souvent vérifié les effets principaux des exigences, du contrôle et du soutien sur différents indicateurs de santé, en revanche, on a rarement vérifié les effets d'interaction entre ces variables (Van der Doef & Maes, 1999). Au cours des dernières années, plusieurs critiques ont été avancées pour expliquer ces résultats et plusieurs propositions ont été formulées pour accroître le pouvoir prédictif du modèle.

Le modèle de Karasek (1979) et son questionnaire (Karasek, 1985) s'appuient sur une mesure générique des exigences, du contrôle et du soutien destinée à s'adapter à l'ensemble des professions. En contrepartie, une mesure globale des caractéristiques du travail ne permet pas de prendre en compte les stressors spécifiques à un emploi ou un contexte de travail particulier (Sparks & Cooper, 1999). Eloignée du contenu concret de l'activité des personnes interrogées, elle risque d'inclure des sources de tensions non pertinentes pour l'emploi étudié et inversement d'exclure des stressors spécifiques pertinents. Par ailleurs avec une mesure globale du contrôle et du soutien on prend le risque de ne pas saisir les formes et les sources de contrôle et de soutien qui s'adaptent aux exigences et modèrent leurs effets. En d'autres termes, ceci peut expliquer pourquoi on trouve rarement les effets d'interaction (Kivimaki et Lindstrom, 1995). Ainsi, Wall, Jackson, Mullarkey et Parker (1996) n'observent pas d'effet modérateur avec une mesure globale du contrôle mais en obtiennent un lorsqu'ils utilisent une mesure spécifique. Comme le suggèrent Van der Doef et Maes (1999, p. 109) inclure « des mesures spécifiques des exigences, du contrôle et du support pourrait améliorer le pouvoir explicatif et prédictif du modèle ». Il est donc nécessaire de partir du contexte de travail particulier à un groupe professionnel donné. Par ailleurs, c'est en recueillant des résultats spécifiques à un groupe professionnel que l'on pourra concevoir des interventions plus appropriées si l'on souhaite réduire le stress professionnel (McClenahan, Giles & Mallett, 2007).

Dans le domaine de la cancérologie, Peeters et LeBlanc (2001) reprochent au modèle de Karasek de ne prendre en compte que les exigences quantitatives, c'est-à-dire d'ignorer bien d'autres stressseurs liés au burnout. Ils ont étendu le modèle de Karasek en distinguant trois catégories d'exigences *a priori* spécifiques aux soignants exerçant en cancérologie : 1) les exigences intrapersonnelles (i.e., les exigences quantitatives), 2) les exigences interpersonnelles telles que les demandes émotionnelles et 3) les exigences organisationnelles. Toutefois ces 3 catégories sont distinguées *a priori* par ces chercheurs. Nous avons préféré partir d'une recherche de terrain, pour déterminer d'abord des catégories de stressseurs, de contrôle et de soutien spécifiques au contexte professionnel des infirmières de cancérologie.

Objectifs de la recherche.

En accord avec les chercheurs qui plaident pour une prise en compte de la spécificité du contexte, un des objectifs de cette recherche est d'étudier le burnout d'un groupe professionnel homogène, les infirmières françaises exerçant en cancérologie, à partir du modèle de Karasek. Parallèlement, un autre objectif était de vérifier si des variables spécifiques au contexte du travail infirmier en cancérologie ajoutent à la prédiction du modèle.

2 Méthode.

2.1 Analyse préliminaire

Dans un premier temps, pour identifier les sources d'exigences professionnelles, de contrôle et de soutien, perçues par les IC, 3 *focus groups* impliquant 4 à 6 infirmières ont été réalisés. Au cours de ces

séances de travail, les variables et les items du questionnaire de Karasek ont été examinés pour évaluer leur adéquation à la situation de travail des infirmières en oncologie. Ces réunions ont conduit à supprimer certains items jugés peu pertinents. Par exemple « Attendre le travail de collègues ou d'autres départements ralentit souvent mon propre travail ». Certains items ont été adaptés à la situation professionnelle des infirmières en cancérologie. Par exemple, l'item « Mes tâches sont souvent interrompues avant d'être achevées, nécessitant de les reprendre plus tard » est devenu : « Vous êtes interrompu pendant un acte de soins ». En outre, des stressors relatifs aux relations avec les patients ont été ajoutés « e.g., certains patients sont non compliants, non coopératifs » en tenant compte également de la charge émotionnelle (e.g., « vous ressentez des chocs émotionnels »). De plus, les sources de soutien spécifiques (équipe médicale, paramédicale) ont été prises en compte. L'analyse nous a permis d'établir une série de 32 sources d'exigences, de contrôle et de soutien.

2.2 Recherche définitive

2.2.1 Procédure et participants

Un questionnaire a été distribué aux infirmières de deux Centres de Lutte Contre le Cancer. Des affiches annonçant la réalisation de cette enquête ont été placardées dans les salles réservées au personnel. Une urne permettait de retourner les questionnaires en garantissant l'anonymat. Au total, 144 questionnaires ont été retournés. Le taux de réponse est de 76.7%. L'échantillon est principalement féminin (96.5%). La moyenne d'âge est de 36.4 ans (e-t = 10.5). La moyenne d'ancienneté professionnelle est de 13.3 ans (e-t = 11.1) et la moyenne d'ancienneté en cancérologie est de 10.8 années (e-t = 9.7).

2.2.2 Mesures

- Le burnout

Le burnout a été mesuré avec le Maslach Burnout Inventory (MBI) (Maslach & Jackson, 1986). Cet instrument, validé en français (Dion & Tessier, 1994), contient trois échelles: l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation, et l'accomplissement personnel réduit. Dans cette recherche, nous n'avons mesuré que les deux premières dimensions, qui représentent les éléments centraux du burnout (Cf. supra). Nous obtenons des alpha de .86 et .71, pour l'épuisement émotionnel et la dépersonnalisation, respectivement.

-Les exigences, le contrôle et le soutien

Les exigences, le contrôle et le soutien ont été mesurés grâce aux 32 items obtenus à partir de la méthode décrite plus haut. Chaque item était associé à une échelle de type Likert, en 7 points.

Variables professionnelles et socio-démographiques.

Une série de questions était destinée à recueillir les caractéristiques professionnelles et socio-démographiques des participants : âge, genre, ancienneté professionnelle.

2.3 Résultats

2.3.1 Analyse factorielle

Nous avons soumis les 32 items destinés à mesurer les sources spécifiques d'exigences, le contrôle et de soutien à une analyse factorielle (méthode du maximum de vraisemblance), suivie de rotations promax.

Cette analyse a donné 6 facteurs de valeur propre supérieure à 1 (critère de Kaiser). Les facteurs retenus selon ce critère étant trop nombreux et pour certains, non interprétables, nous avons décidé d'utiliser des critères d'extraction plus exigeants, le scree-test et le critère d'interprétabilité¹. Nous avons retenu ainsi une solution à 4 facteurs, présentée au tableau 1 et qui explique 40.28% de la variance totale. Les items dont les saturations sont inférieures à .35, et les items à double saturation ont été éliminés (soit 6 items). La solution présentée ici est obtenue après rotation, à partir de 144 observations et 26 variables, ce qui constitue un ratio nombre d'observations / nombre de variables de 5.5. Ce ratio est moyennement satisfaisant, sachant qu'il doit être supérieur à 5 pour être acceptable (Kline, 1993).

Le premier facteur comprend 9 items et explique 20.49% de la variance. Les items qui saturent ce facteur décrivent tous les exigences organisationnelles (en termes de temps, de complexité des tâches, et de peur de l'erreur). La thématique de ce facteur s'apparente à la dimension « exigences » du modèle de Karasek (1979).

	F1	F2	F3	F4
Variance expliquée	20.4	12.7	8.5	7.4
Valeur Propre	5.32	3.30	2.23	1.92
Manque de temps à consacrer aux malades	.71			
Faire face à des cas difficiles, complexes	.65			
Effectuer des taches techniques et relationnelles complexes	.58			
Devoir travailler vite	.63			
Votre travail exige de vous une concentration intense et continue	.61			
Réaliser de nombreuses taches et de nombreuses missions complexes	.63			
Avoir peur de l'erreur	.55			

¹ Selon le scree-test, on ne retient que les facteurs “ à gauche ” du point d'inflexion sur la courbe des valeurs propres. En effet, à mesure que la matrice se résidualise, les facteurs tendent à ne plus représenter que de la variance erreur.

Taches administratives représentent une part importante de l'activité	.41			
Etre interrompu pendant un acte de soins	.41			
Rencontrer de l'agressivité de la part de certains patients		.73		
Patients non compliants		.73		
Manque de respect des patients		.63		
Demandes excessives des patients		.63		
Soutien émotionnel de la hiérarchie			.77	
Aide pratique de la hiérarchie			.72	
Soutien émotionnel de l'équipe paramédicale			.70	
Aide pratique de l'équipe paramédicale			.65	
Aide pratique de l'équipe médicale			.63	
Soutien émotionnel de l'équipe médicale			.61	
Pouvoir s'organiser comme on l'entend hors champ protocolisé				.53
Taches planifiées réalisables dans les horaires impartis				.53
Charge de travail permet de tout faire convenablement				.52
Avoir de l'influence sur les prises de décision qui concernent son travail				.52
Pouvoir mettre en oeuvre ses compétences techniques et relationnelles				.38
Travail permet de développer ses compétences et d'en apprendre de nouvelles				.35
Le matériel et les locaux mis à disposition facilitent votre travail				.35
alpha Cronbach	.80	.78	.78	.65

Tableau I : Analyse factorielle.

Ce premier facteur possède un alpha de Cronbach satisfaisant de .80. Nous l'avons dénommé « *Exigences Organisationnelles* ». Le deuxième facteur explique 12.71% de la variance et sature positivement 5 items très cohérents sur le plan sémantique. Tous les items renvoient aux exigences des patients (agressivité, manque de respect, demandes excessives) malgré un nombre d'items assez faible, ce facteur est homogène avec un alpha de Cronbach de .78. Nous l'avons dénommé « *Exigences des patients* ». Il est à noter que les items relatifs aux stressseurs émotionnels (e.g., confrontation à la mort, à la souffrance des patients) ne saturent aucun facteur. Le troisième facteur, composé de 6 items, explique 8.58% de la variance totale. Les items qui saturent ce facteur correspondent au soutien apporté

par l'équipe ou la hiérarchie. Nous l'avons nommé « *Soutien social* ». Le quatrième facteur, saturé par 7 items, explique 7.40% de la variance totale. Les items de ce facteur ont en commun la notion de latitude décisionnelle ressentie par le soignant, la possibilité de mettre en œuvre ses compétences, l'autonomie, ses possibilités d'avoir du contrôle sur son travail. Ce facteur est moins homogène avec un alpha de Cronbach tout juste acceptable de .65. Nous avons cependant décidé de conserver cette dimension qui évoque bien la dynamique du « *Contrôle* ».

L'analyse factorielle a donc permis d'isoler 4 facteurs (Exigences organisationnelles, Exigences des patients, Soutien social et Contrôle) qui présentent des caractéristiques psychométriques satisfaisantes. L'obtention du facteur « Exigences des patients » est une particularité de notre recherche car les exigences relationnelles ne constituent pas un facteur distinct dans le modèle de Karasek. On peut avancer que cette particularité est liée à la nature du travail d'infirmière en cancérologie et elle doit par conséquent être évaluée séparément.

Corrélations.

La table 2 montre les statistiques descriptives et les corrélations pour toutes les variables de l'étude.

N = 144	M	E-T	1	2	3	4	5	6
1 Age	36.4	10.5						
2 Exigences organisat.	42.33	8.77	-.23**					
3 Exigences patients	16.73	3.98	-.19**	.49**				
4 Soutien	22.54	6.35	-.03	-.08	-.08			
5 Contrôle	41.93	11.57	-.03	.05	.04	.16		
6 Epuisement émot.	20.66	9.16	-.11	.44**	.30**	-.31**	-.20**	
7 Dépersonnalisation	5.01	4.15	-.13*	.28**	.24**	-.10	-.14*	.38**

*p<.05

** p< .01

Tableau II : moyennes, écart-types et inter-corrélations entre les variables étudiées.

Les exigences organisationnelles et celles des patients sont corrélées avec les deux dimensions du burnout. Les ressources, i.e., contrôle et soutien, sont associées négativement avec le burnout. Toutes ces relations vont dans la direction attendue. Toutefois le soutien n'est pas associé de façon significative à la dépersonnalisation. Par ailleurs, l'épuisement émotionnel ($m= 20.66$), se situe, si on le compare aux bornes établies par Dion et Tessier (1994), à un niveau « moyen ». Il en est de même pour la dépersonnalisation ($m= 5.01$).

2.3.2 Régressions linéaires.

Après avoir transformé les scores de nos VI en notes z (centrées réduites), afin de limiter les problèmes de multicollinéarité, nous avons mené des régressions linéaires multiples en considérant les exigences organisationnelles, les exigences des patients, le contrôle et le soutien social comme variables indépendantes. Nous avons également pris en compte l'âge des infirmières sachant que cette variable peut avoir une influence sur certaines dimensions du burnout (Cordes & Dougherty, 1993). L'épuisement émotionnel et la dépersonnalisation sont considérés comme variables dépendantes. Nous avons entré dans un premier modèle les variables qui font classiquement partie du modèle de Karasek (exigences organisationnelles, contrôle et soutien social) ainsi que leurs interactions. Les résultats sont présentés au tableau 3. Puis, nous avons mené une analyse identique en entrant dans la régression les exigences des patients, le contrôle, le soutien social ainsi que leurs interactions (tableau 4). Nous avons effectué des régressions linéaires par blocs, avec introduction simultanée des VI à l'intérieur de chaque bloc.

L'observation du tableau 3 montre que l'âge prédit la dépersonnalisation. Plus les infirmières avancent dans leur carrière moins elles dépersonnalisent les relations. Les exigences organisationnelles prédisent l'augmentation de l'épuisement émotionnel et de la dépersonnalisation. Le soutien social prédit une baisse de l'épuisement émotionnel. Il n'est pas associé à la dépersonnalisation. De son côté, le contrôle prédit une baisse de l'épuisement émotionnel et de la dépersonnalisation. Notons que cet ensemble de VI (bloc 2) prédit de manière significative tous les critères considérés avec des pourcentages de variance expliquée allant de 9% à 33%.

	<i>Emotional Exhaustion</i>	<i>Depersonnalisation</i>
Age	-0.08	-0.17*
Bloc 1 ΔR^2	0.007	0.032*
Age	-0.07	-0.15
Ex. org.	0.46**	0.26**
Soutien	-0.29**	-0.04
Contrôle	-0.19*	-0.16*
Bloc 2 ΔR^2	0.33**	0.09**
Age	-0.05	-0.13
Ex. org.	0.48**	0.27**
Soutien	-0.29**	-0.12
Contrôle	0.18*	-0.10
Ex.org*controle	-0.35	-0.09
Ex.org*soutien	-0.24*	-0.01
Soutien*Controle	0.14	0.16
Bloc 3 ΔR^2	0.048*	0.021
Age	-0.05	-0.15
Ex. org.	0.51**	0.20*
Soutien	-0.25*	-0.20*
Contrôle	-0.17*	-0.13
Ex.org*Controle	-0.07	-0.00
Ex.org*Soutien	-0.24*	-0.01
Soutien*Controle	0.12	0.11
Ex.org*Soutien*Controle	-0.09	0.11
Bloc 4 ΔR^2	0.004	0.020

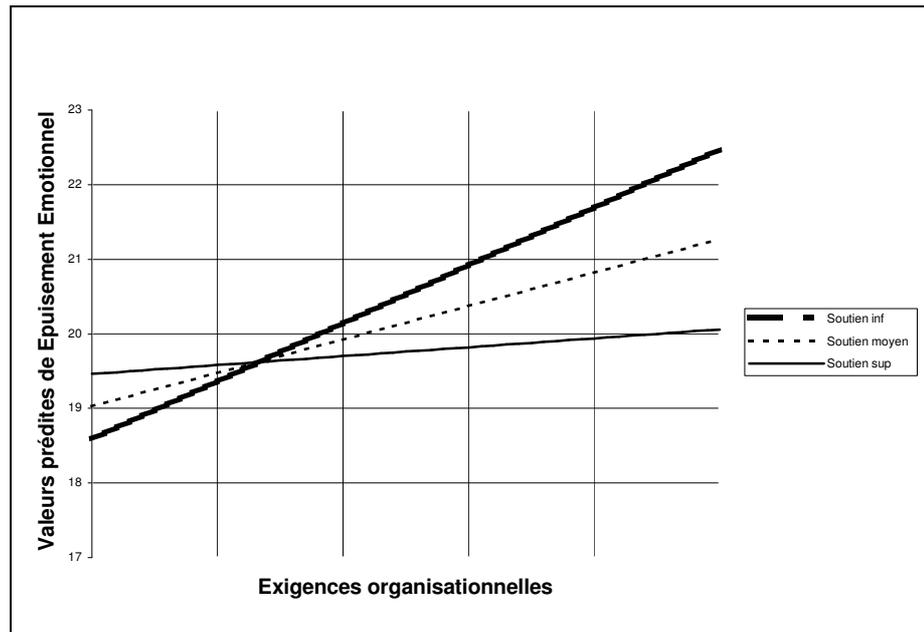
* significatif au seuil $p = 0.05$

**significatif au seuil $p = 0.01$

Tableau III : Résultats de la régression linéaire (méthode standard avec introduction simultanée des variables pour chaque bloc). Les valeurs

présentées sont les coefficients de régression standardisés. Les valeurs présentées en gras sont les pourcentages de variance expliquée.

Par ailleurs, nous observons une interaction entre exigences organisationnelles et soutien pour l'épuisement émotionnel. Cette interaction est représentée au graphique 1 en suivant la méthode préconisée par Aiken et West (1991). Les valeurs du modérateur sont choisies un écart-type en dessous et au dessus de la moyenne. Les droites de régression sont générées en entrant ces valeurs dans l'équation de régression. Comme on peut le voir (graphique 1), avec un niveau faible d'exigences organisationnelles, le niveau d'épuisement émotionnel ne varie pas en fonction du niveau de soutien indiqué par les infirmières. Cependant, la situation est différente quand les exigences organisationnelles augmentent : alors que les infirmières qui ont un score modéré ou faible de soutien social ont parallèlement un score plus élevé d'épuisement émotionnel, celles qui ont un score de soutien élevé ne voient pas leur score d'épuisement émotionnel augmenter.



Graphique I: Interaction des exigences organisationnelles et du soutien social sur l'épuisement émotionnel.

Dans la deuxième analyse, nous avons remplacé la variable « exigences organisationnelles » par la variable « exigences des patients » (Tableau 4). Les résultats font apparaître que les exigences des patients prédisent positivement et significativement l'épuisement professionnel et la dépersonnalisation. Par ailleurs le contrôle tend à modérer la dépersonnalisation face aux exigences des patients.

	<i>Emotional exhaustion</i>	<i>Depersonnalisation</i>
Age	-0.08	-0.178*
Bloc 1 ΔR^2	0.007	0.032*
Age	-0.06	-0.12
Ex. patients	0.33**	0.23**
Soutien	-0.28**	-0.03
Contrôle	-0.17*	-0.16 α
Bloc 2 ΔR^2	0.220**	0.074*
Age	-0.06	-0.12

Ex. patients	0.33**	0.25**
Soutien	-0.26**	-0.10
Contrôle	-0.20*	-0.14
Ex. patients *controle	-0.07	-0.16
Ex. patients *soutien	0.03	0.07
Soutien*Controle	0.07	0.11
Bloc 3 ΔR^2	0.012	0.032
Age	-0.05	-0.11
Ex. patients	0.32**	0.22**
Soutien	-0.30**	-0.20
Contrôle	-0.21*	-0.18
Ex. patients *Controle	-0.05	-0.09
Ex. patients *Soutien	0.00	-0.00
Soutien*Controle	-0.01	0.24*
Ex. patients *Soutien*Controle	0.11	0.20
Bloc 4 ΔR^2/	0.008	0.053**

* significatif au seuil p = 0.05

**significatif au seuil p = 0.01

Tableau IV : Résultats de la régression linéaire (méthode standard avec introduction simultanée des variables pour chaque bloc). Les valeurs présentées sont les coefficients de régression standardisés. Les valeurs présentées en gras sont les pourcentages de variance expliquée.

3 Discussion

L'objectif principal de cette recherche était d'étudier les stressors et les ressources qui impactent sur le burnout des infirmières en oncologie. Pour cela, nous nous sommes appuyés sur un des modèles les plus utilisés dans l'exploration des relations entre conditions de travail et santé, le modèle « exigences-contrôle-soutien » (Karasek, 1979). Nos données confirment les effets principaux prédits par le modèle. Les exigences organisationnelles sont liées positivement à l'épuisement

émotionnel et à la dépersonnalisation. Ce dernier résultat montre que des stressors liés à l'environnement de travail peuvent avoir des répercussions sur les attitudes vis à vis des patients. Par ailleurs, les ressources que représentent le contrôle et le soutien sont associées à un faible épuisement émotionnel. Cependant, seul le contrôle est associé à la dépersonnalisation.

Toutefois, nos résultats soulignent l'intérêt de prendre en compte les sources de tension et les modalités de ressources spécifiques à un contexte de travail. De fait, il apparaît que les exigences perçues par les infirmières en oncologie se répartissent en deux grandes catégories : exigences organisationnelles qui renvoient au modèle de Karasek, mais aussi exigences des patients, qui constituent un facteur spécifique. Et nous observons que les exigences des patients sont associées à l'épuisement émotionnel ($\beta = .33, p < .01$) et à la dépersonnalisation ($\beta = .23, p < .01$). Autrement dit, le modèle de Karasek a intérêt à être augmenté par des variables spécifiques au contexte de travail.

Nous avons également cherché à adapter les variables « contrôle » et « support » au contexte spécifique de la cancérologie, en suivant les auteurs qui stipulent que l'opérationnalisation de ces variables doit s'adapter aux exigences si l'on souhaite tester un effet modérateur (Wall *et al.*, 1996). E, ce qui concerne le contrôle, on s'attend à ce qu'il modère les effets des exigences élevées sur le burnout. En fait, on observe cet effet modérateur pour les exigences des patients sur la dépersonnalisation. Il s'agit toutefois d'une tendance : ($\beta = -.16, p < .06$). Une des préconisations de ce travail, si l'on souhaite atténuer les effets négatifs des exigences perçues des patients sur les attitudes distantes à leur égard est donc d'accroître la latitude décisionnelle des infirmières. En revanche, le contrôle ne modère pas les effets des exigences organisationnelles quelle que soit la dimension du burnout.

Quant au soutien social, on s'attend à ce qu'il modère les effets des exigences. En fait, c'est le cas pour les exigences organisationnelles : le soutien modère l'épuisement émotionnel. Alors que de nombreuses recherches basées sur le modèle de Karasek se limitent aux dimensions exigences et contrôle (van der Doef, Maes & Diekstra, 2000), nos résultats montrent l'intérêt de prendre en compte le soutien social. En terme de préconisation, il est évidemment important de réfléchir à la réduction de la charge organisationnelle, qui a le poids le plus important sur l'épuisement émotionnel ($\beta = 0.468$, $p < .01$) mais aussi de favoriser le soutien social puisque cette ressource modère les effets des pressions organisationnelles.

Nos données montrent également que les exigences émotionnelles ne constituent pas un facteur distinct. Pourtant, comme nous l'avons dit plus haut, bien des chercheurs insistent sur les stressseurs liés à la charge émotionnelle. Cependant, nos résultats sont cohérents avec d'autres recherches. Ainsi, Peeters et LeBlanc (2001) ont étendu le modèle de Karasek en ajoutant à leur questionnaire, destiné à des personnels exerçant en oncologie, les demandes émotionnelles. Or leurs résultats ne montrent aucun effet de ce facteur sur le burnout. Ceci est par ailleurs cohérent avec les conceptions théoriques et les données empiriques qui montrent que le burnout est le résultat d'un écart entre les attentes initiales du professionnel lorsqu'il rentre dans la profession et la réalité à laquelle il fait face lorsqu'il exerce sa profession (Leiter, 1991). En cancérologie, les infirmières sont sans doute mieux préparées à faire face aux tensions émotionnelles qu'aux exigences relationnelles et organisationnelles.

Bien entendu notre recherche présente certaines limites. D'abord la taille relativement faible de notre échantillon doit nous inciter à la prudence quant à la généralisation des résultats. Par ailleurs, nos données étant de nature transversale, nous devons également rester prudent quant au sens de la causalité. Cependant, à ce jour, les études longitudinales ont établi que

les exigences d'une part, les ressources d'autre part sont bien des antécédents des tensions ressenties au travail (e.g., Buunk, De Jonge, Ybema, & De Wolff, 1998).

En nous basant sur les normes établies par Dion & Tessier (1994) dans leur validation française du MBI, les degrés d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation de notre échantillon se situent à un niveau « moyen ». Ce résultat est cohérent avec des recherches récentes (Barnard, Street, & Love, 2006). Toutefois, les recherches montrent que le burnout a des effets négatifs à la fois pour l'individu lui-même, pour la relation d'aide et la qualité des soins, mais également pour l'institution (absentéisme, turn-over, etc.) (Truchot, 2004). Vouloir comprendre les sources de burnout des infirmières en oncologie afin de mieux les réduire, représente donc un objectif important. Notre recherche pointe certains aspects de l'environnement de travail qui devraient être changés pour répondre à cet objectif.

Références :

Aiken, L.S., & West, S.G. (1991). Multiple regression: Testing and interpreting interactions. Newbury Park: Sage.

Albaladejo, R., Villanueva, R., Ortega, P., Astasio, P., Calle, M.E., & Dominguez, V. (2004). Burnout Syndrome among Nursing Staff at a Hospital in Madrid, *Revista Española de Salud Pública*, 78, 505-516.

Aouba, A., Péguignot, F., Le Toullec, A., & Jouglu, E. (2007). Medical causes of death in France in 2004 and trends 1980-2004. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, 35-36, 308-314.

Barnard, D., Street, A., & Love, A.W. (2006). Relationships Between Stressors, Work Supports, and Burnout Among Cancer Nurses. *Cancer Nursing*, 29, 338-345.

Bresó, E., Salanova, M., & Schaufeli, W.B. (2007). In search of the “third dimension” of burnout: Efficacy or inefficacy? *Applied Psychology: An International Review*, 56, 460-478.

Buunk, A.P., De Jonge, J., Ybema, J.F., & De Wolff, C.J. (1998). Psychological aspects of occupational stress. In P.J. Drenth, H. Thierry, & C.J. De Wolff (Eds.). *Handbook of Work and Organizational Psychology*, (2nd ed.). Brighton: Brighton Psychology Press.

Cooper, C.L., & Mitchell, S. (1990). Nursing the critically ill and Dying, *Human Relations*, 43, 297-311.

Cordes, C.L., & Dougherty, T.W. (1993). A review and an integration of research on job burnout. *Academy of Management Review*, 18, 621-656.

Delvaux, N., Razavi, D., & Farvacques, C. (1988). Cancer care : A stress for health professionals. *Social Sciences & Medicine*, 27, 1149-1160.

Dion, G., & Tessier, R. (1994). Validation de la traduction de l’Inventaire d’épuisement professionnel de Maslach & Jackson. *Canadian Journal of Behavioral Science/Revue canadienne des Sciences du comportement*, 26, 210-227.

Emery, J.E. (1993). Perceived sources of stress among pediatric oncology nurses. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 10, 87-92.

Escot, C., Artero, S., Gandubert, C., Boulenger, J.P., & Ritchie, K. (2001). Stress levels in nursing staff working in oncology. *Stress & Health*, 17, 273-279.

Florio, G.A., Donnelly, J.P., & Zevon, M.A. (1998). The Structure of Work-Related Stress and Coping Among Oncology Nurses in High-Stress Medical Settings: A transactional Analysis. *Journal of Occupational Health Psychology*, 3, 227-242.

Heim, E. (1992). Stressors in health occupations: do female have a greater health risk. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse*, 38, 207-226.

Ilhan, M.N., Durukan, E., Taner, E., Maral, I., & Bumin, M.A. (2008). Burnout and its correlates among nursing staff: Questionnaire survey. *Journal of Advanced Nursing*, 61, 100-106.

Isikhan, V., Comez, T., & Danis, M.Z. (2004). Job stress and coping strategies in health care professionals working with cancer patients. *European Journal of Oncology Nursing*, 8, 234-244.

- Johnson, J.V., & Hall, E.M. (1988). Job strain, work place social support, and cardiovascular disease: a cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population. *American Journal of Public health*, 78, 1336-1342.
- Karasek, R. (1979). Job Demands, Job Decision Latitude, and Mental Strain : Implication for Job Redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24, 285-308.
- Karasek RA. (1985). Job Content Instrument: Questionnaire and User's Guide, Revision 1.1.Los Angeles: University of Southern California.
- Karasek, R., & Theorell, T. (1990). *Healthy Work, Stress, Productivity and the Reconstruction of Working Life*. Basic Books, New York.
- Kash, K.M., Holland, J.C. Breitbart, W., Berenson, S., Dougherty, J., Ouellette-Kobasa, S., Lesko, L. (2000). Stress and burnout in oncology. *Oncology*, 14, 1621-1633.
- Kivimaki, M., & Lindstrom, K. (1995). Effects of private self-consciousness and control on the occupational stress-strain relationship. *Stress Medicine*, 11, 17-26.
- Kline, P. (1993). *Handbook of psychological testing*. London: Routledge.
- Laporte Matzo, M., & Kennedy Schwarz, J. (2001). In their Own Words: Oncology Nurses respond to Patients Requests for Assisted Suicide and Euthanasia. *Applied Nursing Research*, 14, 64-71.
- Le Blanc, P.M., Bakker, A.B., Peeters, M.C.W., van Heesch, N.C.A., & Schaufeli, W. (2001). Emotional job demands and burnout among oncology care providers. *Anxiety, Stress, and Coping*, 14, 243-263.
- Leblanc, P.M. & Schaufeli, W.B. (2003). Burnout Among Oncology Care Providers: Radiation Assistants, Physicians and Nurses. In M.F Dollard, A.H. Wineheld, & H.R. Wineheld (Eds.) *Occupational Stress in the Service Professions* (pp.143-167). London: Taylor & Francis.
- Lederberg, M.S. (1998). Oncology staff stress and related interventions. In J.C. Dollard (ed.) *Psycho-Oncology*, Oxford: Oxford University Press, pp. 1035-1048.
- Leiter, M.P. (1991). The Dream denied: Professional burnout and the constraints on human service organizations. *Canadian Psychology*, 32, 547-555.

Lyckholm L. (2001). Dealing with stress, burnout, and grief in the practice of oncology. *Lancet Oncology*, 2 , 750-5.

Maslach, C., & Jackson, S.E. (1986). *Maslach Burnout Inventory Manual*, 2nd Edn. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

McClenahan, C.A., Giles, M.L., & Mallet, J. (2007). The importance of context specificity in work stress research: A test of the Demand-Control-Support model in academics. *Work & Stress*, 21, 85-95.

McDaniel, J.S., Musselman, D.L., Porter, M.R., Reed, D.A., & Nemerott, C.B. (1995). Depression in patients with cancer. Diagnosis, biology, and treatment. *Archives of General Psychiatry*, 52, 89-99.

Meyer, C. (1992). The richness of oncology nursing. *American Journal of Nursing*, 92, 71-78.

Molassiostis, A., & van den Akker, O. (1995). Psychological stress in nursing and medical staff on bone marrow transplant units. *Bone Marrow Transplantation*, 15, 449-454.

Papadatou, D., Anagnostopoulos, F., & Monos, D. (1994). Factors contributing to the development of burnout in oncology nursing. *British Journal of Medical Psychology*, 67, 187-199.

Peeters, M.C., & Le Blanc, P. M. (2001). Towards a match between job demands and sources of social support: a study among oncology care providers. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 10(1), 53-72.

Sherman, A.C., Edwards, D., Simonton, S., & Mehta, P. (2006). Caregiver stress and burnout in an oncology unit, *Palliative & Supportive Care*, 4, 65-80.

Sinclair, H.A.H., & Hamill, (2007). Does vicarious traumatization affect oncology nurses? A literature review. *European Journal of Oncology Nursing*, 11, 348-356.

Sparks, K., & Cooper, C.L. (1999). Occupational differences in the work-strain relationship: Towards the use of situation-specific models. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 72, 219-229.

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

Van der Doef, M., & Maes, S. (1999). The Job Demand-Control (-Support) Model and psychological well-being: A review of 20 years of empirical research. *Work & Stress, 13*, 87-114.

Van der Doef, M., Maes, S., & Diekstra, R. (2000). An examination of the job-demand-control-support model with various occupational strain indicators. *Anxiety, Stress and Coping, 13*, 165-185.

Wall, T.D., Jackson, P.R., Mullarket, S., & Parker, S.K. (1996). The demand-control model of Journal of Organizational Behavior, strain. A more specific test. *Journal of Occupational and Organisational Psychology, 62*, 153-166.

Yasko, J.M. (1983). Variables which predict burnout experienced by oncology clinical nurse specialists. *Cancer Nursing, 6*, 109-116.