

**Mémoire, y compris stage professionnalisant[BR]- Séminaires
méthodologiques intégratifs[BR]- Analyse des associations entre épuisement
professionnel et risques psychosociaux des soignants en santé mentale de
l'Intercommunale de soins spécialisés de Liège (ISOSL)**

Auteur : Stramare, Maude

Promoteur(s) : Rusu, Dorina

Faculté : Faculté de Médecine

Diplôme : Master en sciences de la santé publique, à finalité spécialisée en praticien spécialisé de santé publique

Année académique : 2024-2025

URI/URL : <http://hdl.handle.net/2268.2/24226>

Avertissement à l'attention des usagers :

Tous les documents placés en accès ouvert sur le site le site MatheO sont protégés par le droit d'auteur. Conformément aux principes énoncés par la "Budapest Open Access Initiative"(BOAI, 2002), l'utilisateur du site peut lire, télécharger, copier, transmettre, imprimer, chercher ou faire un lien vers le texte intégral de ces documents, les disséquer pour les indexer, s'en servir de données pour un logiciel, ou s'en servir à toute autre fin légale (ou prévue par la réglementation relative au droit d'auteur). Toute utilisation du document à des fins commerciales est strictement interdite.

Par ailleurs, l'utilisateur s'engage à respecter les droits moraux de l'auteur, principalement le droit à l'intégrité de l'oeuvre et le droit de paternité et ce dans toute utilisation que l'utilisateur entreprend. Ainsi, à titre d'exemple, lorsqu'il reproduira un document par extrait ou dans son intégralité, l'utilisateur citera de manière complète les sources telles que mentionnées ci-dessus. Toute utilisation non explicitement autorisée ci-avant (telle que par exemple, la modification du document ou son résumé) nécessite l'autorisation préalable et expresse des auteurs ou de leurs ayants droit.

Analyse des associations entre épuisement professionnel et
risques psychosociaux des soignants en santé mentale à
l'Intercommunale de soins spécialisés de Liège (ISOSL)

Mémoire présenté par **Maude Stramare**

en vue de l'obtention du grade de

Master en Sciences de la Santé publique

Finalité spécialisée en nutrition de santé publique et santé environnementale

Année académique 2024 - 2025

Analyse des associations entre épuisement professionnel et
risques psychosociaux des soignants en santé mentale à
l'Intercommunale de soins spécialisés de Liège (ISOSL)

Mémoire présenté par **Maude Stramare**

en vue de l'obtention du grade de

Master en Sciences de la Santé publique

Finalité spécialisée en nutrition de santé publique et santé environnementale

Année académique 2024 - 2025

Promotrice : Dorina RUSU

Engagement de non plagiat

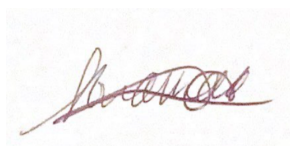
Je soussignée STRAMARE Maude

Matricule étudiant : S225741

Déclare avoir pris connaissance de la charte anti-plagiat de l'Université de Liège et des dispositions du Règlement général des études et des évaluations. Je suis pleinement consciente que la copie intégrale ou d'extraits de documents publiés sous quelque forme que ce soit (ouvrages, publications, rapports d'étudiant, internet, etc...) sans citation (i.e. mise en évidence de la citation par des guillemets) ni référence bibliographique précise est un plagiat qui constitue une violation des droits d'auteur relatifs aux documents originaux copiés indûment ainsi qu'une fraude. En conséquence, je m'engage à citer, selon les standards en vigueur dans ma discipline, toutes les sources que j'ai utilisées pour produire et écrire le mémoire que je dépose.

Fait le 15 juin 2025

Signature



Remerciements

Je remercie sincèrement ma promotrice, Madame Dorina RUSU, pour son encadrement précieux, ses conseils avisés et sa disponibilité. Son expertise et ses retours constructifs ont grandement contribué à la qualité de ce travail.

Je suis infiniment reconnaissante à ma famille pour leur soutien inconditionnel, leur amour et leur confiance, qui m'ont donné la force nécessaire pour persévérer.

Je remercie tout particulièrement mon compagnon pour son épaulement constant, sa patience infinie et sa motivation qui m'ont portée jusqu'au bout de ce travail. Merci d'avoir été mon plus grand pilier et ma source d'inspiration.

Je remercie chaleureusement ma belle-famille pour leur présence constante, leurs encouragements et leur soutien indéfectible qui m'ont été d'une grande aide durant cette période exigeante.

Un grand merci à Monsieur Eric Defo pour son aide précieuse et son expertise dans l'analyse statistique de mes données. Ses explications claires et son soutien m'ont été d'une aide inestimable pour cette partie cruciale de mon mémoire.

Table des matières

Préambule.....	1
Introduction.....	2
1. Enjeux de l'épuisement professionnel des soignants.....	2
2. L'impact de l'épuisement professionnel sur le système de santé.....	3
3. L'impact de l'épuisement professionnel sur la qualité des soins aux patients.....	3
4. L'impact de l'épuisement professionnel sur le personnel soignant.....	4
5. La prévalence de l'épuisement professionnel chez les soignants.....	5
6. Définitions de l'épuisement professionnel chez les soignants.....	5
7. Les facteurs contribuant à l'épuisement professionnel.....	6
8. Cadre théorique : le modèle contrôle-demande ou modèle de Karasek.....	7
9. Objet de l'étude.....	9
Matériel et méthodes.....	10
1. Type d'étude.....	10
2. Population étudiée et méthode d'échantillonnage.....	11
3. Outils et organisation de la collecte des données.....	11
3.1. Outil.....	11
3.2. Collecte des données.....	12
3.3. Traitement des données et méthode d'analyse.....	12
3.4. Contrôle de la qualité des données.....	12
3.5. Protection des données et comité d'éthique.....	13
Résultats.....	14
1. Population étudiée.....	14
1.1. Caractéristiques sociodémographiques des soignants.....	14
2. Évaluation des niveaux d'épuisement selon le Copenhagen Burnout Inventory (CBI).....	16
3. Évaluation des facteurs de risques psychosociaux selon le modèle de Karasek.....	17
3.1. Évaluation des facteurs associés à l'épuisement personnel.....	18
3.2. Évaluation des facteurs associés à l'épuisement professionnel.....	20
3.3. Évaluation des facteurs associés à l'épuisement relationnel.....	20
1. Discussion.....	23
2. Limites et biais.....	28
3. Perspectives.....	29
Bibliographie.....	33
Annexes.....	37
1. Réponse du Comité d'Éthique.....	37
1.1. Comité d'Éthique Hospitalo-Facultaire Universitaire de Liège (707).....	37
1.2. Comité d'Éthique ISOSL.....	42
2. Attestation d'assurance.....	43
3. Formulaire d'information et de consentement éclairé.....	44

4. Questionnaire sociodémographique.....	50
5. Copenhagen Burnout Inventory (CBI).....	51
6. Le questionnaire des risques psychosociaux de Robert Karasek.....	55

Résumé

Introduction : Les professions relationnelles, particulièrement dans le secteur des soins de santé, impliquent un engagement émotionnel intense et un stress considérable, qui s'ajoutent souvent à une forte charge de travail, pouvant mener à l'épuisement professionnel. Ce syndrome est particulièrement prégnant et préoccupant chez les soignants en psychiatrie, impactant leur bien-être et la qualité des prises en charge. Si la problématique est reconnue, des lacunes persistent quant à la compréhension des facteurs spécifiques qui l'influencent dans le contexte hospitalier belge. La présente étude vise ainsi à explorer les associations entre l'épuisement professionnel et les risques psychosociaux au sein de cette population.

Matériel et méthode : Cette étude quantitative, de type descriptive et analytique, a été réalisée sur les sites de Louis Hillier, Agora et au Petit-Bourgogne à l'Intercommunale des soins spécialisés de Liège, à partir de questionnaires adressés aux soignants. Les trois questionnaires concernent les données sociodémographiques, l'exploration du type d'épuisement et les facteurs psychosociaux, ils ont été analysés à l'aide de statistiques descriptives et comparatives.

Résultats : Les résultats ont mis en lumière un lien entre un faible soutien social perçu et une probabilité accrue d'être en état de vigilance d'un épuisement personnel. L'analyse de l'ancienneté a révélé que les professionnels en début de carrière présentent un risque accru d'épuisement relationnel, tandis que les plus expérimentés montrent une vigilance élevée mais une faible probabilité d'atteindre un état d'alerte, suggérant des mécanismes d'adaptation.

Conclusion : Cette étude met en évidence le rôle primordial du soutien social dans la prévention de l'épuisement chez les soignants en santé mentale et appelle à des interventions ciblées selon l'ancienneté. Ils invitent également à une approche nuancée des risques psychosociaux, reconnaissant la complexité multifactorielle de l'épuisement chez les soignants.

Mots-clés : santé mentale, soignants, burnout, psychiatrie, facteurs psychosociaux

Abstract

Introduction: Relationship-based professions, particularly in the healthcare sector, involve intense emotional commitment and considerable stress, which can lead to burnout. This syndrome is particularly prevalent and concerning among psychiatric caregivers, impacting their well-being and the quality of care they provide. While the issue is recognized, there are still gaps in our understanding of the specific factors that influence it in the Belgian hospital context. This study therefore aims to explore the associations between burnout and psychosocial risks in this population.

Materials and methods: This quantitative, descriptive, and analytical study was conducted at the Louis Hillier, Agora, and Petit-Bourgogne sites of the Intercommunale des soins spécialisés de Liège (Liège Intermunicipal Specialized Care Center) using questionnaires sent to caregivers. The three questionnaires, which covered sociodemographic data, the type of burnout, and psychosocial factors, were analyzed using descriptive and comparative statistics.

Results: The results highlighted a link between low perceived social support and an increased likelihood of being vigilant about personal exhaustion. Analysis of seniority revealed that professionals early in their careers are at increased risk of relational exhaustion, while more experienced professionals show high vigilance but a low likelihood of reaching a state of alertness, suggesting coping mechanisms.

Conclusion: This study highlights the crucial role of social support in preventing burnout among mental health caregivers and calls for targeted interventions based on seniority. They also call for a nuanced approach to psychosocial risks, recognizing the multifactorial complexity of caregiver burnout.

Keywords: mental health, caregivers, burnout, psychiatry, psychosocial factors

Préambule

Le milieu hospitalier est un environnement professionnel d'une complexité et d'une intensité émotionnelle rares. Chaque jour, les soignants y sont directement confrontés à la souffrance humaine, à la fragilité, et à des situations cliniques exigeantes qui peuvent profondément marquer (1).

Mon parcours personnel en tant qu'infirmière, et plus spécifiquement mes expériences de stage en milieu psychiatrique durant ma formation initiale, m'ont particulièrement sensibilisée à ces dynamiques. J'ai été amenée à observer et à participer à des prises en charge de patients présentant des vulnérabilités extrêmes. La situation d'une jeune patiente confrontée à de profonds troubles émotionnels et comportementaux, a été, à cet égard, une révélation marquante. Sa prise en charge spécifique m'a fait prendre conscience des défis émotionnels et psychologiques colossaux auxquels le personnel soignant est confronté au quotidien. Cette expérience, bien que limitée dans le temps pour une stagiaire, a fait naître en moi un questionnement fondamental et un sentiment de culpabilité, si une exposition temporaire à de telles souffrances pouvait déjà engendrer de l'épuisement émotionnel et une remise en question personnelle, qu'en est-il alors des professionnels qui évoluent dans ces services depuis des années, voire des décennies ?

Cette interrogation initiale, née de l'observation des répercussions de l'environnement de soin sur l'individu soignant, a progressivement orienté mon intérêt vers la thématique plus large de la santé au travail des professionnels de la santé mentale. C'est dans ce contexte que ce mémoire de Master en Sciences de la Santé Publique s'inscrit. Il vise à explorer les associations entre l'épuisement professionnel et les risques psychosociaux auxquels sont exposés les soignants en santé mentale au sein de l'Intercommunale de soins spécialisés de Liège (ISOSL).

Introduction

1. Enjeux de l'épuisement professionnel des soignants

Face à un vieillissement de la population et à une augmentation des besoins en soins de santé, de nombreux pays développés, en Europe et ailleurs, se heurtent à une pénurie croissante d'infirmières actives, un phénomène qui risque de s'aggraver à mesure que l'économie se développe (2) (3). Une combinaison de facteurs démographiques, incluant la baisse du nombre de jeunes entrant sur le marché du travail et la hausse de la proportion de personnes âgées, est à l'origine de la pénurie d'infirmières. Cette évolution démographique entraînera inévitablement une forte augmentation de la demande de soins de santé, d'autant plus que les personnes âgées nécessitent des soins plus conséquents (3). Le domaine de la santé mentale est confronté à un défi majeur : l'épuisement professionnel des soignants (4) (5). Ce phénomène, qui touche de manière croissante les professionnels de la psychiatrie, a des conséquences néfastes à la fois sur la santé des soignants eux-mêmes (6), sur la qualité des soins prodigués aux patients (7) et sur la pérennité des systèmes de santé (8) (9). Depuis de nombreuses années, l'épuisement professionnel est reconnu comme un risque professionnel majeur pour les individus exerçant des métiers relationnels, tels que ceux des services à la personne, de l'éducation et des soins de santé. Ces professions, caractérisées par un contact humain intense et continu, impliquent un engagement émotionnel important qui peut s'avérer à la fois enrichissant et éprouvant. En effet, les relations thérapeutiques ou de service que ces professionnels développent avec leurs bénéficiaires exigent une implication émotionnelle constante et profonde. Si ces relations peuvent être source de satisfaction et d'épanouissement personnel, elles génèrent également un niveau de stress important. L'exposition prolongée à ce stress émotionnel peut mener à l'épuisement professionnel, un état d'épuisement physique, émotionnel et mental extrême qui se traduit par une baisse de motivation et de performance. Les symptômes physiques et émotionnels de l'épuisement professionnel peuvent être nombreux et variés, allant des maux de tête et des troubles digestifs à la perte de motivation, au détachement émotionnel et au sentiment d'épuisement total (10).

2. L'impact de l'épuisement professionnel sur le système de santé

L'épuisement professionnel, également connu sous le nom de syndrome d'épuisement professionnel (SEP), est un état de détresse émotionnelle, physique et mentale chronique causé par un stress professionnel prolongé (11). Les soignants en psychiatrie sont particulièrement exposés à ce risque en raison de la nature exigeante de leur travail (12) (13), qui implique un contact fréquent avec des patients souffrant de troubles mentaux graves (14), du stress (15), des charges de travail élevées, un manque de soutien et des conditions de travail difficiles (16) (17) (18). L'épuisement professionnel, ou burnout, ne se résume pas à une souffrance individuelle des infirmiers, mais représente un véritable problème de santé publique. Ses multiples répercussions, telles que l'augmentation de l'absentéisme, la diminution de la qualité du travail et de la vie personnelle, et l'accroissement des coûts liés aux services de santé et aux indemnités d'incapacité, font peser une lourde charge sur la société. De plus, l'épuisement professionnel des infirmiers entraîne une pénurie de personnel et une baisse d'efficacité, ce qui compromet la qualité des soins prodigués aux patients et le bien-être des familles. Ces conséquences sont particulièrement préoccupantes dans un contexte où l'humanisation des soins de santé est devenue une priorité (19). L'épuisement professionnel des infirmières constitue un problème persistant dans le système de santé, malgré les initiatives mises en place pour y remédier. Cette situation a des conséquences néfastes sur la qualité des soins aux patients, comme le confirme une étude américaine de 2018, où 31,5 % des 50 000 infirmières interrogées ont déclaré avoir quitté leur emploi en raison d'un épuisement professionnel (20).

3. L'impact de l'épuisement professionnel sur la qualité des soins aux patients

Il est suggéré qu'il existe une relation prouvée entre un mauvais bien-être et des niveaux d'épuisement professionnel modérés à élevés et une mauvaise sécurité des patients entraînant des erreurs d'assistance (21). L'épuisement professionnel est un trouble directement lié aux conditions de travail stressantes et aux interactions humaines constantes auxquelles sont confrontés les professionnels de la santé et de l'éducation, cela représente un danger majeur pour la qualité des soins prodigués (2).

Épuisés pendant les heures de travail, ces professionnels risquent de compromettre la sécurité des patients et l'efficacité du système de santé (22).

Dans cette revue systématique et méta-analyse, la situation dans les établissements de santé est révélée préoccupante, car la qualité des soins s'y détériore continuellement, ce qui est illustré par l'augmentation croissante des erreurs médicales commises par les professionnels de la santé et la pénurie du personnel dans le domaine des soins de santé (23). L'épuisement professionnel est souvent associé à une diminution de la satisfaction professionnelle et à un engagement moindre envers le travail ou l'organisation. Les employés épuisés peuvent avoir l'impression de ne plus avoir les ressources nécessaires pour accomplir leurs tâches efficacement, ce qui peut conduire à une baisse de productivité et à une augmentation des erreurs (24).

4. L'impact de l'épuisement professionnel sur le personnel soignant

L'épuisement professionnel a un impact significatif sur les soignants en psychiatrie. Les infirmières en santé mentale assument une grande part de la charge interpersonnelle liée à la prise en charge d'utilisateurs de soins de santé mentale et de leurs familles.

Ces utilisateurs présentent des besoins émotionnels complexes et des conditions de santé mentale difficiles, ce qui exige un engagement émotionnel important de la part des infirmières. L'épuisement professionnel présente des répercussions potentiellement dramatiques pour les infirmières en santé mentale (25). Il peut engendrer une augmentation de l'absentéisme, du turn-over et une baisse de l'efficacité au travail, entraînant une hausse des coûts de santé. De plus, les infirmières épuisées passent également moins de temps avec les usagers de soins de santé mentale ce qui altère la qualité des soins prodigués et compromet les résultats thérapeutiques pour les patients (25). Les soignants épuisés sont plus susceptibles d'absences pour maladie, de démissionner (26) ou de se réorienter vers d'autres domaines professionnels (27).

La littérature scientifique confirme que l'intention de quitter le milieu psychiatrique est une réalité tangible chez les soignants (26) (28). Le travail dans le domaine des soins de santé mentale peut être particulièrement éprouvant en raison du comportement parfois agressif des patients, ce qui peut mettre à mal la capacité du personnel infirmier à faire preuve d'empathie (12).

5. La prévalence de l'épuisement professionnel chez les soignants

Une méta-analyse regroupant des données issues d'études réalisées sur des infirmières à travers le monde a révélé un taux de prévalence de 11,23% pour les symptômes d'épuisement professionnel au sein de cette profession (29). D'autres études, avancent qu'entre 30 et 40 % des infirmiers dans le monde souffriraient d'épuisement professionnel, ce qui génère des difficultés de communication et une inaptitude à saisir correctement les besoins des patients (30).

Un quart des infirmières actives souffrent d'épuisement professionnel, un phénomène qui touche indifféremment tous les domaines de pratique et toutes les spécialités (31). Une étude menée par l'Agency for Healthcare Research and Quality a révélé que la prévalence de l'épuisement professionnel parmi les infirmiers se situe entre 10 et 70 %, tandis qu'elle se situe entre 30 et 50 % pour les médecins et les assistants (32). Le centre fédéral d'expertise de soins de santé (KCE) en Belgique a également publié un rapport comparant les données sur le burnout des infirmiers, mettant en évidence une augmentation depuis 2009, avec une prévalence de l'épuisement émotionnel atteignant 28,9% (33).

En 2011, l'étude RN4CAST a mis en évidence qu'un infirmier belge sur quatre était exposé à un risque de burnout. "Cette étude est l'une des plus grandes études sur la main-d'œuvre infirmière jamais menée en Europe" (34).

6. Définitions de l'épuisement professionnel chez les soignants

Afin de garantir une terminologie précise et cohérente avec le contexte professionnel de ce mémoire, le terme "épuisement professionnel" sera privilégié en lieu et à la place du terme "burnout". L'épuisement professionnel, ou syndrome d'épuisement par le travail, est un état de détresse mentale, émotionnelle et physique qui survient en réaction à une exposition prolongée à des facteurs de stress interpersonnels chroniques dans l'environnement professionnel. Il se caractérise par trois dimensions clés : un épuisement émotionnel et physique intense, une attitude cynique et détachée vis-à-vis du travail, un sentiment d'incompétence et de manque d'accomplissement (24).

Le concept de burnout a été évoqué pour la première fois par Herbert Freudenberger, psychanalyste allemand dans les années 1970, comme impliquant une série de symptômes physiques et psychosociaux non spécifiques générés par un besoin énergétique excessif au travail (35).

D'après Freudenberger, l'épuisement professionnel résulte d'un dévouement excessif en réponse à des sollicitations débordantes. Sa perspective met l'accent sur un individu dépassé par ses émotions et s'appuie essentiellement sur des manifestations comportementales pour le décrire (35).

Contrairement à Freudenberger qui met l'accent sur les facteurs personnels dans l'émergence du syndrome d'épuisement professionnel, Christina Maslach, psychologue américaine s'intéresse davantage aux causes liées à l'environnement de travail (11). Pour elle, le contexte organisationnel et ses caractéristiques jouent un rôle déterminant dans le développement de l'épuisement professionnel, qui ne peut donc être réduit à une simple question de causes individuelles (36).

7. Les facteurs contribuant à l'épuisement professionnel

“Les facteurs organisationnels associés aux approches managériales comprennent les comportements indésirables des managers en ce qui concerne le respect de la justice, l'évitement de la discrimination et l'octroi de récompenses ou d'incitations. Il a été démontré que ceux-ci jouent un rôle important dans la réduction du moral et de la motivation des infirmières du service psychiatrique” (25). Les principaux déterminants du burnout semblent être les caractéristiques du travail « charge de travail élevée », « épuisement émotionnel élevé » et « conflits de rôles » (37).

L'âge semble jouer un rôle important dans l'épuisement émotionnel des infirmières. Une étude italienne démontre que les infirmières plus âgées souffrent davantage d'épuisement émotionnel que les infirmières plus jeunes. A noter qu'à contrario, l'expérience professionnelle semble jouer un rôle dans les attentes des infirmières. Les novices, ayant des attentes plus élevées, risquent de se sentir plus frustrées et épuisées si ces attentes ne sont pas comblées (9).

8. Cadre théorique : le modèle contrôle-demande ou modèle de Karasek

Robert A. Karasek, psychologue américain et professeur émérite à l'Université du Massachusetts, a apporté une contribution fondamentale à la psychologie du travail en 1979. Il a défini et mis en relation deux dimensions clés du travail : les exigences du travail et le contrôle du travail (38).

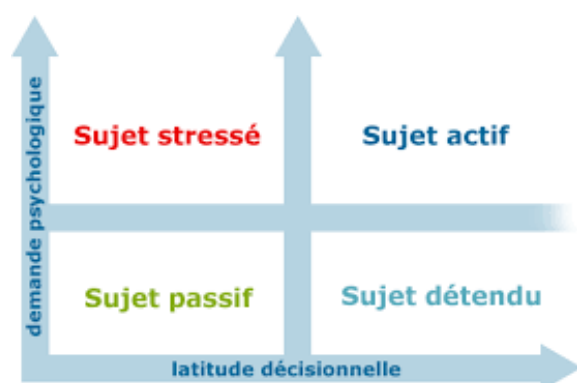
Ce modèle novateur, largement reconnu sous le nom de « modèle de Karasek », est devenu une pierre angulaire de la recherche en psychopathologie du travail (38).

Selon ce modèle, un déséquilibre entre la demande au travail et les ressources disponibles (faible contrôle et manque de soutien social) peut conduire à l'épuisement professionnel (38). Ce modèle s'appuie sur un questionnaire permettant d'évaluer, pour chaque employé, l'intensité de la demande psychologique à laquelle il est confronté, la latitude décisionnelle dont il dispose et le soutien social qu'il reçoit sur son lieu de travail (39).

La demande psychologique est évaluée en prenant en compte la quantité de travail, son intensité et son caractère plus ou moins fragmenté, tels qu'ils sont perçus par les employés. La latitude décisionnelle renvoie à la marge de manœuvre dont le salarié estime disposer pour influencer les décisions dans son travail et aux opportunités d'utiliser et de développer ses compétences. Le soutien social décrit quant à lui l'assistance dont peut bénéficier le salarié, tant de la part de ses supérieurs hiérarchiques que de ses collègues (39).

Le job strain est la tension que l'agent perçoit au travail, c'est la combinaison entre une faible latitude décisionnelle et une forte demande psychologique (40).

Figure 1 : “Job strain model” Karasek 1979



Aide à la lecture ; Le sujet stressé est un calcul de score entre la latitude décisionnelle et de demande psychologique.

Le sujet est détendu, s'il bénéficie d'une faible demande psychologique et d'une grande autonomie pour réaliser son travail.

Le sujet est actif s'il dispose d'une forte demande psychologique mais également d'une grande autonomie.

Par contre, un sujet est passif, s'il dispose à la fois d'une faible demande psychologique et d'une faible autonomie.

Le modèle de Karasek explique que les emplois très exigeants et qui ont peu de contrôle sont particulièrement stressants car ils limitent l'autonomie et le sentiment de maîtrise de l'individu, tout en générant une pression constante. Un faible contrôle se manifeste par un manque d'autorité décisionnelle, d'opportunités d'utiliser ses compétences ou par un travail monotone (41).

De plus, l'isolement social et le manque de soutien social au travail aggravent le stress vécu par les individus exposés à une forte demande et à un faible contrôle. Ce modèle met en lumière l'importance d'un équilibre entre les exigences du travail et les ressources disponibles pour y faire face. Un déséquilibre en faveur des exigences, associé à un faible contrôle et à un manque de soutien social, augmente significativement le risque de stress professionnel (41). Les soignants en psychiatrie présentent un risque accru de stress et d'épuisement professionnel, principalement dû à la nature exigeante de leur travail (12) (13). Les soignants sont régulièrement confrontés à des situations émotionnellement difficiles (14), à des charges de travail élevées, à un manque de soutien adéquat et à des conditions de travail souvent précaires (16) (17) (18).

9. *Objet de l'étude*

La prévalence de l'épuisement professionnel chez les soignants en psychiatrie est préoccupante (33). L'épuisement professionnel a des conséquences négatives sur la santé individuelle et collective (18). L'épuisement professionnel peut avoir un impact négatif sur la trajectoire professionnelle des soignants en psychiatrie et leur intention de rester dans le domaine de la santé mentale (25). « Des recherches plus approfondies devraient être menées en milieu psychiatrique médico-légal. Les études observationnelles sont les bienvenues pour évaluer les relations causales entre l'épuisement professionnel et l'empathie » (12). Améliorer les soins de santé mentale et les conditions de travail des infirmières psychiatriques s'avère crucial pour la maîtrise des risques professionnels (16). Cette étude met en lumière la nécessité de différencier les rôles et les responsabilités des infirmières psychiatriques, en tenant compte des conditions de travail spécifiques auxquelles elles sont confrontées. Il est impératif d'améliorer les environnements de travail en favorisant une meilleure compréhension des situations difficiles qui impactent les infirmières psychiatriques (16).

Selon une étude sur la qualité de vie professionnelle chez les infirmières en santé mentale, il est crucial que les organisations prennent en compte des facteurs tels que la résilience, l'épuisement professionnel, l'âge et les responsabilités familiales lors de l'élaboration d'interventions visant à améliorer leur bien-être (6). Des recherches antérieures ont mis en évidence la nécessité d'une étude plus approfondie sur le burnout chez les infirmiers travaillant dans les hôpitaux belges. En effet, si ces études ont permis d'établir une certaine prévalence du burnout dans cette population professionnelle, elles n'ont pas permis d'en cerner pleinement les facteurs individuels, organisationnels et les impacts sur les individus (37).

C'est précisément en réponse à ces lacunes et à ces appels à la recherche que le présent travail a été initié. Mon intérêt personnel pour le domaine de la santé mentale et l'observation des défis quotidiens rencontrés par les soignants ont renforcé la pertinence d'une investigation approfondie.

Ce mémoire quantitatif a donc été conçu dans l'objectif de combler une partie de ces manques en analysant les associations entre l'épuisement professionnel et les risques psychosociaux des soignants en santé mentale au sein des sites de l'Intercommunale de soins spécialisés de Liège (ISOSL) à savoir Louis Hillier, Agora et Petit-Bourgogne.

Pour ce faire, deux objectifs secondaires ont été définis : dans un premier temps d'identifier les facteurs qui ont le plus d'impact sur le niveau d'épuisement professionnel des soignants en santé mentale, et dans un second temps d'identifier les groupes de soignants les plus à risque d'épuisement professionnel au sein d'ISOSL.

Matériel et méthodes

1. Type d'étude

Pour répondre à la question suivante : "Quelles sont les associations entre l'épuisement professionnel et les risques psychosociaux des soignants en santé mentale au sein de l'Intercommunale de soins spécialisés de Liège ?", une étude quantitative descriptive et analytique a été menée. Ce type de design est adapté car il permet de mesurer les phénomènes, de décrire leur ampleur et leurs caractéristiques au sein de la population, et surtout d'analyser les relations entre eux pour répondre à ma question sur les "associations".

L'étude repose sur plusieurs hypothèses, formulées à partir d'une analyse de la littérature scientifique :

H1 : Les soignants des services de psychiatrie de chez ISOSL présentent un niveau d'épuisement personnel élevé : les 3 composantes ont été analysés (personnel-professionnel-relationnel)

H2 : Il existe une relation négative entre la reconnaissance au travail et le niveau d'épuisement professionnel chez les soignants

H3 : L'ancienneté est modératrice de la relation entre la charge de travail et l'épuisement professionnel. Les soignants plus anciens sont moins susceptibles de souffrir d'épuisement professionnel en cas de charge de travail élevée que les plus jeunes

2. Population étudiée et méthode d'échantillonnage

La méthode d'échantillonnage est un échantillonnage exhaustif, tous les soignants des 3 services de chez ISOSL ont été conviés à participer à l'étude. Les 3 services étant : Louis Hillier, Agora et Petit-Bourgogne.

La participation à cette étude était entièrement volontaire. Pour garantir une information complète et le consentement éclairé des soignants, une réunion d'information a été organisée avec les chefs de service afin de présenter le projet. Initialement, l'étude avait pour objectif de cibler uniquement les infirmiers.

Cependant, afin d'assurer une représentativité plus large et d'augmenter le nombre de répondants, il a été décidé en collaboration avec l'Intercommunale d'élargir l'échantillon à l'ensemble du personnel soignant des trois services de psychiatrie de l'ISOSL, incluant ainsi les infirmiers chefs, les infirmiers, les aides-soignants et les éducateurs.

Ont donc été inclus dans l'étude tous les soignants d'ISOSL travaillant en santé mentale au Petit-Bourgogne, Agora ou Louis Hillier.

3. Outils et organisation de la collecte des données

3.1. Outil

Pour recueillir les données, trois questionnaires distincts ont été utilisés, un questionnaire sociodémographique que j'ai créé et deux questionnaires validés dans la littérature scientifique. Il s'agit du Copenhagen Burnout Inventory (CBI) afin de mesurer l'épuisement professionnel (42). Le sujet est classé en 3 catégories pour chaque type d'épuisement "pas d'inquiétude", "vigilance" ou "alerte". Le CBI a été utilisé dans l'enquête SESMAT sur le syndrome d'épuisement professionnel chez les anesthésistes réanimateurs et les autres praticiens des hôpitaux publics en France (43).

Afin de mesurer les risques psychosociaux, le questionnaire de Karasek a été utilisé. Il évalue deux dimensions clés, la demande psychologique et la latitude décisionnelle. La demande psychologique représente le niveau de contraintes mentales et d'efforts intellectuels requis par le travail.

La latitude décisionnelle représente le degré d'autonomie et de contrôle dont dispose le travailleur dans son travail, cela inclut la possibilité de prendre des décisions, de résoudre des problèmes, d'organiser son travail et d'utiliser ses compétences. Le questionnaire mesure également le soutien social de la part de la hiérarchie, de ses collègues et la reconnaissance au travail (44).

3.2. Collecte des données

La collecte des données s'est déroulée électroniquement via Google FORMS sur les sites de Louis Hillier, Agora et Petit-Bourgogne durant une période d'un mois. Une fois sur Google FORMS les soignants ont eu accès aux divers documents administratifs à valider puis aux trois questionnaires, le CBI et le questionnaire de Karasek étaient des questionnaires à choix multiples.

Pour le CBI cela allait de "jamais ou presque jamais" à "Tout le temps" ou "Élevé" à "Très faible" et celui de Karasek allait de "Pas du tout d'accord" à "Tout à fait d'accord".

L'ensemble des réponses enregistrées ont été codées. Le Google FORMS a été paramétré en conformité avec le respect du Règlement général sur la protection des données (RGPD).

3.3. Traitement des données et méthode d'analyse

Les informations recueillies via les questionnaires ont été organisées au sein d'une base de données structurée, avant d'être traitées avec le logiciel R Commander. Une fois la cohérence des données confirmée, une analyse descriptive a été entreprise.

Afin d'étudier les éventuelles variations en fonction de variables telles que le genre, l'âge et la profession, des tests statistiques appropriés ont été appliqués. Le risque d'erreur a été fixé à 5%. Un test statistique a été considéré comme significatif si la P valeur $\leq 0,5$.

3.4. Contrôle de la qualité des données

Les infirmiers référents ont été des acteurs clés sur le terrain, guidant les soignants avec pédagogie à travers les questionnaires, ce qui a considérablement réduit les incompréhensions et les réponses parcellaires. Pour faciliter la tâche des participants, des directives claires étaient incluses avec les questionnaires.

Par ailleurs, les données numérisées ont fait l'objet d'une double vérification manuelle rigoureuse, afin de prévenir toute erreur d'encodage.

3.5. Protection des données et comité d'éthique

Afin de ne pas avoir accès à l'adresse mail des soignants pour une question de confidentialité, j'ai mis à disposition un lien URL et un QR-CODE afin que les agents puissent participer. En cliquant sur le lien ou en scannant le QR-CODE, ils ont eu accès au document d'information détaillé, un consentement éclairé à valider, assurant ainsi une démarche éthique et transparente et suivaient les 3 questionnaires.

Cette étude a été évaluée et approuvée par le Comité d'Éthique Hospitalo-Facultaire Universitaire de Liège (avis favorable du 27 juin 2025, référence 2024/376), ainsi que par le comité d'éthique d'ISOSL le 23 juin 2025. Un contrat d'assurance a été souscrit auprès d'Ethias, sous le numéro de police n°45.482.838.

Résultats

1. Population étudiée

L'étude se base sur les réponses de soignants travaillant en psychiatrie chez ISOSL sur les sites de Louis Hillier, Agora et Petit-Bourgogne.

1.1. Caractéristiques sociodémographiques des soignants

Le tableau 1 représente les principales caractéristiques démographiques des soignants ayant participé à l'étude.

Tableau 1 : Statistiques descriptives des données sociodémographiques

<u>Variables</u>	<u>Modalités</u>	<u>Effectif (Pourcentage)</u>
<u>Genre</u>	<u>Femme</u>	<u>45 (71,43%)</u>
	<u>Homme</u>	<u>18 (28,57%)</u>
<u>Profession</u>	<u>Aide-soignant</u>	<u>7 (11,11%)</u>
	<u>Éducateur</u>	<u>12 (19,05%)</u>
	<u>Ergothérapeute</u>	<u>1 (1,59%)</u>
	<u>Infirmier</u>	<u>34 (53,97%)</u>
	<u>Infirmier chef</u>	<u>9 (14,29%)</u>
<u>Tranche d'âge</u>	<u>+ de 60 ans</u>	<u>2 (3,17%)</u>
	<u>21-29 ans</u>	<u>12 (19,05%)</u>
	<u>30-39 ans</u>	<u>14 (22,22%)</u>
	<u>40-49 ans</u>	<u>16 (25,40%)</u>
	<u>50-59 ans</u>	<u>19 (30,16%)</u>
<u>Etat civil</u>	<u>Célibataire</u>	<u>9 (14,29%)</u>
	<u>Divorcé(e)</u>	<u>6 (9,52%)</u>
	<u>En couple</u>	<u>21 (33,33%)</u>
	<u>Jamais marié(e)</u>	<u>6 (9,52%)</u>
	<u>Marié(e)</u>	<u>18 (28,57%)</u>
	<u>Veuf/veuve</u>	<u>3 (4,76%)</u>
<u>Nombre d'enfants à charge</u>	<u>1 enfant</u>	<u>18 (28,57%)</u>
	<u>2 enfants</u>	<u>21 (33,33%)</u>
	<u>3 enfants</u>	<u>5 (7,94%)</u>
	<u>Pas d'enfant</u>	<u>19 (30,16%)</u>

<u>Années de travail en santé mentale</u>	<u>0-1 an</u>	<u>4 (6,35%)</u>
	<u>2-5 ans</u>	<u>6 (9,52%)</u>
	<u>6-10 ans</u>	<u>8 (12,70%)</u>
	<u>11-20 ans</u>	<u>20 (31,75%)</u>
	<u>21-30 ans</u>	<u>18 (28,57%)</u>
	<u>31-40 ans</u>	<u>6 (9,52%)</u>
	<u>Plus d'un an et moins de deux ans</u>	<u>1 (1,59%)</u>
<u>Catégorie du statut professionnel</u>	<u>¾ temps ou moins</u>	<u>10 (15,87%)</u>
	<u>½ temps ou moins</u>	<u>6 (9,32%)</u>
	<u>Temps plein</u>	<u>47 (74,60%)</u>
<u>Type de contrat</u>	<u>Agent nommé</u>	<u>1 (1,59%)</u>
	<u>CDD</u>	<u>3 (4,76%)</u>
	<u>CDI</u>	<u>59 (93,65%)</u>

Au cours de l'étude, les données ont été collectées auprès de 63 professionnels de santé mentale exerçant à l'Intercommunale de Soins Spécialisés de Liège (ISOSL).

Cet échantillon était majoritairement composé de femmes (71,43 %). La profession d'infirmier représentait plus de la moitié des répondants (53,97 %), suivie des éducateurs (19,05 %) et des aides-soignants (11,11 %) (Tableau 1).

Concernant la répartition par âge, la tranche des 50-59 ans était la plus représentée (30,16 %), suivie de celle des 40-49 ans (25,40 %) et des 30-39 ans (22,22 %). Plus de la moitié des participants avaient donc plus de 40 ans, traduisant une population de soignants expérimentée (Tableau 1).

Sur le plan de l'ancienneté professionnelle, 69,84 % des soignants avaient plus de 10 ans d'expérience en santé mentale, dont 31,75 % entre 11 et 20 ans. (Tableau 1)

La majorité des participants exerçaient à temps plein (74,60 %) et bénéficiaient d'un contrat à durée indéterminée (93,65 %) (Tableau 1).

Enfin, concernant la situation familiale, 33,33 % des répondants vivaient en couple, tandis que 30,16 % n'avaient pas d'enfants à charge, contre 33,33 % ayant deux enfants (Tableau 1).

2. Évaluation des niveaux d'épuisement selon le Copenhagen Burnout Inventory (CBI)

Concernant le Copenhagen Burnout Inventory (CBI), les résultats mettent en évidence un niveau d'épuisement professionnel particulièrement préoccupant. 98,41 % des soignants étaient en "alerte" (score supérieur à 19), tandis qu'un seul participant (1,59 %) était classé "sans inquiétude" (score inférieur à 15) (Tableau 2). Aucun participant n'était en "vigilance" (score supérieur à 19). "Pas d'inquiétude" signifie peu ou pas de symptômes d'épuisement, "vigilance" un ou plusieurs symptômes d'épuisement et "alerte" les relations sont épuisantes physiquement et mentalement. (Annexe 5)

Pour l'épuisement relationnel, 88,89 % des répondants étaient en "alerte" (score supérieur à 17), contre 4,76 % en "vigilance" (score compris entre 13 et 17) et seulement 6,35 % "sans inquiétude" (score inférieur à 13).

En revanche, l'épuisement personnel était moins marqué : 65,08 % des participants se situaient dans la catégorie "pas d'inquiétude" (score inférieur à 13), tandis que 34,92 % étaient en « vigilance » (score compris entre 13 et 17). Aucun participant n'était en "alerte" pour l'épuisement personnel (score supérieur à 17) (Tableau 2).

Tableau 2 : Niveau d'épuisement selon le Copenhagen Burnout Inventory (CBI)

Variables	Modalités	Effectif (Pourcentage)
Epuisement personnel	Alerte	0 (0%)
	Vigilance	22 (34,92%)
	Pas d'inquiétude	41 (65,08%)
Epuisement professionnel	Alerte	62 (98,41%)
	Pas d'inquiétude	1 (1,59%)
	Vigilance	0 (0%)
Epuisement relationnel	Alerte	56 (88,89%)
	Vigilance	3 (4,76%)
	Pas d'inquiétude	4 (6,35%)

3. Évaluation des facteurs de risques psychosociaux selon le modèle de Karasek

L'analyse des données issues du modèle de Karasek montre que 55,56 % des soignants disposent d'une latitude décisionnelle faible, contre 44,44 % bénéficiant d'une latitude élevée. En parallèle, 87,3 % des répondants faisaient face à une demande psychologique élevée. (Tableau 3).

La combinaison de ces deux dimensions révèle que 52,38 % des soignants se retrouvaient en situation de "travail tendu" (job strain), tandis que 34,92 % étaient classés comme "travail actif". Les profils "détendus" et "passifs" étaient minoritaires, représentant respectivement 9,52 % et 3,17 % des participants (Tableau 3).

Concernant le soutien social, 52,38 % des participants percevaient un niveau élevé de soutien, tandis que 47,62 % rapportaient un soutien faible. Cette situation a conduit à identifier une proportion d'isostrain de 30,16 %, traduisant un cumul de contraintes élevées (job strain) et de faible soutien social (Tableau 3). Pour rappel, l'isostrain est la combinaison du job strain à un faible soutien social.

Enfin, la reconnaissance au travail était quasi unanime : 98,41 % des soignants percevaient une reconnaissance élevée, contre seulement 1,59 % exprimant une reconnaissance faible (Tableau 3).

Tableau 3 : Les risques psychosociaux selon le modèle de Karasek

Variables	Modalités	Effectif (Pourcentage)
Latitude décisionnelle	Élevée	28 (44,44%)
	Faible	35 (55,56%)
Demande Psychologique	Élevée	55 (87,3%)
	Faible	8 (12,7%)
Tension au travail (Job strain)	Travail actif	22 (34,92%)
	Travail détendu	6 (9,52%)
	Travail passif	2 (3,17%)
	Travail tendu (stressé)	33 (52,38%)
Soutien Social	Élevé	33 (52,38%)
	Faible	30 (47,62%)
Isostrain	Isostrain	19 (30,16%)
	Pas d'isostrain	44 (69,84%)
Reconnaissance	Élevée	62 (98,41%)
	Faible	1 (1,59%)

3.1. Évaluation des facteurs associés à l'épuisement personnel

L'épuisement personnel a été analysé en fonction des différentes variables sociodémographiques. Aucune variable n'est significative dans aucune des deux régressions, il n'y a pas d'association entre l'épuisement personnel et les variables sociodémographiques. Une régression logistique binaire a été effectuée afin d'identifier les variables associées à l'épuisement personnel chez les soignants. Après analyse, il ressort que la latitude décisionnelle et le soutien social sont les deux facteurs significativement associés à l'épuisement personnel en analyse univariée (Tableau 4).

En effet, les participants présentant une latitude décisionnelle faible avaient une probabilité 3,09 fois plus élevée d'être en état de "vigilance" d'un épuisement personnel par rapport à ceux disposant d'une latitude élevée (OR = 3,09 ; IC 95 % : 1,04 – 10,09 ; p = 0,0487) (Tableau 4).

Par ailleurs, les soignants percevant un soutien social faible avaient une probabilité 3,71 fois plus élevée d'être en état de "vigilance" d'un épuisement personnel (OR = 3,71 ; IC 95 % : 1,27 – 11,72 ; p = 0,0158) (Tableau 4).

En analyse multivariée, seul le soutien social demeurait significativement associé à l'épuisement personnel (OR ajusté = 3,22 ; IC 95 % : 1,07 – 10,40 ; p = 0,042). Ainsi, après ajustement pour les autres variables, le faible soutien social apparaît comme un facteur prédictif indépendant d'un état de "vigilance" d'épuisement personnel. La latitude décisionnelle, bien qu'associée en univarié, ne conservait pas de lien statistiquement significatif en analyse multivariée (p = 0,1111) (Tableau 4).

Enfin, les autres variables étudiées, telles que la reconnaissance au travail et la demande psychologique, n'ont pas montré d'association significative avec l'épuisement personnel.

Tableau 4 : Éléments du modèle de Karasek associés à l'épuisement personnel

Régression logistique binaire UNIVARIE					Régression logistique binaire MULTI-UNIVARIE		
		OR (IC 95%)	P. Value	P. Value Globale	OR (IC 95%)	P. Value	P. Value Globale
Latitude décisionnelle	Élevé	1			-	-	
	Faible	3,09 (1,04-10,09)	0,0487	0,0487	2,57 (0,82-8,72)	0,1111	0,1044
Demande Psychologique	Élevé	1					
	Faible	0,23 (1,1-1,43)	0,185	0,185	NA	NA	NA
Soutien Social	Élevé	1					
	Faible	3,71 (1,27-11,72)	0,0158	0,0158	3,22 (1,07-10,40)	0,042	0,038
Reconnaissance	Élevé	1					
	Faible	0,31e-6 (NA-1,94e122)	0,3516	0,3516	NA	NA	NA

**NA=Non applicable*

L'analyse univariée des variables isostrain et job strain par rapport à l'épuisement personnel a permis de noter une significativité pour « l'isostrain » (OR = 0,24 ; IC 95 % : 0,07 – 0,74 ; p = 0,0147). En effet, les soignants qui ne sont pas en situation « d'isostrain » ont une probabilité significativement réduite d'être en situation d'épuisement personnel par rapport à celles qui sont en situation « d'isostrain ». En résumé, les individus non exposés à « l'isostrain » ont environ 76 % de chance en moins de présenter un épuisement personnel, comparativement à ceux exposés à « l'isostrain » (Tableau 5). Du fait d'avoir une seule variable significative dans le modèle univarié, l'étape de régression multivariée n'a pas été effectuée.

Tableau 5 : Association entre l'isostrain, le job strain et l'épuisement personnel

Régression logistique binaire UNIVARIE				
		OR (IC 95%)	P. Value	P. Value Globale
Isostrain	Isostrain	1	-	
	Pas d'Isostrain	0,24 (0,07-0,74)	0,0147	0,01302
Tension au travail (Job strain)	Travail actif	1	-	
	Travail détendu	6,2e7 (NA-A,40e47)	0,9918	0,0579
	Travail passif	2,66 (0,09-0,75)	0,5112	
	Travail tendu (stressé)	2,22 (0,72-7,51)	0,178	

3.2. Évaluation des facteurs associés à l'épuisement professionnel

Une régression logistique binaire a été effectuée afin d'identifier les variables associées à l'épuisement professionnel chez les soignants. Après analyse, aucune des variables étudiées, qu'elles soient sociodémographiques (genre, âge, profession, ancienneté, statut professionnel,...) ou psychosociales (latitude décisionnelle, demande psychologique, soutien social, reconnaissance) n'a montré d'association statistiquement significative avec l'état d'épuisement professionnel, que ce soit en analyse univariée ou multivariée. Contrairement aux résultats précédents, il n'est démontré aucune association statistiquement significative entre l'isostrain et la variable de résultat ($p = 0,3946$), de même qu'avec le job strain ($p = 0,1821$).

3.3. Evaluation des facteurs associés à l'épuisement relationnel

Le genre, bien que les hommes semblent avoir une probabilité réduite d'être en état de "vigilance" ($OR = 0,16$; $IC\ 95\ \% : 0,18 - 22,06$; $p = 0,2871$) ou "d'alerte" ($OR = 0,11$; $IC\ 95\ \% : 0,01 - 4,51$; $p = 0,066$) par rapport aux femmes, ces associations ne sont pas statistiquement significatives. La p-value globale pour le genre est de 0,1299, ce qui ne permet pas de conclure à une influence du genre sur l'épuisement relationnel. (Tableau 6)

Une régression logistique multinomiale a été réalisée afin d'identifier les facteurs associés à l'épuisement relationnel chez les soignants. L'analyse univariée met en évidence que l'ancienneté dans la profession est la seule variable significativement associée à l'épuisement relationnel (Tableau 6). Du fait d'avoir une seule variable significative dans le modèle univarié, l'étape de régression multivariée n'a pas été effectuée.

Comparés aux professionnels ayant moins d'un an d'ancienneté (modalité de référence), ceux ayant 2 à 5 ans d'ancienneté présentaient une probabilité 46,08 fois plus élevée d'être en état "d'alerte" d'épuisement relationnel ($OR = 46,08$; $IC95\ \% : 18,1 - 1,17e2$; $p < 0,0001$).

Ces résultats sont statistiquement très significatifs et indiquent un risque accru à partir de cette tranche d'ancienneté. Pour les professionnels ayant 11 à 20 ans d'ancienneté, est observée une probabilité 34,16 fois plus élevée d'être en "vigilance" ($OR = 34,16$; $IC95\ \% : 5,09 - 22,91$; $p = 0,0002$) et une probabilité réduite d'être en "alerte" ($OR = 1,2e-5$; $IC95\ \% : 3,21e-7 - 4,52e-6$; $p < 0,0001$) (Tableau 6).

Les travailleurs ayant 21 à 30 ans d'ancienneté présentent un risque extrêmement élevé de "vigilance" (OR = 68,35 ; IC95 % : 8,58 – 5,44e2 ; $p < 0,0001$), mais une très faible probabilité d'être en "alerte" (OR = 2,2e-5 ; $p < 0,0001$). (Tableau 6)

L'ancienneté de 31 à 40 ans est associée à une probabilité extraordinairement élevée de "vigilance" (OR = 2,6e7 ; $p = 0$), mais aussi à une très faible probabilité "d'alerte" (OR = 7,09e-6 ; $p = 0$). Pour ceux ayant plus d'un an et moins de deux ans d'ancienneté, les résultats montrent une probabilité significativement réduite de "vigilance" (OR = 0,14 ; $p = 0$), mais une probabilité massivement augmentée "d'alerte" (OR = 267,07 ; IC95 % : 267e2 – 2,68e2 ; $p = 0$).

Les autres variables étudiées, telles que le genre, la profession, la situation familiale, le statut professionnel, le type de contrat, ainsi que les dimensions psychosociales du modèle de Karasek (latitude décisionnelle, demande psychologique, soutien social et reconnaissance) n'ont pas montré d'association statistiquement significative avec l'épuisement relationnel, que ce soit en "vigilance" ou en "alerte" (Tableau 6).

Concernant l'isostrain et la tension au travail (job strain), il n'y a pas d'association entre la p-value globale de l'isostrain ($p = 0,2245$) et la variable de résultat. La p-value globale pour la variable job strain dans les analyses est de 0,2907, ce qui confirme l'absence de significativité globale.

Tableau 6 : Evaluation des facteurs associés à l'épuisement relationnel

Variables		Régression logistique multinomiale UNIVARIE					
		Vigilance VS d'épuisement	Pas d'inquiétude	Alerte d'épuisement VS Pas d'inquiétude	Pas d'inquiétude d'épuisement		
		OR (IC 95%)	P. Value	OR (IC 95%)	P. Value	P. Value Globale	
Genre	Femme	1					
	Homme	0,16 (0,18-22,06)	0,2871	0,11 (0,01-4,51)	0,066	0,1299	
Profession	Aide-soignant(e)	1					
	Éducateur(rice)	1,03e-3 (0,0-Inf)	0,995	6,14e-5 (8,10e-295 - 4,65e283)	0,9717	0,476	
	Ergo	0,55 (0,43-6,88e-1)	0,9922	17,21 (8,48e-18 - 3,49e19)	0,8947		
	Infirmier(ère)	23,04e2 (0,0-Inf)	0,9932	1,78e-4 (2,35e-294 - 1,34e284)	0,9742		
	Infirmier(ère) chef	6,77 (1,01e-7 - 4,51e9)	0,8535	30,81 (0,0 - Inf)	0,9983		
Tranche d'âge	+ de 60 ans	1					
	21-29 ans	3,6e7 (1,21e-286 - 1,08e303)	0,9545	3,4e3 (0,0-Inf)	0,9842	0,7832	
	30-39 ans	27,56 (0,0-Inf)	0,9965	2,8e-3 (5,2e-128 - 1,54e120)	0,9551		
	40-49 ans	6,6e-8 (1,46e-9 - 3,04e-8)	0,9772	1,6e-3 (3,04e-128 - 8,96e119)	0,9522		
	50-59 ans	27,56 (0,0-Inf)	0,9965	4,01e-3 (7,37e-128 - 2,18e120)	0,9570		
Etat civil	Célibataire	1					
	Divorcé(e)	0,04 (0,0 - Inf)	0,9982	6,6e4 (1,54e-233 - 2,89e242)	0,9682	0,9021	
	En couple	0,50 (0,01-19,58)	0,7114	1,28 (0,1-16,54)	0,8466		
	Jamais marié(e)	0,04 (0,0-Inf)	0,9982	6,68e3 (1,54e-233 - 2,89e242)	0,9682		
	Marié(e)	1,00 (0,02-50,45)	0,9995	2,28 (0,02- 50,44)	0,5774		
	Veuf/veuve	0,02 (0,0-Inf)	0,9982	2,9 (0,0-Inf)	0,9685		
Nombre d'enfants à charge	1 enfant	1					
	2 enfants	6,29e8 (4,07e-189 - 9,72e205)	0,9303	4,27e3 (2,16e-158 - 8,46e166)	0,9553	0,2655	
	3 enfants	8,23e-3 (4,05e-4 - 1,67e-3)	0,9992	0,24 (1,19e-2 - 4,62)	0,3411		
	Pas d'enfant	1,7e4 (1,73e-108 - 1,73e116)	0,9408	0,44 (3,63e-2 - 5,37)	0,5215		
Années de travail en santé mentale	0-1 an	1					
	2-5 ans	4,43e10 (1,74e9 - 1,12e10)	<0,0001	46,08 (18,1 - 1,17e2)	<0,0001	0,8803	
	6-10 ans	0,45 (0,45 - 0,46)	0	1,61e3 (1,61e4 - 1,62e4)	0		
	11-20 ans	34,16 (5,09-22,91)	0,0002	1,2e-5 (3,21e-7 - 4,52e-6)	<0,0001		
	21-30 ans	68,35 (8,58 - 5,44e2)	<0,0001	2,2e-5 (8,58 - 5,44e2)	<0,0001		
	31-40 ans	2,6e7 (2,66e-8 - 2,66e-8)	0	7,09e-6 (2,66e-8 - 2,67e-8)	0		
	Plus d'un an et moins de deux ans	0,14 (0,48 - 0,49)	0	267,07 (2,67e2 - 2,68e2)	0		
Catégorie du statut professionnelle	4/5 temps ou moins	1					
	¾ temps ou moins	3,2e5 (1,23e-52 - 8,76e64)	0,8269	6942 (7,33e-23 - 4,41e27)	0,8867	0,555	
	Temps plein	568,68 (9,42e-50 - 5,11e56)	0,8282	2,8 (0,24 - 32,31)	0,4092		
Type de contrat	Agent nommé	1					
	CDD	0,23 (1,48e-296 - 2,43e300)	0,8763	190,18 (1,48e-296 - 2,43e300)	0,988	0,9137	
	CDI	6,46 (1,63e-116 - 2,54e117)	0,9891	0,01 (1,36e-40 - 3,21e35)	0,9098		

Analyse critique et discussion

1. Discussion

Cette étude avait comme objectif d'analyser l'association de l'épuisement professionnel et les risques psychosociaux des soignants en santé mentale au sein des sites de l'Intercommunale de soins spécialisés de Liège (ISOSL) à savoir Louis Hillier, Agora et Petit-Bourgogne.

Concernant le CBI (Copenhagen Burnout Inventory), la majorité des sujets (65,08%) ne présentent pas d'inquiétude majeure. Cependant, une part significative (34,92%) se trouve dans un état de "vigilance", indiquant un niveau de fatigue personnel nécessitant une attention particulière. Pour l'épuisement professionnel, ce type d'épuisement révèle une situation préoccupante. Une écrasante majorité des soignants (98,41%) sont catégorisés en "alerte", signalant un niveau très élevé d'épuisement lié à leur travail. Seul un très faible pourcentage (1,59%) est "sans inquiétude" à cet égard. L'épuisement lié aux interactions avec autrui est également très présent. 88,89% des répondants sont en "alerte" pour cette composante, tandis que 4,76% sont en "vigilance". Seule une petite minorité (6,35%) est "sans inquiétude".

Ces chiffres confirment en partie ma première hypothèse : les soignants de l'ISOSL présentent effectivement un niveau d'épuisement élevé, particulièrement marqué pour les dimensions professionnelles et relationnelles, où la quasi-totalité des participants se trouve en situation d'alerte. L'épuisement personnel, bien que moins omniprésent en catégorie "alerte", concerne tout de même un tiers des soignants en état de vigilance.

Ainsi l'épuisement professionnel et relationnel apparaît comme alarmant, traduisant un risque élevé de burn-out chez les soignants interrogés. Ce constat corrobore les études citées en introduction, qui estiment que 30 à 40% des infirmiers souffrent de burnout (30) et que le taux de prévalence en Belgique est en augmentation (33) (34).

Concernant le questionnaire de Robert Karasek, pour rappel, la latitude décisionnelle est le degré d'autonomie et de contrôle dont dispose le travailleur dans son travail qui inclut la possibilité de prendre des décisions, de résoudre des problèmes, d'organiser son travail et d'utiliser ses compétences.

Les résultats ont montré que la latitude décisionnelle faible est bien un facteur lié à l'épuisement personnel ($p = 0,0487$). Cette observation suggère que la limitation de l'autonomie dans la prise de décision professionnelle pourrait favoriser l'apparition d'une fatigue psychologique ou émotionnelle, caractéristique d'un état d'épuisement personnel.

Cette observation s'inscrit dans un cadre plus large où la tension au travail est un enjeu central. En effet, selon le modèle de Karasek, même dans les emplois présentant des exigences professionnelles (physiques et psychologiques) élevées et une latitude décisionnelle importante, la tension peut s'accroître. (45)

Cela s'explique par les préoccupations intenses liées à la prise de décisions cruciales et à la nécessité de maintenir un travail de haute qualité avec un faible taux d'erreur (45).

L'étude n'a pas trouvé de lien clair entre la demande psychologique (c'est-à-dire la quantité de travail et l'intensité) et la probabilité de commencer à ressentir un épuisement personnel. Dans la littérature, il est souvent avancé qu'un fort engagement professionnel peut réduire l'effet d'une charge de travail élevée sur le risque d'épuisement, offrant aux soignants un sentiment d'appartenance et de stabilité face aux exigences (46).

Les conclusions d'une étude serbe indiquent que l'engagement au travail des professionnels infirmiers et techniciens médicaux constitue une barrière contre l'épuisement lié directement aux interactions avec les patients, sans toutefois prévenir l'épuisement professionnel global et personnel (47).

Ce travail démontre également de manière solide qu'un faible soutien social est un facteur important et indépendant qui augmente significativement le risque d'épuisement personnel ($p = 0,0158$, $p = 0,042$). Ce résultat met en évidence le rôle protecteur du soutien social perçu, notamment celui de la hiérarchie et des collègues, dans la prévention du burnout.

En effet, il a été démontré que les infirmières bénéficiant d'un soutien social important étaient prémunies contre l'impact délétère des exigences professionnelles sur leur satisfaction au travail. Cela souligne l'importance cruciale de comprendre les éléments de l'environnement professionnel susceptibles d'influencer le stress afin de maintenir la satisfaction des infirmières en milieu hospitalier (48).

Par ailleurs, une étude italienne a révélé le rôle fondamental du soutien social perçu, agissant comme un modérateur notable entre les exigences professionnelles et l'anxiété. Cette constatation souligne la nécessité d'améliorer le réseau de soutien social en milieu de travail pour atténuer l'effet des exigences perçues comme élevées sur le bien-être psychologique des infirmières (49).

Dans les environnements professionnels hautement stressants, caractérisés par d'importantes exigences physiques et psychologiques combinées à une faible latitude décisionnelle, à l'image du métier infirmier, les manifestations de fatigue peuvent être plus prononcées en raison d'un temps de récupération insuffisant, par rapport aux postes exigeants mais offrant une autonomie décisionnelle élevée. Par ailleurs, un faible soutien social est susceptible d'accentuer les effets du stress professionnel sur l'épuisement. (50)

Les résultats de l'étude confirment l'importance de cette dimension de soutien social. L'analyse révèle en effet une association significative entre l'absence d'isostrain et une probabilité d'épuisement personnel réduite de 76% (OR = 0,24 ; $p = 0,0147$). Cela suggère que même si la tension au travail (job strain) est présente, un soutien social fort peut jouer un rôle de "modérateur" et de "tampon" face aux facteurs de stress. Le personnel de santé mentale fait face à des exigences élevées qui peuvent générer stress et frustration, contribuant directement à l'épuisement, au cynisme et à une baisse d'efficacité. Les épisodes de violence comme manifestations cliniques chez les patients sont particulièrement prenants sur le plan émotionnel, pouvant inciter les professionnels à une forme de retrait. Ces confrontations violentes peuvent également diminuer leur sentiment de maîtrise et d'efficacité dans leur rôle (51).

Concernant la reconnaissance, cette catégorie n'a pas montré d'association statistiquement significative avec l'état de "vigilance" d'un épuisement personnel.

Bien que les résultats ne confirment pas ma deuxième hypothèse, de nombreuses études, comme celle de Maslach (11), soulignent le rôle crucial des facteurs organisationnels, incluant la reconnaissance, dans l'émergence du burnout. D'autres recherches (25) ont également montré que les comportements managériaux indésirables réduisent le moral et la motivation.

Malgré une tendance observée, il n'y a pas d'association statistiquement significative entre le genre et l'épuisement relationnel ($p = 0,1299$), cette étude suggère que cette relation pourrait être plus complexe qu'initialement anticipée, ou que d'autres facteurs agissent comme médiateurs ou modérateurs, méritant ainsi des investigations plus approfondies.

Contrairement à certaines observations de la littérature, l'étude n'a pas révélé d'association statistiquement significative entre les données sociodémographiques (comme le genre, profession, tranche d'âge, état civil, nombre d'enfants à charge, années de travail en santé mentale, catégorie du statut professionnel et type de contrat) et l'épuisement professionnel. Les intervalles de confiance très larges ou non définis, les OR extrêmes et les p-values élevées (toutes $> 0,85$) indiquent une instabilité dans les estimations, probablement liée à la faible taille des sous-groupes professionnels (52).

L'analyse de l'influence de l'ancienneté sur l'épuisement relationnel a révélé des dynamiques complexes et parfois contradictoires. Si la p-value globale de 0,8803 indique que l'ancienneté dans le poste, prise dans son ensemble, ne permet pas de conclure à une association statistiquement significative avec la variation des états d'épuisement relationnel, une exploration plus approfondie par tranches d'ancienneté met en lumière des tendances très significatives. Ces résultats nuancés suggèrent que l'ancienneté ne joue pas un rôle simple et linéaire, mais qu'elle est un facteur complexe dont l'impact varie grandement au fil d'une carrière. Les premières années de pratique semblent particulièrement critiques. Les professionnels ayant entre 2 et 5 ans d'ancienneté affichent un risque considérablement accru d'être en état de vigilance ou d'alerte (p-value globale = 0,0003 pour la "vigilance", $p < 0,0001$ pour "l'alerte") tout comme ceux ayant plus d'un an et moins de deux ans d'ancienneté qui présentent une probabilité massivement augmentée d'être en état "d'alerte" ($p = 0$). Ces observations pourraient s'expliquer par un phénomène de « désillusion » ou par une surcharge rapide de responsabilités après la période initiale de formation et d'intégration, confrontant les soignants aux dures réalités du terrain sans avoir encore développé des stratégies d'adaptation suffisantes.

La littérature suggère que les infirmières ayant 5 à 10 ans d'expérience affichent une satisfaction professionnelle significativement plus élevée que celles ayant 1 à 4 ans d'expérience. Cette perspective dépeint une courbe d'apprentissage et d'adaptation où l'expérience accumulée contribuerait positivement au bien-être général (53).

À l'inverse, l'expérience prolongée semble modifier la nature de la relation à l'épuisement. Les soignants avec 11 à 20 ans, puis avec 21 à 30 ans et enfin avec 31 à 40 ans d'ancienneté, présentent un risque élevé d'être en état de "vigilance", mais une probabilité drastiquement réduite d'atteindre le stade "d'alerte". Cette tendance suggère que l'ancienneté pourrait favoriser le développement de mécanismes de défense ou d'adaptation, permettant de maintenir un état de tension psychologique constant sans basculer vers un épuisement critique.

Il est également envisageable que ces résultats reflètent un épuisement masqué, où les professionnels plus expérimentés sont moins susceptibles de reconnaître ou de manifester les symptômes d'alerte, potentiellement par suradaptation ou par peur des conséquences. La littérature montre en effet que les infirmières en début de carrière ont une probabilité plus élevée de vouloir quitter leur emploi que leurs homologues plus expérimentées (54).

Concernant ma troisième hypothèse, l'ancienneté ne s'est pas avérée un modérateur significatif de la relation entre la charge de travail et l'épuisement professionnel dans mon étude, et les dynamiques observées avec l'ancienneté sont plus complexes que prévu, montrant même un risque accru pour les jeunes soignants. Cette observation rejoint celle d'une étude italienne (9) qui souligne que les infirmières novices, ayant des attentes plus élevées, peuvent se sentir plus frustrées et épuisées si ces attentes ne sont pas comblées. Les professionnels plus âgés, bien que souffrant potentiellement d'un épuisement émotionnel plus important, semblent avoir acquis des stratégies pour ne pas basculer dans l'état "d'alerte". Il est important de noter que la non-significativité du test global et l'amplitude extrême de certains OR pour les tranches d'ancienneté les plus faibles ou les plus élevées (31-40 ans ou > 1 an et < 2 ans) peuvent être le résultat d'un faible effectif dans ces catégories, ce qui peut réduire la puissance statistique des analyses.

Ces résultats soulignent la nécessité d'études futures avec des échantillons plus larges et mieux équilibrés pour affiner la compréhension du rôle complexe de l'ancienneté dans le développement de l'épuisement professionnel.

2. Limites et biais

L'étude a été réalisée à un moment précis dans le temps, ce qui permet d'identifier des associations entre les variables, mais pas d'établir des relations de cause à effet. Par exemple, il est impossible de déterminer si un faible soutien social cause l'épuisement, ou si l'épuisement influence la perception du soutien.

Bien que l'échantillon ait été élargi, le faible nombre de participants dans certaines catégories (notamment pour les tranches d'ancienneté les plus courtes ou les plus longues) a pu limiter la puissance statistique et la généralisabilité des résultats.

La spécificité de l'institution (ISOSL) ne permet pas non plus de transposer les conclusions à l'ensemble du secteur de la santé mentale.

L'étude présente un biais de désirabilité sociale : les trois questionnaires peuvent inciter les participants à fournir des réponses qu'ils jugent socialement acceptables ou valorisantes, plutôt que de refléter fidèlement leur situation, ce qui peut fausser les résultats.

Concernant les questionnaires, il est possible que les soignants qui ont choisi de répondre soient déjà plus engagés ou plus intéressés par les problématiques de bien-être au travail que ceux qui n'ont pas participé. Cela pourrait conduire à une sous-estimation de la prévalence de l'épuisement professionnel dans la population totale.

Pour finir, la perception de certaines variables, comme le soutien social ou la reconnaissance, peut être influencée par des événements récents et ne pas refléter une expérience globale et stable, introduisant ainsi une variabilité dans les réponses.

3. Perspectives

La présente étude, centrée sur l'épuisement professionnel et les risques psychosociaux chez les soignants en santé mentale de l'ISOSL, a mis en lumière des associations significatives et des nuances importantes qui ouvrent la voie à de multiples perspectives tant pour la recherche future que pour la pratique clinique et organisationnelle. Les résultats obtenus fournissent une base précieuse pour une meilleure compréhension du bien-être des professionnels évoluant dans un environnement exigeant.

Si l'ancienneté globale n'a pas montré d'influence statistiquement significative, l'analyse par tranches a révélé des périodes critiques et des mécanismes d'adaptation potentiels. La vulnérabilité des professionnels en début de carrière (notamment 1 à 5 ans d'ancienneté) est particulièrement frappante, suggérant une phase de désillusion ou de surcharge rapide de responsabilités. Cela met en évidence le besoin de programmes d'accompagnement spécifiques pour les jeunes diplômés ou les soignants en début de carrière, incluant un encadrement renforcé, des formations aux stratégies d'adaptation et une gestion progressive des charges de travail.

À l'autre extrémité du spectre, l'observation d'un risque élevé de vigilance mais d'une faible probabilité d'alerte chez les plus expérimentés (plus de 11 ans d'ancienneté) invite à questionner les mécanismes de résilience développés ou, inversement, la possibilité d'un épuisement masqué ou d'une suradaptation qui nécessiterait des approches de dépistage spécifiques.

Pour approfondir la compréhension de l'épuisement professionnel chez les soignants en santé mentale, plusieurs pistes de recherche future peuvent être envisagées, comme mener des études de cohorte cela permettrait d'observer l'évolution de l'épuisement professionnel et des risques psychosociaux dans le temps, et d'établir des relations de cause à effet plus solides entre les variables.

Ensuite, combiner des méthodes quantitatives et qualitatives (entretiens individuels approfondis, groupes de discussion) cela apporterait une richesse d'information. Les entretiens pourraient, par exemple, explorer les expériences spécifiques des soignants en début de carrière ou des plus expérimentés, et élucider les mécanismes sous-jacents aux tendances observées avec l'ancienneté.

Enfin, répliquer cette étude dans d'autres établissements de santé mentale ou dans d'autres régions permettrait de tester la généralisabilité des résultats et d'identifier d'éventuels facteurs contextuels influents.

Conclusion

La rédaction de ce mémoire a été pour moi une expérience marquante. Elle m'a permis de dépasser le cadre théorique pour aborder la réalité concrète du métier de soignant en santé mentale. En explorant les données, les chiffres ne sont qu'une porte d'entrée vers une réalité humaine complexe. Derrière chaque statistique se trouvent des personnes confrontées à la souffrance et aux exigences de leur fonction. Les risques psychosociaux ne sont plus des concepts abstraits, mais des défis qui s'immiscent dans le quotidien des soignants, influençant directement leur énergie, leur moral et leur capacité à prendre soin des autres.

Cette recherche a confirmé certaines intuitions, tout en en bousculant d'autres. L'une des conclusions les plus marquantes est sans doute le rôle fondamental du soutien social. Mes résultats montrent avec une grande clarté que la probabilité d'être en état d'épuisement personnel est significativement plus faible lorsque les soignants se sentent soutenus par leur entourage professionnel.

La solidarité entre collègues n'est pas un simple atout, mais un véritable bouclier contre l'usure émotionnelle, ce qui souligne la nécessité de promouvoir un environnement de travail bienveillant.

De manière tout aussi éloquente, mon travail a révélé que les parcours de carrière ne sont pas linéaires face à l'épuisement. La vulnérabilité accrue des soignants en début de carrière suggère un phénomène de désillusion ou une surcharge rapide de responsabilités qui méritent une attention particulière. En revanche, l'observation d'un risque élevé de "vigilance" mais d'une faible probabilité "d'alerte" chez les plus expérimentés invite à s'interroger sur les mécanismes d'adaptation ou de suradaptation qui s'installent avec le temps. Ces résultats, bien que demandant à être affinés par de futures recherches, rappellent que le soutien et la prévention doivent être adaptés aux différentes étapes de la carrière d'un soignant.

Ce mémoire ne prétend pas avoir répondu à toutes les questions en début de récit, et sa conception transversale ainsi que l'effectif modeste de l'échantillon lui confèrent des limites. Néanmoins, il ouvre des pistes de réflexion essentielles. Il nous invite à aller au-delà des mesures globales et à regarder de plus près les nuances de chaque situation.

Il nous rappelle que pour améliorer les soins, il faut d'abord prendre soin de ceux qui les dispensent. L'absence d'association significative avec la demande psychologique ou la reconnaissance dans mon étude, contrairement à d'autres, ne doit pas être vue comme un résultat négatif, mais comme une invitation à explorer plus en détail les facteurs qui modèrent ces relations, comme l'engagement ou la résilience.

Ce travail pourrait servir de base à d'autres recherches, peut-être de nature qualitative ou longitudinale, qui pourront donner une voix encore plus forte aux soignants et aux patients. Ces perspectives pourraient contribuer à la mise en place d'actions concrètes pour renforcer le soutien et l'encadrement en santé mentale. Car au fond, prendre soin, c'est créer un environnement où chacun peut se sentir à sa place, écouté et soutenu. C'est s'assurer que les mains qui soignent ne s'épuisent jamais.

Bibliographie

1. Botha E, Gwin T, Purpora C. The effectiveness of mindfulness based programs in reducing stress experienced by nurses in adult hospital settings: a systematic review of quantitative evidence protocol. *JBIM Database System Rev Implement Rep*. 2015 Oct;13(10):21–9.
2. Aiken LH, Sermeus W, Van den Heede K, Sloane DM, Busse R, McKee M, et al. Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ*. 2012 Mar 20;344:e1717.
3. Hasselhorn HM, Tackenberg P, Müller BH. Working conditions and intent to leave the profession among nursing staff in Europe.
4. Inoue M, Tsukano K, Muraoka M, Kaneko F, Okamura H. Psychological impact of verbal abuse and violence by patients on nurses working in psychiatric departments. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 2006;60(1):29–36.
5. Tununu AF, Martin P. Prevalence of burnout among nurses working at a psychiatric hospital in the Western Cape. *Curationis*. 2020 Aug 4;43(1):2117.
6. Alonazi O, Alshowkan A, Shdaifat E. The relationship between psychological resilience and professional quality of life among mental health nurses: a cross-sectional study. *BMC Nursing*. 2023 May 29;22(1):184.
7. Ruiz-Fernández MD, Pérez-García E, Ortega-Galán ÁM. Quality of Life in Nursing Professionals: Burnout, Fatigue, and Compassion Satisfaction. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020 Jan;17(4):1253.
8. Román-Sánchez D, Paramio-Cuevas JC, Paloma-Castro O, Palazón-Fernández JL, Lepiani-Díaz I, de la Fuente Rodríguez JM, et al. Empathy, Burnout, and Attitudes towards Mental Illness among Spanish Mental Health Nurses. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Jan 8;19(2):692.
9. Delfrate F, Ferrara P, Spotti D, Terzoni S, Lamiani G, Canciani E, et al. Moral Distress (MD) and burnout in mental health nurses: a multicenter survey. *Med Lav*. 2018;109(2):97–109.
10. Maslach C, Leiter MP. *The Truth About Burnout: How Organizations Cause Personal Stress and What to Do About It*. John Wiley & Sons; 2000. 214 p.
11. Maslach C. Burned-Out. *Human Behavior*. 1976 Sep 1;9:16–22.
12. Sturzu L, Lala A, Bisch M, Gutter M, Dobre D, Schwan R. Empathy and Burnout – A Cross-Sectional Study Among Mental Healthcare Providers in France. *J Med Life*. 2019;12(1):21–9.
13. Cranage K, Foster K. Mental health nurses' experience of challenging workplace situations: A qualitative descriptive study. *Int J Ment Health Nurs*. 2022 Jun;31(3):665–76.
14. Itzhaki M, Bluvstein I, Peles Bortz A, Kostitsky H, Bar Noy D, Filshtinsky V, et al. Mental Health Nurse's Exposure to Workplace Violence Leads to Job Stress, Which Leads to Reduced Professional Quality of Life. *Front Psychiatry*. 2018 Feb 27;9:59.

15. Yang MS, Pan SM, Yang MJ. Job strain and minor psychiatric morbidity among hospital nurses in southern Taiwan. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 2004;58(6):636–41.
16. Yada H, Lu X, Omori H, Abe H, Matsuo H, Ishida Y, et al. Exploratory Study of Factors Influencing Job-Related Stress in Japanese Psychiatric Nurses. *Nurs Res Pract*. 2015;2015:805162.
17. Alhawatemeh H, AlshololR, Dalky H, Al-Ali N, Albataineh R. Mediating role of resilience on the relationship between stress and quality of life among Jordanian registered nurses during COVID-19 pandemic. *Heliyon* [Internet]. 2021 Nov 1 [cited 2024 May 3];7(11). Available from: [https://www.cell.com/heliyon/abstract/S2405-8440\(21\)02481-6](https://www.cell.com/heliyon/abstract/S2405-8440(21)02481-6)
18. Zhang Yying, Zhang C, Han XR, Li W, Wang Ylei. Determinants of compassion satisfaction, compassion fatigue and burn out in nursing. *Medicine (Baltimore)*. 2018 Jun 29;97(26):e11086.
19. Vézina M. La prévention des problèmes de santé psychologique liés au travail : nouveau défi pour la santé publique. *Santé Publique*. 2008;20(hs):121–8.
20. Shah MK, Gandrakota N, Cimiotti JP, Ghose N, Moore M, Ali MK. Prevalence of and Factors Associated With Nurse Burnout in the US. *JAMA Netw Open*. 2021 Feb 4;4(2):e2036469.
21. Hall LH, Johnson J, Watt I, Tsipa A, O'Connor DB. Healthcare Staff Wellbeing, Burnout, and Patient Safety : A Systematic Review. *PLoS One*. 2016 Jul 8;11(7):e0159015.
22. Heeb JL, Haberey-Knuessi V. Health Professionals Facing Burnout: What Do We Know about Nursing Managers? *Nurs Res Pract*. 2014;2014:681814.
23. Deldar K, Froutan R, Dalvand S, Gheshlagh RG, Mazloum SR. The Relationship between Resiliency and Burnout in Iranian Nurses: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Open Access Maced J Med Sci*. 2018 Nov 19;6(11):2250–6.
24. Maslach C, Leiter MP. Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*. 2016 Jun;15(2):103–11.
25. Ghavidel F, Fallahi-Khoshknab M, Molavynejad S, Zarea K. The role of organizational factors in nurse burnout: Experiences from Iranian nurses working in psychiatric wards. *J Family Med Prim Care*. 2019 Dec 10;8(12):3893–9.
26. Ito H, Eisen SV, Sederer LI, Yamada O, Tachimori H. Factors Affecting Psychiatric Nurses' Intention to Leave Their Current Job. *PS*. 2001 Feb;52(2):232–4.
27. Hamaideh S, Abu Khait A, Al-Modallal H, Masa'deh R, Hamdan-Mansour A, Al Bashtawy M. Professional Quality of Life, Job Satisfaction, and Intention to Leave among Psychiatric Nurses: A Cross-Sectional Study. *Nurs Rep*. 2024 Mar 26;14(2):719–32.
28. Abram MD, Jacobowitz W. Resilience and burnout in healthcare students and in patient psychiatric nurses : A between-groups study of two populations. *Arch Psychiatr Nurs*. 2021 Feb;35(1):1–8.
29. Woo T, Ho R, Tang A, Tam W. Global prevalence of burnout symptoms among nurses: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*. 2020 Apr 1;123:9–20.

30. West CP, Dyrbye LN, Shanafelt TD. Physician burnout : contributors ,consequences and solutions. J Intern Med. 2018 Jun;283(6):516–29.
31. Canoui P .La souffrance des soignants : un risque humain, des enjeux éthiques. InfoKara. 2003;18(2):101– 4
32. Burnout Among Health Professionals and Its Effect on Patient Safety. 2018 Dec 22 [cited 2024 May 4]; Available from: <https://psnet.ahrq.gov/perspective/burnout-among-health-professionals-and-its-effect- patient-safety>
33. Il faut mieux soigner les infirmiers de soins intensifs!|[Internet].2022[cited2024May11]. Available from:<https://kce.fgov.be/fr/a-propos-de-nous/communiqués-de-presse/il-faut-mieux-soigner-les-infirmiers-de- soins-intensifs>
34. Sermeus W, Aiken LH, Van den Heede K, Rafferty AM, Griffiths P, Moreno-Casbas MT, et al. Nurse forecasting in Europe (RN4CAST): Rationale, design and methodology. BMC Nurs. 2011 Apr 18;10:6.
35. Herbert J. Freudenberger. Staff Burn-Out. Journal of social issues. 1974 [cited 2024 May 4]; Available from: <https://spssi.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x>
36. Machado T. Chapitre VII. L'épuisement professionnel ou burnout. In: La prévention des risques psychosociaux : Concepts et méthodologies d'intervention [Internet]. Rennes: Presses universitaires de Rennes; 2015 [cited 2024 May 4]. p. 147–58. (Psychologies). Available from: <https://books.openedition.org/pur/61715>
37. Vandenberg DS, Vanbelle ME, Sercu MM, Sermeus W, Godderis DL. UNE ETUDE SUR LE BURN- OUT ET L'ENTHOUSIASME CHEZ LE PERSONNEL MEDICAL ET INFIRMIER DANS LES ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS DE BELGIQUE. 2012;
38. Warr P. Decision Latitude, Job Demands, and Employee Wellbeing. 1990 Oct 10;
39. Les facteurs psychosociaux au travail | DARES [Internet]. [cited 2024 May 11]. Available from: <https://dares.travail-emploi.gouv.fr/publications/2008-22-1-les-facteurs-psychosociaux-au-travail-une-evaluation-par-le>
40. Questionnaire de Karasek !Mesure du stress professionnel [Internet]. [cited 2025 Aug 2]. Available from:<https://www.atousante.com/risques-professionnels/stress-professionnel-questionnaire-karasek/>
41. Karasek R. Healthy work : stress, productivity and the reconstruction of working life. New York (N.Y.) : Basic books,; 1990.
42. (PDF) The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout [Internet]. [cited 2024 May 11]. Available from: https://www.researchgate.net/publication/247511197_The_Copenhagen_Burnout_Inventory_A_new_tool_for_the_assessment_of_burnout
43. Masson E. EM-Consulte. [cited 2024 May 11]. Enquête comparative sur le syndrome d'épuisement professionnel chez les anesthésistes réanimateurs et les autres praticiens des hôpitaux publics en France (enquête SESMAT). Available from: <https://www.em-consulte.com/article/669214/enquete-comparative-sur-le-syndrome-depuisement-r>

44. Karasek R, Brisson C, Kawakami N, Houtman I, Bongers P, Amick B. The Job Content Questionnaire (JCQ): an instrument for internationally comparative assessments of psychosocial job characteristics. *J Occup Health Psychol.* 1998 Oct;3(4):322–55.
45. (PDF) Do high job demands increase intrinsic motivation or fatigue or both? The role of job control ResearchGate [Internet]. [cited 2025 Aug 2]; Available from: https://www.researchgate.net/publication/228079598_Do_high_job_demands_increase_intrinsic_motivation_or_fatigue_or_both_The_role_of_job_control
46. Nuebling M, Seidler A, Garthus-Niegel S, Latza U, Wagner M, Hegewald J, et al. The Gutenberg Health Study: measuring psychosocial factors at work and predicting health and work-related outcomes with the ERI and the COPSOQ questionnaire. *BMC Public Health.* 2013 Jun 4;13:538.
47. Relationships of work-related psychosocial risks, stress, individual factors and burnout - Questionnaire survey among emergency physicians and nurses - PubMed [Internet]. [cited 2025 Aug 2]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28345677/>
48. Negussie N, Kaur G. The Effect of Job Demand-Control-Social Support Model on Nurses' Job Satisfaction in Specialized Teaching Hospitals, Ethiopia. *Ethiop J Health Sci.* 2016 Jul;26(4):311–20.
49. Zurlo MC, Vallone F, Smith AP. Effects of Individual Differences and Job Characteristics on the Psychological Health of Italian Nurses. *Eur J Psychol.* 2018 Mar 12;14(1):159–75.
50. Jalilian H, Shouroki FK, Azmoon H, Rostamabadi A, Choobineh A. Relationship between Job Stress and Fatigue Based on Job Demand-control-support Model in Hospital Nurses. *Int J Prev Med.* 2019 May 6;10:56.
51. Sturzu L, Lala A, Bisch M, Gutter M, Dobre D, Schwan R. Empathy and Burnout – A Cross-Sectional Study Among Mental Healthcare Providers in France. *J Med Life.* 2019;12(1):21–9.
52. Amamou B, Bannour AS, Ben Hadj Yahia M, Ben Nasr S, Ben Hadj Ali B. Haute prévalence du Burnout dans les unités Tunisiennes prenant en charge des patients en fin de vie. *Pan Afr Med J.* 2014 Sep 4;19:9.
53. Burnout and job satisfaction among critical care nurses in Saudi Arabia and their contributing factors: A scoping review - PMC [Internet]. [cited 2025 Aug 2]. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8363385/>
54. Almalki MJ, Fitz Gerald G, Clark M. The relationship between quality of work life and turnover intention of primary health care nurses in Saudi Arabia. *BMC Health Serv Res.* 2012 Sep 12;12:314.

Annexes

1. Réponse du Comité d'Ethique

1.1. Comité d'Ethique Hospitalo-Facultaire Universitaire de Liège (707)

Comité d'Ethique Hospitalo-Facultaire Universitaire de Liège (707)



Sart Tilman, le 27/06/2025

Madame le Prof. A-F. DONNEAU
Madame Maude STRAMARE
Service de SCIENCES DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Cher Collègue,

Vous trouverez ci-joint l'avis d'approbation de l'étude :

"Analyse des associations entre épuisement professionnel et risques psychosociaux des soignants en santé mentale à l'Intercommunale de soins spécialisés de Liège (ISOSL)."

Protocole : Version 4

Dans le cadre des responsabilités qui lui sont imposées par la loi du 07 mai 2004, Le Comité d'Ethique souhaite vous faire part des recommandations suivantes :

- aucun patient ne peut être inclus dans l'étude avant la réception de la lettre d'approbation;
- nous souhaitons être informés de la date de début effectif de l'étude dans votre site (date d'inclusion du 1^{er} patient);
- nous attachons une grande importance à la protection de la vie privée des patients/volontaires sains et nous comptons sur vous pour :
 - assurer un archivage sûr des documents sources (conservation sous clefs),
 - assurer la protection par mot de passe des bases de données éventuellement créées pour la gestion de vos résultats, refuser, si ces données doivent être transmises à un tiers, de transmettre non seulement des données directement identifiantes (attention à l'anonymisation des copies d'examens ou protocoles d'examens) mais également toute association de données qui pourraient permettre la ré-identification du patient (attention à l'association initiales, date de naissance et sexe encore trop souvent retrouvée dans les CRF).
- nous devons impérativement être informés :
 - de tout événement indésirable grave, suspect et inattendu (SUSAR) survenu chez l'un de vos patients ou volontaire sain,
 - du renouvellement de l'assurance (request in progress: attestation to be furnished before starting the study) quand celle-ci arrive à échéance,
 - du déroulement de l'étude, et ce annuellement,
 - de la clôture de l'étude avec rapport des résultats obtenus.
- aucun changement ne peut être apporté au protocole sans l'obtention d'un avis favorable du Comité d'Ethique;
- qu'il relève de votre responsabilité de veiller à ce que tout dommage, lié de manière directe ou indirecte à l'expérimentation, encouru par un patient inclus par vos soins soit pris en charge financièrement par le promoteur soit directement, soit via le recours à l'assurance "étude";
- tout courrier/courriel de suivi que vous nous transmettez doit bien évidemment reprendre les références de l'étude et sera accompagné de votre évaluation actuelle de la balance risques/bénéfices si ce courrier est en rapport avec la sécurité du patient (amendement, nouvelle brochure d'investigateur, déviation de protocole, nouvelle information pouvant affecter la sécurité du sujet, SAE, etc....)

C.H.U. de LIEGE – Site du Sart Tilman – Avenue de l'Hôpital, 1 – 4000 LIEGE

Président : Professeur D. LEDOUX

Vice-Présidents : Docteur G. DAENEN – Docteur E. BAUDOUX – Professeur P. FIRKET

Secrétariat administratif : 04/323.21.58

Coordination scientifique: 04/323.22.65

Mail : ethique@chuliege.be

Infos disponibles sur: <http://www.chuliege.be/orggen.html#ceh>

Comité d'Ethique Hospitalo-Facultaire Universitaire de Liège (707)



Sart Tilman, le 27/06/2025

Madame le **Prof. A-F. DONNEAU**
Madame **Maude STRAMARE**
Service de **SCIENCES DE LA SANTÉ PUBLIQUE**

Concerne : Votre demande d'avis au Comité d'Ethique
Nr EudraCT ou Nr belge : B7072025000033 ; Notre réf : 2024/376

Cher Collègue,

J'ai le plaisir de vous informer que le Comité d'Ethique a donné une réponse favorable à votre demande d'avis intitulée :

"Analyse des associations entre épuisement professionnel et risques psychosociaux des soignants en santé mentale à l'Intercommunale de soins spécialisés de Liège (ISOSL)."
Protocole : **Version 4**

Vous trouverez, sous ce pli, le formulaire de réponse reprenant, les différents éléments examinés et approuvés et la composition du Comité d'Ethique.

Je vous prie d'agréer, Cher Collègue, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

POUR LE B.AUDOUX, v.p.

Prof. D. LEDOUX
Président du Comité d'Ethique

Copie au Promoteur : **ULiège**
Copie à la **Direction de l'AFMPS**

C.H.U. de LIEGE – Site du Sart Tilman – Avenue de l'Hôpital, 1 – 4000 LIEGE
Président : Professeur D. LEDOUX
Vice-Présidents : Docteur G. DAENEN – Docteur E. BAUDOUX – Professeur P. FIRKET
Secrétariat administratif : 04/323.21.58
Coordination scientifique: 04/323.22.65
Mail : ethique@chuliege.be
Infos disponibles sur: <http://www.chuliege.be/orggen.html#ceh>

**COMITE D'ETHIQUE HOSPITALO-FACULTAIRE UNIVERSITAIRE DE LIEGE
(707)**

**Approbation d'une demande d'étude clinique
*Approval form for a clinical trial***

Documents examinés et approuvés

Année et nr Dossier : 2024-376
Service de : SCIENCES DE LA SANTÉ PUBLIQUE
Chef de Service : Prof. A-F. DONNEAU
Investigateur principal : Maude STRAMARE
Promoteur : ULiège
Représentant légal du promoteur dans l'Union européenne (lorsque le promoteur n'est pas établi dans l'UE) : _____
N° EudraCT ou N° belge : B7072025000033
Titre du projet : (en version originale) Analyse des associations entre épuisement professionnel et risques psychosociaux des soignants en santé mentale à l'Intercommunale de soins spécialisés de Liège (ISOSL).

Numéro du protocole et date : Version 4

24/06/2025

	Ph I	Ph II	Ph III	Ph IV	Non interv.
Nature de l'expérimentation :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Protocole complet	<input checked="" type="checkbox"/>				<u>24/06/2025</u>
-------------------	-------------------------------------	--	--	--	-------------------

Résumé du protocole	<input type="checkbox"/>				<input type="text"/>
---------------------	--------------------------	--	--	--	----------------------

Brochure pour investigateur (uniquement pour les substances nouvelles)	<input type="checkbox"/>				<input type="text"/>
---	--------------------------	--	--	--	----------------------

Formulaire d'information et de consentement du patient (fr)	<input checked="" type="checkbox"/>				<u>24/06/2025</u>
---	-------------------------------------	--	--	--	-------------------

Formulaire d'information et de consentement du patient (nl)	<input type="checkbox"/>				<input type="text"/>
---	--------------------------	--	--	--	----------------------

Un § « Assurance » précise que les dommages sont couverts par une assurance conforme à la loi du 7 mai 2004	<input type="checkbox"/>				
--	--------------------------	--	--	--	--

Les modalités du contrat financier entre le Promoteur et le Site sont fournies	<input type="checkbox"/>				
---	--------------------------	--	--	--	--

Attestation de la société d'assurance conforme à la loi du 7 mai 2004	<input checked="" type="checkbox"/>				<u>20/11/2024</u>
--	-------------------------------------	--	--	--	-------------------

Notre Dossier nr : *Our File nr* : 2024 / 376

Approbation d'une demande d'étude clinique (suite)
Approval form for a clinical trial (following page)

Protocole

Analyse des associations entre épuisement professionnel et risques psychosociaux des soignants en santé mentale à l'Intercommunale de soins spécialisés de Liège (ISOSL).

Service de : SCIENCES DE LA SANTÉ PUBLIQUE
Clinical unit

Chef de Service : Prof. A-F. DONNEAU
Director of the clinical unit

Expérimentateur principal : Maude STRAMARE
Principal investigator

Par décision collégiale, le Comité d'Ethique (voir liste des membres en annexe) :
By collegial decision, the Ethics Committee (see enclosed list of the members) :

Oui/Yes Non/No

■ estime que l'étude peut être réalisée
has accepted the performance of the study

☒ ☐


Signature
Signature


Nom : Prof. D. LEDOUX Président
Printed name :

Date, Date :

27/06/2025

The Ethics Committee states that it is organized and operates according to the ICH/GCP guidelines, the applicable laws and regulations, and their own written operating procedures

*Cette approbation ne signifie pas que le comité prend la responsabilité de l'étude.
This approval does not mean that the Ethics Committee takes the responsibility of the study*

MEMBRES DU COMITE D'ETHIQUE MEDICALE
HOSPITALO-FACULTAIRE UNIVERSITAIRE DE LIEGE

Monsieur le Professeur Didier LEDOUX Intensiviste, CHU	Président
Monsieur le Docteur Etienne BAUDOUX Expert en Thérapie Cellulaire, CHU	Vice-Président
Monsieur le Docteur Guy DAENEN Honoraire, Gastro-entérologue, membre extérieur au CHU	Vice-Président
Monsieur le Professeur Pierre FIRKET Généraliste, membre extérieur au CHU	Vice-Président
Monsieur Resmi AGIRMAN Représentant des volontaires sains, membre extérieur au CHU	
Madame Viviane DESSOUROUX / Monsieur Pascal GRILLI (suppléant) Représentant (e) des patients, membres extérieurs au CHU	
Madame Régine HARDY / Madame la Professeure Adélaïde BLAVIER (suppléante) Psychologue, CHU Psychologue, membre extérieure au CHU	
Madame Isabelle HERMANS Assistante sociale, CHU	
Monsieur le Professeur Maurice LAMY Honoraire, Anesthésiste-Réanimateur, membre extérieur au CHU	
Madame la Docteure Marie-Paule LECART Rhumato-gériatre, CHU	
Madame Marie LIEBEN Philosophe, membre extérieure au CHU	
Madame Patricia MODANESE Infirmière cheffe d'unité, CHU	
Madame la Professeure Anne-Simone PARENT Pédiatre, CHU	
Monsieur le Professeur Marc RADERMECKER Chirurgien, CHU	
Monsieur Stéphane ROBIDA Juriste, membre extérieur au CHU	
Madame Isabelle ROLAND / Monsieur le Professeur Vincent SEUTIN (suppléant) Pharmacien, CHU Pharmacologue, ULiège	
Madame la Docteure Liliya ROSTOMYAN Endocrinologue, membre extérieure au CHU	
Madame la Docteure Isabelle RUTTEN Radiothérapeute, membre extérieure au CHU	
Madame Cécile THIRION Infirmière cheffe d'unité, CHU	

02/06/2025

1.2. Comité d'Éthique ISOSL




Liège, le 23 juin 2025

COMITE ÉTHIQUE ISOSL

Concerne : demande de Maude STRAMARE pour réaliser une étude : « Analyse des associations entre épuisement professionnel et risque psychosociaux des soignants en santé mentale au sein d'ISOSL ».

Au regard de l'accord préalable de la cellule de Recherche d'ISOSL et celui du Comité éthique du CHU, nous marquons notre accord pour la réalisation de cette étude moyennant l'intégration des remarquées formulées par le Comité d'Éthique du CHU concernant le formulaire d'information et de consentement en date du 11 mars 2025.

Pour le Comité d'éthique,



Dr Marie-Eve JANSSEN et Yves STEVENS ,
Co-présidents du Comité d'Éthique

2. Attestation d'assurance



2024 – RUSU Dorina - Stramare

ATTESTATION D'ASSURANCE

Ethias SA, voie Gisèle Halimi, 10 à Liège, certifie que par la police n° **45.482.838** souscrite par **l'Université de Liège**, place du XX Août 7 à 4000 Liège, elle garantit, dans les limites des conditions générales et spéciales du contrat, conformément aux dispositions de la loi du 7 mai 2004 relative aux expérimentations sur la personne humaine telle que modifiée par la loi du 27 décembre 2005 et tous arrêtés royaux d'exécution qui seraient adoptés en application des dispositions précitées, la responsabilité civile qui pourrait incomber à **RUSU Dorina** en sa qualité de promoteur, du chef de dommages causés aux participants et/ou à leurs ayants droit dans le cadre de l'étude clinique suivante :

« Analyse des associations entre épuisement professionnel et risques psychosociaux des infirmières en santé mentale chez ISOSL. »

Département : Sciences de la santé publique

Nombre de participants : 120

Etude multicentrique :

- ISOSL (Louis Hilier-Agora-Petit Bourgogne)
- CHC MONT LÉGIA (si pas assez de répondant)

Durée de l'expérimentation : du 1^{er} janvier 2025 au 31 janvier 2026

Classe : IA

Montants de Garantie :

La garantie est acquise à raison de **2.500.000 €** par sinistre, tous dommages corporels, matériels et immatériels consécutifs confondus. Ce montant constitue également la limite de la garantie pour toute la durée de l'essai.

Par ailleurs, la garantie est limitée à **500.000 €** par victime.

Fait en double à Liège

Le 30 juin 2025

Pour le Comité de direction,

Florian Pirard
Head of Liability Underwriting
Public & Corporate

Ethias SA, voie Gisèle Halimi 10 à 4000 Liège

www.ethias.be ou info.assurance@ethias.be

Entreprise d'assurances agréée sous le n° 0196 (AR des 4 et 13 juillet 1979, MB du 14 juillet 1979)

RPM Liège TVA BE0404.484.654 Compte Belfius Banque : BE72 0910 0078 4416

BIC : GKCCBEBB

3. Formulaire d'information et de consentement éclairé



VERSION 4 – 24/06/2025

Titre de l'étude : Analyse des associations entre épuisement professionnel et risque psychosociaux des soignants en santé mentale au sein d'ISOSL

Promotrice de l'étude : RUSU Dorina, Professeure chargée de cours en Faculté de Médecine, Département des sciences de la santé publique et Médecine du travail et environnementale de l'Université de Liège, Quartier Hôpital, Avenue Hippocrate 13, 4000 Liège.

Comité d'Éthique Médicale : Comité d'éthique Hospitalo-Facultaire Universitaire de Liège.

Investigatrice principale : Étudiante en master Maude Stramare, Faculté de Médecine, Département des Sciences de la Santé Publique à l'Université de Liège.

I Information essentielle à votre décision de participer

Introduction

Vous êtes invité(e) à participer à une étude quantitative qui vise à analyser les associations entre l'épuisement professionnel et les risques psychosociaux auxquels les professionnels de santé sont confrontés.

Avant que vous n'acceptiez de participer à cette étude, je vous invite à prendre connaissance de ses implications en termes d'organisation, avantages et risques éventuels, afin que vous puissiez prendre une décision en toute connaissance de cause. Ceci s'appelle donner un « consentement éclairé ».

Veuillez lire attentivement ces quelques pages d'information et me poser toutes les questions que vous souhaitez.

Ce document comprend 3 parties : l'information essentielle à votre prise de décision, votre consentement et des informations complémentaires qui détaillent certaines parties de l'information de base.

Si vous participez à cette étude, vous devez savoir que :

- Cette étude est mise en œuvre après évaluation par un comité d'éthique.
- Votre participation est volontaire et doit rester libre de toute contrainte. Elle nécessite votre consentement.
- Les données recueillies à cette occasion sont confidentielles et anonymisées.
- Vous pouvez toujours me contacter si vous avez besoin d'informations complémentaires.

Déroulement de l'étude

L'étude sera menée par moi-même, étudiante en master en Sciences de la Santé Publique. Le recrutement des participants se fera dans les différents services d'hospitalisation de chez ISOSL (Louis Hillier, Petit Bourgogne et Agora). Pour pouvoir participer à l'étude, vous devez être un soignant exerçant en psychiatrie (infirmier chef, infirmier, aide-soignant, éducateur...). L'échantillonnage est exhaustif, c'est-à-dire que tous les soignants des services d'hospitalisation des sites précédemment cités sont conviés à participer à l'étude. Vous pouvez décider librement de votre participation ou non.

Afin de ne pas avoir accès à l'adresse mail des participants pour une question de confidentialité, un QR-Code qui sera affiché dans les différents services de psychiatrie. Les réponses aux questionnaires seront anonymes, ce seront des questionnaires via Google FORMS. Les participants auront un délai pour compléter les questionnaires.

Après avoir donné votre accord de participation, vous serez invité à scanner le QR-Code et à répondre aux 3 questionnaires. Le premier questionnaire qui vous sera proposé est le questionnaire démographique, vos réponses m'aideront à mieux comprendre les liens entre les facteurs individuels et l'épuisement professionnel. Le second est le Copenhagen Burnout Inventory (CBI) afin de mesurer l'épuisement professionnel, il est composé de 19 questions. Et le troisième questionnaire utilisé sera le questionnaire de Robert Karasek, qui me permettra de déterminer les facteurs psychosociaux. Ce questionnaire évaluera quelques dimensions clés comme la latitude décisionnelle, la demande psychologique et le soutien social.

Description des risques et bénéfices

Aucun risque, en termes de santé, n'existe suite à votre participation à cette étude. Le principal inconvénient réside dans le temps passé à compléter les questionnaires. Une fuite de données reste néanmoins un risque potentiel, je m'engage à prendre toutes les mesures possibles pour prévenir de tels incidents et protéger la confidentialité de vos données. Cela inclut l'utilisation de méthodes de stockage sécurisées, la limitation de l'accès aux données aux seules personnes autorisées et la suppression de toute information personnelle identifiable dès qu'elle ne sera plus nécessaire à l'étude.

Participation volontaire

Votre participation est volontaire. Lorsque vous complétez les questionnaires, vous pourrez à tout moment rectifier ou supprimer vos réponses. Après envoi des questionnaires, il ne sera plus possible de modifier vos données car il ne sera pas possible d'identifier vos réponses.

Si vous participez à cette recherche, nous vous demandons :

- De collaborer pleinement au bon déroulement de cette recherche en répondant de manière la plus honnête aux questions qui vous seront adressées.

Contact

Si vous avez besoin d'informations complémentaires, mais aussi en cas de problème ou d'inquiétude, vous pouvez me contacter (Stramare, Maude) par e-mail maude.stramare@student.uliege.be

Contact au sein d'ISOSL : Interface

Service de médiation de la Plate-Forme Psychiatrique Liégeoise :
Aurélië RIZZATO médiatrice : Quai des Ardenes 24, 4020 Liège - Tel : 04/344 43 86
GSM : 0478/150 527 - mediation2@pfpl.be - Disponible les lundis, mardis, jeudis et vendredis.

Titre de l'étude : *Analyse des associations entre épuisement professionnel et risque psychosociaux des soignants en santé mentale au sein d'ISOSL*

II Informations complémentaires

1 : Complément d'informations sur la protection et les droits du participant

Comité d'Ethique

Cette étude a été évaluée par un Comité d'Ethique indépendant, à savoir le Comité d'Ethique Hospitalo-Facultaire Universitaire de Liège, qui n'a pas émis d'objection à la conduite de cette étude. Les Comités d'Ethique ont pour tâche de protéger les personnes qui participent à un essai clinique. Ils s'assurent que vos droits en tant que patient et en tant que participant à une étude clinique sont respectés, qu'au vu des connaissances actuelles, l'étude est scientifiquement pertinente et éthique.

En aucun cas vous ne devez prendre l'avis du Comité d'Ethique comme une incitation à participer à cette étude.

Participation volontaire

N'hésitez pas à poser toutes les questions que vous jugez utiles. Prenez le temps d'en parler à une personne de confiance si vous le souhaitez.

Votre participation à l'étude est volontaire et doit rester libre de toute contrainte : ceci signifie que vous avez le droit de ne pas y participer. Il sera impossible de rectifier ou supprimer vos réponses après envoi des questionnaires, car il ne sera pas possible d'identifier vos réponses.

Si vous acceptez de participer à cette étude, vous mentionnerez votre accord au début de l'étude par la signature du formulaire de consentement éclairé.

Protection de de votre identité

Les données seront anonymisées. Votre participation à l'étude signifie que vous acceptez que je recueille des données vous concernant et que la promotrice de l'étude les utilise dans un objectif pédagogique, de recherche et dans le cadre de publications scientifiques et médicales.

Je possède un devoir de confidentialité vis-à-vis des données recueillies. Cela signifie que je m'engage à n'utiliser vos données anonymisées que dans le cadre strict de cette étude.

Les données personnelles transmises ne comporteront aucune association d'éléments permettant de vous identifier.

Assurance

Une assurance a été souscrite au cas où vous subiriez un dommage lié à votre participation à cette recherche. Dans une étude observationnelle, le seul risque éventuel serait une faille dans les mesures prises pour protéger la confidentialité des renseignements à caractère privé vous concernant. Le promoteur assume, même sans faute, la responsabilité du dommage causé au participant (ou à ses ayants droit) et lié de manière directe ou indirecte à la participation à cette étude. Dans cette optique, le promoteur a souscrit un contrat d'assurance. (Ethias n° de police 45.482.838)

Protection des données à caractère personnel

1. Qui est le responsable du traitement des données ?

Maude Stramare, étudiante. Je prendrais toutes les mesures nécessaires pour protéger la confidentialité et la sécurité de vos données codées, conformément aux législations en vigueur¹.

2. Sur quelle base légale vos données sont-elles collectées ?

La collecte et l'utilisation de vos informations reposent sur votre consentement. En consentant à participer à l'étude, vous acceptez que certaines données personnelles puissent être recueillies et traitées électroniquement à des fins de recherche et pédagogique en rapport avec cette étude.

3. A quelle fin vos données sont-elles traitées ?

Les données sont récoltées à des fins pédagogiques dans le cadre d'un mémoire de fin d'études en Master en Sciences de la Santé publique. Ce travail ne fera usage que de données qui auront été rendues strictement anonymes au préalable.

Toute utilisation de vos données en dehors du contexte décrit dans le présent document ne pourrait être menée qu'avec votre accord et après approbation du comité d'éthique.

4. Quelles sont les données collectées ?

Il s'agira de vos réponses aux questionnaires.

5. Comment mes données sont-elles récoltées ?

Les questionnaires seront sur Google FORMS. Les réponses enregistrées seront codées. Le Google FORMS sera paramétré en conformité avec le respect du RGPD.

6. Qui peut voir mes données ?

- La principale investigatrice (Maude Stramare)
- La promotrice (Dorina Rusu)
- Le comité d'éthique ayant examiné l'étude. Ces personnes sont tenues par une obligation de confidentialité.

¹ Ces droits vous sont garantis par le Règlement Européen du 27 avril 2016 (RGPD) relatif à la protection des données à caractère personnel et à la libre circulation des données et la loi belge du 30 juillet 2018 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel.

7. Par qui mes données seront-elles conservées et sécurisées et pendant combien de temps ?

Vos données sont conservées par moi-même, étudiante et la promotrice et cela pour la période nécessaire à leur traitement et à la réalisation complète de la recherche. A l'issue de cette période, les données seront détruites.

8. Mes données seront-elles transférées vers d'autres pays hors Union Européenne/espace économique européen/Suisse ?

Non, ces données ne feront l'objet d'aucun transfert ni traitement auprès de tiers.

9. Quels sont mes droits sur mes données ?

Comme le prévoit le RGPD (Art. 15 à 23), chaque personne concernée par le traitement de données peut, en justifiant de son identité, exercer une série de droits :

- obtenir, sans frais, une copie des données à caractère personnel la concernant faisant l'objet d'un traitement dans le cadre de la présente étude et, le cas échéant, toute information disponible sur leur finalité, leur origine et leur destination;
- obtenir, sans frais, la rectification de toute donnée à caractère personnel inexacte la concernant ainsi que d'obtenir que les données incomplètes soient complétées ;
- obtenir, sous réserve des conditions prévues par la réglementation et sans frais, l'effacement de données à caractère personnel la concernant;
- obtenir, sous réserve des conditions prévues par la réglementation et sans frais, la limitation du traitement de données à caractère personnel la concernant;
- obtenir, sans frais, la portabilité des données à caractère personnel la concernant et qu'elle a fournies à l'Université, c'est - à - dire de recevoir, sans frais, les données dans un format structuré couramment utilisé, à la condition que le traitement soit fondé sur le consentement ou sur un contrat et qu'il soit effectué à l'aide de procédés automatisés ;
- retirer, sans qu'aucune justification ne soit nécessaire, son consentement. Ce retrait entraîne automatiquement la destruction, par le chercheur, des données à caractère personnel collectées ;
- introduire une réclamation auprès de l'Autorité de protection des données (<https://www.autoriteprotectiondonnees.be>, contact@apd-gba.be)

Pour exercer ces droits, les participants peuvent adresser à la responsable du projet de recherche (maude.stramare@student.uliege.be) ou au Délégué à la protection des données de l'Université, par courrier électronique (dpo@uliege.be),

Titre de l'étude : *Analyse des associations entre épuisement professionnel et risque psychosociaux des infirmières en santé mentale à l'Intercommunale de soins spécialisés de Liège (ISOSL)*

III Consentement éclairé

Participant(e)

Je déclare que j'ai été informé sur la nature de l'étude, son but, sa durée et ce que l'on attend de moi. J'ai pris connaissance du document d'information et des annexes à ce document.

J'ai eu suffisamment de temps pour y réfléchir et en parler avec une personne de mon choix.

J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions qui me sont venues à l'esprit et j'ai obtenu une réponse favorable à mes questions.

J'ai compris que des données me concernant seront récoltées pendant toute ma participation à cette étude et que la principale investigatrice et la promotrice de l'étude se portent garantes de la confidentialité de ces données.

Je consens au traitement de mes données personnelles selon les modalités décrites dans la rubrique traitant de garanties de confidentialité.

J'ai le droit de me retirer de l'étude à tout moment.

J'accepte que les données de recherche récoltées pour les objectifs de la présente étude puissent être traitées ultérieurement pour autant que ce traitement soit limité au contexte de la présente étude.

Principale Investigatrice

Je soussignée, Stramare Maude principale investigatrice confirme avoir fourni oralement les informations nécessaires sur l'étude et avoir fourni un exemplaire du document d'information au participant.

Je confirme qu'aucune pression n'a été exercée pour que le participant accepte de participer à l'étude et que je suis prête à répondre à toutes les questions supplémentaires, le cas échéant.

Je confirme travailler en accord avec les principes éthiques énoncés dans la « Déclaration d'Helsinki », dans les « Bonnes pratiques Cliniques » et dans la loi belge du 7 mai 2004, relative aux expérimentations sur la personne humaine.

4. Questionnaire sociodémographique

Questionnaire démographique

1 Quel est votre genre ?

- ☐ Une femme ☐ un homme ☐ Autre

2 Quelle est votre profession ?

- ☐ Infirmier(ère) ☐ Aide-soignant(e) ☐ Éducateur(rice) ☐ Autre (veuillez préciser)

3 De quelle tranche d'âge faites-vous partie ?

- ☐ 18 - 20 ans ☐ 21 - 29 ans ☐ 30 - 39 ans ☐ 40 - 49 ans ☐ 50 - 59 ans ☐ plus de 60 ans

4 Quel est votre état civil ?

- ☐ Marié(e) ☐ Divorcé(e) ☐ Veuf / veuve ☐ Jamais marié(e) ☐ Célibataire ☐ En couple

5 Combien d'enfants à charge avez-vous ?

- ☐ Pas d'enfant ☐ 1 enfant ☐ 2 enfants ☐ 3 enfants ☐ + de 3 enfants

6 Depuis combien de temps travaillez-vous en santé mentale ?

- ☐ 0-10 ans ☐ 11-20 ans ☐ 21-30 ans ☐ 31-40 ans ☐ + de 40 ans

7 Quelle catégorie représente-t-elle le mieux votre statut professionnel ?

- ☐ Employé(e), je travaille à mi-temps ou moins ☐ Employé(e), je travaille à 3/4 temps ou moins ☐ Employé(e), je travaille plus de 3/4 temps

8 Quel type de contrat avez-vous ?

- ☐ CDI ☐ CDD ☐ Interim ☐ Autre (veuillez préciser)

5. Copenhagen Burnout Inventory (CBI)

CBI vs MBI (Maslach Burnout Inventory)

Contrairement au questionnaire du burnout de Maslach (MBI), le CBI est **libre de droits**. Il a été conçu et validé dans le cadre de programmes de recherche impliquant des échantillons importants.

Important

La version électronique ¹ du questionnaire CBI (**voir encadré 1**) n'a d'autre vocation que de vous permettre une auto-évaluation prudente de votre état d'épuisement professionnel. Le résultat n'a en aucun cas valeur de diagnostic médical. Il peut toutefois vous renseigner quant à l'opportunité de chercher une aide médicale et/ou psychothérapeutique. **Seul votre médecin traitant est compétent pour tout avis concernant l'instauration, la modification ou l'arrêt d'un traitement médicamenteux.**

Questionnaire

Répondez aux questions en substituant à la notion "clients" le groupe de personnes avec lesquelles vous êtes en contact dans un rôle de prestataire / fournisseur de services. Pour un médecin, il s'agira de patients. Pour un professeur, ce seront les élèves (et leurs parents...). Pour un formateur, ce sera l'audience qui assiste à ses séminaires. Pour un gestionnaire, il peut s'agir de collaborateurs ou d'un ensemble de partenaires commerciaux. Pour un travailleur social, ce seront les bénéficiaires de l'aide publique.

Meilleur mot pour désigner les bénéficiaires de mon travail

Patients

1 - Je suis fatigué(e)

Jamais ou presque jamais



2 - Mon travail m'épuise à un degré

Très faible



3 - Travailler avec mes patients m'est difficile à un degré

Très faible



4 - Je suis physiquement épuisé(e)

Jamais ou presque jamais



5 - Mon travail me frustre à un degré

Très faible



6 - Je suis émotionnellement épuisé(e)

Jamais ou presque jamais



7 - Je me dis que je n'en peux plus

Jamais ou presque jamais



8 - Mon travail est émotionnellement épuisant à un degré

Très faible



9 - Je me sens vidé(e) à la fin d'une journée de travail

Jamais ou presque jamais



10 - Le travail avec mes patients me fatigue

Jamais ou presque jamais



11 - En me levant, je me sens déjà épuisé(e) à l'idée d'une autre journée de travail

Jamais ou presque jamais



12 - Travailler avec mes patients est frustrant à un degré

Très faible



13 - Chaque heure de travail me paraît éprouvante

Jamais ou presque jamais



14 - Je manque d'énergie dans les activités de loisir avec ma famille et mes amis

Jamais ou presque jamais



15 - Travailler avec mes patients m'épuise à un degré

Très faible



16 - Je me sens vidé(e)

Jamais ou presque jamais



17 - Considérant tout ce que fais pour mes patients, leur retour me déçoit à un degré

Très faible



18 - Je me sens faible et susceptible de tomber malade

Jamais ou presque jamais



19 - Je me demande combien de temps je tiendrai encore dans ce travail avec mes patients

Jamais ou presque jamais



6. Le questionnaire des risques psychosociaux de Robert Karasek

Mesure du stress professionnel : questionnaire de Karasek



sonomètre de la santé mentale...

- Le questionnaire de Robert Karasek est un questionnaire d'évaluation collective du bien être au travail qui permet d'évaluer globalement la santé mentale au sein d'une entreprise. La version du questionnaire utilisé dans l'enquête Sumer en 2003 comporte 26 questions. 6 questions supplémentaires issues du questionnaire de Siegrist peuvent le compléter pour explorer la reconnaissance au travail. Le questionnaire de Karasek s'apparente à un

[La Latitude décisionnelle \(#lien1\)](#)

[La demande psychologique \(#lien2\)](#)

[Le Soutien social \(#lien3\)](#)

[Reconnaissance \(#lien4\)](#)

[\(#lien5\)](#)

Les différents items du **questionnaire de Karasek** permettent d'apprécier 3 éléments : **latitude décisionnelle**, **demande psychologique** et **soutien social**.

On complète souvent ce questionnaire par des questions portant sur la **reconnaissance au travail**, issues du questionnaire de Siegrist. On obtient ainsi un questionnaire d'évaluation collective du bien être au travail.

Pour chaque question, 4 réponses sont proposées :

- **Pas du tout d'accord** : compter **1** pour calculer le score
- **Pas d'accord** : compter **2** pour calculer le score
- **D'accord** : compter **3** pour calculer le score
- **Tout à fait d'accord** : compter **4** pour calculer le score

La Latitude décisionnelle

Elle prend en compte à la fois l'**autonomie décisionnelle** et l'**utilisation des compétences**.

L'autonomie décisionnelle

L'**autonomie décisionnelle**, c'est à dire de contrôler :

c'est la possibilité de choisir sa **façon de travailler**, de **participer aux décisions** qui s'y rattachent.

3 questions du questionnaire de Karasek explorent l'**autonomie décisionnelle** :

Question 4 : Q4

Mon travail me permet souvent de prendre des décisions moi-même

- Pas du tout d'accord : compter 1 pour calculer le score
- Pas d'accord : compter 2 pour calculer le score
- D'accord : compter 3 pour calculer le score
- Tout à fait d'accord : compter 4 pour calculer le score

Question 6 : Q6

Dans ma tâche, j'ai très peu de liberté pour décider comment je fais mon travail

- Pas du tout d'accord : compter 1 pour calculer le score
- Pas d'accord : compter 2 pour calculer le score
- D'accord : compter 3 pour calculer le score
- Tout à fait d'accord : compter 4 pour calculer le score

Question 8 : Q8

J'ai la possibilité d'influencer le déroulement de mon travail

- Pas du tout d'accord : compter 1 pour calculer le score
- Pas d'accord : compter 2 pour calculer le score
- D'accord : compter 3 pour calculer le score
- Tout à fait d'accord : compter 4 pour calculer le score

Calcul du score pour l'autonomie = 4 x [Q4 + (5-Q6) + Q8]

L'utilisation des compétences

L'utilisation des compétences, c'est la possibilité d'utiliser ses propres compétences et d'en développer de nouvelles.

6 questions du questionnaire de Karasek explorent l'utilisation des compétences

Question 1 : Q1

Dans mon travail, je dois apprendre des choses nouvelles

- Pas du tout d'accord : compter 1 pour calculer le score
- Pas d'accord : compter 2 pour calculer le score
- D'accord : compter 3 pour calculer le score
- Tout à fait d'accord : compter 4 pour calculer le score

Question 2 : Q2

Dans mon travail j'effectue des tâches répétitives

- Pas du tout d'accord : compter 1 pour calculer le score
- Pas d'accord : compter 2 pour calculer le score
- D'accord : compter 3 pour calculer le score
- Tout à fait d'accord : compter 4 pour calculer le score

Question 3 : Q3

Mon travail me demande d'être créatif

- Pas du tout d'accord : compter 1 pour calculer le score
- Pas d'accord : compter 2 pour calculer le score
- D'accord : compter 3 pour calculer le score
- Tout à fait d'accord : compter 4 pour calculer le score

Question 5 : Q5

Mon travail me demande un haut niveau de compétence

- Pas du tout d'accord : compter 1 pour calculer le score
- Pas d'accord : compter 2 pour calculer le score
- D'accord : compter 3 pour calculer le score
- Tout à fait d'accord : compter 4 pour calculer le score

Question 7 : Q7

Dans mon travail, j'ai des activités variées

- Pas du tout d'accord : compter 1 pour calculer le score
- Pas d'accord : compter 2 pour calculer le score
- D'accord : compter 3 pour calculer le score
- Tout à fait d'accord : compter 4 pour calculer le score

Question 9 : Q9

j'ai l'occasion de développer mes compétences professionnelles

- Pas du tout d'accord : compter 1 pour calculer le score
- Pas d'accord : compter 2 pour calculer le score
- D'accord : compter 3 pour calculer le score
- Tout à fait d'accord : compter 4 pour calculer le score

Calcul du score pour l'utilisation des compétences = $2 \times [Q1 + (5-Q2) + Q3 + Q5 + Q7 + Q9]$

Calcul du score pour la **latitude décisionnelle** : additionner le **score de l'autonomie** + le **score de l'utilisation des compétences**.

Le seuil pour la latitude décisionnelle est à **70** (il est à 72 aux USA).

La demande psychologique

C'est la **charge psychologique** associée à l'exécution des tâches, à la **quantité** et à la **complexité** des tâches, aux **tâches imprévues**, aux **contraintes de temps**, aux interruptions et aux demandes contradictoires.

9 questions du questionnaire de Karasek explorent la **demande psychologique**

Question 10 : Q10

Mon travail me demande de travailler très vite

- Pas du tout d'accord : compter 1 pour calculer le score
- Pas d'accord : compter 2 pour calculer le score
- D'accord : compter 3 pour calculer le score
- Tout à fait d'accord : compter 4 pour calculer le score

Question 11 : Q11

Mon travail demande de travailler intensément

- Pas du tout d'accord : compter 1 pour calculer le score
- Pas d'accord : compter 2 pour calculer le score
- D'accord : compter 3 pour calculer le score
- Tout à fait d'accord : compter 4 pour calculer le score

Question 12 : Q12

On me demande d'effectuer une quantité de travail excessive

- Pas du tout d'accord : compter 1 pour calculer le score
- Pas d'accord : compter 2 pour calculer le score
- D'accord : compter 3 pour calculer le score

- Tout à fait d'accord : compter 4 pour calculer le score

Question 13 : Q13

Je dispose du temps nécessaire pour effectuer correctement mon travail

- Pas du tout d'accord : compter 1 pour calculer le score
- Pas d'accord : compter 2 pour calculer le score
- D'accord : compter 3 pour calculer le score
- Tout à fait d'accord : compter 4 pour calculer le score

Question 14 : Q14

Je reçois des ordres contradictoires de la part d'autres personnes

- Pas du tout d'accord : compter 1 pour calculer le score
- Pas d'accord : compter 2 pour calculer le score
- D'accord : compter 3 pour calculer le score
- Tout à fait d'accord : compter 4 pour calculer le score

Question 15 : Q15

Mon travail nécessite de longues périodes de concentration intense

- Pas du tout d'accord : compter 1 pour calculer le score
- Pas d'accord : compter 2 pour calculer le score
- D'accord : compter 3 pour calculer le score
- Tout à fait d'accord : compter 4 pour calculer le score

Question 16 : Q16

Mes tâches sont souvent interrompues avant d'être achevées, nécessitant de les reprendre plus tard

- Pas du tout d'accord : compter 1 pour calculer le score
- Pas d'accord : compter 2 pour calculer le score
- D'accord : compter 3 pour calculer le score
- Tout à fait d'accord : compter 4 pour calculer le score

Question 17 : Q17

Mon travail est « très bousculé »

- Pas du tout d'accord : compter 1 pour calculer le score
- Pas d'accord : compter 2 pour calculer le score
- D'accord : compter 3 pour calculer le score
- Tout à fait d'accord : compter 4 pour calculer le score

Question 18 : Q18

Attendre le travail de collègues ralentit souvent mon propre travail

- Pas du tout d'accord : compter 1 pour calculer le score
- Pas d'accord : compter 2 pour calculer le score
- D'accord : compter 3 pour calculer le score
- Tout à fait d'accord : compter 4 pour calculer le score

Calcul du score pour la demande psychologique :

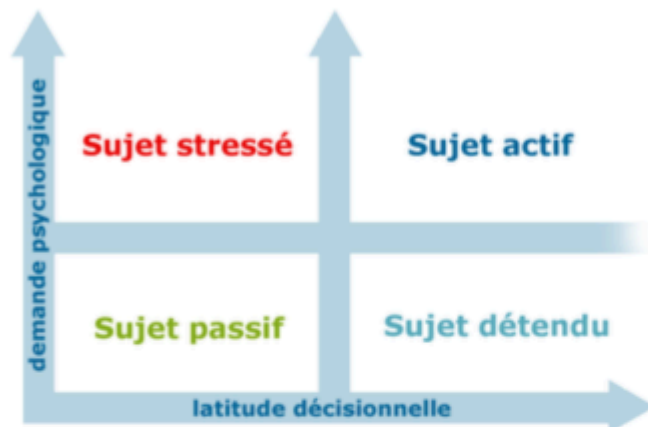
Q10 + Q11 + Q12 + (5-Q13) + Q14 + Q15 + Q16 + Q17 + Q18

Le score est calculé sur 36, le seuil est à 21 (il est à 24 aux USA).

Le **Job strain**, c'est à dire la **tension au travail** est la combinaison d'une **faible latitude décisionnelle** et d'une **forte demande psychologique**.

Si le score de demande psychologique est supérieur à 24 et le score de latitude décisionnelle inférieur à 72, l'individu est dans le cadran « stressé » et donc considéré en situation de Job strain.

« Job strain model » Karasek 1979



(<http://www.atousante.org/wp-content/uploads/2011/05/Karasek-job-strain-model.gif>)

- Le **sujet est détendu**, s'il bénéficie d'une **faible demande psychologique** et d'une **grande autonomie** pour réaliser son travail.
- Le **sujet est actif**, s'il dispose d'une **forte demande psychologique** mais également d'une **grande autonomie**.
- Par contre un **sujet est passif**, s'il dispose à la fois d'une **faible demande psychologique** et d'une **faible autonomie**.

Le Soutien social

C'est l'aide et la reconnaissance des collègues et de la hiérarchie.

Soutien social de la part de la hiérarchie

4 questions du questionnaire de Karasek explorent le **soutien social de la hiérarchie**

Question 19 : Q19

Mon supérieur se sent concerné par le bien être de ses subordonnés

- Pas du tout d'accord : compter **1** pour calculer le score
- Pas d'accord : compter **2** pour calculer le score
- D'accord : compter **3** pour calculer le score
- Tout à fait d'accord : compter **4** pour calculer le score

Question 20 : Q20

Mon supérieur prête attention à ce que je dis

- Pas du tout d'accord : compter **1** pour calculer le score
- Pas d'accord : compter **2** pour calculer le score
- D'accord : compter **3** pour calculer le score
- Tout à fait d'accord : compter **4** pour calculer le score

Question 21 : Q21

Mon supérieur m'aide à mener ma tâche à bien

- Pas du tout d'accord : compter **1** pour calculer le score
- Pas d'accord : compter **2** pour calculer le score
- D'accord : compter **3** pour calculer le score
- Tout à fait d'accord : compter **4** pour calculer le score

Question 22 : Q22

Mon supérieur réussit facilement à faire collaborer ses subordonnés

- Pas du tout d'accord : compter **1** pour calculer le score
- Pas d'accord : compter **2** pour calculer le score
- D'accord : compter **3** pour calculer le score
- Tout à fait d'accord : compter **4** pour calculer le score

Calcul du score **soutien social de la part de la hiérarchie** : Q19 + Q20 + Q21 + Q22

Le score est calculé sur 16, le seuil est à 8

Soutien social de la part des collègues

4 questions du questionnaire de Karasek explorent le **soutien social de la part des collègues**

Question 23 : Q23

Les collègues avec qui je travaille sont des gens professionnellement compétents

- Pas du tout d'accord : compter **1** pour calculer le score
- Pas d'accord : compter **2** pour calculer le score
- D'accord : compter **3** pour calculer le score
- Tout à fait d'accord : compter **4** pour calculer le score

Question 24 : Q24

Les collègues avec qui je travaille me manifestent de l'intérêt

- Pas du tout d'accord : compter **1** pour calculer le score
- Pas d'accord : compter **2** pour calculer le score
- D'accord : compter **3** pour calculer le score
- Tout à fait d'accord : compter **4** pour calculer le score

Question 25 : Q25

Les collègues avec qui je travaille sont amicaux

- Pas du tout d'accord : compter **1** pour calculer le score
- Pas d'accord : compter **2** pour calculer le score
- D'accord : compter **3** pour calculer le score
- Tout à fait d'accord : compter **4** pour calculer le score

Question 26 : Q26

Les collègues avec qui je travaille m'aident à mener les tâches à bien

- Pas du tout d'accord : compter **1** pour calculer le score
- Pas d'accord : compter **2** pour calculer le score
- D'accord : compter **3** pour calculer le score
- Tout à fait d'accord : compter **4** pour calculer le score

Calcul du score **soutien social de la part des collègues** : Q23 + Q24 + Q25 + Q26

Le score est calculé sur 16, le seuil est à 8

Le score du **soutien social** est la somme : **soutien social de la part de la hiérarchie** + **soutien social de la**

part des collègues

Si le score de soutien social est inférieur à 24, on considère qu'il est faible.

L'isostrain est la combinaison du Job strain à un faible soutien social (inférieur à 24).

Reconnaissance

6 questions explorent la **reconnaissance au travail**

Question 27 : Q27

On me traite injustement dans mon travail

- Pas du tout d'accord : compter **1** pour calculer le score
- Pas d'accord : compter **2** pour calculer le score
- D'accord : compter **3** pour calculer le score
- Tout à fait d'accord : compter **4** pour calculer le score

Question 28 : Q28

Ma sécurité d'emploi est menacée

- Pas du tout d'accord : compter **1** pour calculer le score
- Pas d'accord : compter **2** pour calculer le score
- D'accord : compter **3** pour calculer le score
- Tout à fait d'accord : compter **4** pour calculer le score

Question 29 : Q29

Ma position professionnelle actuelle correspond bien à ma formation

- Pas du tout d'accord : compter **1** pour calculer le score
- Pas d'accord : compter **2** pour calculer le score
- D'accord : compter **3** pour calculer le score
- Tout à fait d'accord : compter **4** pour calculer le score

Question 30 : Q30

Vu tous mes efforts, je reçois le respect et l'estime que je mérite

- Pas du tout d'accord : compter **1** pour calculer le score
- Pas d'accord : compter **2** pour calculer le score
- D'accord : compter **3** pour calculer le score
- Tout à fait d'accord : compter **4** pour calculer le score

Question 31 : Q31

Vu tous mes efforts, mes perspectives de promotion sont satisfaisantes

- Pas du tout d'accord : compter **1** pour calculer le score
- Pas d'accord : compter **2** pour calculer le score
- D'accord : compter **3** pour calculer le score
- Tout à fait d'accord : compter **4** pour calculer le score

Question 32 : Q32

Vu tous mes efforts, mon salaire est satisfaisant

- Pas du tout d'accord : compter **1** pour calculer le score
- Pas d'accord : compter **2** pour calculer le score
- D'accord : compter **3** pour calculer le score
- Tout à fait d'accord : compter **4** pour calculer le score

Calcul du score reconnaissance : $(5-Q27) + (5-Q28) + Q29 + Q30 + Q31 + Q32$
Le score est calculé sur 24

Une situation de travail est génératrice de stress si elle associe: des exigences élevées au niveau du travail, peu ou pas de contrôle sur son propre travail et un soutien social faible de la part de l'équipe de travail ou de la hiérarchie.

Le questionnaire de Karasek peut être utilisé de diverses manières : les scores peuvent être comparés au sein d'une même entreprise, entre divers services, divers métiers, etc
Les scores peuvent être comparés à ceux d'une population de référence, etc

Pour toute information complémentaire concernant le questionnaire de Karasek : contacter **JCQ center**,
(<http://www.jcqcenter.org/>)

Vous pouvez lire également les articles suivants :

- **Reconnaître une maladie psychiatrique caractérisée à l'origine du stress** (<http://www.atousante.com/risques-professionnels/sante-mentale/stress-professionnel/reconnaître-maladie-psychiatrique-stress/>)
- **Définition du stress professionnel** (<http://www.atousante.com/risques-professionnels/sante-mentale/stress-professionnel/definition-stress-professionnel/>)
- **Conditions de travail et organisation du travail** (<http://www.atousante.com/risques-professionnels/sante-mentale/stress-professionnel/conditions-travail-organisation/>)
- **Causes du stress professionnel** (<http://www.atousante.com/risques-professionnels/sante-mentale/stress-professionnel/causes-stress/>)
- **Symptômes du stress** (<http://www.atousante.com/risques-professionnels/sante-mentale/stress-professionnel/symptomes-stress/>)
- **Dépistage d'un état anxieux : échelle HAD** (<http://www.atousante.com/risques-professionnels/sante-mentale/stress-professionnel/dépistage-etat-anxieux-had/>)
- **Dépistage d'un état dépressif : échelle HAD** (<http://www.atousante.com/risques-professionnels/sante-mentale/stress-professionnel/dépistage-etat-depressif-had/>)
- **Prévention du stress en entreprise** (<http://www.atousante.com/risques-professionnels/sante-mentale/stress-professionnel/prevention-stress-entreprise/>)
- **Gérer son stress en situation de conflit** (<http://www.atousante.com/risques-professionnels/sante-mentale/stress-professionnel/gérer-stress-situation-conflit/>)
- **Actions possibles sur le stress individuel** (<http://www.atousante.com/risques-professionnels/sante-mentale/stress-professionnel/actions-stress-individuel/>)
- **Stress au travail : données européennes** (<http://www.atousante.com/risques-professionnels/sante-mentale/stress-professionnel/stress-travail-donnees-europeennes/>)
- **Transposition de l'accord européen du 8 avril 2004 : stress au travail** (<http://www.atousante.com/risques-professionnels/sante-mentale/stress-professionnel/transposition-accord-europeen-stress-travail/>)
- **Prise d'anxiolytiques et somnifères au long cours pour supporter des conditions de travail difficiles : risques pour la santé** (<http://www.atousante.com/actualites/anxiolytiques-somnifères-condition-travail-risques-sante/>)
- **Indicateurs en santé au travail** (<http://www.atousante.com/actualites/indicateurs-sante-travail/>)
- **Harcèlement moral** (<http://www.atousante.com/risques-professionnels/sante-mentale/harcèlement-moral/>)
- **Sélection d'indicateurs pour les risques psychosociaux** (<http://www.atousante.com/risques-professionnels/sante-mentale/risques-psychosociaux-outils-dispositifs/indicateurs-risques-psychosociaux/>)
- **Prise d'anxiolytiques et somnifères au long cours pour supporter des conditions de travail difficiles : risques pour la santé** (<http://www.atousante.com/actualites/anxiolytiques-somnifères-condition-travail-risques-sante/>)