

**Faculté de santé publique**

# La quantification et la déshumanisation : « L'impact sur le turnover et l'épuisement du personnel infirmier travaillant en institution de soins de santé »

Mémoire réalisé par  
**Aïcha Mazouz**

Promotrice :  
**Pr Stéphanie Demoulin**



**Faculté de santé publique**

# La quantification et la déshumanisation : « L'impact sur le turnover et l'épuisement du personnel infirmier travaillant en institution de soins de santé »

Mémoire réalisé par  
**Aïcha Mazouz**

Promotrice :  
**Pr Stéphanie Demoulin**

# Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier les membres de la faculté, le corps professoral et le personnel administratif, quant à leur disponibilité, écoute et bienveillance.

Je tiens également à remercier Mme Demoulin Stéphanie, ma promotrice, pour ses conseils avisés, pour sa bienveillance et sa patience.

Ensuite, MERCI à ma chère famille, l'éternelle supportrice dans toutes mes aventures. Mes parents, mes sœurs et mon frère toujours là pour applaudir même l'infime réussite.

MERCI à mes collègues et amis. Merci d'avoir été conciliants lors de ces deux dernières années. Merci pour tous les changements d'horaires et de m'avoir facilitée ce parcours. Merci à toi, Amélie pour ton accueil dans ton petit coin de paradis. Merci également à ceux qui se sont, malgré eux, improvisés lecteurs : Alizée, Amale, Amélie, Émilie, Nathalie, Nicolas, Revy, Professeur Clément De Cléty, Valentine et ceux que j'ai certainement oublié.

Merci à Mme Vander Haegen Marie d'avoir pris le temps de relire ce travail, ainsi qu'à la piquère de guêpe qui a permis notre rencontre.

Merci également à mes camarades de classes qui sont devenus des amis. Ces moments explosifs lors de travaux de groupe sont gravés dans ma mémoire. Merci à la team Émilie DRAMA.

Et pour finir, Marie Eeman, mon éternelle amie, tu le savais, tu y as cru et j'y suis. MERCI

Je ne pourrais clôturer cette page sans faire un clin d'œil à mes fidèles chats. Toujours assis sur le clavier, toujours besoin de câlins quand le temps m'était compté. Mes boules de poils, vos ronrons ont été un apaisement.

## **Le plagiat**

*Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie.*

*Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux,...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiants en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université Catholique de Louvain.*

## **LISTE D'ABREVIATIONS**

---

CNE : Centre nationale des employés du syndicat chrétien

KCE : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé

DSH : Déshumanisation

QUANT : Quantification

TO : Turnover

EPUIS : Épuisement physique

DISTA : Distance mentale

EMODIS : Déficience émotionnelle

DEFCO : Déficit cognitif

PSY : Plaintes psychiques

SOMA : Plaintes Somatiques

CESI : Service externe de prévention et de protection au travail

ICBI : Intervalle de confiance borne inférieure

ICBS : Intervalle de confiance borne supérieure

# TABLE DES MATIERES

---

|                                                                           |           |
|---------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>INTRODUCTION</b>                                                       | <b>1</b>  |
| <b>CADRE THEORIQUE</b>                                                    | <b>3</b>  |
| <b>Chapitre 1 : Le contexte hospitalier</b>                               | <b>3</b>  |
| 1.1. Le financement hospitalier                                           | 3         |
| 1.2. L'évolution du management hospitalier                                | 4         |
| <b>Chapitre 2 : L'hôpital-entreprise et le concept de quantification.</b> | <b>5</b>  |
| <b>Chapitre 3 : La déshumanisation</b>                                    | <b>7</b>  |
| 3.1. Définition de la déshumanisation                                     | 7         |
| 3.1.1. L'humanité                                                         | 7         |
| 3.2. La déshumanisation organisationnelle                                 | 9         |
| 3.3. Les conséquences de la déshumanisation                               | 10        |
| <b>Chapitre 4 : Les risques pour le personnel infirmier</b>               | <b>12</b> |
| 4.1. Le turnover infirmier                                                | 12        |
| 4.2. L'épuisement professionnel ou burnout                                | 15        |
| Parenthèse législative                                                    | 16        |
| <b>QUESTION DE RECHERCHES,HYPOTHÈSES ET OBJECTIFS</b>                     | <b>17</b> |
| <b>MATERIEL ET METHODE</b>                                                | <b>18</b> |
| <b>RESULTATS</b>                                                          | <b>21</b> |
| <b>DISCUSSION</b>                                                         | <b>31</b> |
| <b>CONCLUSION</b>                                                         | <b>36</b> |
| <b>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES</b>                                        |           |
| <b>ANNEXES</b>                                                            |           |



## INTRODUCTION

---

L'enquête à grande échelle effectuée entre 2009 et 2016 par le *Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé* (KCE) sur la dotation infirmière met en avant la souffrance des soignants et la pénibilité de la profession. Un infirmier sur quatre n'est pas satisfait de son travail et 10 % envisage de quitter la profession. Trente-six pourcents (36 %) présente un risque de burnout et ce chiffre a augmenté au cours des dix dernières années (KCE,2019).

Il est vrai que la profession infirmière, l'un des piliers du système de santé, connaît un turn-over, un épuisement professionnel et une pénurie perpétuelle de personnels actifs depuis de nombreuses années. En 2017, la Belgique comptait 208.267 infirmiers dont 143.470 étaient actifs sur le marché du travail belge tous secteurs d'activité confondus, et parmi eux, 127.681 actifs dans les soins de santé (Source : [organesdeconcertation.sante.belgique.be](http://organesdeconcertation.sante.belgique.be)).

La situation est effectivement préoccupante dans de nombreux pays en raison de l'impact sur l'efficience et l'efficacité de tout système de prestation de soins de santé (Lu et al., 2005).

En Belgique, les revendications et les manifestations se sont enchaînées depuis 2019, aboutissant notamment à la naissance du mardi des blouses blanches. Les infirmiers souffrant de leurs conditions de travail réclament plus de moyens, plus de reconnaissances (CNE, 2019). Les conditions de travail des infirmiers dans les institutions de soins ont connu des changements et subissent des contraintes économiques se répercutant sur le bien-être des travailleurs, sur le désir de rester ou de quitter la profession, sur la qualité des soins mais également sur l'aspect humain et relationnel au travail. La charge de travail a augmenté avec un sentiment de devoir toujours faire plus avec soit un nombre d'effectifs moindre soit, avec du personnel peu expérimenté. A côté de cela, de nombreuses institutions de soins disposent à présent de moyens technologiques innovants qui quantifient ou suggèrent les actes de soins à prodiguer. Ceci permet aux institutions de soins de contrôler tant les ressources humaines que les ressources financières mais aussi de mesurer leur niveau de performances avec, cependant, un risque de déshumanisation de la profession infirmière. L'infirmier se retrouve utilisé comme un pion et est contraint de répondre aux exigences et objectifs des institutions de soins de santé au détriment, parfois, de sa propre santé. Ce qui pourrait entraîner épuisement professionnel, désillusion et abandon de la profession.

L'idéologie hospitalière qui se présente comme humaniste a, semble-t-il, évolué. L'hôpital est devenu un hôpital-entreprise, laissant place à une idéologie ou logique managériale, dont l'objectif, au-delà de soigner, est l'efficacité, la productivité, la performance et les questions de coût.

Ce mémoire, avec humilité, tentera à travers le regard de l'infirmier travaillant en institution de soins d'analyser sa réalité de la profession et de démontrer un éventuel lien entre le concept de quantification et de déshumanisation organisationnelle sur la santé du personnel infirmier et le phénomène de turnover. Ces mesures se feront par l'intermédiaire d'indicateurs tels que l'épuisement professionnel et l'envie de quitter la profession (le turn-over).

Les objectifs de ce mémoire sont de mesurer les impacts que pourraient avoir la recherche de productivité et de performance des organisations de soins de santé sur le comportement du personnel infirmier. Comprendre ces impacts et les anticiper deviennent des enjeux majeurs si les organisations de soins de santé veulent mettre en œuvre des interventions pour améliorer le maintien en poste de leur personnel infirmier et par la même occasion la qualité des soins dans les institutions. Comment donc concilier les valeurs et buts des gestionnaires avec ceux des infirmiers ?

Les questions qui se posent sont : « *Quel est l'impact d'une déshumanisation organisationnelle sur le risque d'épuisement professionnel et le phénomène de turnover du personnel infirmier. Par ailleurs, la quantification, comme outil managérial, est-elle elle-même déshumanisante ?* »

Ce mémoire se présente en deux grandes parties. La première, théorique, reflètera une ébauche de la littérature scientifique et de la recherche. La seconde dite « pratique » sera le reflet des différents résultats obtenus grâce à une enquête auprès des infirmiers travaillant en institution de soins en Belgique. Ces résultats permettront de répondre à la question de recherche et aux hypothèses qui en découleront.

# CADRE THEORIQUE

---

Avant d'entrer dans le vif du sujet, il semblait intéressant de porter un regard sur le contexte hospitalier et son évolution lors de ces dernières années. Ensuite, je développerai l'un des nouveaux outils de gestion qu'est la quantification et son risque de déshumanisation organisationnelle. Je terminerai par les conséquences de ces approches managériales sur la santé et le comportement de l'infirmier en développant celles qui sont peut-être les plus fréquentes ou en tout cas les plus reconnues.

## Chapitre 1 : Le contexte hospitalier

### 1.1. Le financement hospitalier

Le financement d'un hôpital privé ou public en Belgique ne diffère pas vraiment. Il s'agit d'un système mixte, tous deux reçoivent de l'État une enveloppe nationale fermée votée annuellement par le conseil des ministres. Il s'agit du Budget des Moyens Financiers, qui est réparti entre les différents hôpitaux selon des normes standards comme l'occupation des lits, les activités et le taux de personnel. D'autres sources financières sont les paiements à l'acte ou au forfait de médecins spécialistes ou d'autres professionnels hospitaliers, les forfaits INAMI, les produits pharmaceutiques et assimilés, les suppléments de chambre ainsi que la quote-part patient ([www.healthbelgium.be](http://www.healthbelgium.be)).

L'institution hospitalière, quelle que soit son statut (privé, public, universitaire ou non) est donc financée pour son taux d'activités. Dès lors, l'utilisation optimale des ressources et le contrôle des dépenses sont des enjeux majeurs, parfois au détriment de la qualité. Notons cependant une différence entre les hôpitaux publics et privés lors de déficits, les hôpitaux publics voyant le leur pris en charge par les pouvoirs publics (région, commune), alors que les hôpitaux privés doivent assumer eux-mêmes les charges financières engendrées par un déficit financier.

L'aspect financier est alors au centre des préoccupations, provoquant une faible adhésion du personnel soignant. L'hôpital s'est progressivement transformé et a adopté un comportement d'entreprise où la performance, l'efficacité et les questions de coût ont pris place.

## 1.2. L'évolution du management hospitalier

Depuis les années 90, suite à la mondialisation des marchés, la rapidité des moyens de communication, l'introduction des nouvelles technologies et le rationnement économique, un nouveau courant s'est progressivement installé au sein des entreprises impliquant des changements, de nouvelles perspectives, des objectifs de performances (Therriault et al., 2004). Notons que nous considérons ici l'hôpital comme une entreprise.

Au cœur de l'approche managériale se trouvent l'objectif d'efficacité et d'efficience et la notion de « performance », expression d'une culture orientée avant tout vers les « résultats » (Grant et al., 2003). Cette tendance à la « managérialisation » des organisations publiques implique, par conséquent, l'implémentation de modèles d'entreprises basés sur des objectifs de performance à atteindre, et donc des outils de mesure et de pilotage.

En Belgique, le changement du paysage hospitalier a été initié par différents politiques, dont Laurette Onkelinx et Maggie De Block, et est poursuivi actuellement par le ministre Franck Van Den Broeck. L'idée est de diminuer le risque d'être dans le rouge (financier) en créant des réseaux hospitaliers loco-régionaux. Toutefois, l'organisation de travail poursuit un objectif de performance avec un marché concurrentiel important. Ces changements impactent non seulement, l'organisation du travail en général mais ont aussi, des répercussions importantes chez le personnel infirmier, notamment en termes d'expertise requise, d'augmentation de l'intensité des soins (p.ex. en raison d'une durée de séjour de plus en plus courte), et de mobilité du personnel (p.ex. d'un milieu de soins à l'autre, au sein d'un réseau hospitalier).

Des tensions au niveau des organisations hospitalières se sont créées, car elles doivent répondre à des exigences organisationnelles et managériales mais également assumer leurs missions traditionnelles. Un certain nombre d'auteurs ont identifié différentes logiques institutionnelles à l'hôpital : l'une médico-soignante (ou professionnelle), l'autre économique-managériale (Dunn et Jones, 2010 ; Reay et Hinings 2005 ) :

- ***La logique médico-soignante*** est centrée sur le patient. Ses valeurs sont alors le bien-être et la prise en charge efficace du patient mais aussi le souci d'offrir un service universel correspondant aux besoins de la population : prodiguer des soins est l'essence de l'hôpital (Mintzberg, 2001 ; Safon, 2017). En pratique, cela se concrétise par une certaine réticence, voire résistance, aux injonctions extérieures et surtout économique-

managériales (Mintzberg, 2001; Moisdon, 1997). Ici, la qualité doit s'évaluer à l'aune de critères médicaux (Reay et Hinings, 2005).

- **La logique économique-managériale** se concentre sur l'équilibre budgétaire et prône ainsi l'efficacité, la responsabilisation des professionnels de santé ou encore l'*hôpital-entreprise* (Bréchat *et al.*, 2010 ; Couty, 2010 ; Pierru, 2013). Ces valeurs se caractérisent alors par le développement de la contractualisation, la mise en place de la tarification à l'activité, le contrôle de gestion, l'évaluation de l'activité sur base de critères financiers ou encore l'adoption de principes de marché (Bérard, 2013 ; Haouet et Nobre, 2011). Le développement de la logique managériale dans le secteur de la santé s'est imposé là où la place de l'humain était au centre de toute intervention. Elle a cependant permis une ouverture du monde hospitalier vers de nouvelles innovations, une meilleure mise à disposition des ressources en fonction du rôle de chacun dans l'institution.

L'adoption d'outils managériaux, comme par exemple la quantification, la comptabilité analytique, les indicateurs qualité et le Diagnostic Related Groups (Waelli & David, 2018) est donc nécessaire pour mesurer l'activité en milieu hospitalier.

## **Chapitre 2. L'hôpital-entreprise et le concept de quantification**

Dans ce chapitre, sera défini le concept de quantification comme nouvel outil de gestion.

Comme dans toutes entreprises, l'hôpital n'échappe pas à l'utilisation des indicateurs de performance. Des mesures sont utilisées presque partout au sein des institutions : taux d'occupation des lits, taux d'activité opératoire, nombre de personnel, taux d'absentéisme... L'hôpital devient un lieu hypermétrique. Appliquer la **quantification** permet de saisir le fonctionnement de son organisation. La quantification permet donc de la comprendre et de la contrôler. Les nombreux enjeux institutionnels ne laissent pas de place à l'ajustement hasardeux. De fait, l'institution hospitalière doit tenir compte de nombreux facteurs : les ressources humaines et financières, la concurrence, etc.

La quantification en milieu hospitalier offre peu de données. Cependant, certains éléments nous permettent de comprendre pourquoi ces changements ont eu lieu. Depuis quelques décennies,

l'hôpital en tant qu'institution de soins a subi de nombreuses mutations (modernisation, fusion, restructuration interne) et a adopté une nouvelle façon de manager pour pouvoir répondre non seulement aux différents changements, aux contraintes humaines et économiques, mais également pour atteindre les objectifs et exigences institutionnels poursuivis. Ces choix de pratiques managériales amènent, entre autres, les organisations à exiger des travailleurs de plus en plus de polyvalence dans l'exécution de leurs tâches.

Les principaux outils de gestion utilisés dans ce modèle d'organisation du travail correspondent à une approche systémique de l'entreprise et à une approche statistique pour le diagnostic de son fonctionnement. En ce sens, l'organisation est conçue comme un système complexe et intégré de relations dont il est possible d'analyser le fonctionnement et les résultats en utilisant certaines méthodes statistiques (Kélada, 1991 ; Lechasseur, 1995).

La littérature a démontré que les transformations technologiques dans les entreprises ont des répercussions au niveau du contenu des tâches à réaliser et modifient les rapports sociaux dans l'organisation (Gollac et al., 2001 ; Laflamme, 1995 ; Lemelin et al., 1992 ; Wilkin et Karnas, 1987). Les travailleurs n'ont d'autres choix que de subir ces changements organisationnels et technologiques décidés par la direction. Il est reconnu que les modes de gestion utilisés par les organisations actuelles représentent un facteur pouvant être étroitement lié à l'apparition de problèmes de santé mentale (Aubert et Pagès, 1989 ; Cren et al., 1996 ; Sylvain, 2001 ; Vézina, 1999). Cette littérature grandissante dénonce également l'impact de l'esprit « gestionnaire » sur la réalité quotidienne des institutions de soins (International Council of Nurses, 2006, 2007 ; Panchaud, 2006 ; Perrot et al., 2006 ).

## Chapitre 3 : La déshumanisation

Dans ce chapitre sera défini le concept de déshumanisation. Pour mieux la comprendre une notion de l'humanité sera explicitée. Nous terminerons par la déshumanisation organisationnelle, ses facteurs prédictifs et ses conséquences.

### 3.1. Définition de la déshumanisation

La définition commune est la suivante : « *L'action de **déshumaniser** est de faire perdre son caractère humain à un individu, à un groupe, de lui enlever toute générosité, toute sensibilité. Dans le domaine de la psychologie sociale, ce concept renvoie au processus psychologique par lequel un individu, ou un groupe d'individus, perçoit et traite d'autres êtres humains comme inférieurs au genre humain, n'étant que partiellement humains* » (Wikipédia, 2022).

En psychologie, les théories sur la déshumanisation sont étudiées depuis plusieurs années. Deux grands psychologues, Kelman dans les années 70 et Staub à la fin des années 80, ont mené des recherches sur le processus de déshumanisation dans les contextes de guerres. Par la suite, plusieurs théories ont été développées par d'autres auteurs, mais bien souvent la déshumanisation est associée à un contexte de guerre ou de conflit.

Pour ce travail nous nous attarderons sur la déshumanisation telle que développée par Nick Haslam professeur en psychologie de l'Université de Melbourne. Avant de nous intéresser à la déshumanisation, Haslam nous invite à comprendre ce qu'est l'humanité.

#### 3.1.1. L'humanité

Le *Larousse* définit d'un point de vue littéraire l'**humanité** comme : « l'ensemble des caractères par lesquels un être vivant appartient à l'espèce humaine, ou se distingue des autres espèces animales » .

Haslam (2006) quant à lui parvient à définir l'humanité de façon plus précise en lui offrant deux caractéristiques distinctes, les caractéristiques ***Human Uniqueness*** et ***Human Nature***. Les premières permettent de distinguer les hommes des animaux et sont représentées par la culture, la moralité, la logique, le raffinement et la maturité. Elles sont acquises par le processus de

socialisation et peuvent donc varier selon les individus et les cultures. Les secondes, quant à elles, permettent de différencier les hommes des objets, des robots. Il s'agit des caractéristiques inhérentes à la *Nature Humaine* telles la réactivité émotionnelle, la chaleur interpersonnelle, la curiosité, la qualité d'agent et la profondeur. Elles font référence à l'essence même de l'être humain et seraient ainsi universelles et naturelles. Pour deux significations différentes, Haslam (2006) suggère alors deux variables pour la déshumanisation l'une animale et l'autre mécaniste. Nous nous intéressons plus particulièrement à la déshumanisation mécaniste qui est celle qui caractérise le mieux la déshumanisation organisationnelle.

La figure suivante (figure 1) définit le type de déshumanisation selon les caractéristiques qui font de l'individu un humain ou un non-humain.

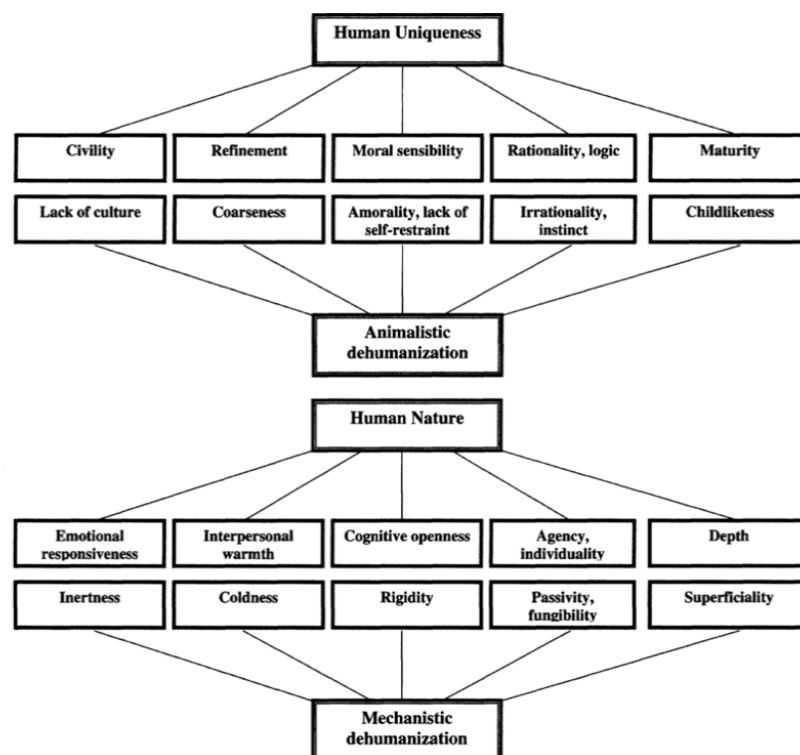


Figure 1. Proposed links between conceptions of humanness and corresponding forms of dehumanization. (Haslam, 2006)

### 3.2. La déshumanisation organisationnelle

**La déshumanisation organisationnelle** objective le traitement de l'employé comme objet. En 2011, Bell et Khoury définissent la déshumanisation organisationnelle comme *« l'expérience d'un travailleur qui se sent objectivé par son organisation, privé de sa subjectivité personnelle, et qui se sent comme un outil ou un instrument aux fins de l'organisation »*. En d'autres mots, le collaborateur a le sentiment que l'organisation le traite comme un automate, aisément remplaçable par une machine, et que l'unique considération qu'elle lui confère porte sur sa performance (Bell et Khoury, 2016). C'est aussi ce que Nick Haslam (2006) appelle la **déshumanisation mécaniste**, c'est-à-dire que l'individu est dénaturalisé de ses caractéristiques qui font de lui un humain comme par exemple les émotions, lui donnant l'impression de n'être plus qu'un objet ou un robot. Le rôle tenu par Charlie Chaplin dans le film « les temps modernes » en est un exemple.

Le concept de déshumanisation organisationnelle n'est pas nouveau en sociologie. Un grand sociologue comme Marx (1844/1964) critiquait le travail moderne par son aspect routinier et répétitif. Il indiquait également la non-réalisation de soi des travailleurs. Weber (1905/1906) de la même manière mettait en évidence que la recherche de résultats, d'efficacité et de contrôle observée dans des organisations bureaucratiques oriente les collaborateurs à atteindre les objectifs organisationnels sans se soucier des objectifs personnels.

Ce concept de déshumanisation cible la perception qu'ont les collaborateurs de la manière dont ils sont traités et exploités par leur organisation. Pour comprendre les effets délétères d'une déshumanisation organisationnelle, **6 catégories d'éléments prédicteurs** ont été identifiés (Brison et al., 2022).

- 1) **Les facteurs sociaux** : l'idéologie organisationnelle centrée sur la performance et l'économie.
- 2) **Les caractéristiques organisationnelles** : le soutien organisationnel perçu par les travailleurs.
- 3) **Les facteurs environnementaux** : l'environnement de travail ne répondant pas aux besoins des travailleurs, comme par exemple en l'absence d'espace aménagé et de matériel nécessaire pour l'exécution des tâches.
- 4) **Les caractéristiques de l'emploi** : la perte d'autonomie, la perte de sens du travail.

- 5) **Les facteurs interpersonnels** : exemple une relation de pouvoir et abusive avec sa hiérarchie.
- 6) **Les facteurs individuels** : les traits de personnalité influencent la perception positive ou négative des situations.

En plus de ces 6 différents facteurs, Brison et ses collègues (2022) sur base de plusieurs recherches, mettent en avant l'existence de mécanismes modérateurs qui influencent la relation de la déshumanisation organisationnelle, les facteurs prédictifs et les résultats. Le genre est le premier d'entre eux ; les femmes seraient plus sensibles à la déshumanisation organisationnelle que les hommes. Ensuite, la présence d'un soutien de collègues perçu face à une hiérarchie abusive, par exemple, diminuerait le sentiment de déshumanisation mais en augmenterait sa perception. Et enfin, la position hiérarchique élevée et la relation avec l'organisation diminuent le sentiment de déshumanisation.

Il existe de réelles conséquences causées par une déshumanisation et celles-ci peuvent être néfastes. Elles touchent les collaborateurs mais également l'organisation de façon indirecte.

### **3.3. Les conséquences de la déshumanisation**

Sont reconnus 3 types de conséquences de la déshumanisation sur les collaborateurs : le bien-être des collaborateurs, le désengagement des collaborateurs par rapport à l'organisation et leur travail et enfin le comportement des collaborateurs.

#### **★ Le bien-être des collaborateurs**

D'un point de vue théorique, on avance que les perceptions de déshumanisation organisationnelle menaceraient les besoins psychologiques fondamentaux des collaborateurs (autonomie, appartenance et compétences), qui à leur tour sont supposées nuire au bien-être des salariés (Caesens et al., 2019 ; Christoff, 2014). Le risque d'atteinte psychologique ou psychique des collaborateurs se manifesterait par un épuisement émotionnel et des tensions au travail (colère, nervosité, etc). Une diminution de l'estime de soi organisationnelle peut survenir si l'on perçoit un affaiblissement du soutien de la part des collaborateurs. Outre la santé mentale, la santé physique peut elle aussi être touchée notamment par des symptômes psychosomatiques entraînant des maux de tête, des tensions musculosquelettiques et/ou une perte d'appétit avec

un risque d'atteindre le cadre de vie privé s'ils dépassent la sphère professionnelle. (Brison et al. , 2022)

### **★ Le désengagement des collaborateurs par rapport à l'organisation et leur travail**

Le fonctionnement de l'organisation est perturbé par l'attitude et les comportements des collaborateurs. Si ceux-ci se sentent maltraités par l'organisation qui les emploie, ils vont tenter de lui répondre par la pareille selon la théorie de l'échange social (Cropanzano & Mitchell, 2005) Cette théorie suggère qu'un échange relationnel de qualité s'établit entre un employé et son organisation. Cette relation génère un sentiment d'obligation ou de réciprocité au-delà une relation d'échange uniquement économique et instrumentale. Les collaborateurs se désengagent. Le désengagement se manifeste par la diminution de l'implication du collaborateur vis à vis de son organisation. Il se traduit pour l'organisation par le manque d'efficacité individuelle et collective, le manque de proactivité et le coût élevé en termes de turnover et d'absentéisme d'une part, et pour l'individu par les risques psychosociaux et le mal-être au travail d'autre part.

### **★ Le comportement des collaborateurs**

Le sentiment de déshumanisation perçu par les collaborateurs entraîne un risque individuel d'une baisse de performance au sein de l'organisation. Par ailleurs, les collaborateurs adoptent des comportements négatifs par rapport à l'organisation qui les emploie et qui les déshumanise. Les collaborateurs ne se reconnaissent plus dans la politique de l'organisation, alors qu'auparavant ils s'identifiaient à elle. Dès lors ils s'en détachent, les sentiments d'appartenance s'estompent, entraînant un taux d'absentéisme élevé des collaborateurs. Par ailleurs, la déshumanisation peut également générer des conflits relationnels et pousser le collaborateur à quitter son organisation.(Brison et al., 2022)

## **Chapitre 4: Les risques pour le personnel infirmier**

Dans le cadre de ce mémoire, je m'intéresse à deux risques chez le personnel infirmier travaillant en institution de soins. Tout d'abord, le phénomène du turnover ensuite, l'épuisement professionnel communément appelé Burnout. Ces deux risques ne sont pas exclusifs, d'autres existent mais ils ne seront pas développés dans ce travail.

### **4.1. LE TURNOVER DES INFIRMIERS**

La pénurie de personnel infirmier actif perdure depuis des décennies malgré les politiques de rétention instaurées par les institutions de santé et de soins. Selon le KCE en Belgique, 32% des infirmiers ont l'intention de quitter leur emploi dont 10% s'orienterait vers une reconversion.

Le terme « turnover » d'origine anglaise et surtout utilisé en économie, signifie le taux de renouvellement du personnel d'une entreprise (Le Robert, 2022) .

Selon Dotson (2014) le turnover est généralement influencé par le stress qui impacte la satisfaction au travail mais également par le salaire (facteurs que l'on n'abordera pas dans ce travail.). Par ailleurs, selon Jones (1990), le turnover peut être reconnu bénéfique pour une organisation. Le renouvellement du personnel infirmier offre la possibilité de réduire les coûts par une diminution de salaire, le coûts des avantages sociaux et autres cotisations sociales pour les nouveaux infirmiers.

De façon générale, selon la revue de littérature de Hayes et al. (2006), la satisfaction au travail aurait un lien avec le turnover plus important que les opportunités extérieures à l'organisation. Ils constatent également que le faible taux de satisfaction se rencontre plus chez les jeunes infirmiers et est aussi associé aux tâches administratives, aux perspectives de promotion à la sécurité de l'emploi et au temps consacré aux tâches cliniques. L'engagement est un facteur prédicteur de l'intention de quitter. Selon Hayes et al. (2006), une attention doit être portée à la compréhension des différents facteurs qui influencent le comportement de turnover. Un point d'attention est principalement porté sur les facteur organisationnels, individuels ou économiques.

#### a. Les facteurs organisationnels

Les caractéristiques organisationnelles associées à la charge de travail, au style de gestion, à l'autonomisation et à l'autonomie, aux possibilités de promotion et aux horaires de travail ont été étudiées pour comprendre leur influence sur le turnover des infirmier. Mais également des changements organisationnels ou conjoncturels que subit la profession. De plus, les nouvelles demandes en termes de flexibilité et d'adaptation aux nouvelles technologies peuvent influencer le choix de continuer ou non (Laville & Volkoff, 2004 cités par Iweins,2020).

#### b. Les facteurs individuels

Plusieurs éléments semblent jouer un rôle : l'état de santé, la conciliation travail-famille, les trajets, le nombre de personnes à charge, les ressources financières disponibles, la correspondance du travail avec les intérêts, la perspective de garder ses enfants, petits-enfants ou de s'adonner pleinement à des activités de loisir, l'âge, les conditions de départ à la retraite (Bertrand et al., 2010) . Plus les conflits travail/famille (de tous types) sont élevés, plus l'intention de quitter est présente (Greenhaus *et al.*, 2003 ;Kossek & Ozeki, 1999). Les recherches nord-américaines démontrent que les organisations qui ont des stratégies concernant les aspects personnels sont plus propices à retenir leurs employés (Hayman, 2005).

#### c. Les facteurs économiques

Contrairement à ce que l'on pourrait croire, la rémunération n'est pas liée au turnover cependant l'insatisfaction à l'égard d'une promotion peut mener à quitter l'organisation. Les études menées ne semblent pas converger vers un consensus. Toujours d'après l'étude de Hayes et al. qui citent Lu et al. (2002) qui ont présenté une matrice de coefficients de corrélation entre les variables qui indiquaient une corrélation négative significative entre l'intention de roulement et le salaire, ainsi qu'une corrélation positive entre le salaire et l'engagement professionnel.

### Les conséquences du turnover infirmier :

Les effets du turnover infirmier peuvent en effet toucher l'organisation qui l'emploie.

Tout d'abord l'organisation se retrouve en difficulté à répondre aux différentes demandes de soins et d'en assurer la qualité. Ensuite, le turnover touche les équipes dont les membres sont affectés et les répercussions touchent également leur moral mais aussi leur performance.

#### - Conséquences économiques et organisationnelles

Le turnover est associé à un coût financier. Tout d'abord celui du remplacement ponctuel (exemple : le personnel intérimaire) ensuite le parcours pour un remplacement définitif. Le processus d'embauche engage de la part des institutions un déploiement important de publicité et de moyen financier ex : prime d'attractivité, reprise des anciennetés.

#### - Conséquences pour le patient

Selon Clarke et Aiken en 2003, cités par Hayes (2006), des études aboutissent à la conclusion qu'il existerait un lien fort (corrélation) entre la dotation infirmier et les soins de qualité et sécurisés pour le patient.

#### - Conséquences sur les infirmiers

L'impact d'une dotation inadéquate en effectif infirmier est une charge de travail augmentée de manière proportionnelle. Puisque la demande de soins est toujours présente, les heures supplémentaires s'accumulent car le personnel restant remplace les absents. Des effets négatifs du turnover sur le bien-être des infirmiers sont signalés. Notamment, le risque d'épuisement émotionnel, d'atteinte musculosquelettiques et d'absentéisme augmentent. Shamian et O'Brien en 2001, cités par Hayes et al. en 2006, avancent que, dans une étude Ontarienne, plus d'un tiers des infirmières ont connu un épuisement émotionnel élevé, avaient des troubles musculosquelettiques plus élevés que le personnel non-infirmières (Hayes et al., 2006)

## 4.2. L'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL OU BURNOUT

Les causes du burnout sont souvent décrites comme individuelles et la prévention porte alors sur l'individu, ignorant les causes situationnelles (Kahn et Byosiére, 1992). Cependant, des chercheurs avancent le rôle de l'organisation du travail dans la survenance du Burnout (Lee et Ashforth, 1991 ; Maslach et Leiter, 2016).

C'est en 1974 que la notion de burnout ou syndrome d'épuisement professionnel est introduite par Herbert Freudenberger. Il s'agit d'une maladie spécifique pouvant survenir chez un sujet sain : la maladie de la relation d'aide, affectant typiquement les professionnels dont l'activité implique un engagement relationnel tels que les infirmiers, médecins, enseignants, assistants sociaux, éducateurs, etc.

Outre cette définition , le burnout a suscité une explication plus étendue :

Selon Chabot (2013), l'expression qui traduit le mieux Burnout est « *épuisement professionnel* ». Il s'agit d'un épuisement physique, émotif et mental au travail, caractérisé par un sentiment d'impuissance, une vision négative de soi et des autres, duquel découle une impression d'échec, d'insatisfaction (Chabot, 2013).

En 2017 le Conseil Supérieur de la Santé définissait le burnout comme suit : « [...] *Un épuisement résultant du manque (prolongé) de réciprocité entre l'investissement et ce qui est reçu en retour. Cet épuisement a un impact sur le contrôle des émotions et des cognitions, ce qui provoque aussi des changements dans les comportements et les attitudes (prise de distance), et résulte en un sentiment d'inefficacité professionnelle* ».

Plus tard, Schaufeli définit l'épuisement professionnel de la manière suivante : « *Un état d'épuisement lié au travail qui survient chez les employés, qui se caractérise par une fatigue extrême, une capacité réduite à réguler les processus cognitifs et émotionnels et une distanciation mentale. Ces quatre dimensions fondamentales de l'épuisement professionnel s'accompagnent d'une humeur dépressive ainsi que de plaintes psychologiques et psychosomatiques non spécifiques* ».(Schaufeli et al., 2020).

Les symptômes de l'épuisement professionnel selon Desart, De Witte et Schaufeli (2017) se divisent en 2 dimensions. L'une primaire, l'autre secondaire. Ils sont repris dans le tableau 1:

Tableau 1. : Symptômes primaire et secondaires de l'épuisement professionnel

| Symptômes primaires                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Symptômes secondaires                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ L'épuisement physique et psychologique.</li> <li>⇒ Une distanciation mentale de son travail caractérisée par un retrait mental et ou physique.</li> <li>⇒ La perte de contrôle cognitif caractérisée par des problèmes de mémoire, d'attention, de concentration et de performance qui sont dus à une perturbation du fonctionnement cognitif.</li> <li>⇒ La perte de contrôle émotionnel caractérisée par des réactions émotionnelles exacerbées et une faible tolérance.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ L'humeur dépressive, la souffrance psychologique et les plaintes psychosomatiques.</li> <li>⇒ La tension nerveuse (stress) constitue, quant à elle, un premier signe de burnout et est souvent le premier motif de demande d'aide.</li> </ul> |

### **Parenthèse législative**

En Belgique, le 4 août 1996 apparaissait la loi relative au bien-être des travailleurs, incitant ainsi à ce que chaque entreprise prenne des dispositions afin de protéger les employés contre les risques psychosociaux potentiels dont le burnout fait partie. Les lois du 28 février 2014 et du 28 mars 2014 et l'AR du 10 avril 2014 ont notamment inscrit les aspects psychosociaux dans la définition du bien-être au travail, qui doit être garanti par les employeurs. Notons cependant que ce risque de burnout chez le personnel infirmier atteint les 36% et est en augmentation depuis 2009 (KCE, 2019). Le 1 septembre 2014, la nouvelle législation relative à la prévention des risques psychosociaux au travail est entrée en vigueur. Elle concerne le bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail, mais aussi la violence et le harcèlement moral ou sexuel au travail connus de précédentes lois.

## **QUESTION DE RECHERCHE, OBJECTIFS et HYPOTHESES**

La littérature nous apprend qu'il existe une fragilité au sein du corps infirmier. Cette fragilité s'exprime par un épuisement pour certains, une décision de quitter pour d'autres. La littérature nous apprend également que la déshumanisation n'est pas sans conséquence, qu'elle soit physique ou psychologique.

Les objectifs de ce travail sont de :

- Démontrer qu'il existe un lien entre la déshumanisation organisationnelle et l'épuisement professionnel ainsi que le phénomène de turnover.
- Démontrer que la quantification a également un effet déshumanisant et pourrait alors être liée à l'épuisement professionnel ainsi qu'au phénomène de turnover.

La question de recherche de départ est la suivante :

***« Quel est l'impact d'une déshumanisation organisationnelle sur le risque d'épuisement professionnel et le phénomène de turnover du personnel infirmier. Par ailleurs, la quantification, comme outil managérial, est-elle elle-même déshumanisante ? »***

En découle les hypothèses suivantes :

**Hypothèse 1 : La déshumanisation est positivement liée au risque d'épuisement professionnel**

**Hypothèse 2 : La déshumanisation est positivement liée au risque de turnover du personnel infirmier**

**Hypothèse 3 : La quantification est un prédicteur positif de déshumanisation**

**Hypothèse 4 : La quantification a un impact positif sur l'épuisement professionnel**

**Hypothèse 5 : La quantification a un impact positif sur le phénomène de turnover**

## MATERIEL & METHODE

---

Pour tenter de répondre à la question de recherche et aux différentes hypothèses, une enquête a été menée auprès d’infirmier.e.s et d’infirmier.e.s - chef.fe.s belges travaillant en institution de soins de santé en Belgique.

- **Devis de recherche**

Pour répondre à la question de recherche et aux hypothèses, une étude quantitative et corrélationnelle a été menée.

- **Stratégie d’échantillonnage**

➔ L’échantillonnage s’est construit par distribution sur les réseaux sociaux.

Les données ont été recueillies auprès d’un échantillon aléatoire d’infirmier et d’infirmiers-chef.fe.s belges travaillant en institution de soin en Belgique sur la plateforme d’enquête Qualtrics. **Un lien numérique** après construction du questionnaire a été partagé en ligne à l’aide d’un lien URL ou d’un QR code sur les **réseaux sociaux**. Entre autre, des plateformes populaires (WhatsApp, Signal, Facebook, Telegram, LinkedIn et Tweeter) pour une durée de 3 semaines allant du 15 mars au 8 avril 2022. Ce lien avait la possibilité d’être partagé et a donc eu un effet boule de neige sur les réseaux sociaux.

Pour répondre au questionnaire, des critères d’inclusion ont été émis :

- Être infirmier diplômé spécialisé ou non
- Travailler dans une institution de soins de santé en Belgique
- Avoir un ou des supérieurs hiérarchiques.

Le personnel infirmier indépendant ou qui n’avait pas de pouvoir hiérarchique supérieur ne pouvaient pas être inclus dans l’étude.

Les étudiants infirmiers travaillant en job étudiant ne sont pas inclus.

- **Instrument de mesure**

Le questionnaire (annexe 1 ) a été construit à partir de plusieurs **échelles** existantes et validées, certaines traduites de l'anglais et également validées.

Leur mesure a été faite sur une échelle de Likert allant de 1 (pas du tout d'accord) à 5 ou 7 (tout à fait d'accord).

Leur encodage a été fait au préalable sur le programme « **Qualtrics** » .

**Les échelles utilisées pour répondre à la question de recherche sont les suivantes :**

La pertinence des échelles a décidé de leur utilisation. Celles-ci présentaient des items qui permettaient de répondre à la question de recherche.

- Déshumanisation organisationnelle (Caesens et al., 2017) Évalue la manière dont le collaborateur, l'infirmier dans cette enquête, perçoit qu'il est considéré par l'organisation qui l'emploie. Soit comme objet ou approche mécaniste. Elle se mesure par 11 questions, pour exemple : « mon institution me fait sentir que qu'un travailleur en vaut facilement un autre ». Les réponses sont reprises sur une échelle de Likert allant de 1 (pas du tout d'accord) à 7 (tout à fait d'accord)
- Quantification : (De Ridder et al., 2019) Évalue la perception du collaborateur de la manière dont son travail est quantifié, chiffré. Elle est mesurée à l'aide de 6 items sur une échelle de Likert allant de 1 (pas du tout d'accord) à 7 (tout à fait d'accord).  
Pour exemple : « mon travail est réduit à des chiffres »
- Intention de quitter la profession : (Dotson et al., 2014) Évalue le désir de l'infirmier à quitter sa profession. Elle se mesure à l'aide de 3 items sur une échelle de Likert allant de 1 (pas du tout d'accord) à 7 (tout à fait d'accord).  
Pour exemple de question : J'aimerais quitter la profession d'infirmier. e le plus rapidement possible.
- Burnout assessment tool : (Schaufeli, 2020) Le BAT évalue 2 dimensions. La première catégorisée par des symptômes primaires : l'épuisement, la distance mentale, la déficience cognitive ainsi que la déficience émotionnelle et la seconde par des

symptômes secondaires : les plaintes psychiques et psychosomatiques. Ces deux dimensions reprennent 23 questions qui sont évaluées à l'aide d'une échelle de Likert en cinq points allant de jamais (1) à toujours (5).

- **Analyse**

Pour l'analyse des résultats ,j'ai eu recours au logiciel SPSS sur UDS après un encodage des données au préalable.

Elle a consisté, pour commencer, à tester la fiabilité et la cohérence du questionnaire. Ensuite, une analyse descriptive des variables de profil puis des corrélations bivariées et enfin des régressions linéaires simples.

Les coefficients de corrélation de Pearson et la p-valeur sont utilisés pour démontrer la relation entre les différentes variables.

Pour compléter, j'ai analysé l'effet médiateur de la variable « déshumanisation ». L'utilisation d'une variable médiatrice (M) est une variable qui intervient entre la variable dépendante (Y) et la variable indépendante (X).

Son objectif est de décomposer et quantifier l'effet total d'une cause X sur une variable de réponse Y en un effet direct et un effet indirect à travers le(s) médiateur(s) M.

Pour répondre à quelques questions d'ordre pratique, j'ai fait appel au service de méthodologie et de statistique de l'université catholique de Louvain. SPSS sur UDS n'offrait pas toutes les options quant à la possibilité d'utiliser la macro PROCESS (Modèle 4) de Hayes (2013).

- **Considération éthique**

Un consentement à la participation au sujet de recherche est également requis et les réponses sont anonymes.

L'enquête a également été soumise au comité d'éthique.

## RESULTATS

### • Échantillon

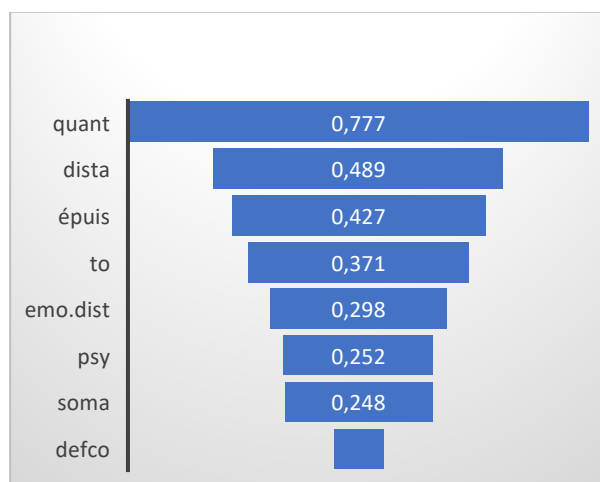
La taille de l'échantillon de départ était de 309 répondants. 144 réponses ont été exclues car seule l'acceptation de participer à l'enquête a été validée par ces répondants. Dès lors nous avons un échantillon de N=165 répondants dont 21 n'ont pas répondu entièrement au questionnaire. 123 des participants sont infirmiers et 17 des infirmiers-chefs avec une moyenne d'âge de 41 ans. Le temps de travail évalué, en taux, est pour plus de 37% un horaire supérieur à 90%. 127 des participants travaillent en milieu hospitalier dont 49,7% (N :82) en hôpital universitaire et 27% (N:45) en hôpital non-universitaire. 8,5 % (N :14). Des répondants travaillent également en clinique privée et 3 seulement en maison de repos.

La caractéristique du genre n'a pas été tenu en compte car la majorité des répondants sont du genre féminin.

### • Analyses statistiques

Avant tout, une mesure de fiabilité ou Alpha de Cronbach par variable a été exécutée grâce au programme SPSS, les outcomes se trouvent dans le tableau 1 suivant. Cette analyse permet de vérifier la cohérence du questionnaire.

**Tableau 1 : Statistique de fiabilité des variables ou Alpha de Cronbach**



L'échelle de fiabilité ou l'alpha de Cronbach sert à déterminer si plusieurs items d'une échelle présentent une bonne homogénéité pour le construit.

Elle montre une cohérence fortement homogène pour la variable déshumanisation et quantification avec une valeur de 0.77 et des valeurs insuffisantes pour les autres variables car inférieures à 0.5.

- **Statistiques descriptives**

|                  | N   | Minimum | Maximum | Moyenne | Ecart type |
|------------------|-----|---------|---------|---------|------------|
| quant.m          | 165 | 1,17    | 7,00    | 4,7313  | 1,16312    |
| DSH.m            | 162 | 1,09    | 7,00    | 4,6728  | 1,37939    |
| TO.m             | 161 | 1,00    | 7,00    | 4,0248  | ,99342     |
| epuis.m          | 161 | 1,00    | 5,00    | 3,4224  | ,82475     |
| Psy.m            | 155 | 1,00    | 4,40    | 2,6594  | ,77800     |
| dista.m          | 161 | 1,00    | 5,00    | 2,5424  | ,79567     |
| Soma.m           | 155 | 1,00    | 4,00    | 2,3548  | ,72167     |
| emodis.m         | 161 | 1,00    | 5,00    | 2,3085  | ,79630     |
| defco.m          | 161 | 1,00    | 4,00    | 2,1201  | ,74587     |
| N valide (liste) | 155 |         |         |         |            |

Nous remarquons que la variabilité de la moyenne des différentes variables utilisées ainsi que leur écarts-types est assez faible. On peut donc dire que les données sont alors très peu dispersées par rapport à la moyenne et que son estimation de la moyenne est donc plus élevée.

- **Réponse à la question de recherche**

*Quel est l'impact d'une déshumanisation organisationnelle sur le risque d'épuisement professionnel et le phénomène de turnover du personnel infirmier. Par ailleurs, la quantification, comme outil managérial, est-elle elle-même déshumanisante ? »*

Pour répondre à la question de recherche cinq hypothèses ont été émises auxquelles nous répondrons grâce aux analyses statistiques.

- Les hypothèses, pour rappel sont les suivantes :

**Hypothèse 1 : La déshumanisation est positivement liée au risque d'épuisement professionnel**

**Hypothèse 2 : La déshumanisation est positivement liée au risque de turnover du personnel infirmier**

Hypothèse 3 : **La quantification est un prédicteur positif de déshumanisation** dans le risque d'épuisement professionnel et de turnover du personnel infirmier.

Hypothèse 4 : **La quantification a un impact positif sur l'épuisement professionnel**

Hypothèse 5 : **La quantification a un impact positif sur le phénomène de turnover**

- *Réponses aux hypothèses*

Une analyse statistique par **corrélation**, entre la variable indépendante ou explicative (X) « déshumanisation » et les variables dépendantes (Y), estimera ou non le lien qui pourrait exister entre l'épuisement professionnel ainsi que le turnover du personnel infirmier et la déshumanisation organisationnelle. Le tableau de corrélation suivant nous permettra de répondre aux hypothèses.

Tableau de corrélations

|          |                        | quant.m | DSH.m  | TO.m   | epuis.m | dista.m | emodis.m | defco.m | Psy.m  | Soma.m |
|----------|------------------------|---------|--------|--------|---------|---------|----------|---------|--------|--------|
| quant.m  | Corrélation de Pearson | --      |        |        |         |         |          |         |        |        |
|          | N                      | 165     |        |        |         |         |          |         |        |        |
|          |                        |         |        |        |         |         |          |         |        |        |
| DSH.m    | Corrélation de Pearson | ,645**  | --     |        |         |         |          |         |        |        |
|          | Sig. (bilatérale)      | <,001   |        |        |         |         |          |         |        |        |
|          | N                      | 162     | 162    |        |         |         |          |         |        |        |
| TO.m     | Corrélation de Pearson | ,057    | ,240** | --     |         |         |          |         |        |        |
|          | Sig. (bilatérale)      | ,471    | ,002   |        |         |         |          |         |        |        |
|          | N                      | 161     | 161    | 161    |         |         |          |         |        |        |
| epuis.m  | Corrélation de Pearson | ,098    | ,309** | ,369** | --      |         |          |         |        |        |
|          | Sig. (bilatérale)      | ,216    | <,001  | <,001  |         |         |          |         |        |        |
|          | N                      | 161     | 161    | 161    | 161     |         |          |         |        |        |
| dista.m  | Corrélation de Pearson | ,208**  | ,375** | ,344** | ,559**  | --      |          |         |        |        |
|          | Sig. (bilatérale)      | ,008    | <,001  | <,001  | <,001   |         |          |         |        |        |
|          | N                      | 161     | 161    | 161    | 161     | 161     |          |         |        |        |
| emodis.m | Corrélation de Pearson | ,178*   | ,203** | ,092   | ,425**  | ,467**  | --       |         |        |        |
|          | Sig. (bilatérale)      | ,024    | ,010   | ,245   | <,001   | <,001   |          |         |        |        |
|          | N                      | 161     | 161    | 161    | 161     | 161     | 161      |         |        |        |
| defco.m  | Corrélation de Pearson | ,033    | ,054   | ,179*  | ,415**  | ,301**  | ,449**   | --      |        |        |
|          | Sig. (bilatérale)      | ,681    | ,497   | ,023   | <,001   | <,001   | <,001    |         |        |        |
|          | N                      | 161     | 161    | 161    | 161     | 161     | 161      | 161     |        |        |
| Psy.m    | Corrélation de Pearson | ,058    | ,169*  | ,129   | ,548**  | ,373**  | ,438**   | ,452**  | --     |        |
|          | Sig. (bilatérale)      | ,472    | ,036   | ,109   | <,001   | <,001   | <,001    | <,001   |        |        |
|          | N                      | 155     | 155    | 155    | 155     | 155     | 155      | 155     | 155    |        |
| Soma.m   | Corrélation de Pearson | ,046    | ,173*  | ,180*  | ,564**  | ,317**  | ,265**   | ,407**  | ,583** | --     |
|          | Sig. (bilatérale)      | ,567    | ,031   | ,025   | <,001   | <,001   | <,001    | <,001   | <,001  |        |
|          | N                      | 155     | 155    | 155    | 155     | 155     | 155      | 155     | 155    | 155    |

\*\* La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

\* La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

**Hypothèse 1 : La déshumanisation est positivement liée au risque d'épuisement professionnel**

H0 : Il n'existe pas de lien positif entre la déshumanisation et le phénomène de turnover

H1 : Il existe un lien positif entre la déshumanisation et le phénomène de turnover

Il existe une corrélation de Pearson ( $r$ ) **significativement positive** entre la variable « déshumanisation » et la variable « turnover » ( $r = 0.240$  ;  $p = 0.002$ ). Nous pouvons donc **rejeter l'hypothèse nulle** et affirmer que le risque de phénomène de turnover semble être lié positivement au facteur de déshumanisation.

**Hypothèse 2 : La déshumanisation est positivement liée au risque d'épuisement professionnel**

H0 : Il n'existe pas de lien positif entre la déshumanisation et le risque d'épuisement professionnel

H1 : Il existe un lien positif entre la déshumanisation et le risque d'épuisement professionnel

- Il existe une corrélation de Pearson ( $r$ ) **significativement positive** entre la variable « déshumanisation » et la variable « distance mentale » ( $r = 0.375$  ;  $p < 0.001$ ), entre la variable « déshumanisation » et la variable « épuisement physique » ( $r = 0.309$  ;  $p < 0.01$ )
- Il existe une corrélation de Pearson ( $r$ ) **modérément positive** entre la variable « déshumanisation » et la variable « distance émotionnelle » ( $r = 0.203$  ;  $p = 0.010$ )
- Il existe une corrélation de Pearson ( $r$ ) **faiblement positive** entre la variable « déshumanisation » et la variable « plaintes somatiques » : ( $r : 0.173$  ;  $p = 0.031$ ), entre la variable « déshumanisation » et la variable « plaintes psychologiques » : ( $r : 0.169$  ;  $p : 0.036$ )

Nous pouvons donc **rejeter l'hypothèse nulle** et affirmer que le risque de phénomène de turnover semble être lié positivement au facteur de déshumanisation.

Hypothèse 3 : La quantification est un facteur prédictif positif de déshumanisation dans le risque d'épuisement professionnel et de turnover du personnel infirmier.

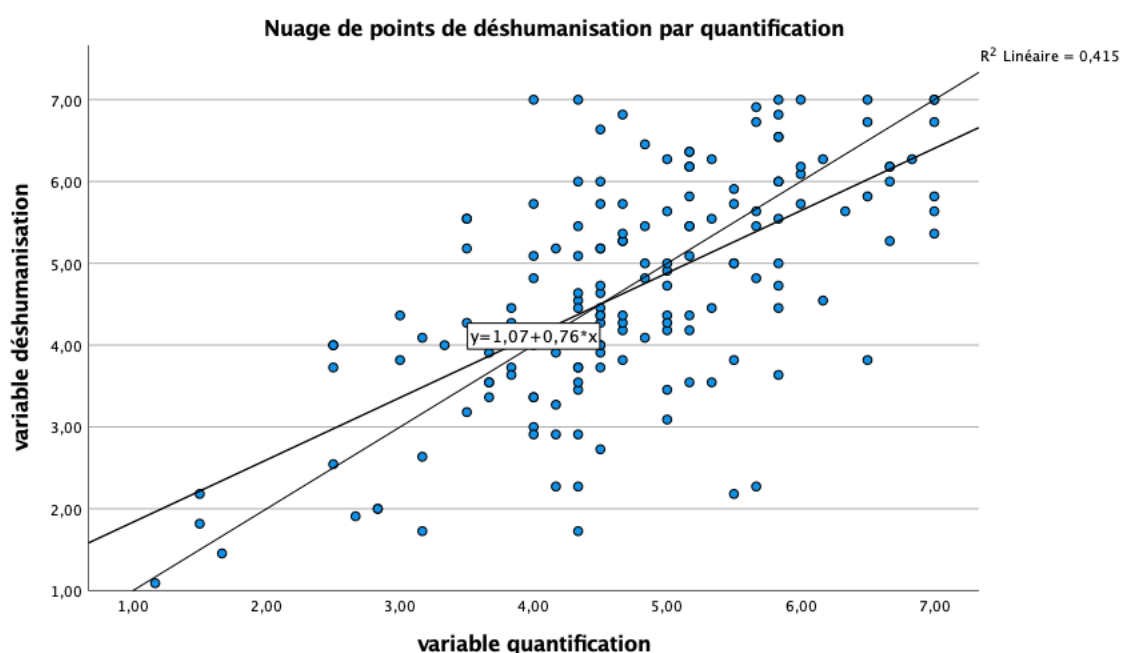
H0 : La quantification n'est pas un facteur prédictif positif de déshumanisation dans le risque d'épuisement professionnel et de turnover du personnel infirmier.

H1 : La quantification est un facteur prédictif de déshumanisation dans le risque d'épuisement professionnel et de turnover du personnel infirmier.

L'analyse statistique par corrélation est **significativement positive** entre la variable indépendante (X) : quantification et la variable dépendante (Y) : déshumanisation : ( $r = 0.645$  ;  $p : < 0.001$ ). Nous pouvons donc **rejeter l'hypothèse nulle** et affirmer qu'il existe effectivement un lien entre ces deux variables et que la quantification peut être considérée comme facteur prédictif de déshumanisation dans le risque d'épuisement professionnel et dans le phénomène de turnover du personnel infirmier.

Pour déterminer la force de prédiction de dépendance entre la variable indépendante « quantification » et la variable dépendante « déshumanisation », nous procédons à une **régression linéaire** (Annexe 3 point 1)

La figure suivante présente un nuage de points entre ces deux variables dont le  $R^2 = 0,415$  estime à 41,5% de la variabilité de la variable dépendante expliquée par la variable explicative. ( $p$ -valeur de 0 et une force d'association  $r$  de 0.645).



*valeur des axes basée sur l'échelle de Likert allant de 1 à 7*

#### Hypothèse 4 : La quantification a un impact positif sur l'épuisement professionnel

H0 : Il n'existe pas de lien positif entre la quantification et l'épuisement professionnel

H1 : Il existe un lien positif entre la quantification et l'épuisement professionnel

L'analyse statistique par **corrélation** présentée dans le tableau des corrélations montre qu'il existe un lien entre la variable quantification la variable « dista » ( $r=0.208$  ;  $p < 0.05$ ) et entre la variable « emodis » ( $r=0.178$  ;  $p < 0.05$ ).

De façon significative, **nous pouvons rejeter l'hypothèse nulle** annonçant qu'il n'existe pas de lien positif entre la quantification et ces deux variables de l'épuisement professionnel du personnel infirmier.

Au regard de ces résultats, nous ne pouvons donc pas affirmer qu'il existe réellement un lien entre la quantification et le risque d'épuisement professionnel.

#### Hypothèse 5 : La quantification a un impact positif sur le phénomène de turnover

H0 : il n'existe pas de lien positif entre la quantification et le phénomène de turnover

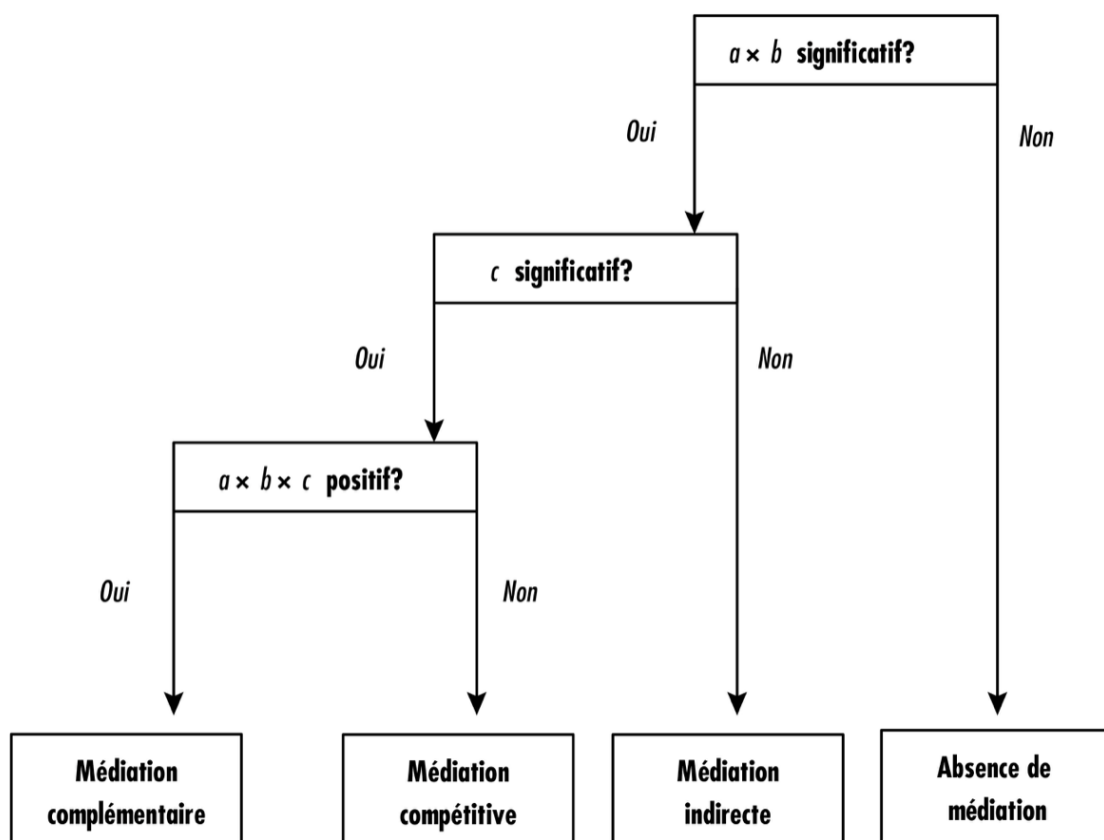
H1 : il existe un lien positif entre la quantification et le phénomène de turnover

L'analyse statistique par **corrélation** présentée dans le tableau de corrélations montre que, de façon significative, **nous ne pouvons pas rejeter l'hypothèse nulle** annonçant qu'il n'existe pas de lien positif entre la quantification et le turnover du personnel infirmier ( $r=0,057$ ;  $p=0,471$ ).

Pour compléter ces analyses, nous procédons à **un test de médiation**.

Avant tout, nous devons estimer les coefficients de  $a$ ,  $b$  et  $c$  à partir de régressions linéaires. Le critère de significativité est la  $p$ -value, son effet est significatif si elle est inférieure au seuil de significativité. Dans nos analyses ce seuil est de 0.05. ( Les outputs sont en annexes 3 point 2). Ensuite, la macro permettra d'estimer l'effet indirect  $a \times b$  à partir du test bootstrap. L'effet indirect  $a \times b$  est significatif si l'intervalle de confiance inclut 0.

La classification des types de médiations suivra le schéma suivant de Zhao et ses collègues ,2010 (Cadario et al., 2017).



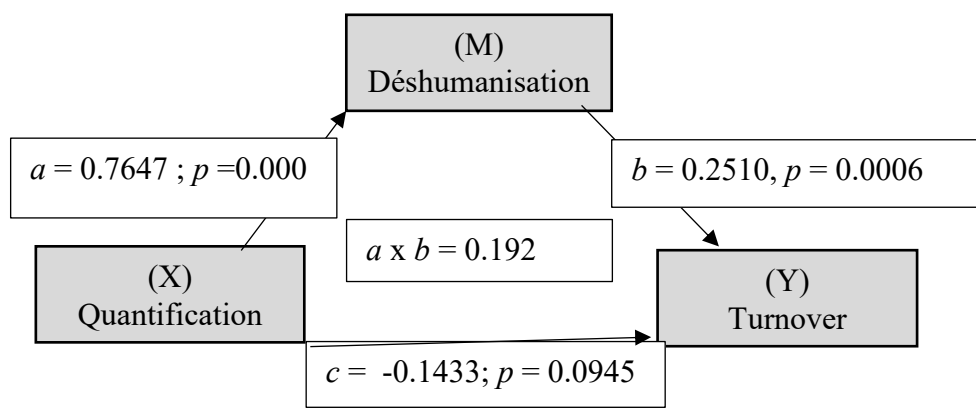
*a. La variable du turnover*

Nous avons testé le rôle médiateur « déshumanisation » dans la relation entre la quantification et le turnover. L'analyse a été effectuée selon la macro PROCESS (Modèle 4) de Hayes (2013), avec 5000 *Bootstraps*.

L'effet de la variable quantification sur le médiateur déshumanisation est significatif et positif (  $a = 0.7647$  ;  $t = 10.69$  ;  $p = 0.000$ ). Lorsque l'on contrôle pour l'effet de la variable

quantification, l'effet du médiateur « déshumanisation » sur la variable dépendante turnover, celui-ci est significatif et positif ( $b = 0.2510$  ;  $t = 3.4824$  ;  $p = 0.0006$ ). Par ailleurs, lorsqu'on contrôle pour l'effet du médiateur déshumanisation, l'effet direct de la variable quantification sur la variable du turnover ( $c = -0.1433$  ;  $t = -1.6821$  ;  $p = 0.094$ ). Enfin, l'effet indirect de la variable quantification sur la variable du turnover, à travers la variable de déshumanisation, est significatif et est positif ( $a \times b = 0.1919$ ), avec un intervalle de confiance de 95 % incluant 0 ( $IC = [0.0898 \text{ à } 0.2935]$ ).

- Représentation du résultat :



Ce résultat indique **une médiation indirecte**. Par conséquent, la variable de quantification semble contribuer à expliquer le distance émotionnelle. Celle-ci à son tour semble être renforcée par la variable de déshumanisation.

Dès lors, le turnover peut être lié d'une part à la variable de déshumanisation et d'autre part à la variable de quantification.

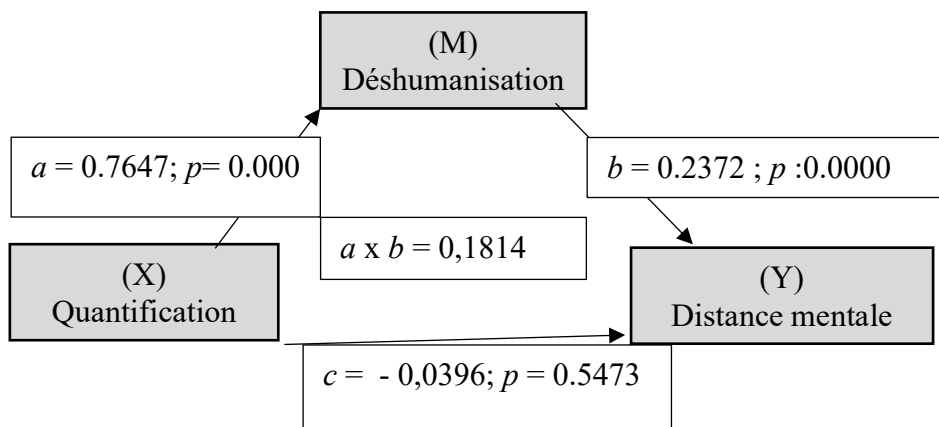
À présent, nous allons tester le rôle médiateur de la déshumanisation dans la relation entre la variable quantification et deux variables de l'épuisement professionnel dont les résultats à l'analyse statistique par corrélation sont significatifs.

L'analyse est également effectuée selon la macro PROCESS (Modèle 4) de Hayes (2013), avec 5000 *Bootstraps*.

### b.1. La variable distance mentale

L'effet de la variable quantification sur le médiateur « déshumanisation » est significatif et positif ( $a = 0.7647$  ;  $t = 10.69$  ;  $p = 0.000$ ). Lorsque l'on contrôle pour l'effet de la variable quantification, l'effet du médiateur « déshumanisation » sur la variable dépendante distance mentale celui-ci est significatif et est positif ( $b = 0.2372$  ;  $t = 4.2688$  ;  $p = 0.0000$ ). Lorsqu'on contrôle pour l'effet du médiateur de la variable déshumanisation, l'effet direct de la variable quantification sur la variable dépendante distance mentale ( $c = -0.0396$ ,  $t = -0.6031$ ,  $p = 0.5473$ ). Enfin, l'effet indirect de la quantification sur le turnover, à travers la déshumanisation est significatif et positif ( $a \times b = 0.1814$ ), avec un intervalle de confiance de 95 % incluant 0 ( $IC = [0.0999 \text{ à } 0.2684]$ ).

- Représentations du résultat :



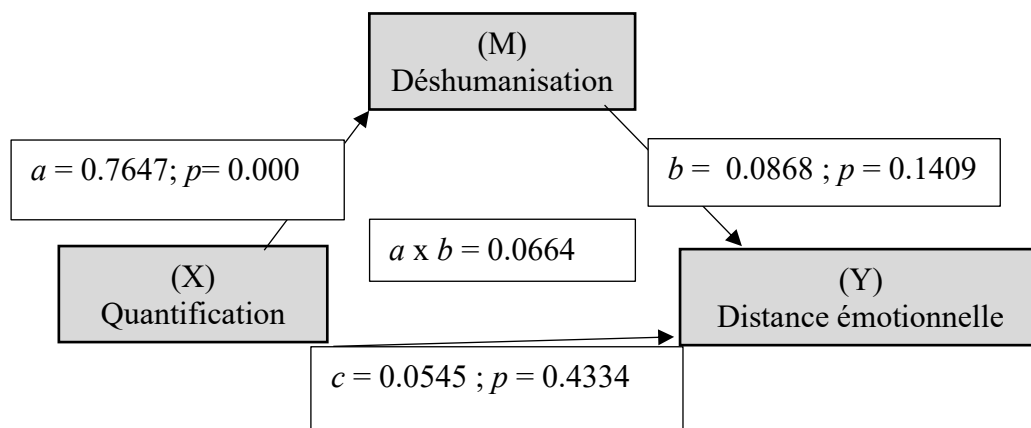
Ce résultat indique donc **une médiation indirecte**. Par conséquent, la variable de quantification semble contribuer à expliquer la distance mentale. Celle-ci à son tour semble être renforcée par la variable de déshumanisation.

Dès lors, la distance mentale peut être liée d'une part à la variable de déshumanisation et d'autre part à la variable de quantification.

### b..2. La variable distance émotionnelle

L'effet de la variable quantification sur le médiateur de la variable déshumanisation est significatif et positif ( $a = 0.7647$  ;  $t = 10.69$  ;  $p = 0.000$ ). En contrôlant par la variable quantification, l'effet de la variable de déshumanisation sur la distance émotionnelle n'est pas significatif et est positif ( $b = 0.0868$  ;  $t = 1.4798$  ;  $p = 0.1409$ ). de plus. L'effet direct de la quantification sur la distance émotionnelle est également non significatif et positif ( $c = 0.0545$  ;  $t = 1.7853$  ;  $p = 0.4334$ ). Enfin, l'effet indirect de la quantification sur la distance émotionnelle, à travers la déshumanisation, est légèrement positif et significatif ( $a \times b = 0.0664$ ), avec un intervalle de confiance de 95 % incluant 0 ( $IC = [-0.0296 \text{ à } 0.1505]$ ).

- Représentations du résultat :



Ce résultat indique donc **une médiation indirecte**. Par conséquent, la variable de quantification semble contribuer à expliquer la distance émotionnelle. Celle-ci à son tour semble être renforcée par la variable de déshumanisation.

Dès lors, la distance émotionnelle peut être liée d'une part à la variable de déshumanisation et d'autre part à la variable de quantification.

## DISCUSSION

---

Ce travail s'est construit autour d'un contexte de pénurie infirmier dans les institutions de soins de santé en Belgique, situation qui existe également ailleurs dans le monde.

Le phénomène d'épuisement professionnel et le phénomène de turnover sont vus comme des fléaux au sein de la profession infirmière.

Mais quels sont les facteurs qui pourraient contribuer à la désertations du personnel infirmier des institutions de soins et quels en sont les impacts ?

Dans ce mémoire, j'ai souhaité démontrer l'impact de la déshumanisation organisationnelle sur la santé physique et/ou psychique du personnel infirmier travaillant en institution de soins de santé mais également démontrer l'impact sur le phénomène de turnover. La méthodologie consiste en une analyse quantitative transversale.

Pour ce faire, j'ai utilisé les réponses obtenues de l'enquête disponible en ligne adressée à tout infirmier travaillant en institution de soin ayant un supérieur hiérarchique. Le questionnaire a été construit à l'aide de plusieurs échelles validées.

Les réponses obtenues m'ont permis de répondre à la question de recherche que je rappelle ici :

***« Quel est l'impact d'une déshumanisation organisationnelle sur l'épuisement professionnel et le phénomène de turnover du personnel infirmier. Par ailleurs, la quantification, comme outil managérial, est-elle elle-même déshumanisante ? »***

et de vérifier les cinq hypothèses suivantes:

**Hypothèse 1 : La déshumanisation est positivement liée au risque d'épuisement professionnel**

**Hypothèse 2 : La déshumanisation est positivement liée au risque de turnover du personnel infirmier**

**Hypothèse 3 : La quantification est un prédicteur positif de déshumanisation**

**Hypothèse 4 : La quantification a un impact positif sur l'épuisement professionnel**

**Hypothèse 5 : La quantification a un impact positif sur le phénomène de turnover**

Selon la littérature la déshumanisation organisationnelle s'avère être nocive pour la santé des employés. En effet, la déshumanisation organisationnelle impacte positivement l'épuisement émotionnel des employés (Brison et al., 2022).

Ce mémoire rapporte le résultat d'une corrélation positive entre déshumanisation et épuisement professionnel, avec par ailleurs un tropisme pour les symptômes primaires dont l'épuisement physique, la distance émotionnelle et la distance mentale. Cependant, les plaintes cognitives et somatiques sont également présentes mais de moindre façon.

Selon Delbrouck, l'épuisement émotionnel, ce premier symptôme du trépied du syndrome d'épuisement professionnel se marque par divers effets. Le soignant présente des crises d'énervement et de colère et certaines difficultés d'ordre cognitif comme de la distraction et des difficultés à se concentrer. Il oublie de répondre aux demandes même anodines des patients et se retrouve dans l'incapacité à vivre tout sentiment. Incapable d'exprimer la moindre faiblesse, ni même une émotion, ces comportements de contrôle amènent froideur et distance avec le patient (Delbrouck, 2010).

Le turnover est également corrélé à la déshumanisation entraînant une diminution des ressources qui peut entraîner un épuisement professionnel. Plus précisément, les auteurs du « Job Demands-Resources Model » postulent que lorsque les exigences de travail sont élevées et que les ressources sont faibles, le risque de développer un burnout est élevé. Le manque de ressources entraîne une attitude de retrait qui conduit à un désengagement. L'épuisement et le désengagement étant deux éléments centraux du burnout. (Demerouti et al., 2001).

Les résultats de l'analyse statistique par corrélation confirment le lien qui existe entre la déshumanisation et la quantification. Rappelons que la quantification est un outil de management qui dans un objectif de tout mesurer et de tout chiffrer semble déshumaniser. Ce sentiment de déshumanisation est fortement perçu par les infirmiers ayant répondu à l'enquête. Cet environnement de contrôle et contrôlé semble effectivement faire perdre l'humanité qui est propre aux acteurs des soins de santé. Iweins (2020) cite Hansez et ses collègues (2014) qui avaient démontré qu'il existe des liens forts entre les différentes formes d'accompagnement des managers et la santé des travailleurs. Ils ont démontré qu'un excès de contrôle, qu'un manque de respect hiérarchique favorisent l'épuisement professionnel (Iweins, 2020).

Malgré ce que nous dit la littérature, nos résultats semblent estimer un lien faible entre la quantification et le risque d'épuisement professionnel. Ils rapportent seulement un faible lien

entre la quantification et deux variables qui sont la distance mentale et la distance émotionnelle. Il n'existe également pas de lien entre la quantification et le phénomène de turnover.

À elle seule la quantification ne semble pas être liée à un au phénomène de turnover ou à l'épuisement professionnel dans sa globalité. Cependant, les différents résultats d'analyse statistique font constat que la quantification est perçue comme déshumanisante et est dès lors liée indirectement aux conséquences développées dans ce travail.

C'est alors que le rôle du management humain prend tout son sens. Les entreprises ne maîtrisent que partiellement les pratiques de management du capital humain dans un contexte de développement organisationnel (Goujon Belghit et Trébucq, 2015). L'hôpital rencontre ces difficultés car depuis plusieurs années, celui-ci se reconstruit comme entreprise.

Le Management Humain constitue une alternative au modèle instrumental et financiarisé qui domine la gestion des entreprises aujourd'hui. On perçoit que gérer les hommes et les femmes comme des ressources n'est ni acceptable, ni efficace. Pourtant, dans la plupart des organisations, le management des personnes et du travail demeure ancré dans des modèles de GRH et de comportement organisationnel qui ont été développés au siècle dernier.

Plusieurs chercheurs ont notamment montré que l'implication du management pour favoriser un climat de sécurité psychosociale au sein de l'organisation permet d'augmenter l'engagement, la motivation et la productivité des travailleurs (Dollard & Bakker, 2010 ; Idris & Dollard, 2011 ; Idris et coll., 2014). D'autres études ont également montré que le leadership transformationnel (c'est-à-dire, un style de leadership axé sur la considération individuelle ainsi que sur la stimulation intellectuelle) est lié à des attitudes de travail positives telles que l'engagement dans le travail, la satisfaction ou encore la performance dans le travail (Bakker et Demerouti, 2017). Hansez et ses collègues (2014), quant à eux, ont montré qu'il existe des liens forts entre les différentes formes d'accompagnement des managers et la santé des travailleurs. Plus précisément, ces auteurs ont montré qu'un excès de contrôle ou au contraire une absence totale de management ainsi qu'un manque de soutien, de reconnaissance et de respect de la hiérarchie favorisent l'épuisement professionnel.(Iweins, 2020) .

Des **limites** ont été rencontrées lors de l'élaboration de ce mémoire :

Tout d'abord la complexité du sujet et l'intérêt qu'on y porte en est assez récente. L'une de mes difficultés a été de bien le cerner sans pour autant m'égarer dans les ramifications qu'il comporte et faire également preuve d'objectivité. Celui-ci me touche de près car je suis professionnelle de la santé et m'inquiète de l'évolution de la profession. Nombreuses personnes interrogées se sont manifestées, le sujet de ce mémoire les renvoyait à ce qu'elles vivaient dans leur organisation respective et leur intérêt était bien sincère. Ceci me pousse à m'interroger sur la plus-value d'une recherche qualitative.

Il aurait été certainement intéressant de tenir compte des différents facteurs prédictifs cités dans la littérature tels que les facteurs sociaux, les caractéristiques organisationnelles, les facteurs environnementaux, les caractéristiques de l'emploi, les facteurs interpersonnels ainsi que les facteurs individuels. Construire un questionnaire en tenant compte de ces différents éléments pourraient apporter des informations intéressantes et également cibler les professionnels les plus à risque ou sensibles de développer l'une ou l'autre conséquence d'une déshumanisation organisationnelle.

- D'un point de vue méthodologique :
  - Peut-être que l'alliance de ce questionnaire fermé avec des entretiens semi-dirigés auraient enrichis les réponses par un champ de libertés plus grand.
  - Ouvrir l'accès au questionnaire à plus de professionnel de la santé et pouvoir comparer les résultats obtenus des différents acteurs. Malheureusement, beaucoup n'ont pu répondre car les critères d'inclusions devaient être respectés.
  - Prolonger la durée d'accès au questionnaire en ligne à une période allant jusqu'à six mois au lieu de trois semaines. La disponibilité du questionnaire en ligne qui fût courte.

Je soulèverais également quelques **biais** à propos des conditions de participation à l'enquête :

- **Biais d'exclusion** : Ne s'applique pas aux infirmiers indépendants ou à tous les soignants de manière générale. Pour pouvoir y participer, il fallait être infirmier, travailler dans une institution de soins et avoir un ou des supérieurs hiérarchiques.

- **Biais de sélection** : Ne touche pas toute la population infirmière de Belgique. Le questionnaire a été publié uniquement en français.
  
- **Biais de l'information** : absence d'information sur la disponibilité de ce questionnaire. Le réseau des connaissances connaît des limites, la fréquence du partage du lien vers le questionnaire s'est arrêtée avec le temps. De plus, beaucoup n'ont pas de compte sur les réseaux sociaux même les plus populaires.
  
- **Biais d'influence** : période post covid -> épuisement important du personnel infirmier et tout autre professionnel de la santé.

## CONCLUSION

---

Sur base de la situation de pénurie de professionnel infirmier, ce mémoire avait pour objectifs de démontrer le sentiment de déshumanisation face auquel le personnel infirmier se trouve et son impact en termes d'épuisement professionnel et du phénomène de turnover.

Actuellement l'infirmier subit des pressions institutionnelles, cela consiste à ce que ses rôles soient réduit aux seules dimensions : productive, organisationnelle, technique et économique, pour en faire un simple rouage d'une organisation hiérarchisée et bureaucratisée.

L'épuisement au travail et le phénomène de turnover font l'objet d'une attention croissante à cause des drames qu'ils provoquent et de la dégradation du travail qu'ils entraînent à l'hôpital pour les soignants mais également pour les soignés.

Par ailleurs, l'évolution du management sans ménagement et sa pratique au quotidien de quantification, rationalisation, standardisation sacrifie l'humanisme et l'humanité des milieux de soins. Les résultats statistiques montrent une certaine corrélation entre les variables déshumanisation et quantification, elles-mêmes corrélées à quelques variables de l'épuisement professionnel et celle du phénomène turnover.

Ces mêmes résultats mettent en avant le sentiment de déshumanisation perçu et vécu par le personnel infirmier travaillant en institution de soin de santé. Cependant, les résultats ne sont pas fortement significatifs malgré des corrélations positives.

Outre les moyens (CESI, personne de confiance) mis à disposition pour anticiper, soulager et accompagner les infirmiers, il me semble que les gestionnaires poursuivent une politique de l'autruche. Il est pourtant urgent pour le personnel infirmier que les gestionnaires entendent et écoutent l'écho des nombreuses voix des infirmiers en souffrance et qui quittent pour certains la profession.

Comment concilier la logique managériale et les valeurs des infirmiers qui travaillent en institution de soins ? Comment diminuer l'impact des effets délétères de l'hôpital-entreprise où l'humanité disparaît ?

Il serait intéressant de poursuivre cette étude à plus grande échelle, pour évaluer la profondeur et l'étendue des difficultés du personnel infirmier et d'en partager les résultats aux gestionnaires et responsables politiques. Pourquoi ne pas proposer dans le futur un test-retest ou une étude

longitudinale. Les connaissances actuelles sur les éléments prédicteurs de la déshumanisation seraient également à tenir en compte dans une futur étude.

Il me semble qu'un retour à un management de proximité, plus humain, plus empathique et bienveillant apporterait une petite lueur à la profession.

Nous vivons dans une société et une époque où toutes entreprises ont pour objectifs « réussite, performance, efficience, bénéfice, etc. ». Dès lors, pourquoi ne pas impliquer ou du moins informer la profession infirmier sur toute la complexité organisationnelle. Devenir un acteur clé et participatif de la santé organisationnelle pour que les infirmiers se sentent moins déshumanisés et plus engagés.

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

---

- Aiken, L. H. (1989). *The Hospital Nursing Shortage*. 151, 87-92.
- Albert-Cromarias, A., & Dos Santos, C. (2020). Les paradoxes dans un établissement de santé : Reconstruire du sens par l'innovation managériale. *Recherches en sciences de gestion*, 2, 39-62.
- Arnold B. Bakker, Evangelia Demerouti, Ana Isabel Sanz-Vergel, Burnout and Work engagement: The JD-R Approach, *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior* 2014 1:1, 389-411
- Askenazy, P., Baudelot, C., Brochard, P., Brun, J.-P., Davezies, P., Falissard, B., Gallie, D., & Gollac, M. (s. d.). *Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser*. 223.
- Bardelli, P., & Allouche, J. (2012). *La souffrance au travail, quelle responsabilité de l'entreprise ?* A. Colin.
- Bautzer, É. R. (2016). Chapitre 2. Une approche sociologique du soin comme travail relationnel. *Journal international de bioéthique et d'éthique des sciences*, 27(1), 41-57.
- Bell, C. M., & Khoury, C. (2016). Organizational powerlessness, dehumanization, and gendered effects of procedural justice. *Journal of Managerial Psychology*, 31(2), 570-585. (Brauer, 2000)
- Bernardini-Perinciolo, J., & Bertolucci, M. (2018a). Quand la sur-rationalité provoque la sous-rationalité : L'Hôpital public ou le lieu de la confrontation entre les logiques institutionnelles médico-soignante et économique-managériale. *Revue internationale de psychosociologie et de gestion des comportements organisationnels*, Vol. XXIV(58), 91-109. <https://doi.org/10.3917/rips1.058.0091>
- Bernardini-Perinciolo, J., & Bertolucci, M. (2018b). Quand la sur-rationalité provoque la sous-rationalité. *Revue internationale de psychosociologie et de gestion des comportements organisationnels*, Vol. XXIV(58), 91-109. <https://www.cairn.info/revue-internationale-de-psychosociologie-de-gestion-des-comportements-organisationnels-2018-58-page-91.htm>
- Bernardini-Perinciolo, J., & Bertolucci, M. (2018c). When the over-rationality cause the sub-rationality. *Revue internationale de psychosociologie et de gestion des comportements organisationnels*, 58, 91-109. <https://www.cairn.info/revue-internationale-de-psychosociologie-de-gestion-des-comportements-organisationnels-2018-58-page-91.htm>

- Bertrand, F., Peters, S., Pérée, F., & Hansez, I. (2010). Facteurs d'insatisfaction incitant au départ et intention de quitter le travail : Analyse comparative des groupes d'âges: *Le travail humain*, Vol. 73(3), 213-237. <https://doi.org/10.3917/th.733.0213>
- Bjørk, I. T., Samdal, G. B., Hansen, B. S., Tørstad, S., & Hamilton, G. A. (2007). Job satisfaction in a Norwegian population of nurses : A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 44(5), 747-757. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2006.01.002>
- Bourbonnais, R., CLSC-CHSLD Haute-Ville-Des-Rivières, & Équipe de recherche R.I.P.O.S.T. (2000). *Le travail infirmier sous tension : Une approche compréhensive du travail infirmier en période de transition*. Équipe de recherche RIPOST, Université Laval.
- Brison, N., Stinglhamber, F., & Caesens, G. (2022). Organizational Dehumanization. In N., *Oxford Research Encyclopedia of Psychology*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acrefore/9780190236557.013.902>
- Caesens, G., Marique, G., Hanin, D., & Stinglhamber, F. (2016). The relationship between perceived organizational support and proactive behaviour directed towards the organization. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 25(3), 398-411. <https://doi.org/10.1080/1359432X.2015.1092960>
- Caesens, G., Nguyen, N., & Stinglhamber, F. (2019). Abusive Supervision and Organizational Dehumanization. *Journal of Business and Psychology*, 34(5), 709-728. <https://doi.org/10.1007/s10869-018-9592-3>
- Caesens, G., Stinglhamber, F., Demoulin, S., & De Wilde, M. (2017). Perceived organizational support and employees' well-being : The mediating role of organizational dehumanization. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 26(4), 527-540. <https://doi.org/10.1080/1359432X.2017.1319817>
- Caesens, G., Stinglhamber, F., & Luypaert, G. (2014). The impact of work engagement and workaholism on well-being : The role of work-related social support. *Career Development International*, 19(7), 813-835. <https://doi.org/10.1108/CDI-09-2013-0114>
- Chabot, P. (2013). *Global burn-out*. Presses Universitaires de France. <https://doi.org/10.3917/puf.chabo.2013.01>
- Chapelle, F. (2018). 17. *Modèle de Siegrist*. Dunod. [https://www.cairn.info/risques-psychosociaux-et-qualite-de-vie-au-travail--9782100781447-page-113.htm?ora.z\\_ref=li-86694109-priv](https://www.cairn.info/risques-psychosociaux-et-qualite-de-vie-au-travail--9782100781447-page-113.htm?ora.z_ref=li-86694109-priv)
- Cherrier, B. (2018). *La souffrance au travail chez les soignants*. 8.
- Côté, K., Lauzier, M., & Stinglhamber, F. (2021). The relationship between presenteeism and job satisfaction : A mediated moderation model using work engagement and perceived

organizational support. *European Management Journal*, 39(2), 270-278. <https://doi.org/10.1016/j.emj.2020.09.001>

De Cooman, R., Gieter, S. D., Pepermans, R., Hermans, S., Bois, C. D., Caers, R., & Jegers, M. (2009). Person–organization fit : Testing socialization and attraction–selection–attrition hypotheses. *Journal of Vocational Behavior*, 74(1), 102-107. <https://doi.org/10.1016/j.jvb.2008.10.010>

Delbrouck, M. (2010). Je suis épuisé(e) par ma charge de travail. Que puis-je y faire ? Le Burn-Out ou la souffrance des soignants. *Imaginaire Inconscient*, 25(1), 157-166. <https://www.cairn.info/revue-imaginaire-et-inconscient-2010-1-page-157.htm>

Djeriri, K., & Chamoux, A. (2012). *Les facteurs de la souffrance au travail, l'approche du médecin du travail*. Armand Colin. <https://www.cairn.info/la-souffrance-au-travail-quelle-responsabilite--9782200275938-page-121.htm>

Dotson, M. J., Dave, D. S., Cazier, J. A., & Spaulding, T. J. (2014). An Empirical Analysis of Nurse Retention : What Keeps RNs in Nursing? *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 44(2), 111-116. <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000034>

Haberey-Knuessi, V., Heeb, J.-L., & Paula, E. M. D. (2013). L'enjeu communicationnel dans le système hospitalier. *Recherche en soins infirmiers*, N° 115(4), 8-18. <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2013-4-page-8.htm>

Haliday, H. (2018). Le management en santé au service de la qualité de vie au travail des professionnels. *Éthique & Santé*, 15(2), 118-124. <https://doi.org/10.1016/j.etique.2018.03.003>

Hancock, J. I., Allen, D. G., Bosco, F. A., McDaniel, K. R., & Pierce, C. A. (2013). Meta-Analytic Review of Employee Turnover as a Predictor of Firm Performance. *Journal of Management*, 39(3), 573-603. <https://doi.org/10.1177/0149206311424943>

Haslam, N. (2006). Dehumanization : An Integrative Review. *Personality and Social Psychology Review*, 10(3), 252-264. [https://doi.org/10.1207/s15327957pspr1003\\_4](https://doi.org/10.1207/s15327957pspr1003_4)

Hayes, L. J., O'Brien-Pallas, L., Duffield, C., Shamian, J., Buchan, J., Hughes, F., Spence Laschinger, H. K., North, N., & Stone, P. W. (2006). Nurse turnover : A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 43(2), 237-263. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2005.02.007>

Hoff, T., Carabetta, S., & Collinson, G. E. (2019). Satisfaction, Burnout, and Turnover Among Nurse Practitioners and Physician Assistants : A Review of the Empirical Literature. *Medical Care Research and Review*, 76(1), 3-31. <https://doi.org/10.1177/1077558717730157>

- Hoffman, B. J., & Woehr, D. J. (2006). A quantitative review of the relationship between person–organization fit and behavioral outcomes. *Journal of Vocational Behavior*, 68(3), 389-399. <https://doi.org/10.1016/j.jvb.2005.08.003>
- Iweins, C. (2020a). Chapitre II. Quels sont les facteurs influençant le bien-être au travail ? In *Détecter et prévenir le burnout* (p. 29-81). Mardaga; Cairn.info. <https://www.cairn.info/detecter-et-prevenir-le-burnout--9782804708580-p-29.htm>
- Iweins, C. (2020b). Chapitre II. Quels sont les facteurs influençant le bien-être au travail ? In *Détecter et prévenir le burnout* (p. 29-81). Mardaga; Cairn.info. <https://www.cairn.info/detecter-et-prevenir-le-burnout--9782804708580-p-29.htm>
- KCE\_325B\_Dotation\_infirmiere\_synthese\_2nd\_edition.pdf. (s. d.). Consulté 24 janvier 2022, à l'adresse [https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE\\_325B\\_Dotation\\_infirmiere\\_synthese\\_2nd\\_edition.pdf](https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_325B_Dotation_infirmiere_synthese_2nd_edition.pdf)
- Kteily, N. S., & Landry, A. P. (2022). Dehumanization : Trends, insights, and challenges. *Trends in Cognitive Sciences*, 26(3), 222-240. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2021.12.003>
- Lourel, M., & Gueguen, N. (2007). Une méta-analyse de la mesure du burnout à l'aide de l'instrument MBI. *L'encéphale*, 33(6), 947-953.
- Lu, H., While, A. E., & Louise Barriball, K. (2005). Job satisfaction among nurses : A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 42(2), 211-227. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2004.09.003>
- Lu , *Job satisfaction among nurses : A literature review*—Google Scholar. (s. d.). Consulté 1 février 2022, à l'adresse [https://scholar.google.com/scholar\\_lookup?title=Job%20satisfaction%20among%20nurses%3A%20a%20literature%20review&publication\\_year=2005&author=H.%20Lu&author=A.E.%20While&author=K.L.%20Barriball](https://scholar.google.com/scholar_lookup?title=Job%20satisfaction%20among%20nurses%3A%20a%20literature%20review&publication_year=2005&author=H.%20Lu&author=A.E.%20While&author=K.L.%20Barriball)
- Meier, O., Brière, M., & Roy, J. L. (2019). The role of the norm in the individual performance of employees : Perspective of reductions in paradoxical organizational injunctions. *La Revue des Sciences de Gestion*, 296(2), 11-22. <https://www.cairn.info/revue-des-sciences-de-gestion-2019-2-page-11.htm>
- Morley, M. J. (2007). Person-organization fit. *Journal of Managerial Psychology*, 22(2), 109-117. <https://doi.org/10.1108/02683940710726375>
- Nobre, T. (2013). Managerial innovation in hospital. Change managerial principles so that nothing changes. *Revue française de gestion*, 235(6), 113-127. <https://www.cairn.info/revue-francaise-de-gestion-2013-6-page-113.htm>

- Organisation mondiale de la Santé. (2020). *La situation du personnel infirmier dans le monde 2020 : Investir dans la formation, l'emploi et le leadership*. Organisation mondiale de la Santé. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/332163>
- Petersen, P. E. (2003). World Health Organization. Organisation Mondiale de la Sante. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 31(6), 471-471. <https://doi.org/10.1046/j.1600-0528.2003.00124.x>
- Ravon, B., & Vidal-Naquet, P. (2016). L'épreuve de professionnalité : De la dynamique d'usure à la dynamique réflexive. Introduction au dossier «Relation d'aide et de soin et épreuves de professionnalité». *SociologieS*.
- Roy, J., & Robichaud, F. (2016). Le syndrome du choc de la réalité chez les nouvelles infirmières. *Recherche en soins infirmiers*, N° 127(4), 82. <https://doi.org/10.3917/rsi.127.0082>
- Schaufeli, W. B., Desart, S., & De Witte, H. (2020). Burnout Assessment Tool (BAT)—Development, Validity, and Reliability. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(24), 9495. <https://doi.org/10.3390/ijerph17249495>
- Schaufeli, W.B., & De Witte, H. (2017, februari 20). *Op zoek naar een nieuwe definitie van burn-out*
- Sermeeus, W., Aiken, L. H., Van den Heede, K., Rafferty, A. M., Griffiths, P., Moreno-Casbas, M. T., Busse, R., Lindqvist, R., Scott, A. P., Bruyneel, L., Brzostek, T., Kinnunen, J., Schubert, M., Schoonhoven, L., & Zikos, D. (2011). Nurse forecasting in Europe (RN4CAST) : Rationale, design and methodology. *BMC Nursing*, 10, 6. <https://doi.org/10.1186/1472-6955-10-6>
- Therriault, P.-Y., Streit, U., & Rhéaume, J. (2004). Situation paradoxale dans l'organisation du travail : Une menace pour la santé mentale des travailleurs. *Santé mentale au Québec*, 29(1), 173-200. <https://doi.org/10.7202/008830ar>
- Waelli, M., & David, J. (2018). 6. Mettre en œuvre des outils de gestion dans les organisations de santé: In *Manager une organisation de santé* (p. 121-137). Presses de l'EHESP. <https://doi.org/10.3917/ehesp.minvi.2018.01.0121>
- Zurn, P., Dal Poz, M. R., Stilwell, B., & Adams, O. (2004). Imbalance in the health workforce. *Human Resources for Health*, 2(1), 13. <https://doi.org/10.1186/1478-4491-2-13>

Lien internet:

<https://www.equipespopulaires.be/wp-content/uploads/2019/11/Les-hopitaux-sous-tension-Contrastes-Sept.-Oct.-2019.pdf>

[https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/infirmiers\\_sur\\_le\\_marche\\_du\\_travail\\_2017.pdf](https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/infirmiers_sur_le_marche_du_travail_2017.pdf)

https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/infirmiers\_sur\_le\_marche\_du\_travail\_2017.pdf

## ANNEXES

---

- **Annexe 1 : Le questionnaire**

Madame, Monsieur,

Avant toute chose, je souhaiterais vous remercier d'avoir accepté et de prendre le temps de répondre à ce questionnaire.

Dans le cadre de mes études, je présenterai un mémoire qui traitera du vécu au travail du personnel infirmier. En particulier, je m'intéresse à différentes facettes de votre satisfaction au travail et de votre bien-être, et aux facteurs les impactant.

Ce questionnaire se compose d'une série d'affirmations pour lesquelles je souhaiterais avoir votre opinion. Chaque phrase est accompagnée d'une échelle allant, par exemple, de 1 "pas du tout d'accord" à 7 "tout à fait d'accord". Pour chacune des affirmations, veuillez indiquer votre opinion en utilisant l'échelle qui vous est proposée et en cochant la case qui correspond le mieux à ce que vous pensez/ressentez.

Attention ! - il est important que vous répondiez à toutes les affirmations même si certaines d'entre elles vous semblent à priori très similaires - il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses à ce questionnaire.

La complétion du questionnaire ne vous prendra que 10 minutes (approximativement). Je vous garantis la stricte confidentialité des informations collectées, ce qui signifie qu'en aucun cas des informations personnelles seront communiquées à d'autres personnes. Les résultats de cette étude seront uniquement utilisés à des fins de recherche scientifique. Je reste à votre disposition si vous avez des questions relatives à cette étude. Si besoin, n'hésitez pas à me contacter par mail : [aicha.mazouz@student.uclouvain.be](mailto:aicha.mazouz@student.uclouvain.be)

Par ailleurs, sachez que vous êtes libre de quitter l'enquête à tout moment et sans devoir fournir d'explications.

Je vous remercie pour votre aide ! Cordialement,

Aïcha

Si vous avez des questions/suggestions ou si vous désirez plus d'informations sur ce travail, n'hésitez pas à prendre contact avec moi : [aicha.mazouz@student.uclouvain.be](mailto:aicha.mazouz@student.uclouvain.be)

Sur base des informations mentionnées ci-dessus :

- o J'accepte de prendre part à cette étude (1)
- o Je n'accepte pas de prendre part à cette étude (merci dans ce cas de simplement fermer votre navigateur web) (2)

BERNCA Ci-dessous, nous vous proposons des questions concernant votre métier d'infirmier.ère.

Parce que le travail en hôpital est souvent soumis à de multiples contraintes, il arrive que le personnel infirmier ait des difficultés à assumer l'entièreté de ses tâches. Plus spécifiquement, je vous demande d'indiquer dans quelle mesure vous avez été personnellement empêché.e ou pas en mesure de remplir les tâches suivantes au cours des 14 derniers jours.

-----

Q36 Sur base des informations mentionnées ci-dessus :

- ☐ J'accepte de prendre part à cette étude (1)
- ☐ Je n'accepte pas de prendre part à cette étude (merci dans ce cas de simplement fermer votre navigateur web) (2)

BERNCA

Ci-dessous, nous vous proposons des questions concernant votre métier d'infirmier.ère.

Parce que le travail en hôpital est souvent soumis à de multiples contraintes, il arrive que personnel infirmier ait des difficultés à assumer l'entièreté de ses tâches. Plus spécifiquement, nous vous demandons d'indiquer dans quelle mesure vous avez été personnellement empêchée ou pas en mesure de remplir les tâches suivantes au cours des 14 derniers jours.

|                                                                                                           | L'action<br>n'était pas<br>requis (1) | Jamais (2)            | Rarement<br>(3)       | Parfois (4)           | Souvent (5)           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| M'occuper de<br>l'hygiène buccale<br>ou dentaire des<br>patients (1)                                      | <input type="radio"/>                 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Nourrir les<br>patients (2)                                                                               | <input type="radio"/>                 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Mobiliser ou<br>changer de<br>position les<br>patients (3)                                                | <input type="radio"/>                 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| M'occuper des<br>excréments et<br>autres déchets<br>produits par le<br>corps (urine,<br>selles, vomi) (4) | <input type="radio"/>                 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Changer les<br>draps des<br>patients (5)                                                                  | <input type="radio"/>                 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Offrir du soutien<br>émotionnel ou<br>psychosocial (6)                                                    | <input type="radio"/>                 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Discuter avec les<br>patients ou leurs<br>familles (7)                                                    | <input type="radio"/>                 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Former aux<br>processus<br>d'hygiène (8)                                                                  | <input type="radio"/>                 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Prodiguer des<br>soins liés à la<br>rééducation ou à<br>la réadaptation<br>(9)                            | <input type="radio"/>                 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Éduquer les<br>patients ou leur<br>famille aux soins<br>autonomes (10)                                    | <input type="radio"/>                 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Préparer à la<br>sortie de<br>l'institution/de<br>l'hôpital (11)                                          | <input type="radio"/>                 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Surveiller de<br>manière<br>adéquate les<br>constances vitales<br>des patients (12)                       | <input type="radio"/>                 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Surveiller de<br>manière<br>adéquate les<br>patients confus<br>ou affaiblis (13)                          | <input type="radio"/>                 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Gérer les<br>réponses tardives<br>des médecins (14)                                                       | <input type="radio"/>                 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |



POfit Veuillez indiquer la mesure dans laquelle vous êtes en accord avec les propositions suivantes.

[illegible]

[illegible]

|                                                                                               |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| performance<br>au travail (6)                                                                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |
| Mon hôpital<br>ne s'intéresse<br>à moi que<br>lorsqu'elle a<br>besoin de moi<br>(7)           | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| La seule chose<br>qui compte<br>pour mon<br>hôpital est ce<br>que je peux lui<br>apporter (8) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Mon hôpital<br>me traite<br>comme si<br>j'étais un<br>robot (9)                               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Mon hôpital<br>me considère<br>comme un<br>numéro (10)                                        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Mon hôpital<br>me traite<br>comme si<br>j'étais un objet<br>(11)                              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Deshum Veuillez indiquer la mesure dans laquelle vous êtes en accord avec les propositions suivantes.

Q30 Ci-dessous, nous vous proposons des questions concernant des personnes qui font partie de votre environnement de travail.

PSS Veuillez indiquer la mesure dans laquelle vous êtes en accord avec les propositions suivantes.

|                                                                                                  | Pas du tout d'accord (1) | En désaccord (2)      | Plutôt en désaccord (3) | Ni en accord ni en désaccord (4) | Plutôt d'accord (5)   | D'accord (6)          | Tout à fait d'accord (7) |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-----------------------|-------------------------|----------------------------------|-----------------------|-----------------------|--------------------------|
| Mon.ma supérieur.e se préoccupe peu de moi (1)                                                   | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>    |
| Mon.ma supérieur.e se soucie de ma satisfaction générale au travail (2)                          | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>    |
| Mon.ma supérieur.e est réellement soucieux de mon bien-être (3)                                  | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>    |
| Même si j'effectuais le meilleur travail possible, mon.ma supérieur.e ne le remarquerait pas (4) | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>    |

Team cohésion Veuillez indiquer la mesure dans laquelle vous êtes en accord avec les propositions suivantes.

[illegible]

Identified regul Veuillez indiquer la mesure dans laquelle vous êtes en accord avec les propositions suivantes.

[illegible]

ConflitR Lisez attentivement chaque proposition ci-dessous et indiquez à quelle fréquence ces situations se produisent.

[illegible]

ConflitT Lisez attentivement chaque proposition ci-dessous et indiquez à quelle fréquence ces situations se produisent.

[illegible]

TOmetier Veuillez indiquer la mesure dans laquelle vous êtes en accord avec les propositions suivantes.

[illegible]

epuis Les énoncés suivants sont liés à votre situation de travail et à la manière dont vous la vivez. Veuillez indiquer la fréquence à laquelle chaque déclaration s'applique à vous.

|                                                                                       | Jamais (1)            | Rarement (2)          | Parfois (3)           | Souvent (4)           | Toujours (5)          |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <b>Au travail, je me sens épuisé.e mentalement (1)</b>                                | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <b>Après une journée au travail, il m'est difficile de retrouver mon énergie. (2)</b> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <b>Au travail, je me sens épuisé.e physiquement. (4)</b>                              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

distan

|                                                                                    | Jamais (1)            | Rarement (2)          | Parfois (3)           | Souvent (4)           | Toujours (5)          |
|------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <b>J'ai du mal à être enthousiaste à propos de mon travail. (1)</b>                | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <b>Je ressens une profonde aversion pour mon travail. (2)</b>                      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <b>Je ne pense pas que les autres accordent de l'importance à mon travail. (3)</b> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

-----

emot dist

|                                                                            | Jamais (1)            | Rarement (2)          | Parfois (3)           | Souvent (4)           | Toujours (5)          |
|----------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Au travail, il m'arrive de réagir avec excès sans en avoir l'intention (1) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Je ne me reconnais pas dans mes réactions émotionnelles au travail (2)     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Au travail, je me sens incapable de contrôler mes émotions (3)             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

def cogn

|                                                                      | Jamais (1)            | Rarement (2)          | Parfois (3)           | Souvent (4)           | Toujours (5)          |
|----------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Je fais des erreurs dans mon travail car mon esprit est ailleurs (1) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Quand je travaille, j'ai du mal à me concentrer (2)                  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Au travail, j'ai du mal à rester attentif.ve (3)                     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

utilisé. Veuillez indiquer la mesure dans laquelle vous êtes en accord avec les propositions suivantes.

[illegible]

autonomie

|                                                                                                 | Pas du tout d'accord (1) | En désaccord (2)      | Plutôt en désaccord (3) | Ni en accord ni en désaccord (4) | Plutôt d'accord (5)   | D'accord (6)          | Tout à fait d'accord (7) |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-----------------------|-------------------------|----------------------------------|-----------------------|-----------------------|--------------------------|
| J'ai une autonomie significative pour déterminer comment réaliser mon travail (1)               | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>    |
| Je peux décider par moi-même de la façon de réaliser mon travail (2)                            | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>    |
| Je bénéficie de beaucoup d'indépendance et de liberté dans la façon de réaliser mon travail (3) | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>    |

SYMPpsy Veuillez indiquer la fréquence à laquelle les déclarations suivantes s'appliquent à vous.

|                                                                   | Jamais (1)            | Rarement (2)          | Parfois (3)           | Souvent (4)           | Toujours (5)          |
|-------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| J'ai du mal à m'endormir ou je me réveille en pleine nuit. (1)    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| J'ai tendance à m'inquiéter (2)                                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Je me sens tendu.e et stressé.e. (3)                              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Je me sens anxieux.se et/ou je souffre d'attaques de panique. (4) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Le bruit et la foule me dérangent. (5)                            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

SYMPsom

|                                                                                     | Jamais (1)            | Rarement (2)          | Parfois (3)           | Souvent (4)           | Toujours (5)          |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Je tombe souvent malade (1)                                                         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Je souffre de douleurs musculaires, par exemple dans le cou, l'épaule ou le dos (2) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Je souffre de migraines (3)                                                         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Je souffre de douleurs d'estomac et/ou intestinales (4)                             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Je souffre de palpitations et de douleurs de poitrine (5)                           | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Disill Veuillez indiquer la mesure dans laquelle vous êtes en accord avec les propositions suivantes.

|                                                                                      | Pas du tout d'accord (1) | En désaccord (2)      | Plutôt en désaccord (3) | Ni en accord ni en désaccord (4) | Plutôt d'accord (5)   | D'accord (6)          | Tout à fait d'accord (7) |
|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-----------------------|-------------------------|----------------------------------|-----------------------|-----------------------|--------------------------|
| Je me sens aussi passionné.e par mon travail qu'avant (1)                            | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>    |
| Je suis heureux.se d'avoir trouvé dans cet emploi ce que je pensais y trouver (2)    | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>    |
| Je me sens toujours motivé.e par mes idéaux professionnels (3)                       | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>    |
| Je pense que si je pouvais revenir en arrière je choisirais une autre profession (4) | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>    |
| Je doute que ce que je fais ait une quelconque valeur (5)                            | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>    |
| Mes attentes concernant ce travail ont été déçues (6)                                | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>    |

Q16 Quel est votre genre ?

- ☐ Homme (1)
- ☐ Femme (2)
- ☐ Autre (3)

Q17 Quel est votre âge?

---

Q19 Quelle est votre profession?

- ☐ infirmier.e-chef.fe (1)
- ☐ infirmier.e (2)

Q21 Depuis quand êtes-vous diplômé.e ?

- ☐ moins de 5 ans (1)
- ☐ plus de 5 ans (2)
- ☐ plus de 10 ans (3)
- ☐ plus de 20 ans (4)
- ☐ plus de 30 ans (5)

Q20 Depuis quand exercez-vous?

- ☐ moins de 5 ans (1)
- ☐ plus de 5 ans (2)
- ☐ plus de 10 ans (3)
- ☐ plus de 20 ans (4)
- ☐ plus de 30 ans (5)

Q22 Dans quel service travaillez-vous?

- ☐ Médecine interne (1)
- ☐ Chirurgie (2)
- ☐ Pédiatrie (3)
- ☐ Consultation (4)
- ☐ Médecine aiguë (5)
- ☐ autre, préciser (6) \_\_\_\_\_

Q28 Quel est votre temps de travail en pourcentage?

---

Q23 Avez-vous changé de service au cours de ces derniers 12 mois ?

- ☐ Oui (1)
- ☐ Non (2)

Q25 Depuis combien d'années travaillez-vous au sein du même service?

- ☐ moins d'1 an (1)
- ☐ moins de 5 ans (2)
- ☐ plus de 5 ans (3)
- ☐ plus de 10 ans (4)
- ☐ plus de 20 ans (5)
- ☐ au-delà de 30 ans (6)

Q24 Pensez-vous à changer de service au cours des prochains mois?

- ☐ Oui (1)
- ☐ Non (2)

NbPatients Combien de patient.es sont présent.es, en moyenne, dans votre unité lorsque vous y travaillez ?

Nbinfirmr Combien d'infirmier.es sont présent.es, en moyenne, dans votre unité lorsque vous y travaillez?

Q23 Quelle est votre nationalité ?

- ☐ Belge (1)
- ☐ Autre, préciser (2) \_\_\_\_\_

Q24 Quelle est votre langue maternelle ?

- ☐ Français (1)
- ☐ Néerlandais (2)
- ☐ Autre, préciser (3) \_\_\_\_\_

Q37 et/Merci d'avoir pris le temps de compléter ce questionnaire. Cette étude avait pour objectif d'investiguer la mesure dans laquelle le personnel infirmier doit parfois faire face à des choix dans l'exécution de son travail, en raison des contraintes organisationnelles qui pèsent sur lui, dans le contexte hospitalier. Les données issues de cette étude nous permettront en outre d'examiner si ces choix éventuels ont un impact négatif sur la perception que le personnel infirmier a dès lors de son hôpital (à travers notamment d'une absence de congruence entre les valeurs du métier et les valeurs véhiculées au sein de l'hôpital) et, in fine, sur son bien-être au travail et son intention de rester dans la profession ou de la quitter.

Enfin, nous cherchons à identifier également dans cette étude les facteurs qui pourraient atténuer ces potentiels effets négatifs (par ex., est-ce que le fait d'être dans la profession depuis longtemps est un facteur qui « protège » en quelque sorte de ces effets ?). En cas de problème et/ou si vous désirez plus d'informations sur cette étude et ses résultats, n'hésitez pas à nous contacter par mail : [aicha.mazouz@student.uclouvain.be](mailto:aicha.mazouz@student.uclouvain.be)

- **Annexe 2 : Les différentes échelles.**

➔ **La quantification – valeurs organisationnelles perçues**

Veillez indiquer la mesure dans laquelle vous êtes en accord avec les propositions suivantes

1 = Pas du tout d'accord ; 2 = Pas d'accord ; 3 = Légèrement pas d'accord ; 4 = Ni d'accord, ni pas d'accord ; 5 = Légèrement d'accord ; 6 = D'accord ; 7 = Tout à fait d'accord

- Au sein de mon organisation, le travail est réduit à des chiffres (KPI)
- Au sein de mon organisation, le travail est régi par une politique des chiffres
- Au sein de mon organisation, tout est quantifié
- Au sein de mon organisation, toute action est suivie et mesurée
- Au sein de mon organisation, toute action est convertie en chiffres
- Dans mon organisation, seules des normes comptables/financières guident les décisions qui sont prises.
- Les valeurs et la culture de mon organisation cadrent bien avec ce qui compte dans le cadre de ma profession d'infirmier.ère.

➔ **La Déshumanisation. Caesens et al., 2016)**

1 = Pas du tout d'accord ; 2 = Pas d'accord ; 3 = Légèrement pas d'accord ; 4 = Ni d'accord, ni pas d'accord ; 5 = Légèrement d'accord ; 6 = D'accord ; 7 = Tout à fait d'accord

- Mon organisation me fait sentir qu'un travailleur en vaut facilement un autre
- Mon organisation n'hésiterait pas à me remplacer si cela lui permettait de faire plus de profit
- Si mon job pouvait être réalisé par une machine ou un robot, mon organisation n'hésiterait pas à me remplacer par cette nouvelle technologie
- Mon organisation me considère comme un outil à utiliser pour atteindre ses propres buts
- Mon organisation me considère comme un outil dévoué à sa propre réussite

- Mon organisation me fait sentir que je n'ai de l'importance à ses yeux qu'à travers ma performance au travail
- Mon organisation ne s'intéresse à moi que lorsqu'elle a besoin de moi
- La seule chose qui compte pour mon organisation est ce que je peux lui apporter
- Mon organisation me traite comme si j'étais un robot
- Mon organisation me considère comme un numéro
- Mon organisation me traite comme si j'étais un objet

➔ INTENTION DE QUITTER LA PROFESSION (dotson et al., 2014) turnover 3 items

1 = Pas du tout d'accord ; 2 = Pas d'accord ; 3 = Légèrement pas d'accord ; 4 = Ni d'accord, ni pas d'accord ; 5 = Légèrement d'accord ; 6 = D'accord ; 7 = Tout à fait d'accord

- J'aimerais quitter la profession d'infirmier.e le plus rapidement possible
- Si je pouvais tout recommencer, j'opterais toujours pour la profession d'infirmier.e
- J'ai l'intention de rester dans la profession d'infirmier.e pour le restant de ma vie professionnelle

➔ Burnout assessment tool (BAT) Schaufeli 2020

➤ Symptômes primaires

- Épuisement (3 items)
- Distance mentale (3 items)
- Défiance émotionnelle (3 items)
- Déficit cognitif (3 items)

➤ Symptômes secondaires :

- Plaintes psychiques
- Plaintes Somatiques

- **Annexe 3 : output SPSS**

## 1. Les régressions

### a. Régressions déshumanisation par quantification

#### Variables introduites/éliminées<sup>a</sup>

| Modèle | Variables introduites | Variables éliminées | Méthode    |
|--------|-----------------------|---------------------|------------|
| 1      | quant.m <sup>b</sup>  | .                   | Introduire |

a. Variable dépendante : DSH.m

b. Toutes les variables demandées ont été introduites.

#### Récapitulatif des modèles

| Modèle | R                 | R-deux | R-deux ajusté | Erreur standard de l'estimation |
|--------|-------------------|--------|---------------|---------------------------------|
| 1      | ,645 <sup>a</sup> | ,415   | ,412          | 1,05790                         |

a. Prédicteurs : (Constante), quant.m

#### ANOVA<sup>a</sup>

| Modèle |            | Somme des carrés | ddl | Carré moyen | F       | Sig.              |
|--------|------------|------------------|-----|-------------|---------|-------------------|
| 1      | Régression | 127,275          | 1   | 127,275     | 113,726 | ,000 <sup>b</sup> |
|        | de Student | 179,063          | 160 | 1,119       |         |                   |
|        | Total      | 306,338          | 161 |             |         |                   |

a. Variable dépendante : DSH.m

b. Prédicteurs : (Constante), quant.m

#### Coefficients<sup>a</sup>

| Modèle |             | Coefficients non standardisés |                 | Coefficients standardisés | t      | Sig. |
|--------|-------------|-------------------------------|-----------------|---------------------------|--------|------|
|        |             | B                             | Erreur standard | Bêta                      |        |      |
| 1      | (Constante) | 1,075                         | ,347            |                           | 3,093  | ,002 |
|        | quant.m     | ,761                          | ,071            | ,645                      | 10,664 | ,000 |

a. Variable dépendante : DSH.m

b. Régressions dsh/quant/to

**Variables introduites/éliminées<sup>a</sup>**

| Modèle | Variables introduites | Variables éliminées | Méthode    |
|--------|-----------------------|---------------------|------------|
| 1      | DSH.m <sup>b</sup>    | .                   | Introduire |
| 2      | quant.m <sup>b</sup>  | .                   | Introduire |

a. Variable dépendante : TO.m

b. Toutes les variables demandées ont été introduites.

**Récapitulatif des modèles**

| Modèle | R                 | R-deux | R-deux ajusté | Erreur standard de l'estimation |
|--------|-------------------|--------|---------------|---------------------------------|
| 1      | ,240 <sup>a</sup> | ,058   | ,052          | ,96734                          |
| 2      | ,273 <sup>b</sup> | ,074   | ,063          | ,96182                          |

a. Prédicteurs : (Constante), DSH.m

b. Prédicteurs : (Constante), DSH.m, quant.m

**ANOVA<sup>a</sup>**

| Modèle |            | Somme des carrés | ddl | Carré moyen | F     | Sig.              |
|--------|------------|------------------|-----|-------------|-------|-------------------|
| 1      | Régression | 9,118            | 1   | 9,118       | 9,744 | ,002 <sup>b</sup> |
|        | de Student | 148,783          | 159 | ,936        |       |                   |
|        | Total      | 157,901          | 160 |             |       |                   |
| 2      | Régression | 11,735           | 2   | 5,868       | 6,343 | ,002 <sup>c</sup> |
|        | de Student | 146,165          | 158 | ,925        |       |                   |
|        | Total      | 157,901          | 160 |             |       |                   |

a. Variable dépendante : TO.m

b. Prédicteurs : (Constante), DSH.m

c. Prédicteurs : (Constante), DSH.m, quant.m

### Coefficients<sup>a</sup>

| Modèle |             | Coefficients non standardisés |                 | Coefficients standardisés | t      | Sig. |
|--------|-------------|-------------------------------|-----------------|---------------------------|--------|------|
|        |             | B                             | Erreur standard | Bêta                      |        |      |
| 1      | (Constante) | 3,219                         | ,269            |                           | 11,957 | ,000 |
|        | DSH.m       | ,173                          | ,055            | ,240                      | 3,121  | ,002 |
| 2      | (Constante) | 3,531                         | ,326            |                           | 10,844 | ,000 |
|        | DSH.m       | ,251                          | ,072            | ,349                      | 3,482  | ,001 |
|        | quant.m     | -,143                         | ,085            | -,169                     | -1,682 | ,095 |

### Coefficients<sup>a</sup>

| Modèle |             | Intervalle de confiance à 95,0%<br>pour B |                  |
|--------|-------------|-------------------------------------------|------------------|
|        |             | Borne inférieure                          | Borne supérieure |
| 1      | (Constante) | 2,687                                     | 3,751            |
|        | DSH.m       | ,063                                      | ,282             |
| 2      | (Constante) | 2,888                                     | 4,174            |
|        | DSH.m       | ,109                                      | ,393             |
|        | quant.m     | -,312                                     | ,025             |

a. Variable dépendante : TO.m

### Variables exclues<sup>a</sup>

| Modèle |         | Bêta In            | t      | Sig. | Corrélation partielle | Statistiques de colinéarité<br>Tolérance |
|--------|---------|--------------------|--------|------|-----------------------|------------------------------------------|
| 1      | quant.m | -,169 <sup>b</sup> | -1,682 | ,095 | -,133                 | ,582                                     |

a. Variable dépendante : TO.m

b. Prédicteurs dans le modèle : (Constante), DSH.m

### c. Régressions deshum/quant/epuis

#### Variables introduites/éliminées<sup>a</sup>

| Modèle | Variables introduites | Variables éliminées | Méthode    |
|--------|-----------------------|---------------------|------------|
| 1      | DSH.m <sup>b</sup>    | .                   | Introduire |
| 2      | quant.m <sup>b</sup>  | .                   | Introduire |

a. Variable dépendante : epuis.m

b. Toutes les variables demandées ont été introduites.

#### Récapitulatif des modèles

| Modèle | R                 | R-deux | R-deux ajusté | Erreur standard de l'estimation |
|--------|-------------------|--------|---------------|---------------------------------|
| 1      | ,309 <sup>a</sup> | ,095   | ,090          | ,78696                          |
| 2      | ,336 <sup>b</sup> | ,113   | ,102          | ,78169                          |

a. Prédicteurs : (Constante), DSH.m

b. Prédicteurs : (Constante), DSH.m, quant.m

#### ANOVA<sup>a</sup>

| Modèle |            | Somme des carrés | ddl | Carré moyen | F      | Sig.              |
|--------|------------|------------------|-----|-------------|--------|-------------------|
| 1      | Régression | 10,365           | 1   | 10,365      | 16,736 | ,000 <sup>b</sup> |
|        | de Student | 98,470           | 159 | ,619        |        |                   |
|        | Total      | 108,835          | 160 |             |        |                   |
| 2      | Régression | 12,290           | 2   | 6,145       | 10,057 | ,000 <sup>c</sup> |
|        | de Student | 96,545           | 158 | ,611        |        |                   |
|        | Total      | 108,835          | 160 |             |        |                   |

a. Variable dépendante : epuis.m

b. Prédicteurs : (Constante), DSH.m

c. Prédicteurs : (Constante), DSH.m, quant.m

### Coefficients<sup>a</sup>

| Modèle |             | Coefficients non standardisés |                 | Coefficients standardisés | t      | Sig. |
|--------|-------------|-------------------------------|-----------------|---------------------------|--------|------|
|        |             | B                             | Erreur standard | Bêta                      |        |      |
| 1      | (Constante) | 2,563                         | ,219            |                           | 11,703 | ,000 |
|        | DSH.m       | ,184                          | ,045            | ,309                      | 4,091  | ,000 |
| 2      | (Constante) | 2,830                         | ,265            |                           | 10,696 | ,000 |
|        | DSH.m       | ,251                          | ,059            | ,421                      | 4,289  | ,000 |
|        | quant.m     | -,123                         | ,069            | -,174                     | -1,775 | ,078 |

### Coefficients<sup>a</sup>

| Modèle |             | Intervalle de confiance à 95,0% pour B |                  |
|--------|-------------|----------------------------------------|------------------|
|        |             | Borne inférieure                       | Borne supérieure |
| 1      | (Constante) | 2,131                                  | 2,996            |
|        | DSH.m       | ,095                                   | ,273             |
| 2      | (Constante) | 2,308                                  | 3,353            |
|        | DSH.m       | ,136                                   | ,367             |
|        | quant.m     | -,260                                  | ,014             |

a. Variable dépendante : epuis.m

### Variables exclues<sup>a</sup>

| Modèle |         | Bêta In            | t      | Sig. | Corrélation partielle | Statistiques de colinéarité<br>Tolérance |
|--------|---------|--------------------|--------|------|-----------------------|------------------------------------------|
| 1      | quant.m | -,174 <sup>b</sup> | -1,775 | ,078 | -,140                 | ,582                                     |

a. Variable dépendante : epuis.m

b. Prédicteurs dans le modèle : (Constante), DSH.m

d. Régressions dsh/quant/dista

**Variables introduites/éliminées<sup>a</sup>**

| Modèle | Variables introduites | Variables éliminées | Méthode    |
|--------|-----------------------|---------------------|------------|
| 1      | DSH.m <sup>b</sup>    | .                   | Introduire |
| 2      | quant.m <sup>b</sup>  | .                   | Introduire |

a. Variable dépendante : dista.m

b. Toutes les variables demandées ont été introduites.

**Récapitulatif des modèles**

| Modèle | R                 | R-deux | R-deux ajusté | Erreur standard de l'estimation |
|--------|-------------------|--------|---------------|---------------------------------|
| 1      | ,375 <sup>a</sup> | ,140   | ,135          | ,74002                          |
| 2      | ,377 <sup>b</sup> | ,142   | ,131          | ,74151                          |

a. Prédicteurs : (Constante), DSH.m

b. Prédicteurs : (Constante), DSH.m, quant.m

**ANOVA<sup>a</sup>**

| Modèle |            | Somme des carrés | ddl | Carré moyen | F      | Sig.              |
|--------|------------|------------------|-----|-------------|--------|-------------------|
| 1      | Régression | 14,219           | 1   | 14,219      | 25,965 | ,000 <sup>b</sup> |
|        | de Student | 87,074           | 159 | ,548        |        |                   |
|        | Total      | 101,293          | 160 |             |        |                   |
| 2      | Régression | 14,419           | 2   | 7,210       | 13,112 | ,000 <sup>c</sup> |
|        | de Student | 86,874           | 158 | ,550        |        |                   |
|        | Total      | 101,293          | 160 |             |        |                   |

a. Variable dépendante : dista.m

b. Prédicteurs : (Constante), DSH.m

c. Prédicteurs : (Constante), DSH.m, quant.m

### Coefficients<sup>a</sup>

| Modèle |             | Coefficients non standardisés |                 | Coefficients standardisés | t     | Sig. |
|--------|-------------|-------------------------------|-----------------|---------------------------|-------|------|
|        |             | B                             | Erreur standard | Bêta                      |       |      |
| 1      | (Constante) | 1,536                         | ,206            |                           | 7,458 | ,000 |
|        | DSH.m       | ,216                          | ,042            | ,375                      | 5,096 | ,000 |
| 2      | (Constante) | 1,622                         | ,251            |                           | 6,462 | ,000 |
|        | DSH.m       | ,237                          | ,056            | ,412                      | 4,269 | ,000 |
|        | quant.m     | -,040                         | ,066            | -,058                     | -,603 | ,547 |

### Coefficients<sup>a</sup>

| Modèle |             | Intervalle de confiance à 95,0% pour B |                  |
|--------|-------------|----------------------------------------|------------------|
|        |             | Borne inférieure                       | Borne supérieure |
| 1      | (Constante) | 1,129                                  | 1,943            |
|        | DSH.m       | ,132                                   | ,299             |
| 2      | (Constante) | 1,126                                  | 2,118            |
|        | DSH.m       | ,127                                   | ,347             |
|        | quant.m     | -,169                                  | ,090             |

a. Variable dépendante : dista.m

### Variables exclues<sup>a</sup>

| Modèle |         | Bêta In            | t     | Sig. | Corrélation partielle | Statistiques de colinéarité<br>Tolérance |
|--------|---------|--------------------|-------|------|-----------------------|------------------------------------------|
| 1      | quant.m | -,058 <sup>b</sup> | -,603 | ,547 | -,048                 | ,582                                     |

a. Variable dépendante : dista.m

b. Prédicteurs dans le modèle : (Constante), DSH.m

## 2. Analyse de médiation

### a. Variable turnover

Run MATRIX procedure:

\*\*\*\*\* PROCESS Procedure for SPSS Version 4.1 \*\*\*\*\*

Written by Andrew F. Hayes, Ph.D. [www.afhayes.com](http://www.afhayes.com)  
Documentation available in Hayes (2022). [www.guilford.com/p/hayes3](http://www.guilford.com/p/hayes3)

\*\*\*\*\*

Model : 4  
Y : TO.m  
X : DSH.m  
M : quant.m

Sample  
Size: 161

\*\*\*\*\*

OUTCOME VARIABLE:  
quant.m

Model Summary

|   | R     | R-sq  | MSE   | F        | df1    | df2      |       |
|---|-------|-------|-------|----------|--------|----------|-------|
| P | ,6467 | ,4182 | ,8013 | 114,3084 | 1,0000 | 159,0000 | ,0000 |

Model

|          | coeff  | se    | t       | p     | LLCI   | ULCI   |
|----------|--------|-------|---------|-------|--------|--------|
| constant | 2,1754 | ,2491 | 8,7323  | ,0000 | 1,6834 | 2,6674 |
| DSH.m    | ,5470  | ,0512 | 10,6915 | ,0000 | ,4459  | ,6480  |

\*\*\*\*\*

OUTCOME VARIABLE:  
TO.m

Model Summary

|   | R     | R-sq  | MSE   | F      | df1    | df2      |       |
|---|-------|-------|-------|--------|--------|----------|-------|
| P | ,2726 | ,0743 | ,9251 | 6,3427 | 2,0000 | 158,0000 | ,0022 |

Model

|          | coeff  | se    | t       | p     | LLCI   | ULCI   |
|----------|--------|-------|---------|-------|--------|--------|
| constant | 3,5307 | ,3256 | 10,8439 | ,0000 | 2,8876 | 4,1738 |
| DSH.m    | ,2510  | ,0721 | 3,4824  | ,0006 | ,1086  | ,3933  |
| quant.m  | -,1433 | ,0852 | -1,6821 | ,0945 | -,3116 | ,0250  |

\*\*\*\*\* DIRECT AND INDIRECT EFFECTS OF X ON Y \*\*\*\*\*

Direct effect of X on Y

| Effect | se    | t      | p     | LLCI  | ULCI  |
|--------|-------|--------|-------|-------|-------|
| ,2510  | ,0721 | 3,4824 | ,0006 | ,1086 | ,3933 |

Indirect effect(s) of X on Y:

|         | Effect | BootSE | BootLLCI | BootULCI |
|---------|--------|--------|----------|----------|
| quant.m | -,0784 | ,0448  | -,1678   | ,0123    |

\*\*\*\*\* ANALYSIS NOTES AND ERRORS \*\*\*\*\*

Level of confidence for all confidence intervals in output:

95,0000

Number of bootstrap samples for percentile bootstrap confidence intervals:

5000

----- END MATRIX -----

## b. Variable distance mentale

Run MATRIX procedure:

\*\*\*\*\* PROCESS Procedure for SPSS Version 4.1 \*\*\*\*\*

Written by Andrew F. Hayes, Ph.D. [www.afhayes.com](http://www.afhayes.com)  
Documentation available in Hayes (2022). [www.guilford.com/p/hayes3](http://www.guilford.com/p/hayes3)

\*\*\*\*\*

Model : 4  
Y : dista.m  
X : quant.m  
M : DSH.m

Sample  
Size: 161

\*\*\*\*\*

OUTCOME VARIABLE:  
DSH.m

| Model Summary |       |       |        |          |        |          |       |
|---------------|-------|-------|--------|----------|--------|----------|-------|
|               | R     | R-sq  | MSE    | F        | df1    | df2      |       |
| P             | ,6467 | ,4182 | 1,1202 | 114,3084 | 1,0000 | 159,0000 | ,0000 |

| Model    |        |       |         |       |       |        |  |
|----------|--------|-------|---------|-------|-------|--------|--|
|          | coeff  | se    | t       | p     | LLCI  | ULCI   |  |
| constant | 1,0535 | ,3484 | 3,0238  | ,0029 | ,3654 | 1,7416 |  |
| quant.m  | ,7647  | ,0715 | 10,6915 | ,0000 | ,6234 | ,9059  |  |

\*\*\*\*\*

OUTCOME VARIABLE:  
dista.m

| Model Summary |       |       |       |         |        |          |       |
|---------------|-------|-------|-------|---------|--------|----------|-------|
|               | R     | R-sq  | MSE   | F       | df1    | df2      |       |
| P             | ,3773 | ,1424 | ,5498 | 13,1125 | 2,0000 | 158,0000 | ,0000 |

| Model    |        |       |        |       |        |        |  |
|----------|--------|-------|--------|-------|--------|--------|--|
|          | coeff  | se    | t      | p     | LLCI   | ULCI   |  |
| constant | 1,6222 | ,2510 | 6,4624 | ,0000 | 1,1264 | 2,1179 |  |
| quant.m  | -,0396 | ,0657 | -,6031 | ,5473 | -,1694 | ,0901  |  |
| DSH.m    | ,2372  | ,0556 | 4,2688 | ,0000 | ,1274  | ,3469  |  |

Test(s) of X by M interaction:

|       |        |          |       |
|-------|--------|----------|-------|
| F     | df1    | df2      | p     |
| ,5359 | 1,0000 | 157,0000 | ,4652 |

\*\*\*\*\* DIRECT AND INDIRECT EFFECTS OF X ON Y \*\*\*\*\*

Direct effect of X on Y

|        |       |        |       |        |       |
|--------|-------|--------|-------|--------|-------|
| Effect | se    | t      | p     | LLCI   | ULCI  |
| -,0396 | ,0657 | -,6031 | ,5473 | -,1694 | ,0901 |

Indirect effect(s) of X on Y:

|       |        |        |          |          |
|-------|--------|--------|----------|----------|
|       | Effect | BootSE | BootLLCI | BootULCI |
| DSH.m | ,1814  | ,0427  | ,0999    | ,2684    |

\*\*\*\*\* ANALYSIS NOTES AND ERRORS \*\*\*\*\*

Level of confidence for all confidence intervals in output:

95,0000

Number of bootstrap samples for percentile bootstrap confidence intervals:

5000

----- END MATRIX -----

c. Variable distance émotionnelle

Run MATRIX procedure:

\*\*\*\*\* PROCESS Procedure for SPSS Version 4.1 \*\*\*\*\*

Written by Andrew F. Hayes, Ph.D. [www.afhayes.com](http://www.afhayes.com)  
Documentation available in Hayes (2022). [www.guilford.com/p/hayes3](http://www.guilford.com/p/hayes3)

\*\*\*\*\*

Model : 4  
Y : emodis.m  
X : quant.m  
M : DSH.m

Sample  
Size: 161

\*\*\*\*\*

OUTCOME VARIABLE:

DSH.m

Model Summary

|    | R     | R-sq  | MSE    | F        | df1    | df2      |     |
|----|-------|-------|--------|----------|--------|----------|-----|
| P  |       |       |        |          |        |          |     |
| 00 | ,6467 | ,4182 | 1,1202 | 114,3084 | 1,0000 | 159,0000 | ,00 |

Model

|          | coeff  | se    | t       | p     | LLCI  | ULCI   |
|----------|--------|-------|---------|-------|-------|--------|
| constant | 1,0535 | ,3484 | 3,0238  | ,0029 | ,3654 | 1,7416 |
| quant.m  | ,7647  | ,0715 | 10,6915 | ,0000 | ,6234 | ,9059  |

\*\*\*\*\*

OUTCOME VARIABLE:

emodis.m

Model Summary

|    | R     | R-sq  | MSE   | F      | df1    | df2      |     |
|----|-------|-------|-------|--------|--------|----------|-----|
| P  |       |       |       |        |        |          |     |
| 68 | ,2116 | ,0448 | ,6134 | 3,7039 | 2,0000 | 158,0000 | ,02 |

Model

|          | coeff  | se    | t      | p     | LLCI   | ULCI   |
|----------|--------|-------|--------|-------|--------|--------|
| constant | 1,6452 | ,2651 | 6,2055 | ,0000 | 1,1216 | 2,1688 |
| quant.m  | ,0545  | ,0694 | ,7853  | ,4334 | -,0826 | ,1915  |
| DSH.m    | ,0868  | ,0587 | 1,4798 | ,1409 | -,0291 | ,2027  |

Test(s) of X by M interaction:

|       |        |          |       |
|-------|--------|----------|-------|
| F     | df1    | df2      | p     |
| ,2760 | 1,0000 | 157,0000 | ,6001 |

\*\*\*\*\* DIRECT AND INDIRECT EFFECTS OF X ON Y \*\*\*\*\*

Direct effect of X on Y

|        |       |       |       |        |       |
|--------|-------|-------|-------|--------|-------|
| Effect | se    | t     | p     | LLCI   | ULCI  |
| ,0545  | ,0694 | ,7853 | ,4334 | -,0826 | ,1915 |

Indirect effect(s) of X on Y:

|       |        |        |          |          |
|-------|--------|--------|----------|----------|
|       | Effect | BootSE | BootLLCI | BootULCI |
| DSH.m | ,0664  | ,0464  | -,0296   | ,1505    |

\*\*\*\*\* ANALYSIS NOTES AND ERRORS \*\*\*\*\*

Level of confidence for all confidence intervals in output:

95,0000

Number of bootstrap samples for percentile bootstrap confidence intervals:

5000

----- END MATRIX -----

