

---

Travail de Bachelor pour l'obtention du diplôme  
Bachelor of Science HES-SO en Soins Infirmiers HES-SO  
Valais-Wallis / Haute Ecole de Santé

---

**Travail de Bachelor**

**L'intelligence émotionnelle contre le stress et le burnout dans la  
profession infirmière**

Revue de la littérature

Réalisé par : Joachim Maury

Promotion : Bachelor 2012

Sous la direction de : Chris Schoepf

Sierre, 4 juillet 2015

---

## 1. Résumé

Professionnellement, les infirmières doivent faire face à un milieu stressant où le risque de burnout est élevé. A ce sujet, l'intelligence émotionnelle peut être d'une grande utilité, car elle permet de reconnaître, contrôler et utiliser de manière efficace les émotions. Cette revue étoffée de la littérature a pour but d'identifier l'influence de l'intelligence émotionnelle sur le stress au travail et sur le burnout, dans la profession infirmière. Six études ont été sélectionnées suite à des recherches sur les bases de données CINAHL, PubMed, BDSP et Cochrane Library, selon les critères suivants : études de moins de cinq ans (de 2010 à 2015), pas d'étude ayant pour sujet des étudiants en soins infirmiers ou le leadership infirmier. Les résultats démontrent que les infirmières possédant une intelligence émotionnelle élevée présentent un plus faible niveau de stress au travail et un plus faible taux de burnout. De plus, l'intelligence émotionnelle est positivement associée à des relations infirmières-patients de bonne qualité, un meilleur bien-être psychologique et une meilleure satisfaction dans la vie. Il semblerait que l'intelligence émotionnelle soit un concept véritablement essentiel aux soins infirmiers. En conséquence, il est proposé d'intégrer davantage l'intelligence émotionnelle dans les formations de sciences infirmières.

Mots-clés : Intelligence émotionnelle, stress au travail, burnout, soins infirmiers.

---

## 2. Abstract

*Professionally, nurses are faced with a stressful environment, with high risks of burnout. In this regard, emotional intelligence can be very useful, as it allows to recognize, manage and effectively use emotions. This expanded literature review aims to identify the influence of the emotional intelligence on occupational stress and burnout in the nursing profession. Six studies were selected following researches on databases CINAHL, PubMed, BDSP and Cochrane Library, according to the following criteria: under-five-year studies (2010 to 2015), no study about nursing students and nursing leadership. The results show that nurses with high emotional intelligence present a lower level of occupational stress and a lower rate of burnout. In addition, emotional intelligence is positively associated with high quality nurse-patient relationships, better psychological well-being and improved life satisfaction. It seems that emotional intelligence is a truly essential concept to nursing. Accordingly, it is proposed to further integrate emotional intelligence in the nursing trainings.*

*Keywords : Emotional Intelligence, Occupational stress, Burnout, Nursing.*

---

### 3. Remerciements

Ce travail ne s'est pas construit tout seul. Il ne serait ni complet ni sincère sans le nom des personnes qui y ont participé, directement ou indirectement. Mes plus chaleureux remerciements vont donc à :

Chris Schoepf pour son soutien motivant et sa confiance très appréciée, sa générosité, ainsi que pour l'engagement impressionnant dont elle a fait preuve pendant l'élaboration de ce travail ;

Dr. Sophie Rusca, responsable du service de médecine du travail de l'ICHV, pour le temps accordé et sa grande sympathie lors de l'entretien ;

Thomas Doucet, Lucie-Anne Landry, Marie-Eve Laforest et Julie Boudreau, de l'Université de Moncton, pour leurs bons conseils, la passion qu'ils manifestent dans leur travail, leur plaisir communicatif à étudier, ainsi que la confiance qu'ils offrent et transmettent à leurs étudiants ;

Chloé pour le temps qu'elle a consacré à la relecture et à commenter de manière très pertinente ce texte ;

Florence pour ses conseils précieux, son aide à la relecture et son infinie patience à accompagner et supporter (jours et nuits) la progression parfois laborieuse de ce travail.

---

#### 4. Déclaration

« Cette revue de la littérature a été réalisée dans le cadre de la formation Bachelor en Sciences Infirmières à la Haute Ecole de santé de Sion.

L'utilisation des résultats ainsi que les propositions pour la pratique et la recherche n'engagent que la responsabilité de son auteur et nullement les membres du jury ou la HES.

De plus, l'auteur certifie avoir réalisé seul cette revue de la littérature.

L'auteur déclare également ne pas avoir plagié ou utilisé d'autres sources que celles indiquées dans la bibliographie et référencées selon les normes APA 6.0. »

Sierre, 4 juillet 2015

\_\_\_\_\_  
Signature

---

## Table des matières

1. Résumé.....	- 2 -
2. Abstract.....	- 3 -
3. Remerciements .....	- 4 -
4. Déclaration.....	- 5 -
5. Introduction .....	- 8 -
5.1 Problématique.....	- 8 -
5.2 Question de recherche .....	- 9 -
5.3 But de la recherche .....	- 9 -
6. Cadre conceptuel .....	- 10 -
6.1 Stress dans la pratique infirmière .....	- 10 -
6.2 Burnout .....	- 11 -
6.3 Intelligence émotionnelle.....	- 13 -
7. Méthode .....	- 16 -
7.1 Devis de recherche .....	- 16 -
7.2 Collecte des données.....	- 16 -
7.3 Sélection des données .....	- 17 -
7.4 Analyse des données .....	- 18 -
8. Résultats .....	- 20 -
8.1 Etude 1 (Bailey 2011).....	- 20 -
8.2 Etude 2 (Görgens-Ekermans 2012).....	- 21 -
8.3 Etude 3 (Karimi 2014) .....	- 23 -
8.4 Etude 4 (Kaur 2013) .....	- 25 -
8.5 Etude 5 (Montes-Berges 2014) .....	- 27 -
8.6 Etude 6 (Van Dusseldorp 2010) .....	- 29 -
8.7 Synthèse des principaux résultats.....	- 31 -
9. Discussion.....	- 33 -
9.1 Discussion des résultats.....	- 33 -
9.2 Discussion de la qualité et de la crédibilité des évidences.....	- 34 -
9.3 Limites et critiques de la revue de la littérature.....	- 35 -

---

10.	Conclusion.....	- 36 -
10.1	Propositions pour la pratique.....	- 36 -
10.2	Propositions pour la formation.....	- 36 -
10.3	Propositions pour la recherche.....	- 37 -
11.	Références bibliographiques.....	- 39 -
12.	Annexe I : Tableaux de recension.....	- 42 -
13.	Annexe II : Pyramides des preuves.....	- 48 -
14.	Annexe III : Glossaire de méthodologie .....	- 49 -
15.	Annexe IV : Instruments de mesure de l'intelligence émotionnelle .....	- 52 -
15.1	MSCEIT (Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test).....	- 52 -
15.2	ECI 2.0 (Emotional Competence Inventory) .....	- 52 -
15.3	EQ-i (Emotional Quotient inventory) .....	- 53 -

## 5. Introduction

### 5.1 Problématique

Le stress est omniprésent dans la pratique infirmière. De nombreuses études ont permis de relever que le milieu des soins véhicule un stress important (McGrath, Reid et Boore, 2003 ; Augusto Landa & López-Zafra, 2010 ; Moustaka *et al.*, 2010 ; Lim, Bogossian & Ahern, 2010 ; Theme Filha, de Souza Costa & Rodrigues Guilam, 2013 ; Jasperse, Herst & Dungey, 2014 ; Kadda, 2014 ; Ruotsalainen, Verbeek, Mariné & Serra, 2015). Dans sa dernière publication sur le sujet, l'Office fédéral de la statistique (OFS) précise que travailler dans le secteur d'activités *soins, santé, médico-social* comporte non seulement des risques physiques mais également des risques psychosociaux, dont notamment une grande exigence émotionnelle (Statistique Suisse, 2014).

Les deux causes principales du stress dans la profession infirmière sont la charge de travail ainsi que le contact avec la mort et la souffrance (Augusto Landa, López-Zafra, Berrios Martos & Aguilar-Luzón, 2008). Le stress dans les milieux de soins peut mener à des conséquences sur la santé pour les infirmières, aussi bien au niveau professionnel que personnel. Une revue systématique australienne récente (Lim, Bogossian & Ahern, 2010) réunit les différentes conséquences potentielles : de plus hauts taux de mortalité et de suicides, des comportements et des modes de vie malsains, des problèmes de santé associés au stress (troubles psychologiques et psychiatriques). De plus, les répercussions sur le milieu du travail sont l'absentéisme et un taux élevé de rotation du personnel. Plusieurs études, comme celle de Kowalski *et al.* (2010), ont également établi un lien entre le stress au travail et la naissance du burnout.

Le burnout apparaît quand le stress vécu au travail déborde les ressources psychologiques de la personne. Historiquement, ce syndrome a été identifié pour la première fois chez des travailleurs sociaux volontaires dans une clinique de désintoxication. De nos jours, ce syndrome est présent dans toutes les professions, mais le milieu des soins rend les infirmières particulièrement vulnérables. Les auteurs Augusto Landa et López-Zafra (2010) considèrent que les infirmières « are a 'perfect target' for the burnout syndrome in their work » (p. 53).

L'intelligence émotionnelle est un concept relativement récent dans l'histoire des soins. Au vu des premières recherches à ce sujet, il se présente comme une option intéressante pour apprendre à gérer ses émotions ainsi que celles des autres, et de lutter contre le stress au travail et le burnout. Une littérature croissante est actuellement en train de se constituer sur ce sujet, et des liens entre l'intelligence émotionnelle et divers aspects de la profession infirmière ont déjà été étudiés. Bulmer Smith *et al.* (2009) proposent une réflexion approfondie et critique sur les liens entre l'intelligence émotionnelle et de grands axes de la discipline infirmière (*the nature of nursing, education, leadership et research*). Kadda (2014) présente cette notion comme « an anxiety management tool » (p. 152). Des corrélations positives ont été trouvées et commentées entre l'intelligence émotionnelle et la notion de *self-compassion* par Heffernan, Quinn, McNulty et Fitzpatrick (2010). Finalement, Codier, Muneno, Franey et Matsuura (2010) répondent à la question « Is emotional intelligence an important concept for nursing practice ? » (p. 940) par l'affirmative en démontrant des liens étroits entre l'intelligence émotionnelle et les concepts de *professionalism, performance et intuition*.



## **5.2 Question de recherche**

La présente revue de la littérature s'insère dans cette ligne de recherche. En partant de ce contexte, l'auteur de ce travail s'est attelé à comprendre les liens entre le stress au travail, le burnout et l'intelligence émotionnelle.

La question de recherche suivante a donc été élaborée :

*L'emploi de l'intelligence émotionnelle par les infirmières peut-il diminuer le stress au travail ainsi que le burnout ?*

## **5.3 But de la recherche**

Les objectifs de cette revue de la littérature sont :

- D'identifier quelle est l'influence de l'intelligence émotionnelle sur le stress au travail ;
- D'identifier quelle est l'influence de l'intelligence émotionnelle sur le syndrome de burnout.

## 6. Cadre conceptuel

Pour la bonne compréhension de ce travail, les concepts centraux méritent d'être définis et développés brièvement. Cette partie se consacre donc à présenter les notions de stress au travail, de burnout et d'intelligence émotionnelle.

### 6.1 Stress dans la pratique infirmière

Dans la littérature scientifique, la notion de stress est très large et regroupe de très nombreux aspects en fonction des théories employées. Selon Pronost (2012), le stress, dans son acception générale, est lié à « un processus d'envahissement émotionnel, conséquence d'une pression interne ou externe, ressentie comme une tension à réduire » (p. 295).

Toutefois, ce travail fait le choix de se centrer sur le concept de stress au travail (*occupational stress*) et ses implications dans la profession infirmière. Dans ce cadre, la définition du stress est plus spécifique :

Le stress, lui, est l'expression d'un déséquilibre entre, d'une part, les sollicitations et/ou les offres de l'environnement (de travail) et d'autre part, les réponses possibles et/ou les besoins de chacun. Il génère des émotions négatives et peut donc se définir comme un état de tension perçu subjectivement comme désagréable. (Promotion Santé Suisse, 2014, p. 12)

L'approche actuelle, basée principalement sur les travaux de Lazarus et Folkman (1984), conçoit le stress résultant de l'interaction d'une personne avec son environnement. La personne a toutefois la possibilité d'agir, car « le stress dépend de la façon dont le sujet perçoit la situation dans laquelle il se trouve impliqué. L'individu est acteur, modifiant l'impact d'un stressor par des stratégies actives, cognitives et émotionnelles » (Pronost, 2012, p. 296).

Il existe actuellement de nombreuses études et recherches effectuées sur le stress professionnel des soignants. Plusieurs études ont démontré que, dans leur travail, les professionnels de la santé, et particulièrement les infirmiers/infirmières, subissaient un niveau de stress plus élevé que la moyenne (McGrath, Reid & Boore, 2003 ; Lim, Bogossian & Ahern, 2010 ; Moustaka *et al.*, 2010 ; Theme Filha, de Souza Costa & Rodrigues Guilam, 2013 ; Jasperse, Herst & Dungey, 2014 ; Ruotsalainen, Verbeek, Mariné & Serra, 2015).

Actuellement, selon une définition récente fournie par une revue de la Collaboration Cochrane, le stress au travail est perçu « as a result of organisational factors and an imbalance of demands, skills and social support at work, or any combination of these » (Ruotsalainen *et al.*, 2015, p. 6). Dans une revue de la littérature antérieure, McGrath *et al.* (2003) identifiaient déjà des composantes organisationnelles comme stressors principaux : trop peu de temps pour accomplir les tâches et le rationnement des ressources et des services. L'étude de Moustaka *et al.* (2010) relève également des facteurs organisationnels comme sources de stress : changements rapides et fréquents d'horaires de travail, mauvaises conditions de travail, conflits de rôle, communications constantes avec des personnes variées, surcharge de travail et sévérité des incidents, gestion de la mort au quotidien, manque d'impact de rôle personnel dans l'environnement de travail. Les conclusions de l'étude de Theme Filha *et al.* (2013) vont dans le même sens : « This study

demonstrated the importance of factors related to the working environment as potential sources of stress among nurses. Individual characteristics were less expressive in explaining the phenomenon » (p. 482). Pour Lim *et al.* (2010), la première source de stress est clairement une lourde charge de travail, avant les conflits au travail, l'ambiguïté dans le rôle et des expériences d'agression. Jasperse *et al.* (2014) identifient qu'une charge de travail excessive, un manque de reconnaissance et un manque d'opportunités de développement professionnel sont des éléments qui accentuent le stress au travail. Pour leur part, Augusto Landa, López-Zafra, Berrios Martos et Aguilar-Luzón (2008) relèvent que les principales causes de stress signalées par les infirmières sont le contact avec la mort et la souffrance ainsi que la surcharge de travail (p. 893).

Les conséquences du stress au travail sont également bien documentées. Il a été noté que de hauts niveaux de stress peuvent mener non seulement à une baisse de la qualité des soins pour le patient, mais aussi à une baisse de la qualité de vie des soignants. De plus, le stress est associé à une augmentation des rotations du personnel, de l'absentéisme et une baisse de l'humeur au travail (Jasperse *et al.*, 2013, p. 86).

En 2010, une revue systématique de la littérature a été menée sur le stress et les formes de coping des infirmières australiennes. Les auteurs, Lim, Bogossian & Ahern, ont relevé que travailler en état permanent de stress peut-être très éprouvant et, sur le long terme, destructeur.

In most cases, the experience of stress puts nurses' physical and mental health at risk and affects their family and social relationships. Overall, the stress experienced by nurses contributes to a high turnover in the nursing profession with a proportion of nurses expressing their intent to leave the profession. (p. 30)

Les conséquences du stress sur la santé des infirmières peuvent donc être à la fois physiques (problèmes de santé comme l'hypertension artérielle, épuisement, fatigue, insomnie) et psychiques (diminution de l'humeur, détresse psychologique).

Il est enfin important de rappeler que le burnout est un trouble fréquemment associé au stress au travail. Des recherches internationales indiquent que les professionnels de la santé soumis à un niveau élevé de stress au travail étaient à risque de développer un burnout (Moustaka *et al.*, 2010 ; Jasperse *et al.*, 2014 ; Ruostalainen *et al.*, 2015).

## 6.2 Burnout

Ce terme anglais, assimilé en français à l'*épuisement professionnel*, est une expression qui désigne une « usure professionnelle engendrée par un stress chronique » (Haberey-Knuessi, 2012, p. 102). Il s'agit d'un concept voisin du stress, ce dernier constituant un facteur déclenchant du burnout. « C'est lorsque les ressources de la personne ne suffisent pas à y faire face que le stress peut devenir pathologique et engendrer un burnout » (Haberey-Knuessi, 2012, p. 103).

Selon Kowalski *et al.* (2010), le terme de burnout se définit comme :

an exhaustion born of excessive demands which may be self-imposed or externally imposed (...). It is a feeling state which is accompanied by an overload of stress, and which eventually impacts on one's motivation, attitudes and behavior. (p. 1655)

Le concept du burnout doit beaucoup à la psychologue américaine Christina Maslach, qui en a élaboré le premier modèle scientifique. Ce modèle, considéré comme le fondement de la réflexion à l'heure actuelle, se compose de trois dimensions : l'épuisement émotionnel (*emotional exhaustion*), la dépersonnalisation ou cynisme (*depersonalization* ou *cynicism*) et la perte de l'accomplissement personnel (*diminished personal performance capacity*).

Selon Maslach (2001), l'épuisement émotionnel se caractérise par la sensation d'être vidé, à bout de ses ressources physiques et émotionnelles. La dépersonnalisation est une forme de détachement excessif par rapport à divers aspects du travail, en réponse à la surcharge ressentie. Ce détachement est considéré comme négatif car il crée des relations sans chaleur humaine, et peut mener à des attitudes déshumanisées, voire à de la maltraitance. Enfin, la perte de l'accomplissement personnel se manifeste par un sentiment d'incompétence par rapport à soi-même, une perte de sens ainsi qu'une baisse d'efficacité au travail.

Il est toutefois intéressant de relever que le burnout, bien qu'étant une maladie « à la mode », n'est pas considéré comme un diagnostic médical d'ordre psychiatrique. Il ne figure ni dans la CIM, ni dans le DSM-V, et est en général rattaché aux troubles de l'adaptation.

L'article de Lorient (2003) présente le burnout comme une construction sociale, dans le sens d'une « nouvelle étiquette permettant de catégoriser et caractériser un phénomène particulier » (p. 66). Cet article conclut en relevant que les définitions du phénomène de burnout diffèrent parfois fortement d'un groupe de travailleurs à l'autre, ce qui rend complexe et incertaine la création d'un consensus scientifique solide autour de la notion de burnout.

Afin de donner un éclairage plus concret à ce phénomène, un entretien a été réalisé auprès du Dr. Sophie Rusca, responsable de la médecine du travail de l'ICHV (Institut Central de l'Hôpital du Valais). Comme cité plus haut, le burnout ne possède pas de critères diagnostiques reconnus, et il est difficilement différenciable d'une dépression au niveau clinique. Pourtant, certaines caractéristiques spécifiques sont communément admises comme facteurs fragilisants.

Le burnout touche généralement des personnes s'investissant fortement dans leur travail, ayant plutôt tendance à vouloir bien accomplir leurs tâches. De plus, il est relié à des attentes professionnelles élevées régulièrement mises en échec. Il s'inscrit dans la durée (supérieure à six mois) et se développe à cause d'une usure prolongée. Comment expliquer alors la hausse actuelle des taux de burnout et le fait qu'il est parfois considéré comme une « maladie de la civilisation occidentale » ? Cela est lié au fait que le burnout touche surtout des personnes travaillant dans le secteur tertiaire (secteur des services à la personne et des relations humaines), le secteur majoritaire dans notre société. Il est d'ailleurs parfois qualifié de « maladie du col blanc », en référence aux vêtements propres des employés du secteur tertiaire (par opposition aux habits fatigués des paysans ou des ouvriers).

Le Dr. Rusca a également relevé quelques facteurs permettant de s'en préserver : le fait de posséder un emploi ayant une frontière claire entre le travail et le repos (c'est-à-dire, éviter de ramener la charge psychologique de son travail à son domicile), placer ses attentes et objectifs professionnels de façon réaliste, ainsi qu'être capable d'accepter ses échecs. De plus, les personnes possédant la capacité de se distancer de leur travail, de le voir avec une forme d'humour, sont plus en mesure de se prémunir de l'épuisement professionnel ; le rire est d'ailleurs une arme très puissante contre le burnout.

Il est intéressant de constater, au vu de ses éléments, que le burnout semble être plus fortement lié à ses attentes personnelles et sa propre capacité à gérer ses émotions qu'à

des critères purement organisationnels. Cela pourrait expliquer la raison pour laquelle certaines personnes subissent un burnout et d'autres pas, bien qu'elles travaillent dans le même service, avec les mêmes exigences professionnelles.

### 6.3 Intelligence émotionnelle

Le milieu des soins est un environnement riche en émotions. Comme observé plus haut, de nombreux facteurs font office de stressseurs chez les soignants. L'organisation du service et le fonctionnement sain d'une équipe a clairement un rôle essentiel à jouer dans le niveau de stress ressenti. Toutefois, il est également possible de gérer le stress perçu de manière individuelle, notamment grâce à l'intelligence émotionnelle.

L'intelligence émotionnelle est un concept généralement attribué à John Mayer et Peter Salovey dans les années 1990, mais il a été popularisé hors des milieux académiques par le best-seller *Emotional Intelligence* publié par Daniel Goleman (1995). Depuis, l'exploration scientifique à ce sujet est grandissante et plusieurs modèles théoriques ont été développés au cours de multiples recherches (Bulmer Smith, Profetto-McGrath & Cummings, 2009). Cependant, « the lack of consensus endorsed the proliferation of many different instruments to measure this new construct, making it difficult to take confident conclusions about EI's [Emotional Intelligence] real value and impact » (Martins, Ramalho & Morin, 2010, p. 554).

Selon différentes études, (Bulmer Smith *et al.*, 2009 ; Codier, Muneno, Franey & Matsuura, 2010 ; Codier, Freitas & Muneno, 2013 ; Rankin, 2013), à l'heure actuelle, trois modèles principaux se détachent.

Le modèle de Mayer et Salovey, développé dans le cadre de la psychologie cognitive, définit l'intelligence émotionnelle comme étant « the capacity to reason about emotions, and of emotions to enhance thinking. It includes the abilities to accurately perceive emotions, to access and generate emotions so as to assist thought, to understand emotions and emotional knowledge, and to reflectively regulate emotions so as to promote emotional and intellectual growth » (Mayer, Salovey & Caruso, 2004, p. 197). Ce modèle, souvent appelé *Ability Model*, considère que l'intelligence émotionnelle est une habileté formée de quatre composants : (1) identification correcte des émotions (les siennes et celles d'autrui) ; (2) utilisation des émotions pour faciliter le raisonnement ; (3) compréhension des émotions (les siennes et celles d'autrui) ; (4) autogestion des émotions. L'intelligence émotionnelle est évaluée par le MSCEIT<sup>1</sup> (*Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test*), un test d'habiletés utilisé dans de nombreuses études qui sert à mesurer la performance à des tâches émotionnelles. Dans ce modèle, l'intelligence émotionnelle est une habileté qui, pareillement à l'intelligence académique, se développe avec l'âge au cours de la vie, et qui peut être apprise.

Le modèle de Goleman est le plus répandu et utilisé en dehors des cercles académiques, principalement lors des réflexions organisationnelles et de leadership dans les entreprises. Aussi connu sous le nom de *Mixed Model*, il présente l'intelligence émotionnelle comme un mélange de traits de personnalité et d'habiletés émotionnelles acquises. Dans cette perspective, l'intelligence émotionnelle « refers to the capacity for recognizing our own feelings and those for others, for motivating ourselves, and for managing emotions well in ourselves and in our relationships » (Bulmer Smith, 2009, p.

---

<sup>1</sup> Les items précis des instruments des trois principaux modèles de l'intelligence émotionnelle sont détaillés dans l'annexe IV : Instruments de mesure de l'intelligence émotionnelle.

1626). L'instrument de mesure principal est l'ECI<sup>2</sup> (*Emotional Competence Inventory*), actuellement à la version 2.0, un outil très complet qui considère les évaluations des subordonnés, des superviseurs et des pairs. Les recherches de Goleman se sont focalisées notamment sur l'intelligence émotionnelle chez les cadres et les compétences nécessaires à un leader émotionnellement intelligent dans le milieu du travail.

Le modèle de Reuven Bar-On, élaboré dans le cadre de la santé communautaire, considère l'intelligence émotionnelle comme un ensemble de traits de la personnalité (*Personality Model*). Ces traits se définissent comme « enduring personality characteristics that describe individual behaviours across a range of situations » (Bulmer Smith *et al.*, 2009, p. 1626). Pour Bar-On, il s'agit d'une *emotional-social intelligence*, définie comme étant « a cross-section of interrelated emotional and social competencies, skills and facilitators that determine how effectively we understand and express ourselves, understand others and relate with them, and cope with daily demands » (Bar-On, 2006, p. 14). Cinq compétences clés lui sont associées : « (1) intrapersonal skills, (2) interpersonal skills, (3) stress management, (4) adaptability, and (5) general mood » (Bulmer Smith *et al.*, 2009, p. 1626). Pour mesurer cette intelligence émotionnelle et sociale, il utilise l'EQ-i<sup>3</sup> (*Emotional Quotient Inventory*), basé sur une auto-évaluation de 15 habiletés associées aux 5 compétences clés. Pour Bar-On, l'intelligence émotionnelle et sociale peut être acquise par l'enseignement et l'apprentissage.

Pour d'avantage de clarté, le tableau ci-dessous (issu de Codier, 2010, p. 942) récapitule et compare les trois modèles de l'intelligence émotionnelle.

**Tableau 1**

Emotional intelligence : comparison of three models

Model	<i>Personality Model</i>	<i>Ability Model</i>	<i>Mixed Model</i>
Definition of emotional intelligence	Emotional and social facilitators that influence intelligent behaviour	The ability to perceive and express emotion, assimilate emotion in thought, understand and reason with emotion, and regulate emotion in the self and others	The capacity for recognizing our own feelings and those of others, for monitoring ourselves, and for managing emotions in ourselves and in our relationships
Context of origin	Community health	Cognitive psychology research	Organizational development
Instrumentation	EQ-i	MSCEIT	ECI
Limitations	Face validity and discriminant validity issues related to overlap with personality tests	Good face and discriminant validity	Face validity and discriminant validity issues related to overlap with personality tests

Dans le domaine des soins infirmiers, l'intelligence émotionnelle est essentielle. En effet, il est communément admis que « understanding and recognizing emotion is a high-order nursing practice skill based on the notion that emotional intelligence is vital to practice » (Bulmer Smith, 2009, p. 1629). L'étude détaillée de Codier *et al.* (2010) a objectivé un lien fort entre l'intelligence émotionnelle et des concepts centraux des soins infirmiers comme l'empathie, la résolution de problèmes, les relations interpersonnelles et la conscience de ses propres émotions (*self-awareness*). Dans une étude récente, une

<sup>2</sup> *Idem* note page précédente.

<sup>3</sup> *Idem* note page précédente.

corrélation positive a été relevée entre l'intelligence émotionnelle et l'auto-compassion des infirmières (Heffernan, 2010). Cela met en évidence les effets bénéfiques de l'intelligence émotionnelle sur sa propre appréciation.

Que ce soit au niveau de la sensibilité dans les relations humaines avec les patients, la capacité de travailler en équipe, ou la gestion des crises et des urgences, l'intelligence émotionnelle permet à l'infirmière de garder la maîtrise de ses émotions et d'assurer la plus grande performance dans son travail. Toutefois, comme le sujet est très large et touche de nombreux aspects, cette revue de littérature va se focaliser sur un emploi précis de l'intelligence émotionnelle : son utilité dans la gestion du stress au travail et dans la prévention du burnout.

En relation directe avec le stress, plusieurs recherches ont été menées sur l'intelligence émotionnelle. L'étude de Codier *et al.* (2013) présente de nombreuses recherches faisant état d'une corrélation positive entre un haut niveau d'intelligence émotionnelle et un faible niveau de stress perçu, une adaptation positive au stress, un faible taux de burnout et une gestion positive des conflits. De plus, de nombreuses études lient l'intelligence émotionnelle à un plus grand bien-être physique et émotionnel chez les infirmières (Littlejohn, 2012 ; Codier *et al.*, 2013 ; Kadda, 2014). Enfin, des corrélations statistiquement significatives ont été relevées entre l'intelligence émotionnelle et la santé, comme le démontre la méta-analyse de Martins, Ramalho et Morin (2010). Ce sujet a grandement été exploré, comme l'indiquent les auteurs, en précisant « this line of research has already reach sufficiency and stability » (Martins *et al.*, 2010, p. 554) ; les résultats encouragent d'ailleurs à considérer l'intelligence émotionnelle comme un facteur prédictif de la santé.

A l'heure actuelle, quelques études se sont penchées sur les liens entre l'intelligence émotionnelle et le burnout. Les résultats de Delpasand, Nasiripoor, Raiisi & Shahabi (2011) indiquent qu'une corrélation inverse existe entre l'intelligence émotionnelle, l'épuisement émotionnel et la perte d'accomplissement personnel (deux composantes du burnout). La revue intégrative de la littérature de Bulmer Smith *et al.* (2009) mentionnent plusieurs études qui démontrent l'utilité de l'intelligence émotionnelle pour limiter l'impact des environnements de travail chaotiques.

C'est pour approfondir le sujet et mieux cerner les liens entre intelligence émotionnelle, stress au travail et burnout que cette revue de la littérature a été menée. Comme le mentionne (déjà) McQueen (2004) dans son étude : « If improving nurses'EI [Emotional Intelligence] can help them deal more ably with their emotional work and reduce the incidence of psychological stress, this will be of benefit nurses, patients and employers » (p. 107).

## 7. Méthode

### 7.1 Devis de recherche

Selon Loïse & Profetto-McGrath (2007), la recherche en sciences infirmières s'effectue traditionnellement selon deux paradigmes<sup>\*4</sup> : le paradigme positiviste\* et le paradigme naturaliste\*.

Le paradigme positiviste considère que la réalité est unique, fixe, objective et ordonnée, et qu'il est possible d'appréhender un phénomène observé et d'en comprendre les causes qui le déterminent. L'objectif premier de ce paradigme est de saisir les causes sous-jacentes des phénomènes.

A l'inverse, le paradigme naturaliste part du postulat que la réalité est une construction mentale, et par là même subjective et multiple ; chacun conçoit la réalité d'une façon qui lui est propre. Les recherches issues de ce paradigme acceptent la subjectivité, ne recherchent pas une réponse vraie ou fausse mais s'intéressent à l'expérience perçue par des sujets.

Dans ce travail, six études issues de la recherche en sciences infirmières ont été retenues pour former le corps de la revue de la littérature. Sur les six, cinq proviennent de la recherche quantitative\*, associée au paradigme positiviste. Etant donné que ce travail cherche à vérifier la présence d'une corrélation entre l'intelligence émotionnelle et le stress au travail (avec une attention particulière portée à la problématique du burnout), les études quantitatives offrent des résultats de choix. Une seule étude (Bailey, Murphy & Porock, 2011) est issue de la recherche qualitative\*, reliée au paradigme naturaliste. Elle apporte des extraits d'entretiens menés auprès d'infirmières (données qualitatives\*) qui illustrent très bien les données quantitatives\*, et jettent un éclairage humain et vivant à la problématique.

### 7.2 Collecte des données

La collecte des données a été réalisée de mi-avril à fin avril 2015 sur les bases de données *CINAHL*, *PubMed*, *BDSP* et *Cochrane Library*. Les mots-clés utilisés étaient « *emotional intelligence* », « *nursing* », « *stress* » et « *burnout* », combinés entre eux grâce à l'opérateur booléen *AND*.

Après quelques essais infructueux avec des mots-clés en français (aucune étude correspondant à la problématique n'a été retenue), il a été décidé de poursuivre les recherches en anglais. Les études trouvées ont été rapidement parcourues (lecture de l'abstract et des principaux résultats) pour évaluer leur pertinence par rapport à la question de recherche.

Les quatre tableaux en page suivante présentent les quatre bases de données explorées et, à chaque fois, les combinaisons de mots-clés employées ainsi que le nombre d'études trouvées et le nombre d'études retenues.

---

<sup>4</sup> Tous les termes suivis d'un astérisque (\*) se réfèrent à la méthodologie. Ils sont rassemblés et définis dans l'annexe III : Glossaire de méthodologie.



a) Base de données *CINHAL* :

Combinaison de mots-clés et d'opérateurs booléens	Etudes trouvées	Etudes retenues
Emotional intelligence AND stress	119	5
Emotional intelligence AND stress AND nursing	34	5
Emotional intelligence AND stress AND burnout	11	2
Emotional intelligence AND burnout AND nursing	16	3

b) Base de données *PubMed* :

Combinaison de mots-clés et d'opérateurs booléens	Etudes trouvées	Etudes retenues
Emotional intelligence AND nursing AND stress	145	4
Emotional intelligence AND nursing AND burnout	65	3

c) Base de données *BDSP* :

Combinaison de mots-clés et d'opérateurs booléens	Etudes trouvées	Etudes retenues
Emotional intelligence	16	2
Emotional intelligence AND stress	4	2
Emotional intelligence AND burnout	1	1

d) Base de données *Cochrane Library* :

Combinaison de mots-clés et d'opérateurs booléens	Etudes trouvées	Etudes retenues
Emotional intelligence	2	0
Emotional intelligence AND stress	1	0
Emotional intelligence AND burnout	1	0

### 7.3 Sélection des données

Les études ont été sélectionnées selon différents critères préétablis, permettant de respecter les consignes de ce travail et d'apporter les informations les plus pertinentes sur le sujet.

Les critères d'inclusion étaient : études effectuées sur des infirmiers/infirmières ; uniquement des sources primaires ; études publiées récemment (entre 2010 et 2015) ; les résultats permettent de répondre à la question de recherche ; langue française, anglaise ou espagnole.

Les critères d'exclusion étaient : pas d'étude concernant les étudiants en soins infirmiers ; pas d'étude concernant le leadership infirmier.

Dans un esprit de synthèse et de clarté, les études retenues sont répertoriées dans le tableau ci-dessous, classées par ordre alphabétique du 1<sup>er</sup> auteur mentionné. Sont

également indiqués les niveaux de preuve de chaque étude, basés sur les pyramides des preuves (disponibles dans l'Annexe II : Pyramides des preuves).

Comme mentionné dans la Déclaration, l'auteur certifie ne pas avoir plagié un autre travail pour concevoir cette revue de la littérature, et n'a employé que la littérature officielle publiée.

Quant aux six études employées, cinq mentionnent avoir tenu compte des aspects éthiques et avoir reçu une approbation. Seule une, celle de van Dusseldorp, van Meijel et Derksen (2010), ne fait aucune mention d'approbation éthique. Deux études ont fait signer des formulaires de consentement, mais comme la majorité d'entre elles employait des questionnaires d'auto-évaluation, il était généralement considéré que le retour d'un formulaire dûment complété équivalait à un consentement éclairé de participer à la recherche.

#### **7.4 Analyse des données**

Les études retenues pour cette revue de la littérature sont présentées dans la partie suivante. Elles sont analysées l'une après l'autre, afin de faire ressortir les résultats de chacune et leurs implications vis-à-vis de la problématique. La validité méthodologique et la pertinence clinique de chaque étude est également discutée.

**Etudes retenues pour la revue de la littérature**

	<b>Auteurs</b>	<b>Titre</b>	<b>Date de publication</b>	<b>Bases de données</b>	<b>Niveau de preuve</b>
<b>1</b>	Cara Bailey Roger Murphy Davina Porock	Professional tears : developing emotional intelligence around death and dying in emergency work	2011	CINAHL PubMed	VI
<b>2</b>	Gina Görgens-Ekermans Tamari Brand	Emotional intelligence as a moderator in the stress-burnout relationship : a questionnaire study on nurses	2012	CINAHL PubMed BDSP	IV
<b>3</b>	Leila Karimi Sandra G. Leggat Lisa Donohue Gerald Farell Greta E. Couper	Emotional rescue : the role of emotional intelligence and emotional labour on well-being and job-stress among community nurses	2014	CINAHL PubMed BDSP	IV
<b>4</b>	Devinder Kaur Murali Sambasivan Naresh Kumar	Effect of spiritual intelligence, emotional intelligence, psychological ownership and burnout on caring behaviour of nurses : a cross-sectional study	2013	CINAHL PubMed	IV
<b>5</b>	Beatriz Montes-Berges José-María Augusto-Landa	Emotional Intelligence and Affective Intensity as Life Satisfaction and Psychological Well-Being Predictors on Nursing Professionals	2014	CINAHL PubMed	IV
<b>6</b>	Loes RLC van Dusseldorp Berno KG van Meijel Jan JL Derksen	Emotional intelligence of mental health nurses	2010	CINAHL	IV

## 8. Résultats

Afin de simplifier la présentation des études et d'éviter toute confusion, elles seront désignées dans les titres de la manière suivante : nom du 1<sup>er</sup> auteur cité et année de publication.

### 8.1 Etude 1 (Bailey 2011)

L'étude de Bailey, Murphy et Porock, intitulée *Professional tears : developing emotional intelligence around death and dying in emergency work*, a été publiée en 2011 dans le Journal of Clinical Nursing.

#### Analyse descriptive

L'étude a pour objectif d'explorer la manière avec laquelle les infirmières gèrent l'impact émotionnel de la mort et des soins en fin de vie dans un service d'urgence.

Pour cela, les auteurs ont adopté une approche qualitative exploratoire, basée sur une méthode ethnographique\*. Les données ont été recueillies dans un grand service d'urgence du Royaume-Uni, grâce à des observations non structurées sur le terrain et de vingt-huit entretiens semi-directifs. Les observations ont permis de rassembler une somme considérable de données pertinentes, qui ont servi de base pour la suite de la recherche. Les entretiens, menés trois mois après le début des observations, ont été réalisés auprès de membres de l'équipe soignante des urgences, de patients admis aux urgences dans les six mois et de leurs proches. Les entretiens ont été retranscrits, codés sur Nvivo7, puis analysés thématiquement en fonction des cas et des données observées.

Les principaux résultats obtenus sont :

- L'expertise infirmière pour les soins de vie aux urgences se développe au travers d'un processus en 3 étapes : (1) investissement du soi thérapeutique dans la relation infirmière-patient, (2) gestion du travail émotionnel, et (3) développement de l'intelligence émotionnelle.
- Il existe des obstacles qui empêchent l'infirmière de développer cette expertise, comme les *contraintes environnementales* (manque de temps et de personnel dans les services d'urgence), la *volonté d'investir la relation infirmière-patient* (les infirmières aux urgences ne sont pas toujours prêtes à s'impliquer émotionnellement auprès des patients en fin de vie, alors qu'il reste d'autres patients qui attendent), les *mécanismes de défense* (évitement des situations de fin de vie, blocage émotionnel pour rester concentré sur le travail et ne pas se laisser déborder).
- S'ils ne sont pas surmontés, ces obstacles peuvent mener à une baisse de la qualité des soins en fin de vie. Ils ont également des répercussions sur la santé des infirmières, contribuant à l'augmentation du stress au travail, au burnout, ou à se retirer de la pratique soignante.

#### Analyse de la validité méthodologique

Les données de cette étude ont été collectées selon une méthode typique de l'ethnographie, l'observation participante\*. Les observations, basées sur les théories des rites de la communication d'Erving Goffman (sociologue américain chef de file de l'interactionnisme, étudiant principalement les interactions entre les individus en contexte), ont duré douze mois et ont fourni plus de 900 heures de données. Les auteurs ont triangulé\* ces données avec des entretiens semi-directifs pour multiplier les points de vue sur le sujet,

et offrir ainsi une plus grande richesse d'informations. De plus, ils ont conduit des entretiens auprès de trois catégories de personnes : les soignants, les patients, leurs proches. Les données narratives ont été codées à l'aide du logiciel Nvivo7, un programme rattaché logiquement à l'approche qualitative. Tous ces éléments servent à renforcer la cohérence interne de l'étude. Lors de la présentation du modèle développé par les auteurs, chacune des trois étapes est rattachée à une théorie existante (1<sup>ère</sup> étape : alliance thérapeutique ; 2<sup>ème</sup> étape : travail émotionnel ; 3<sup>ème</sup> étape : intelligence émotionnelle), ce qui intègre directement ce modèle à la littérature scientifique. Enfin, les auteurs ont pu mettre en évidence quelques barrières au développement de cette expertise infirmière, expliquant pourquoi ce modèle n'est pas toujours applicable.

Cette étude, bien que présentée comme issue de l'ethnographie, ne cite aucune théorie sur laquelle elle aurait pu se baser. De plus, bien qu'elle mentionne que les observations aient fourni des données pour les entretiens, le lien n'est pas clairement établi. Les thèmes saillants ne sont pas cités, il n'y a aucune mention de canevas pour les entretiens semi-directifs, la codification des données est absente. Pour une étude qualitative, la réflexion et les interprétations des chercheurs sont essentielles, et le manque de transparence dans la démarche peut fortement nuire à la bonne compréhension de celle-ci. Il n'est pas non plus indiqué si les chercheurs ont triangulé leurs résultats, afin d'éliminer d'éventuelles déviations personnelles. Les auteurs n'ont pas cherché à vérifier leurs conclusions, par exemple en allant les présenter aux participants sur le terrain. Finalement, un biais d'attrition\* (mentionné par les auteurs) est présent chez les patients participant à la recherche ; plusieurs d'entre eux, en situation critique, sont décédés aux urgences.

### **Analyse de la pertinence clinique**

Bien que cette étude présente de nombreuses failles au niveau de la présentation de sa méthodologie, il est intéressant de relever que les résultats qu'elle apporte corroborent de nombreuses autres études sur le sujet (McCormack & McCance, 2006 ; McMillen, 2008 ; Goleman, 1995). Elle se situe dans la même ligne que les recherches actuelles, qu'elle relie pertinemment grâce au modèle développé par les auteurs.

Il est très délicat d'évaluer si une recherche qualitative peut être transférable, toutefois le modèle développé ici est suffisamment théorique, large, pour apporter des éléments de compréhension applicable à tous les services d'urgence. Il permet de comprendre pourquoi certaines infirmières ont des difficultés à établir des relations avec les patients en fin de vie. L'étude identifie également quelques obstacles que les infirmières doivent franchir pour s'investir dans des relations thérapeutiques émotionnellement lourdes et potentiellement éprouvantes. Les atouts de l'intelligence émotionnelle sont relevés, aussi bien pour la relation soignant-patient que pour la santé au travail de l'infirmière.

Cette étude offre d'intéressantes pistes de compréhension, intégrées directement aux connaissances infirmières actuelles, mais pas de réelles solutions. L'intelligence émotionnelle est certes mise en avant comme outil précieux pour la pratique des soins, mais sans explication sur une application concrète.

## **8.2 Etude 2 (Görgens-Ekermans 2012)**

L'étude ci-dessous s'intitule *Emotional intelligence as a moderator in the stress-burnout relationship : a questionnaire study on nurses* (sorti dans le Journal of Clinical Nursing en 2012) et a été écrit par Gina Görgens-Ekermans et Tamari Brand.

### Analyse descriptive

L'étude a pour objectif principal d'explorer les relations entre le stress au travail, le burnout et l'intelligence émotionnelle chez les infirmières. Les auteurs cherchent également à déterminer si l'intelligence émotionnelle peut être un modérateur de la relation stress-burnout.

Pour cette recherche non-expérimentale et exploratoire, les chercheurs ont établi un échantillon aléatoire de 220 infirmières, à partir d'une base de données d'employés d'un groupe hospitalier privé de la province du Cap-Occidental, en Afrique du Sud. Les infirmières ont été contactées par téléphone et invitées à participer à l'étude. Les volontaires ont reçu la proposition de se rendre dans un des quatre hôpitaux de la région pour remplir des questionnaires anonymes, déposés ensuite dans des boîtes que les chercheurs ont collectées. Chaque questionnaire comportait : des questions biométriques (genre, groupe ethnique, niveaux de diplôme, lieux de travail, ...), et des questionnaires d'auto-évaluation de l'intelligence émotionnelle (*SUEIT - Swinburne University Emotional Intelligence Test*), du stress (*SWSI - Sources of Work Stress Inventory*) et du burnout (*MBI-HSS - Maslach Burnout Inventory Human Service Survey*). Au final, 122 questionnaires complétés ont été utilisés pour cette étude.

Les principaux résultats obtenus sont :

- Une corrélation inverse\* significative a été mise en évidence entre deux dimensions de l'intelligence émotionnelle (*emotional control* et *emotional management*) et le stress (respectivement  $r = -0.412$  et  $r = -0.329$ ,  $p < 0.01$ ). De même, une corrélation inverse significative a été relevée entre ces deux mêmes dimensions et deux dimensions du burnout (*emotional exhaustion* et *depersonalisation*). En d'autres mots, certains aspects de l'intelligence émotionnelle permettent de gérer efficacement le stress perçu par les infirmières ainsi que le burnout.
- Un effet modérément modérateur de l'intelligence émotionnelle a été découvert entre le stress et l'*emotional exhaustion* ; un effet hautement modérateur de l'intelligence émotionnelle a été remarqué entre le stress et la *depersonalisation*. L'intelligence émotionnelle permet donc effectivement de moduler la réponse au stress de l'infirmière, et de lutter contre le burnout.
- Il est également intéressant de noter que quatre (des cinq) dimensions de l'intelligence émotionnelle ont une corrélation positive avec le *personal accomplishment* (une dimension du burnout), tout comme le score total d'intelligence émotionnelle ( $r = 0.409$ ,  $p < 0.01$ ) ; posséder une bonne intelligence émotionnelle apporte une meilleure sensation d'accomplissement personnel.

### Analyse de la validité méthodologique

Les auteurs présentent en détail des éléments permettant d'évaluer la validité méthodologique de l'étude. Les données ont été traitées par un logiciel courant en recherche quantitative : SPSS 15.0.

La cohérence interne des différents instruments de mesure est évaluée par le coefficient alpha ( $\alpha$ )\* (appelé aussi  $\alpha$  de Cronbach). Le *SUEIT* ( $\alpha = 0.55-0.77$  ; *Total Emotional Intelligence* :  $\alpha = 0.89$ ) possède des valeurs inférieures à celles recommandées, toutefois les auteurs mentionnent que d'autres études sud-africaines ont obtenus des résultats similaires, peut-être liés à des différences culturelles entre Sud-Africains noirs et blancs, au sujet de l'auto-perception de l'intelligence émotionnelle. Le *SWSI* présente une bonne cohérence interne ( $\alpha = 0.78-0.94$  ; *General Work Stress* :  $\alpha = 0.87$ ). Finalement, le *MBI-HSS* ( $\alpha = 0.63-0.89$ ) présente une cohérence interne légèrement inférieure à d'autres

études sud-africaines ; les auteurs reconnaissent que la fiabilité des mesures liées au burnout n'est pas totalement garantie et que cela représente une limitation pour l'étude.

Des corrélations\* ont été effectuées entre l'intelligence émotionnelle, le stress et le burnout pour évaluer les relations entre ces éléments. Plusieurs analyses de régression multiple\* ont été effectuées pour évaluer les relations complexes de l'intelligence émotionnelle comme modérateur de la relation stress-burnout. Pour cela, les chercheurs ont tout d'abord introduit l'*emotional exhaustion* comme variable dépendante\* et différents construits comme variables indépendantes\* (aussi appelées variables explicatives\*). Ils ont fait de même avec la dimension de *depersonalisation* du burnout, entrée comme variable dépendante.

Plusieurs limitations sont reconnues par les auteurs. L'échantillon est certes plutôt représentatif de la province, mais n'est pas généralisable à l'Afrique du Sud, encore moins à d'autres pays. De plus, les infirmières ont été sélectionnées aléatoirement chez une agence privée, principalement liée à un même groupe hospitalier. Cela peut provoquer un biais de sélection\*, qui demanderait que l'étude soit répétée dans un autre contexte. Enfin, les données proviennent de tests d'auto-évaluation, ce qui peut conduire à des biais de mesure\* (en raison notamment de la désirabilité sociale, qui consiste à se présenter sous un jour favorable pour être apprécié par autrui).

Finalement, il est important de relever que les concepts ne sont que rapidement définis, de manière superficielle. Les différentes dimensions des concepts ne sont pas présentées, pas plus que la raison pour laquelle l'intelligence émotionnelle a été choisie en tant que trait de personnalité plutôt que comme une habileté. Des approfondissements à ce sujet rendraient la recherche plus solide et crédible.

### **Analyse de la pertinence clinique**

Cette étude apporte des preuves statistiques de l'utilité de l'intelligence émotionnelle pour gérer le stress au travail et le burnout chez les infirmières. Il est également intéressant de noter que l'intelligence émotionnelle permet de réguler sa propre réponse au stress afin d'éviter de basculer dans le burnout.

Etant donné le niveau de stress élevé dans les milieux de soins, cette étude considère qu'il est indispensable d'assurer aux infirmières une formation liée à l'intelligence émotionnelle. Que ce soit des cours en emploi ou des thèmes inscrits dans la formation de base, il est nécessaire de donner aux infirmières des moyens pour lutter contre ce stress, afin d'améliorer leur santé au travail et leur permettre de durer dans cette profession.

## **8.3 Etude 3 (Karimi 2014)**

*Emotional rescue : the role of emotional intelligence and emotional labour on well-being and job-stress among community nurses*, de Leila Karimi, Sandra G. Leggat, Lisa Donohue, Gerald Farrell et Greta E. Couper, a été publiée en 2014 dans le Journal of Advanced Nursing.

### **Analyse descriptive**

Cette étude a pour objectif d'explorer à quel point l'intelligence émotionnelle et le travail émotionnel sont associés avec le bien-être général et le stress au travail chez des infirmières en santé communautaire australienne. Les auteurs définissent le travail émotionnel comme « the process where employees regulate their emotional displays, in an attempt to meet organisationally based expectations specific to their role » (Karimi *et al.*, 2014, p. 2276).

L'échantillon est constitué d'infirmières travaillant dans un service de santé communautaire de l'Etat de Victoria, en Australie. Les infirmières de ce service ont reçu, par courrier, des questionnaires à remplir accompagnés d'une lettre d'information, d'un formulaire de consentement, et d'une enveloppe-réponse prépayée. Trois semaines après, les chercheurs ont envoyés un e-mail invitant les participantes potentielles à répondre aux questions et à les renvoyer, si elles souhaitaient participer à l'étude. Au final, 334 questionnaires ont été retournés et, après élimination des formulaires incomplets, 312 ont été inclus dans cette étude. Les questionnaires, exclusivement des auto-évaluations, concernaient plusieurs domaines : caractéristiques démographiques (âge, genre), détails professionnels (milieu de travail, années d'expérience, degré de diplôme, ...), *SREIT – Self-Report Emotional Intelligence Test* (évaluation de l'intelligence émotionnelle ; 13 items de ce test ont permis d'évaluer le stress au travail), *ED – Emotional Dissonance* (échelle d'évaluation du travail émotionnel), *GWBQ – General Well-Being Questionnaire* (évaluation du bien-être).

Les principaux résultats obtenus sont :

- Les infirmières possédant une haute intelligence émotionnelle (ayant une bonne capacité de gérer leurs émotions) présentent un meilleur bien-être et un plus bas niveau de stress au travail.
- Les infirmières subissant un haut niveau de travail émotionnel (incluant une dissonance entre les sentiments perçus et ceux qui sont exprimés) démontrent un plus faible niveau de bien-être et un plus haut niveau de stress au travail.
- L'intelligence émotionnelle peut modérer l'impact du travail émotionnel, c'est-à-dire que, en présence d'un fort travail émotionnel, les infirmières possédant une haute intelligence émotionnelle sont moins affectées par le stress au travail et, par conséquent, expérimentent un meilleur bien-être.

### **Analyse de la validité méthodologique**

Pour analyser les relations complexes entre travail émotionnel, intelligence émotionnelle, stress au travail et bien-être des infirmières, les chercheurs ont élaboré un modèle schématique\* représentant ces différents concepts et les liens entre eux. Ce modèle a d'ailleurs été modifié au cours de la recherche, en fonction des résultats. Dans leur étude, les auteurs présentent les deux modèles (initial et révisé) afin d'expliquer clairement leur démarche réflexive. Le logiciel informatique servant à l'analyse est également un choix judicieux, le programme AMOS étant particulièrement adapté pour travailler avec un modèle schématique.

Par ailleurs, les différents instruments servant à mesurer les concepts étudiés ont été sélectionnés soigneusement. Les tests sont tous validés par plusieurs références et la valeur  $\alpha$  de Cronbach de chacun d'entre eux est présentée :

- *SREIT* ( $\alpha = 0.84$ ) ;
- *ED* ( $\alpha = 0.77$ ) ;
- 13 items du *SREIT* évaluant le stress au travail ( $\alpha = 0.90$ ) ;
- *GWBQ* divisé en 2 parties : épuisé ( $\alpha = 0.82$ ) et nerveux ( $\alpha = 0.83$ ).

On peut ainsi constater que la cohérence interne des tests utilisés est acceptable.

Afin de s'assurer de la fidélité\* des mesures, les chercheurs ont effectué une analyse discriminante\* selon trois possibilités : un modèle à 4 branches, un modèle à 3 branches et un facteur unique. Les différents résultats statistiques, présentés en détail dans l'étude en question, montrent que le modèle à 4 branches (bien-être, stress au travail, travail émotionnel et intelligence émotionnelle) offre une bien meilleure fiabilité ; c'est donc lui qui a été choisi.



Finalement, il est nécessaire de noter que la validité externe\* de cette étude est garantie ; en effet, ses résultats vont dans le sens de la recherche actuelle et permettent d'en approfondir le sujet.

### **Analyse de la pertinence clinique**

A travers cette étude très récente, les auteurs constatent que l'intelligence émotionnelle est capable de modérer l'impact du stress au travail et d'améliorer le bien-être. Les chercheurs mettent l'accent sur l'importance d'intégrer davantage cette notion dans les formations de base pour les soins infirmiers ou dans les services de soins, afin de prévenir les effets néfastes du stress au travail (manque de satisfaction, intention de quitter son emploi). Il est précisé que le milieu des soins est exigeant émotionnellement et que les infirmières en santé communautaire sont, au même titre que les infirmières en intra-hospitalier, à risque de subir les conséquences d'un fort travail émotionnel. L'intégration de l'intelligence émotionnelle dans le travail est donc tout à fait appropriée.

Enfin, il est rappelé que l'intelligence émotionnelle ne sert pas uniquement à la gestion du stress et à un meilleur bien-être personnel ; elle offre des clés très pertinentes pour aider à la relation infirmière-patient, ce qui contribue à améliorer la qualité des soins et la satisfaction des patients.

## **8.4 Etude 4 (Kaur 2013)**

Cette étude, intitulée *Effect of spiritual intelligence, emotional intelligence, psychological ownership and burnout on caring behaviour of nurses : a cross-sectional study*, a été menée par Devinder Kaur, Murali Sambasivan et Naresh Kumar, et publiée en 2013 dans le Journal of Clinical Nursing.

### **Analyse descriptive**

L'objectif de cette étude est de proposer un modèle de prédiction des attitudes soignantes (*caring behaviour*) chez les infirmières qui inclut 4 concepts : *spiritual intelligence*, *emotional intelligence*, *psychological ownership* et *burnout*.

Pour rassembler les données nécessaires, les chercheurs ont établi un échantillon aléatoire de 550 infirmières travaillant dans sept grands hôpitaux publics de Kuala Lumpur et ses environs. Les infirmières provenaient de cinq services hospitaliers : médecine générale, chirurgie générale, pédiatrie, gynécologie-obstétrique et orthopédie.

Les chercheurs ont construit un questionnaire en six sections : (1) évaluation de l'intelligence émotionnelle à l'aide du *SREIT – Self-Report Emotional Intelligence Test* ; (2) évaluation de l'intelligence spirituelle à l'aide du *SISRI – Spiritual Intelligence Self-Report Inventory* ; (3) évaluation du burnout à l'aide du *MBI-HSS – Maslach Burnout Inventory - Human Service Survey* ; (4) évaluation de *psychological ownership* à l'aide d'une échelle en six items ; (5) évaluation des attitudes soignantes infirmières à l'aide d'une échelle de 24 items ; et (6) recueil des données démographiques.

Sur les 550 questionnaires distribués, 487 ont été retournés ; après vérification et suppression des formulaires incomplets, 448 ont été inclus dans cette étude.

Les auteurs ont également cherché à obtenir l'avis des patients sur la qualité des soins, un concept lié aux attitudes soignantes. Pour cela, ils ont recueilli 384 mesures de la satisfaction des patients sur les soins infirmiers en général dans sept hôpitaux, grâce à une échelle composée de trois items. En triangulant ces données avec celles issues des questionnaires aux infirmières sur leurs attitudes soignantes, les auteurs ont pu enrichir leurs résultats avec un point de vue différent et non négligeable.

Cette étude prend en compte de nombreux concepts qui ne sont pas tous liés à la présente revue de la littérature ; c'est pourquoi, seuls les résultats qui concernent directement l'intelligence émotionnelle et le burnout seront présentés ici :

- Une forte corrélation positive\* relie l'intelligence spirituelle et l'intelligence émotionnelle ( $r = 0.53$ ,  $p = 0.000$ ).
- Les infirmières ayant un haut niveau d'intelligence émotionnelle présentent un haut niveau de propriété psychologique ( $r = 0.23$ ,  $p = 0.000$ ) ; l'emploi de l'intelligence émotionnelle dans un milieu professionnel comme les soins offre un meilleur sentiment de contrôle sur son travail.
- Un haut niveau d'intelligence émotionnelle est associé, chez les infirmières, à un haut niveau d'attitudes soignantes ( $r = 0.19$ ,  $p = 0.000$ ) ; l'intelligence émotionnelle offre des clés pour un meilleur contact relationnel, augmentant la qualité des attitudes soignantes envers les patients.
- Les infirmières possédant un haut niveau d'intelligence émotionnelle subissent de plus faibles niveaux de burnout ( $r = -0.18$ ,  $p = 0.000$ ) ; l'intelligence émotionnelle a une corrélation inverse avec le burnout, elle permet de résister à l'impact du burnout.

### **Analyse de la validité méthodologique**

La validité interne\* de cette étude est garantie par de nombreux moyens. La validité des instruments de mesure a été testée ; les valeurs  $\alpha$  de Cronbach pour chacun des cinq concepts-clés (*emotional intelligence*, *spiritual intelligence*, *burnout*, *psychological ownership*, *caring behaviours*) sont comprises entre 0.75 et 0.92, ce qui est tout à fait acceptable. Ces corrélations ont été effectuées en employant judicieusement le logiciel SPSS. L'autre logiciel employé, LISREL, est plus spécifique aux modèles schématiques ; il a lui aussi été pertinemment utilisé pour calculer les *confirmatory factor analysis (CFA)* de chacun des concepts-clés au sein du modèle structurel élaboré par les chercheurs.

Il y a de nombreux résultats s'articulant autour de nombreux concepts dans cette étude, mais il est intéressant de remarquer que tous ces résultats sont corroborés par d'autres sources issues de la littérature scientifique, assurant par là une bonne validité externe.

Les auteurs ont conçu les questionnaires en malaisien et les ont fait traduire en anglais par des experts linguistiques de l'Université Putra, afin de garantir la fidélité de la traduction.

Toutefois, les chercheurs n'ont pas jugé utile de préparer des formulaires de consentement. Ils précisent que « it was made clear that returning the questionnaire after completion was considered as informed consent for participation in the study » (p. 3196). Dans la mesure où les questionnaires ont été transmis aux infirmières par l'intermédiaire des responsables de chaque hôpital, il est légitime de se demander si toutes les participantes étaient correctement informées de leur collaboration à l'étude.

Comme mentionné plus haut, cette étude couvre une large palette de concepts, ce qui la rend complexe à comprendre. De plus, comparé à d'autres études sur le sujet, le cadre conceptuel est plutôt faible et peu détaillé ; les concepts employés ne sont pas définis et les références majeures (généralement incontournables) concernant les concepts-clés sont absentes. Enfin, les instruments de mesure utilisés pour évaluer la propriété psychologique et les attitudes soignantes ne sont pas clairement explicités, il est donc impossible d'évaluer leur validité sur le plan méthodologique. Tout cela affaiblit la crédibilité de cette étude, et peut faire douter de sa validité.

Il faut cependant signaler que les instruments de mesure employés pour évaluer l'intelligence émotionnelle et le burnout (respectivement le *SREIT* et le *MBI-HSS*) sont, eux, clairement mentionnés et largement utilisés à travers la littérature, ce qui garantit leur validité.

### Analyse de la pertinence clinique

Malgré les faiblesses relevées, cette étude apporte davantage de preuves des relations entre l'intelligence et le burnout. De plus, les auteurs ont travaillé le concept de façon très intéressante grâce à la théorie des systèmes de Betty Neumann, apportant un point de vue disciplinaire au cadre conceptuel. Enfin, cette étude ouvre la perspective de recherche en y intégrant d'autres éléments pertinents, notamment la notion d'intelligence spirituelle. Cette dernière est d'ailleurs considérée par les auteurs comme étant un des fondements de la pratique infirmière, une base à partir de laquelle se construisent d'autres concepts.

Comme d'autres auteurs auparavant, cette étude insiste sur la nécessité d'intégrer les différents facteurs étudiés (dont l'intelligence émotionnelle) dans les formations, ainsi que dans les réflexions des professionnels de la santé et des administrateurs.

### 8.5 Etude 5 (Montes-Berges 2014)

Rédigée par Beatriz Montes-Berges et José-María Augusto-Landa, cette étude nommée *Emotional Intelligence and Affective Intensity as Life Satisfaction and Psychological Well-Being Predictors on Nursing Professionals* a été publiée dans le Journal of Professional Nursing en 2014.

#### Analyse descriptive

Les deux objectifs de cette étude sont d'examiner : (1) les relations entre l'intelligence émotionnelle perçue, l'intensité affective, la satisfaction dans la vie (*life satisfaction*) et le bien-être psychologique des infirmières, et (2) si l'intelligence émotionnelle perçue et l'intensité affective peuvent être des prédicteurs de la satisfaction dans la vie et du bien-être psychologique.

L'échantillon se compose de 85 infirmières travaillant à temps plein dans différents services d'un grand hôpital public de la province de Jaén, en Espagne. Les participants à l'étude n'ont pas été sélectionnés aléatoirement, ce sont tous des volontaires.

Pour collecter les données, les chercheurs ont élaboré un questionnaire comprenant cinq parties :

- Informations sociodémographiques et liées au travail (âge, statut matrimonial, années d'expérience, ...)
- *Larsen's Affect Intensity Scale* (autoévaluation de l'intensité affective à l'aide de 40 items gravitant autour de 4 facteurs : *positive affect, negative intensity, serenity* et *negative reactivity*) ;
- *TMMS – Trait Meta-Mood Scale* (autoévaluation de l'intelligence émotionnelle perçue, élaborée par Salovey et Mayer, grâce à 24 items reliant 3 composantes : *emotional attention, emotional clarity* et *emotional repair*) ;
- *PWBS – Psychological Well-Being Scale* (autoévaluation basée sur 29 items, divisés en 6 aspects : *self-acceptance, positive relationships, autonomy, environmental mastery, purpose in life, personal growth*) ;
- *SWLS – Life Satisfaction Scale* (autoévaluation avec 5 items).

Ce questionnaire anonyme a été distribué sur le lieu de travail et les données ont été collectées par deux étudiants infirmiers préalablement entraînés à cette tâche.

Les résultats principaux, en lien avec l'intelligence émotionnelle, sont :

- En correspondance partielle avec l'hypothèse de recherche, la dimension *emotional clarity* a une corrélation positive ( $\alpha = 0.38$ ,  $p < 0.05$ ) avec un seul aspect du bien-être psychologique (*self-acceptance*).

- La dimension *emotional repair* est corrélée positivement avec la satisfaction dans la vie ( $\alpha = 0.38$ ,  $p < 0.05$ ), et aussi avec 3 aspects du bien-être psychologique : *self-acceptance* ( $\alpha = 0.37$ ,  $p < 0.05$ ), *purpose in life* ( $\alpha = 0.24$ ,  $p < 0.001$ ) et *personal growth* ( $\alpha = 0.30$ ,  $p < 0.001$ ).
- La dimension *emotional clarity* peut prédire partiellement la *self-acceptance* ( $\beta = 0.34$ ,  $p < 0.00$ ) ; cela signifie que les individus possédant une bonne compréhension des émotions se sentent mieux avec eux-mêmes.
- La dimension *emotional repair* peut prédire partiellement la satisfaction dans la vie ( $\beta = 0.33$ ,  $p < 0.00$ ) ; c'est-à-dire que les personnes ayant la capacité de freiner leurs émotions négatives ou de favoriser leurs émotions positives reportent une plus grande satisfaction dans la vie.
- Conformément à l'hypothèse de recherche, des différences significatives sur le plan statistique\* ont été observées entre les participants au sujet de la satisfaction dans la vie et du bien-être psychologique ; ces différences étaient dues à la dimension *emotional repair*. Cela indique que la satisfaction dans la vie et le bien-être psychologique sont dépendants de l'intelligence émotionnelle, plus précisément de la capacité à gérer efficacement ses émotions négatives et positives.

### Analyse de la validité méthodologique

Dans cette étude, les auteurs ont analysé des corrélations entre des concepts, en calculant le coefficient  $\alpha$  de Cronbach et la valeur  $p^*$  (voire résultats, ci-dessus). De plus, ils ont assuré la validité interne de chaque test employé en calculant également le coefficient  $\alpha$  de Cronbach :

- *Larsen's Affect Intensity Scale* : pour les 4 facteurs ( $\alpha = 0.84-0.86$ ) et pour l'échelle globale ( $\alpha = 0.85$ ) ;
- *TMMS* : *emotional attention* ( $\alpha = 0.86$ ), *emotional clarity* ( $\alpha = 0.90$ ) et *emotional repair* ( $\alpha = 0.86$ ) ;
- *PWBS* en version espagnole : pour les 6 aspects ( $\alpha = 0.70-0.84$ ) ;
- *SWLS* en version espagnole ( $\alpha = 0.87$ ).

Puis, sept analyses de régression multiple ont été effectuées, à l'aide de 7 variables dépendantes différentes (*life satisfaction* et les 6 aspects du bien-être psychologique). Elles indiquent selon quelle proportion les variables dépendantes sont influencées par une ou plusieurs variable(s) indépendantes ; ce résultat peut être noté soit par  $R^*$ , soit comme ici, par  $R^{2*}$ . La puissance de la corrélation entre les variables est indiquée par le coefficient bêta ( $\beta$ )\* ; les chercheurs utilisent également la valeur  $p$  pour assurer la validité interne de leurs analyses.

Enfin, afin de déterminer si une composante pouvait ou non faire office de prédicteur à d'autres, des analyses de la variance\* ont été pratiquées ; les différents rapports de variance\* (validés toujours par la valeur  $p$ ) identifiés ont démontré de fortes variations entre les individus.

La validité externe de cette étude est également garantie car les résultats des recherches et les conclusions sont appuyées par d'autres études issues de la discipline infirmière, ainsi que d'autres disciplines comme la psychologie par exemple.

Les auteurs se sont assurés de respecter l'éthique de recherche, en rendant les questionnaires anonymes, et en faisant signer aux participants des formulaires de consentement. Toutefois, il n'est fait mention nulle part de comité d'éthique, pour valider cet aspect.

Une des limitations majeures de cette étude (reconnue par les chercheurs) est la petite taille de l'échantillon ( $n = 85$ ), ce qui peut poser problème quant à la qualité des résultats

et leurs possibilités de généralisation à large échelle. Un autre aspect, récurrent dans ce type d'étude, est la possibilité d'un biais de mesure inhérent aux autoévaluations, à cause de la désirabilité sociale.

### **Analyse de la pertinence clinique**

Cette étude, très pointue sur le plan méthodologique, explique clairement sa démarche, présente en détail les outils utilisés, les résultats, avant de les commenter et de les lier à un contexte plus large, ce qui renforce grandement la crédibilité scientifique. Les conclusions des auteurs sont similaires à beaucoup d'autres ; elles mettent l'accent sur l'importance d'introduire de façon pertinente l'étude de l'intelligence émotionnelle et de divers outils concrets pour donner aux futures infirmières les moyens de lutter contre l'impact du stress au travail, un élément inhérent aux soins et potentiellement destructeur.

## **8.6 Etude 6 (Van Dusseldorp 2010)**

Publiée 2010 dans le *Journal of Clinical Nursing*, cette étude s'intitule *Emotional intelligence of mental health nurses* et a été rédigée par Loes RLC van Dusseldorp, Berno KG van Meijel et Jan JL Derksen.

### **Analyse descriptive**

L'objectif prioritaire de cette étude est d'explorer le niveau d'intelligence émotionnelle des infirmières en santé mentale des Pays-Bas.

Pour cela, les chercheurs ont d'abord effectué un échantillonnage aléatoire stratifié\*, en créant 4 groupes selon les différentes combinaisons de ces caractéristiques : hommes / femmes, travail en intra-hospitalier / extra-hospitalier. 40 personnes par strates ont ensuite été sélectionnées par un échantillonnage systématique\* afin de garantir des strates de taille équivalente. 160 courriers ont donc été envoyés aux participants potentiels, leur expliquant la démarche de l'étude, la méthode de sélection des participants, le fait que cette étude était anonyme et confidentielle, ainsi qu'un questionnaire évaluant l'intelligence émotionnelle. Sur ces 160 questionnaires envoyés aux participants, seuls 98 ont été conservés pour l'étude, principalement à cause d'un fort taux de non-réponse (32.5 %). La répartition finale des 98 participants dans les 4 strates était à peu près équilibrée (entre 23 et 27 personnes par strate).

La collecte des données s'est effectuée au moyen du *Bar-On Emotional Quotient Inventory (EQ-i)*, un questionnaire d'autoévaluation de l'intelligence émotionnelle, divisé en 5 composantes (*Intrapersonal EQ*, *Interpersonal EQ*, *Adaptability EQ*, *Stress management EQ*, *General Mood EQ*) et 15 sous-composantes. Ce test donne un coefficient standardisé de l'intelligence émotionnelle (semblable aux tests de QI), dont la valeur moyenne est 100. Au-dessous, l'intelligence émotionnelle est considérée comme basse, sous-développée ; au-dessus, elle est hautement développée.

Les principaux résultats obtenus sont :

- La moyenne à l'EQ-i des infirmières en santé mentale est de 108.76 (valeur pondérée : 109.74) ; elle est statistiquement et significativement plus élevée que la moyenne de la population générale ( $t = 7.48$ ,  $df = 97$ ,  $p < 0.001$ ).
- Contrairement à l'hypothèse de recherche, il a été observé qu'il n'existait aucune différence significative dans la moyenne de l'EQ entre les hommes et les femmes ( $p > 0.05$ ).
- Des différences dans quelques composantes de l'intelligence émotionnelle ont cependant été relevées entre les hommes et les femmes ; les femmes ont des

résultats significativement plus élevés que leurs collègues masculins dans les sous-composantes *Emotional self-awareness* et *Interpersonal relationships* (respectivement,  $t = -4.69$  et  $-3.48$ ), ainsi que dans la composante *Interpersonal EQ* ( $t = -3.28$ ,  $df = 96$ ,  $p = 0.001$ ).

- Contrairement aux hypothèses des chercheurs, aucune différence statistiquement significative n'a été relevée au sujet de la composante *Stress management* ( $p > 0.05$ ) entre les infirmières travaillant en intra-hospitalier et extra-hospitalier.
- Contrairement à l'hypothèse, aucune corrélation significative n'a pu être établie entre l'EQ et l'âge des personnes, ou entre l'EQ et les années d'expérience de travail infirmier ( $F = 0.278$ ,  $df = 2$ ,  $p = 0.758$ ).

### **Analyse de la validité méthodologique**

Pour commencer, les chercheurs ont vérifié la validité interne de l'EQ-i en calculant les coefficients  $\alpha$  de Cronbach de toutes les sous-composantes ( $\alpha = 0.69 - 0.86$ ). Ils ont également assuré la stabilité de cet inventaire en effectuant ce test à nouveau après 1 mois et 4 mois. Finalement, ce test semble véritablement mesurer l'intelligence émotionnelle, car la validité de construit\* a été reconnue à travers des études diverses provenant de 16 pays différents.

Afin de comparer les différentes moyennes étudiées (par exemple, la moyenne de l'EQ des hommes à celle des femmes), les auteurs ont judicieusement utilisé le test  $t^*$  (généralement associé au degré de liberté\* ou  $df$ ) ; la validité statistique a été assurée par la valeur  $p$ . Puis, pour vérifier l'influence de l'âge ou des années d'expérience sur l'intelligence émotionnelle, les chercheurs ont pratiqué une analyse de la variation et une analyse de régression multiple. Tous les résultats sont mentionnés dans cette étude, y compris ceux qui ne sont pas statistiquement significatifs.

Le risque de biais de mesure inhérent aux autoévaluations (risque de désirabilité sociale) a été pris en compte et les chercheurs ont tenté de le minimiser en mettant de l'emphase sur les notions d'anonymat et de confidentialité dans le courrier explicatif envoyé aux participants. Cette étude est la seule de cette revue de la littérature à avoir tenté de limiter ce risque de biais.

L'intérêt d'effectuer un échantillonnage stratifié est pertinent dans cette étude. En effet, les auteurs ont comparé les moyennes de l'EQ entre les hommes et les femmes, alors que le nombre d'hommes est largement inférieur à celui des femmes sur le terrain. Cette technique d'échantillonnage permet d'équilibrer les deux groupes, afin de pouvoir faire des comparaisons valides.

Il est à relever que les auteurs ne mentionnent aucune considération liée à l'éthique au cours de cette recherche.

La limitation principale de cette étude est le fort taux d'abstention des participants (32.5%). Les chercheurs considèrent que cela peut nuire à la qualité des résultats, et fausser la représentativité de l'échantillon.

### **Analyse de la pertinence clinique**

Cette étude apporte un éclairage lié au genre par rapport à l'intelligence émotionnelle. Elle montre qu'il n'y a guère de différences entre les hommes et les femmes au niveau de l'intelligence émotionnelle générale, mais que certains aspects sont favorisés chez les femmes. Toutefois, la validité externe de ces résultats reste encore à prouver ; les auteurs citent d'autres études corroborant leurs données, et des études les contredisant. La littérature scientifique à ce sujet est actuellement disparate et il faudra davantage de recherches approfondies pour ressortir des tendances entre les hommes et les femmes.

Par ailleurs, il est ici prouvé que l'intelligence émotionnelle des infirmières en santé mentale est plus élevée que celle de la population générale. Il serait intéressant de savoir si ce résultat peut être appliqué aussi aux infirmières en soins somatiques.

Les propositions des auteurs sont similaires à celles de nombreuses autres études sur le sujet : il serait très profitable d'approfondir l'étude de l'intelligence émotionnelle chez les infirmières. Cela serait profitable à la fois pour elles-mêmes, pour les patients et pour les institutions de soins.

## 8.7 Synthèse des principaux résultats

Les six études développées ci-dessus offrent un grand nombre de résultats parfois difficiles à interpréter. Afin de faciliter ce travail, les découvertes les plus pertinentes par rapport à la problématique sont rassemblées ici :

- L'intelligence émotionnelle peut être considérée comme l'aboutissement d'un processus en trois paliers qui permet aux infirmières des urgences d'établir les relations thérapeutiques avec des personnes en fin de vie.
- Elle permet de surmonter certains obstacles à la relation thérapeutique (contraintes environnementales, mécanismes de défense personnels, ...) et par là même, éviter des répercussions négatives sur la santé des infirmières (stress au travail ingérable, burnout, retrait de la pratique).
- Certains aspects de l'intelligence émotionnelle (*emotional control* et *emotional management*) permettent de gérer efficacement le stress perçu par les infirmières ainsi que certaines dimensions du burnout (*emotional exhaustion* et *depersonalisation*).
- Dans les situations stressantes, l'intelligence émotionnelle permet de moduler la réponse au stress de l'infirmière et ainsi, de lutter contre le burnout.
- L'intelligence émotionnelle a une corrélation positive avec une dimension du burnout (*personal accomplishment*).
- Le travail émotionnel est lié à un plus faible niveau de bien-être et un plus haut niveau de stress au travail. Les infirmières possédant une haute intelligence émotionnelle présentent un meilleur bien-être et un plus bas niveau de stress au travail.
- L'intelligence émotionnelle peut modérer l'impact du travail émotionnel, c'est-à-dire que, en présence d'un fort travail émotionnel, les infirmières possédant une haute intelligence émotionnelle sont moins affectées par le stress au travail et, par conséquent, expérimentent un meilleur bien-être.
- Les infirmières ayant un haut niveau d'intelligence émotionnelle présentent un haut niveau de propriété psychologique ; l'intelligence émotionnelle offre un meilleur sentiment de contrôle sur son travail.
- Un haut niveau d'intelligence émotionnelle est associé, chez les infirmières, à un haut niveau d'attitudes soignantes ; l'intelligence émotionnelle offre des clés pour un meilleur contact relationnel, augmentant la qualité des attitudes soignantes envers les patients.
- Les infirmières possédant un haut niveau d'intelligence émotionnelle subissent de plus faibles niveaux de burnout ; l'intelligence émotionnelle permet de résister à l'impact du burnout.
- Un aspect de l'intelligence émotionnelle (*emotional clarity*) est relié à un aspect du bien-être psychologique (*self-acceptance*), qu'il peut prédire partiellement ;

les individus possédant une bonne compréhension des émotions ont plus facilement tendance à s'accepter tels qu'ils sont.

- Un autre aspect de l'intelligence émotionnelle (*emotional repair*) peut déterminer partiellement la satisfaction dans la vie ; c'est-à-dire que les infirmières ayant la capacité de bloquer leurs émotions négatives ou d'encourager leurs émotions positives expriment être davantage satisfaites dans la vie.
- Les infirmières expriment avec des résultats variés leur satisfaction dans la vie et leur bien-être psychologique ; ces différences sont dépendantes d'un aspect de l'intelligence émotionnelle (*emotional repair*).
- Les infirmières en santé mentale présentent une plus haute intelligence émotionnelle que la population générale.
- L'intelligence émotionnelle n'est pas plus élevée chez les femmes que chez les hommes, mais elle est inégalement répartie entre les genres (les femmes sont plus sensibles à la dimension relationnelle et ont davantage conscience de leurs propres émotions).
- L'intelligence émotionnelle n'est ni liée à l'âge de l'infirmière, ni à ses années d'expérience.

Ce sont principalement ces résultats qui vont servir à élaborer la discussion de cette revue de la littérature, dans la partie suivante.



## 9. Discussion

Cette partie propose une synthèse des résultats, reliée à la problématique de fond de cette revue de la littérature. Elle vise à articuler les découvertes récentes d'un point de vue critique pour en faire émerger un sens cohérent et utilisable concrètement.

### 9.1 Discussion des résultats

Cette revue de la littérature a pour but de répondre à la question de recherche suivante : l'emploi de l'intelligence émotionnelle par les infirmières peut-il diminuer le stress au travail ainsi que le burnout ?

Plusieurs études ont exploré les relations entre le niveau d'intelligence émotionnelle et le stress au travail (Bailey *et al.*, 2011 ; Görgens-Ekermans & Brand, 2012 ; Karimi *et al.*, 2014). Le stress est inévitable dans la pratique infirmière, surtout relié à la confrontation à la mort et la souffrance, la surcharge de travail, le sentiment d'être insuffisamment préparé et l'incertitude à propos des traitements (Augusto Landa & López-Zafra, 2010, p. 53-54). Il est essentiel que les infirmières apprennent à gérer ce stress constant. Les recherches ont démontré que l'intelligence émotionnelle peut diminuer ce stress. Görgens-Ekermans et Brand (2012) ont démontré que les personnes ayant une haute intelligence émotionnelle présentent un niveau de stress plus faible. Karimi *et al.* (2014) parviennent aux mêmes conclusions et ajoutant que les infirmières émotionnellement intelligentes parviennent à modérer l'impact négatif du travail émotionnel, et reportent par conséquent un meilleur bien-être général.

Le burnout est une répercussion négative du stress au travail relativement fréquente dans la profession infirmière (Augusto Landa & López-Zafra, 2010, p. 53). Les études de Görgens-Ekermans et Brand (2012) et celle de Kaur *et al.* (2013) ont mis en évidence que l'intelligence émotionnelle permet de lutter contre le sentiment de burnout. Contrôler ses émotions et savoir les employer intelligemment est un facteur protecteur contre l'épuisement émotionnel et le sentiment de dépersonnalisation, deux éléments significatifs du burnout. De plus, posséder une bonne intelligence émotionnelle permet de se sentir épanoui et accompli dans son travail, un puissant bouclier contre le burnout. Enfin, dans les situations de stress important, l'intelligence émotionnelle peut moduler, modérer la réaction de l'infirmière et, de cette façon, contribuer à la lutte contre le burnout. L'étude de Kaur *et al.* (2013) rapporte également que l'intelligence émotionnelle offre aux infirmières un meilleur sentiment de contrôle sur leur travail, ce qui peut être perçu comme une arme contre le burnout.

Toutefois, l'intelligence émotionnelle a des implications beaucoup plus larges et variées. Dans la littérature scientifique, elle est fréquemment associée à la qualité de la relation entre l'infirmière et le patient. L'étude qualitative de Bailey *et al.* (2011) a permis d'élaborer un modèle du développement de l'expertise relationnelle auprès des personnes en fin de vie dans un département d'urgence. Le développement de l'intelligence émotionnelle est l'aboutissement de ce processus. Elle permet de surmonter certains obstacles à la relation thérapeutique (contraintes environnementales, mécanismes de défense personnels) et par là même, éviter des répercussions négatives sur la santé des infirmières (stress au travail ingérable, burnout, retrait de la pratique). L'étude de Kaur *et al.* (2013) va dans le même sens, relevant qu'une bonne intelligence émotionnelle offre des clés pour un meilleur contact relationnel avec les patients, augmentant la qualité des attitudes soignantes. Montes-Berges et Augusto-Landa (2014) ont constaté que les

infirmières possédant une bonne compréhension des émotions (les leurs et celles d'autrui) ont plus facilement tendance à s'accepter telles qu'elles sont (*self-acceptance*). De plus, de manière encore plus globale, l'*emotional repair* peut déterminer partiellement la satisfaction dans la vie ; c'est-à-dire que les personnes ayant la capacité de bloquer leurs émotions négatives ou d'encourager leurs émotions positives expriment être davantage satisfaites dans la vie. Il est intéressant de noter que les infirmières de cette étude présentaient des résultats variés de satisfaction dans la vie et de bien-être psychologique ; ces différences étaient dépendantes de cet aspect de l'intelligence émotionnelle (*emotional repair*).

Afin de mieux comprendre la nature de l'intelligence émotionnelle, il peut être utile de se pencher sur certaines caractéristiques mises en évidence par van Dusseldorp *et al.* (2010). Tout d'abord, il ressort de leur étude que l'intelligence des infirmières en santé mentale est significativement plus élevée que la moyenne, probablement lié au fait qu'elles doivent quotidiennement comprendre, interpréter et travailler avec les émotions (parfois violentes) des patients. Bien qu'il n'y ait pas de différences de niveau d'intelligence émotionnelle entre les genres, certaines composantes (dont la dimension relationnelle) semble plus développée chez les infirmières que chez leurs collègues masculins. Une autre caractéristique notable est que l'intelligence émotionnelle n'est ni liée à l'âge des infirmières, ni à ses années d'expérience. Cela signifie que ce n'est pas une compétence qui s'acquiert spontanément en fonction de la pratique. S'agit-il donc d'un trait de la personnalité (inné et immuable) ou d'une compétence qu'il est possible de développer grâce à une formation spécifique ?

L'étude de Nelis, Quoidbach, Mikolajczak et Hansenne (2009) avance une réponse à ce sujet. Réalisée en Belgique, cette recherche a évalué l'efficacité d'une brève formation sur l'intelligence émotionnelle (4 séances de 2h30, réparties sur 4 semaines) auprès d'étudiants en psychologie, en comparant un groupe expérimental\* à un groupe témoin\*. Les résultats indiquent qu'il y a une augmentation significative des compétences en *emotion identification* et *emotion management* chez le groupe ayant reçu la formation, et que ces changements sont toujours présents six mois plus tard. Ces résultats vont dans le sens d'une formation possible auprès des infirmières afin d'accroître leurs compétences d'intelligence émotionnelle.

## 9.2 Discussion de la qualité et de la crédibilité des évidences

Sur les six études retenues pour cette revue de la littérature, cinq utilisent l'approche quantitative. Pour assurer la validité interne, les chercheurs présentent pour chaque résultat la valeur p. Tous les résultats, autant positifs que négatifs, sont pris en compte et discutés, garantissant par là une certaine intégrité scientifique et évitant un biais de publication\*. De plus, à chaque instrument de mesure utilisé (pour mesurer le niveau d'intelligence émotionnelle, par exemple), les auteurs indiquent le coefficient  $\alpha$  de Cronbach qui évalue la cohérence interne de cet instrument.

La seule étude qualitative de cette revue possède, comme décrit plus haut, de nombreuses failles dans sa méthode, principalement dues au fait que la réflexion des auteurs n'est pas explicitée. Sa validité interne pourrait être mise en doute, toutefois, la validité externe est garantie par le grand nombre d'études citées ayant des résultats similaires. La force de cette étude est surtout de combiner en un seul modèle cohérent des concepts importants des sciences infirmières (alliance thérapeutique, travail émotionnel, intelligence émotionnelle).

### 9.3 Limites et critiques de la revue de la littérature

Au cours de ce travail, plusieurs limitations ont vu le jour.

Premièrement, il s'agit d'une revue étoffée et non pas systématique, c'est-à-dire qu'elle ne prend pas en compte toutes les études sur le sujet mais seulement un nombre donné (selon les consignes, entre six et dix études). Afin d'obtenir une vision véritablement complète de la problématique, il faudrait effectuer une revue systématique qui rechercherait sur les bases de données toutes les études publiées officiellement sur le sujet et en ferait une synthèse méthodique. "

Deuxièmement, au niveau méthodologique, cette revue de la littérature est limitée par les mots-clés utilisés, ainsi que les bases de données. Pour élargir la recherche et augmenter le champ des résultats, il faudrait effectuer ce travail sur davantage de bases de données, avec d'autres mots-clés synonymes ou rapprochés.

Enfin, troisièmement, l'objectif de ce travail était de répondre la question de recherche « L'emploi de l'intelligence émotionnelle par les infirmières peut-il diminuer le stress au travail ainsi que le sentiment de burnout ? », et la réponse est présentée plus haut. Toutefois, suite à cette discussion, nombre de questions apparaissent. Qu'est-ce qui explique les différences d'intelligence émotionnelle dans la population ? Est-ce une capacité innée ou est-il possible de développer son intelligence émotionnelle ? Si oui, quels sont les moyens concrets à mettre en œuvre ? Y a-t-il des techniques d'apprentissage plus efficaces que d'autres ? Jusqu'où peut-on développer son intelligence émotionnelle ? Y a-t-il une « limite » ? Certaines de ses questions seront brièvement abordées dans la conclusion.

## 10. Conclusion

Cette revue de la littérature a permis de confirmer qu'il était possible de diminuer le stress vécu par les infirmières sur leur lieu de travail et des aspects du syndrome de burnout à l'aide de l'intelligence émotionnelle. Une meilleure reconnaissance et gestion de ses émotions ainsi que celles des autres contribue à un meilleur contrôle sur le stress environnant, à une meilleure reconnaissance de ses performances et limites, et fait office de protection contre les effets potentiellement destructeurs du stress, comme le burnout.

De plus, l'intelligence émotionnelle est fortement liée à la relation thérapeutique, et offre des moyens d'accepter les émotions des patients, ainsi que les siennes, pour établir de bonnes relations professionnelles. Elle permet de mieux ressentir les besoins des patients et de comprendre leurs réactions, ce qui permet de créer une saine et solide alliance thérapeutique.

Enfin, les études présentées indiquent que l'intelligence émotionnelle a de nombreux liens avec des notions bien plus globales. La méta-analyse\* de Martins, Ramalho et Morin (2010) a établi que l'intelligence émotionnelle était associée avec la santé (surtout la santé mentale et psychosomatique) ; les personnes avec une bonne intelligence émotionnelle étaient diagnostiquées en meilleure santé mentale et psychosomatique que celles possédant une plus faible intelligence émotionnelle. Les auteurs signalent d'ailleurs que les résultats encouragent à considérer l'intelligence émotionnelle comme un plausible prédicteur de la santé. Les études présentées dans ce travail relient également cette notion à l'intelligence spirituelle, le bien-être psychologique ou même la satisfaction dans la vie. Il semblerait en effet que « EI [Emotional Intelligence] is an active and essential ingredient of life success and happiness » (Nelis *et al.*, 2009).

### 10.1 Propositions pour la pratique

La pratique infirmière est marquée par un stress inhérent au milieu des soins et par un fort taux de burnout. Bien que certains services puissent sembler plus stressants que d'autres, les études signalent que toutes les infirmières sont susceptibles de subir les conséquences du stress, indépendamment du milieu où elles travaillent. Afin d'offrir aux infirmières des armes pour lutter contre ce stress, il serait bénéfique de mettre en place des formations continues traitant de l'intelligence émotionnelle. De plus, les services pourraient proposer régulièrement des colloques où les infirmières pourraient échanger sur des sujets particulièrement pesants émotionnellement, et envisager comment employer l'intelligence émotionnelle pour réagir à ces situations. Cela serait bénéfique également pour les instances dirigeantes des institutions de soins qui diminueraient ainsi les taux de burnout et d'infirmières décidant de quitter leur emploi car elles ne parviennent plus à en supporter le poids.

Il est important de se rappeler que la profession infirmière comporte un fort aspect relationnel, et une interaction permanente avec les émotions des patients. Comme le mentionne Littlejohn (2012), « we need rational intelligence for the science of nursing and EI for the art of nursing » (p. 363).

### 10.2 Propositions pour la formation

La grande majorité des études présentées dans ce travail insistent sur l'importance d'intégrer davantage le concept de l'intelligence émotionnelle dans les formations de soins

infirmiers actuelles. Comme il vaut mieux prévenir que guérir, les chercheurs proposent de présenter l'intelligence émotionnelle aux étudiants, leur permettant de réfléchir sur l'impact de leurs émotions dans les soins, afin d'améliorer non seulement leurs relations avec les patients et la qualité de leur travail, mais pour leur permettre également de préserver leur santé contre les effets négatifs du stress et du burnout. Cet aspect est particulièrement essentiel chez des jeunes diplômés inexpérimentés.

Il est intéressant de noter que certaines universités intègrent déjà largement l'intelligence émotionnelle dans leurs formations, comme l'Université de Málaga, en Espagne (Augusto Landa & López-Zafra, 2010, p. 52).

La revue de la littérature de Bulmer Smith, Profetto-McGrath et Cummings (2009) a recensé trois thèmes essentiels à la formation :

These themes are : (a) students need to understand the emotional nature of nursing to be prepared for practice ; (b) students need emotional skills to deliver competent nursing care ; and (c) students need emotional intelligence competencies to effectively deal with chaotic working environments. (p. 1630)

Les auteurs Freshwater et Stickley (2004) abondent dans le même sens en plaçant les émotions au cœur de la profession infirmière et, par conséquent, de son enseignement :

An education that ignores the value and development of the emotions is one that denies the very heart of the art of nursing practice. By focusing entirely on the rational, we are in danger of producing unbalanced practitioners. When teachers pay little or no attention to emotional development, they fail to communicate with students the significance of human relationships. (p. 93)

### **10.3 Propositions pour la recherche**

Le concept de l'intelligence émotionnelle est relativement récent dans les soins, et la littérature scientifique à ce sujet est grandissante. Toutefois, il y a pour le moment un manque de consensus à propos de la nature de ce concept, plusieurs théories cohabitent avec des visions différentes de ce phénomène, ce qui complexifie la recherche et rend les synthèses difficiles. La revue de Bulmer Smith *et al.* (2009) suggère de poursuivre la recherche sur les liens entre l'intelligence émotionnelle et la pratique infirmière car elle pourrait se révéler fructueuse (p. 1632). De plus, les liens entre l'émotion et la pensée critique ont besoin d'être approfondis (p. 1633). Enfin, ces auteurs attirent l'attention sur le manque de réflexion critique effectuée autour de ce concept ; ils recommandent aux chercheurs de bien veiller à débattre afin d'assurer la validité théorique et méthodologique de l'intelligence émotionnelle.

Comme évoqué plus haut, ce travail ne donne pas de pistes d'apprentissage de l'intelligence émotionnelle. Afin de poursuivre la recherche à ce sujet, il serait intéressant de se pencher sur des méthodes d'enseignement potentielles pour permettre le développement de l'intelligence émotionnelle chez les infirmières.

Cette revue étoffée de la littérature a permis de confirmer l'utilité de l'intelligence émotionnelle dans la lutte contre le stress au travail et le burnout. En élargissant le champ d'investigation, il est apparu que cette notion avait des liens très forts avec la profession infirmière, que ce soit au niveau de la relation avec les patients ou au niveau du bien-être

général des soignants. Certains auteurs considèrent d'ailleurs l'intelligence émotionnelle comme étant le cœur de l'art du soignant.

Il est essentiel pour les infirmières d'apprendre à travailler avec l'intelligence émotionnelle, afin de se préserver elles-mêmes et, par conséquent, d'offrir des soins humains de meilleure qualité.

## 11. Références bibliographiques

### Etudes retenues

- Bailey, C., Murphy, R., & Porock, D. (2011). *Professional tears : developing emotional intelligence around death and dying in emergency work*. Journal of Clinical Nursing 20, 3364-3372.  
DOI : 10.1111/j.1365-2702.2011.03860.x.
- Görgens-Ekermans, G., & Brand, T. (2012). *Emotional intelligence as a moderator in the stress-burnout relationship : a questionnaire study on nurses*. Journal of Clinical Nursing 21, 2275-2285.  
DOI : 10.1111/j.1365-2702.2012.04171.x.
- Karimi, L., Leggat, S.G., Donohue, L., Farrell, G., & Couper, G.E. (2014). *Emotional rescue : the role of emotional intelligence and emotional labour on well-being and job-stress among community nurses*. Journal of Advanced Nursing 70(1), 176-186.  
DOI : 10.1111/jan.12185.
- Kaur, D., Sambasivan, M., & Kumar, N. (2013). *Effect of spiritual intelligence, emotional intelligence, psychological ownership and burnout on caring behaviour of nurses : a cross-sectional study*. Journal of Clinical Nursing 22, 3192-3202.  
DOI : 10.1111/jocn.12386.
- Montes-Berges, B., & Augusto-Landa, J-M. (2014). *Emotional Intelligence and Affective Intensity as Life Satisfaction and Psychological Well-Being Predictors on Nursing Professionals*. Journal of Professional Nursing 30(1), 80-88.  
DOI : 10.1016/j.profnurs.2012.12.012.
- Van Dusseldorp, L., van Meijel, B., & Derksen, J. (2010). *Emotional intelligence of mental health nurses*. Journal of Clinical Nursing 20, 555-562.  
DOI : 10.1111/j.1365-2702.2009.03120.x.

### Références secondaires

- Augusto Landa, J.M., López-Zafra, E., Berrios Martos, P., & Aguilar-Luzón, M. (2008). *The relationship between emotional intelligence, occupational stress and health in nurses : A questionnaire survey*. International Journal of Nursing Studies 45(6), 888-901. DOI : 10.1016/j.ijnurstu.2007.03.005.
- Augusto Landa, J.M., & López-Zafra, E. (2010). *The Impact of Emotional Intelligence on Nursing : An Overview*. Psychology 1, 50-58. DOI : 10.4236/psych.2010.11008.
- Bar-On, R. (2006). *The Bar-On model of emotional-social intelligence (ESI)*. Psicothema 18, 13-25. URL : <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72709503>
- Bulmer Smith, K., Profetto-McGrath, J., & Cummings, G. (2009). *Emotional intelligence and nursing : An integrative literature review*. International Journal of Nursing Sciences 46, 1624-1636. DOI : 10.1016/j.ijnurstu.2009.05.024.
- Codier, E., Muneno, L., Franey, K., & Matsuura, F. (2010). *Is emotional intelligence an important concept for nursing practice ?* Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 17, 940-948. DOI : 10.1111/j.1365-2850.2010.01610.x.
- Codier, E., Freitas, B., & Muneno, L. (2013). *Developing Emotional Intelligence Ability in Oncology Nurses : A Clinical Rounds Approach*. Oncology Nursing Forum 40(1), 22-29. DOI : 10.1188/13.ONF.22-29.
- Delpasand, M., Nasiripoor, A., Raiisi, P., & Shahabi M. (2011). *The relationship between emotional intelligence and occupational burnout among nurses in critical units*.

- Iranian Journal of Critical Care Nursing 4(2), 79-86. URL : [http://www.inhc.ir/browse.php?a\\_code=A-10-147-14&slc\\_lang=en&sid=1](http://www.inhc.ir/browse.php?a_code=A-10-147-14&slc_lang=en&sid=1)
- Fineout-Overholt, E., Mazurek Melnyk, B., & Schultz, A. (2005). *Transforming Health Care from the Inside Out : Advancing Evidence-Based Practice in the 21st Century*. Journal of Professional Nursing 21(6), 335-344. DOI : 10.1016/j.profnurs.2005.10.005.
- Freshwater, D., & Stickley T. (2004) *The heart of the art : emotional intelligence in nurse education*. Nursing Inquiry 11, 91-98. URL : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15154888>
- Goleman, D. (1995). *L'intelligence émotionnelle*. Paris : Robert Laffont.
- Haberey-Knuessi, V. (2012). Burnout. In M. Formarier & L. Jovic (Dir.), *Les Concepts en Sciences Infirmières* (2<sup>e</sup> éd.) (pp. 101-103). Lyon : Ed. Mallet Conseil.
- Hay Group, & McClelland Center for Research and Innovation (2005). *Emotional Competence Inventory (ECI) : Technical Manual*. Boston : Hay. URL : [http://www.eiconsortium.org/pdf/ECI\\_2\\_0\\_Technical\\_Manual\\_v2.pdf](http://www.eiconsortium.org/pdf/ECI_2_0_Technical_Manual_v2.pdf)
- Heffernan, M., Quinn Griffin, M., McNulty, S.R., & Fitzpatrick, J. (2010). *Self-compassion and emotional intelligence in nurses*. International Journal of Nursing Practice 16, 366-373. DOI : 10.1111/j.1440-172X.2010.01853.x.
- Kadda, O. (2014). *Emotional intelligence on nursing as an anxiety management tool*. Health Science Journal 8(2), 152-153. URL : <http://hsj.gr/medicine/emotional-intelligence-on-nursing-as-an-anxiety-management-tool.pdf>
- Jasperse, M., Herst P., & Dungey, G. (2014). *Evaluating stress, burnout and job satisfaction in New Zealand radiation oncology departments*. European Journal of Cancer Care 23(1), 82-88. DOI : 10.1111/ecc.12098.
- Kadda, O. (2014). *Emotional Intelligence on nursing as an anxiety management tool*. Health science journal 8(2), 152-153. URL : <http://hsj.gr/medicine/emotional-intelligence-on-nursing-as-an-anxiety-management-tool.pdf>
- Kowalski, C., Ommen, O., Driller, E., Ernstmann, N., Wirtz, M., Köhler, T., & Pfaff, H. (2010). *Burnout in nurses – the relationship between social capital in hospitals and emotional exhaustion*. Journal of Clinical Nursing 19, 1654-1663. DOI : 10.1111/j.1365-2702.2009.02989.x.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York : Springer Publishing Company.
- Lim, J., Bogossian, F., & Ahern, K. (2010). *Stress and coping in Australian nurses : a systematic review*. International Nursing Review 57, 22-31. DOI : 10.1111/j.1466-7657.2009.00765.x.
- Littlejohn, P. (2012). *The Missing Link : Using Emotional Intelligence to Reduce Workplace Stress and Workplace Violence in Our Nursing and Other Health Care Professions*. Journal of Professional Nursing 28(6), 360-368. DOI : 10.1016/j.profnurs.2012.04.006.
- Loiselle, C., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières : Approches quantitatives et qualitatives*. Canada : ERPI.
- Loriol, M. (2003). *La construction sociale de la fatigue au travail : l'exemple du burn out des infirmières hospitalières*. Travail et Emploi, Ministère du travail et de la participation, 63-74. URL : <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00362571/document>
- Martins, A., Ramalho, N., & Morin, E. (2010). *A comprehensive meta-analysis of the relationship between Emotional Intelligence and health*. Personality and Individual Differences 49(6), 554-564. DOI : 10.1016/j.paid.2010.05.029.
- Maslach, C., Schaufeli, W., & Leiter, M. (2001). *Job Burnout*. Annual Review of Psychology 52, 397-422. DOI : 10.1146/annurev.psych.52.1.397.



- Mayer, J., Salovey, P., & Caruso, D. (2004). *Emotional Intelligence : Theory, Findings, and Implications*. Psychological Inquiry 15(3), 197-215. DOI : 10.1207/s15327965pli1503\_02.
- McCormack, B. & McCance, T. (2006). *Development of a framework for person-centred nursing*. Journal of Advanced Nursing 56(5), 472–479. DOI : 10.1111/j.1365-2648.2006.04042.x.
- McGrath, A., Reid, N., & Boore, J. (2003). *Occupational stress in nursing*. International Journal of Nursing Studies 40, 555-565. DOI : 10.1016/S0020-7489(03)00058-0.
- McMillen, R. (2008). *End of life decisions : Nurses perceptions, feelings and experiences*. Intensive and Critical Care Nursing 24(4), 251-259. DOI : 10.1016/j.iccn.2007.11.002.
- McQueen, A. (2004). *Emotional intelligence in nursing work*. Journal of Advanced Nursing 47(1), 101-108. URL : <http://www.newenglandcoaching.com/wp-content/uploads/EI-Nursing.pdf>
- Moustaka, E., Antoniadou, F., Malliarou, M., Zantzou, I., Kiriaki, C., & Constantinidis, T. (2010). *Research in occupational stress among nursing staff – a comparative study in capital and regional hospitals*. Hellenic journal of Nursing Sciences 3(3), 79-84. URL : [http://www.researchgate.net/publication/223736256\\_Research\\_in\\_occupational\\_stress\\_among\\_nursing\\_staff\\_-\\_a\\_comparative\\_study\\_in\\_capital\\_and\\_regional\\_hospitals](http://www.researchgate.net/publication/223736256_Research_in_occupational_stress_among_nursing_staff_-_a_comparative_study_in_capital_and_regional_hospitals)
- Nelis, D., Quoidbach, J., Mikolajczak, M., & Hansenne M. (2009). *Increasing emotional intelligence : (How) is it possible ?* Personality and Individual Differences 47, 36-41. DOI : 10.1016/j.paid.2009.01.046.
- Promotion Santé Suisse. (2014). *Job Stress Index 2014. Enquête sur des indicateurs en matière de santé psychique et de stress dans la population active en Suisse*. URL : [http://promotionsante.ch/assets/public/documents/2\\_fr/d-ueber-uns/5-downloads/Document\\_de\\_travail\\_026\\_PSCH\\_2014-10\\_-\\_Job\\_Stress\\_Index\\_2014.pdf](http://promotionsante.ch/assets/public/documents/2_fr/d-ueber-uns/5-downloads/Document_de_travail_026_PSCH_2014-10_-_Job_Stress_Index_2014.pdf)
- Pronost, A-M. (2012). Stress. In M. Formarier & L. Jovic (Dir.), *Les Concepts en Sciences Infirmières* (2<sup>e</sup> éd.) (pp. 295-297). Lyon : Ed. Mallet Conseil.
- Polit, D., & Beck, C. (2012) *Nursing research : Generating and assessing evidence for nursing practice* (9<sup>e</sup> éd.). Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.
- Rankin, B. (2013). *Emotional intelligence : enhancing values-based practice and compassionate care in nursing*. Journal of Advanced Nursing 69(12), 2717-2725. DOI : 10.1111/jan.12161.
- Ruotsalainen, JH., Verbeek, JH., Mariné, A., & Serra, C. (2015). *Preventing occupational stress in healthcare workers*. Cochrane Database of Systematic Reviews 4. DOI : 10.1002/14651858.CD002892.pub5.
- Slim, K. (2007). *Lexique de la recherche clinique et de la médecine factuelle (Evidence-Based Medicine)*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.
- Statistique suisse. (2014). *Travail et santé. Résultats de l'enquête suisse sur la santé 2012*. URL : <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/news/publikationen.html?publicationID=5673>
- Theme Filha, M., de Souza Costa, M., & Rodrigues Guilam, M. (2013). *Occupational stress and self-rated health among nurses*. Revista Latino-Americana de Enfermagem 21(2), 475-483. DOI : 10.1590/S0104-11692013000200002.

## 12. Annexe I : Tableaux de recension

**Etude 1** - Bailey, C., Murphy, R., & Porock, D. (2011). *Professional tears : developing emotional intelligence around death and dying in emergency work*. Journal of Clinical Nursing 20, 3364-3372.

Design, niveau de preuves, paradigme	Echantillon et échantillonnage, critères d'inclusion et d'exclusion	But, question, hypothèses (typologie des hypothèses)	Cadre de référence, cadre théorique, concepts	Méthodes de collecte des données	Méthodes d'analyse et logiciels	Résultats, conclusions et limites de l'étude
Etude exploratoire  Niv. preuve : VI  Paradigme naturaliste	Equipe soignante travaillant dans un service d'urgence : - 10 infirmières ; - 2 médecins ; - 1 étudiant infirmier ; - 2 assistants du département d'urgence.  Recrutés dans une unité spécialisée de soins palliatifs : 6 patients ayant été admis aux urgences (moins de 6 mois) et 7 de leurs proches.  Critères d'inclusion : - Participants volontaires qui acceptent l'entretien enregistré.  Critères d'exclusion - Patients n'ayant pas été en situation de risque vital aux urgences.	Explorer la gestion par les infirmières de l'impact émotionnel de la mort et des mourants dans un service d'urgence.  Présenter un modèle sur le développement de l'expertise dans les soins en fin de vie.  Question supposée de recherche : Comment les infirmières des urgences apprennent-elles à gérer l'impact émotionnel de la mort et des mourants ?	Prolongement des résultats d'une étude précédente (mêmes auteurs) : - Existence de diverses façons d'effectuer les soins en fin de vie dans un service d'urgence ; - Fort impact émotionnel quand la mort est rapide et inattendue, et pas le temps de développer une relation thérapeutique (avec personne mourante et proches) ; - Infirmières entraînées pour sauver vie des personnes, donc beaucoup de difficultés à gérer la mort des patients ; - Mécanismes de coping empêchent de s'ouvrir à la relation en situation de fin de vie.  Alliance thérapeutique  Travail émotionnel  Intelligence émotionnelle selon le modèle mixte de Goleman, avec 4 dimensions : - self-awareness ; - self-management ; - social awareness ; - relationship management.	Plus de 900 heures d'observation participante non structurée, sur plus de 12 mois, dans tous les secteurs d'un service d'urgence.  28 entretiens d'approfondissement semi-structurés (menés 3 mois après le début des observations) auprès des soignants, des patients rescapés et de leurs proches.  Les auteurs mentionnent avoir obtenu une approbation éthique.	Observations du comportement des soignants (comportement face aux patients et comportement sans la présence des patients).  Entretiens enregistrés sur support digital, transcrits, codés avec Nvivo7 et analysés thématiquement en fonction des données issues des observations.	Développement d'un modèle en 3 stades, démontrant comment les infirmières apprennent à développer leur expertise des soins en fin de vie dans un service d'urgence : - <b>Stade 1</b> : Investissement d'un soi thérapeutique dans la relation infirmière-patient (développement de l'alliance thérapeutique) ; - <b>Stade 2</b> : Gestion du travail émotionnel (ne pas se laisser submerger par les émotions négatives, et continuer à travailler avec ses émotions positives) ; - <b>Stade 3</b> : Développer l'intelligence émotionnelle (utilisation des émotions de façon intelligente pour gérer les nombreux stressors et fournir aux patients en fin de vie un accompagnement et des soins chaleureux).  Les infirmières en soins d'urgence doivent surmonter de nombreux obstacles : contraintes environnementales, manque d'envie de s'investir dans la relation, mécanismes de défense individuels. Si elles ne sont pas capables de développer leur intelligence émotionnelle : - infirmières à risque de subir un grand stress au travail et burnout ; - infirmières incapables de s'ouvrir et de s'investir émotionnellement dans les soins auprès des personnes en fin de vie.  Limitations : - Etude exclusivement menée en service d'urgence.

**Etude 2** - Görgens-Ekermans, G., & Brand, T. (2012). *Emotional intelligence as a moderator in the stress-burnout relationship : a questionnaire study on nurses*. Journal of Clinical Nursing 21, 2275-2285.

Design, niveau de preuves, paradigme	Echantillon et échantillonnage, critères d'inclusion et d'exclusion	But, question, hypothèses (typologie des hypothèses)	Cadre de référence, cadre théorique, concepts	Méthodes de collecte des données	Méthodes d'analyse et logiciels	Résultats, conclusions et limites de l'étude
<p>Etude transversale exploratoire non expérimentale</p> <p>Niv. preuve : IV</p> <p>Paradigme positiviste</p>	<p>Echantillon aléatoire de 220 infirmières provenant de la base de données d'une agence privée d'emplois dans la santé, spécialisée dans les emplois pour un groupe privé d'hôpitaux en Afrique du Sud.</p> <p>Critères d'inclusion : - Infirmières travaillant dans un groupe hospitalier privé et présentes sur la base de données d'une agence d'emplois.</p> <p>Critères d'exclusion : - Infirmières ne répondant pas à l'invitation à remplir le questionnaire.</p>	<p>Explorer les interrelations entre le stress au travail, le burnout, et l'intelligence émotionnelle chez les infirmières ; déterminer si l'intelligence émotionnelle est un modérateur de la relation stress-burnout.</p> <p>Explorer quelles dimensions du stress au travail sont particulièrement liées au burnout.</p> <p>Questions de recherche : 1) L'intelligence émotionnelle est-elle un modérateur de la relation stress-burnout ? 2) Quelles dimensions du stress au travail sont particulièrement liées au burnout ? 3) Y a-t-il des différences dans les dimensions du burnout en fonction des services où travaillent les infirmières ?</p>	<p>Intelligence émotionnelle comme trait (de la personnalité) avec ses 5 aspects : - <i>Emotional recognition and expression</i> ; - <i>Understanding others' emotions</i> ; - <i>Emotion direct cognition</i> ; - <i>Emotional management</i> ; - <i>Emotional control</i>.</p> <p>Travail émotionnel</p> <p>Stress au travail</p> <p>Burnout (selon Maslach) : - <i>Emotional exhaustion</i> ; - <i>Depersonalisation</i> ; - <i>Personal accomplishment</i>.</p>	<p>Echantillon aléatoire contacté par téléphone si intéressé. Les volontaires sont invités à remplir un questionnaire distribué dans 4 hôpitaux du groupe.</p> <p>Questionnaires récupérés dans des boîtes anonymes, récupérés par les chercheurs.</p> <p>Approbation éthique obtenue avant l'étude de la part de l'université Stellenbosh, de l'agence d'emploi et du groupe hospitalier.</p>	<p>Analyse des données avec logiciel SPSS 15.0 pour Windows (SPSS 2006).</p> <p>Corrélations</p> <p>Analyses de régression multiple</p>	<p>Résultats : - Une corrélation inverse significative a été mise en évidence entre deux dimensions de l'intelligence émotionnelle (<i>emotional control</i> et <i>emotional management</i>) et le stress. - Une corrélation inverse significative a été relevée entre ces deux mêmes dimensions et deux dimensions du burnout (<i>emotional exhaustion</i> et <i>depersonalisation</i>). - Il y a un effet modérateur de l'intelligence émotionnelle entre le stress et l'<i>emotional exhaustion</i> (effet modéré), ainsi qu'entre le stress et la <i>depersonalisation</i> (effet puissant). - 4 dimensions sur 5 de l'intelligence émotionnelle, ainsi que le score total d'intelligence émotionnelle, ont une corrélation positive avec le <i>personal accomplishment</i>. - Les infirmières travaillant en médecine et chirurgie générale ont un plus haut <i>personal accomplishment</i> que celles travaillant dans les autres services.</p> <p>L'intelligence émotionnelle est reliée à un faible niveau de stress et de burnout chez les infirmières. De plus, elle est un modérateur significatif de la relation stress-burnout.</p> <p>Limitations : - La diversité ethnique et culturelle de l'échantillon est assez représentative de la province mais pas généralisable à la population de l'Afrique du Sud ; - Potentiels biais liés à l'utilisation des auto-évaluations (désirabilité sociale) ; - Biais de sélection : toutes les participantes travaillent comme infirmières dans le même groupe hospitalier privé.</p>

**Etude 3** - Karimi, L., Leggat, S., Donohue, L., Farrell, G., & Couper, G. (2014) *Emotional rescue : the role of emotional intelligence and emotional labour on well-being and job-stress among community nurses*. Journal of Advanced Nursing 70(1), 176-186.

Design, niveau de preuves, paradigme	Echantillon et échantillonnage, critères d'inclusion et d'exclusion	But, question, hypothèses (typologie des hypothèses)	Cadre de référence, cadre théorique, concepts	Méthodes de collecte des données	Méthodes d'analyse et logiciels	Résultats, conclusions et limites de l'étude
<p>Etude transversale</p> <p>Niv. de preuve : IV</p> <p>Paradigme positiviste</p>	<p>Participant·es infirmières volontaires issue d'un service de santé communautaire de l'Etat de Victoria (Australie) en 2010.</p> <p>Critères inclusion : - Infirmières en santé communautaire de l'Etat de Victoria ; - Questionnaires retournés et dûment complétés.</p> <p>Critères d'exclusion : - Questionnaires incomplets.</p>	<p>Explorer l'impact de l'intelligence émotionnelle en lien avec le travail émotionnel, le stress au travail et le bien-être des infirmières dans un cadre de santé communautaire.</p> <p>Hypothèses de recherche : 1) Un plus haut niveau d'intelligence émotionnelle est associé à un meilleur bien-être général ; 2) Un plus haut niveau d'intelligence émotionnelle est associé à un plus bas niveau de stress au travail ; 3) Un plus haut niveau perçu de travail émotionnel est associé à un plus bas niveau de bien-être général ; 4) Un plus haut niveau perçu de travail émotionnel est associé à un plus bas niveau de stress au travail ; 5) L'intelligence émotionnelle d'un employé modère les effets du travail émotionnel sur le stress au travail et le bien-être général.</p>	<p>Selon la situation, les infirmières doivent exprimer leurs émotions (authenticité, humanité) ou les retenir (situations stressantes angoissantes). Pour en être capable, elles font ce qui s'appelle du <i>travail émotionnel</i>, qui peut mener parfois à une <i>dissonance émotionnelle</i> (exprimer les émotions attendues par la situation mais qui ne sont pas les vrais sentiments de l'infirmière).</p> <p>Ce travail émotionnel peut mener à du <i>stress au travail</i>, ainsi qu'à une baisse du <i>sentiment de bien-être général</i>.</p> <p>L'<i>intelligence émotionnelle</i> peut aider à effectuer ce travail émotionnel, diminuer les niveaux de stress et augmenter le bien-être.</p>	<p>Questionnaires d'auto-évaluation.</p> <p>Questionnaires envoyés à toutes les infirmières participantes potentielles. Après 3 semaines, mails envoyés leur demandant de retourner les questionnaires si elles souhaitaient participer à l'étude.</p> <p>334 questionnaires retournés aux chercheurs.</p> <p>Après suppression des questionnaires incomplets, 312 questionnaires inclus dans l'étude.</p> <p>Approbation éthique reçue par l'université directrice (La Trobe University) et l'organisation infirmière participante.</p> <p>Formulaires de consentement envoyés aux participantes.</p>	<p>Analyse par <i>structural equation modelling</i>, grâce au logiciel AMOS (version 19).</p> <p>Création d'un modèle structurel pour analyser les relations entre les composantes, à l'aide d'analyses de régression multiple.</p>	<p>Confirmation de toutes les hypothèses de recherche : 1) L'intelligence émotionnelle est associée à un meilleur bien-être. 2) L'intelligence émotionnelle est associée à moins de stress au travail. 3) Le travail émotionnel est associé à un plus bas niveau de bien-être. 4) Le travail émotionnel est associé à un plus haut de stress au travail. 5) L'intelligence émotionnelle permet de diminuer l'impact négatif du travail émotionnel sur le stress et le bien-être.</p> <p>Les auteurs soulignent que les infirmières en santé communautaire subissent aussi l'impact du travail émotionnel et du stress au travail, même hors d'un contexte hospitalier.</p> <p>Les auteurs proposent d'inclure l'intelligence émotionnelle dans les cours pour les étudiants en soins infirmiers et des formations continues dans la pratique.</p> <p>Limitations : - Utilisation uniquement de questionnaires d'auto-évaluation ; - Pas d'explications sur les impacts négatifs du stress au travail ou d'un faible bien-être général ; - Pas de proposition de méthodes d'apprentissage de l'intelligence émotionnelle.</p>

**Etude 4** - Kaur, D., Sambasivan, M., & Kumar, N. (2013). *Effect of spritual intelligence, emotional intelligence, psychological ownership and burnout on caring behaviour of nurses : a cross-sectional study*. Journal of Cinical Nursing 22, 3192-3202.

Design, niveau de preuves, paradigme	Echantillon et échantillonnage, critères d'inclusion et d'exclusion	But, question, hypothèses (typologie des hypothèses)	Cadre de référence, cadre théorique, concepts	Méthodes de collecte des données	Méthodes d'analyse et logiciels	Résultats, conclusions et limites de l'étude
Etude transversale  Niv. de preuve : IV  Paradigme positiviste	<p>Echantillon aléatoire de 550 infirmières travaillant dans 7 grands hôpitaux publics du centre et des environs proches de Kuala Lumpur, en Malaisie.</p> <p>Echantillon aléatoire de 348 patients dans 7 hôpitaux.</p> <p>Critères d'inclusion : - Infirmières travaillant dans 7 hôpitaux publics de la région de Kuala Lumpur ; Infirmières travaillant dans cinq services principaux (médecine générale, chirurgie générale, pédiatrie, gynécologie-obstétrique, orthopédie).</p> <p>Critères d'exclusion : - Infirmières d'hôpitaux privés ; - Questionnaires incomplets.</p>	<p>Proposer un modèle de prédiction de l'attitude soignante (<i>caring behaviour</i>) chez les infirmières qui inclut intelligence spirituelle, intelligence émotionnelle, propriété psychologique (<i>psychological ownership</i>) et burnout.</p> <p>Cette étude présente 12 hypothèses de recherche ; ne sont mentionnées ici que celles qui concernent l'intelligence émotionnelle :</p> <p>1) Il y a une corrélation positive entre l'intelligence émotionnelle et les attitudes soignantes infirmières ;</p> <p>2) Il y a une corrélation positive entre l'intelligence spirituelle et l'intelligence émotionnelle des infirmières ;</p> <p>3) Il y a une corrélation positive entre l'intelligence émotionnelle et la propriété intellectuelle des infirmières ;</p> <p>4) Il y a une corrélation négative entre l'intelligence émotionnelle et le burnout chez les infirmières ;</p> <p>5) Le burnout joue un rôle de médiateur entre l'intelligence émotionnelle et les attitudes soignantes infirmières ;</p> <p>6) La propriété psychologique joue un rôle de médiateur entre l'intelligence émotionnelle et les attitudes soignantes infirmières.</p>	<p>Modèle des systèmes de Betty Neuman appliqué à l'infirmière.</p> <p><i>Spiritual intelligence</i> (concept très peu employé dans la recherche en sciences infirmières), selon 4 composantes : - <i>critical existential thinking</i> ; - <i>personal meaning production</i> ; - <i>transcendental awareness</i> ; - <i>conscious state expansion</i>.</p> <p>Intelligence émotionnelle, selon 4 composantes : - perception de l'émotion ; - gestion de sa propre émotion ; - gestion de l'émotion d'autrui ; - utilisation de l'émotion.</p> <p><i>Psychological ownership</i></p> <p>Burnout</p>	<p>550 questionnaires anonymes, composés de 6 sections, distribués dans les services de santé. Infirmières ont le choix de répondre ou non. 487 questionnaires retournés et, après suppression de questionnaires incomplets, 448 utilisés dans l'étude.</p> <p>348 mesures de la satisfaction des patients sur les soins infirmiers en général (selon une échelle composée de trois items).</p> <p>Questionnaires en malaisien et en anglais (traduction par des experts linguistiques de l'université Putra).</p> <p>Permission de conduire la recherche obtenue de <i>Ethics and Research Committee of Ministry of Health Malaysia</i>.</p> <p>Explications aux infirmières que le retour du questionnaire complété était considéré comme un consentement de participation à la recherche.</p>	<p>Statistiques descriptives (moyennes, erreurs standards) et corrélations effectuées avec le logiciel SPSS (version 18).</p> <p>Tests des hypothèses et <i>confirmatory factor analysis (CFA)</i> effectués avec l'utilisation d'un modèle schématique (<i>structural equation modelling</i>) sur le logiciel LISREL (version étudiant 8.52).</p> <p>Analyses de médiation du burnout et de la propriété psychologique effectuées selon procédure issue de la littérature scientifique.</p>	<p>Comme pour les hypothèses, les résultats sont nombreux. Seuls seront mentionnés ici ceux qui ont un lien direct avec la présente revue de la littérature :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Il y a une forte corrélation positive entre l'intelligence spirituelle et l'intelligence émotionnelle ;</li> <li>- Les infirmières avec une haute intelligence émotionnelle ont un plus haut niveau de propriété psychologique vis-à-vis de leur travail ;</li> <li>- Les infirmières avec une haute intelligence émotionnelle démontrent un plus haut niveau d'attitudes soignantes ;</li> <li>- Les infirmières avec une haute intelligence émotionnelle souffrent moins de burnout.</li> </ul> <p>Intelligence spirituelle est un concept fondamental de la profession infirmière, à partir duquel se développent nombre de compétences et d'attitudes. A intégrer dans les formations.</p> <p>Limitations : - Hôpitaux publics uniquement ; - Région de Kuala Lumpur ; - Difficultés pour les chercheurs de faire autoévaluer aux infirmières leurs propres attitudes soignantes.</p>

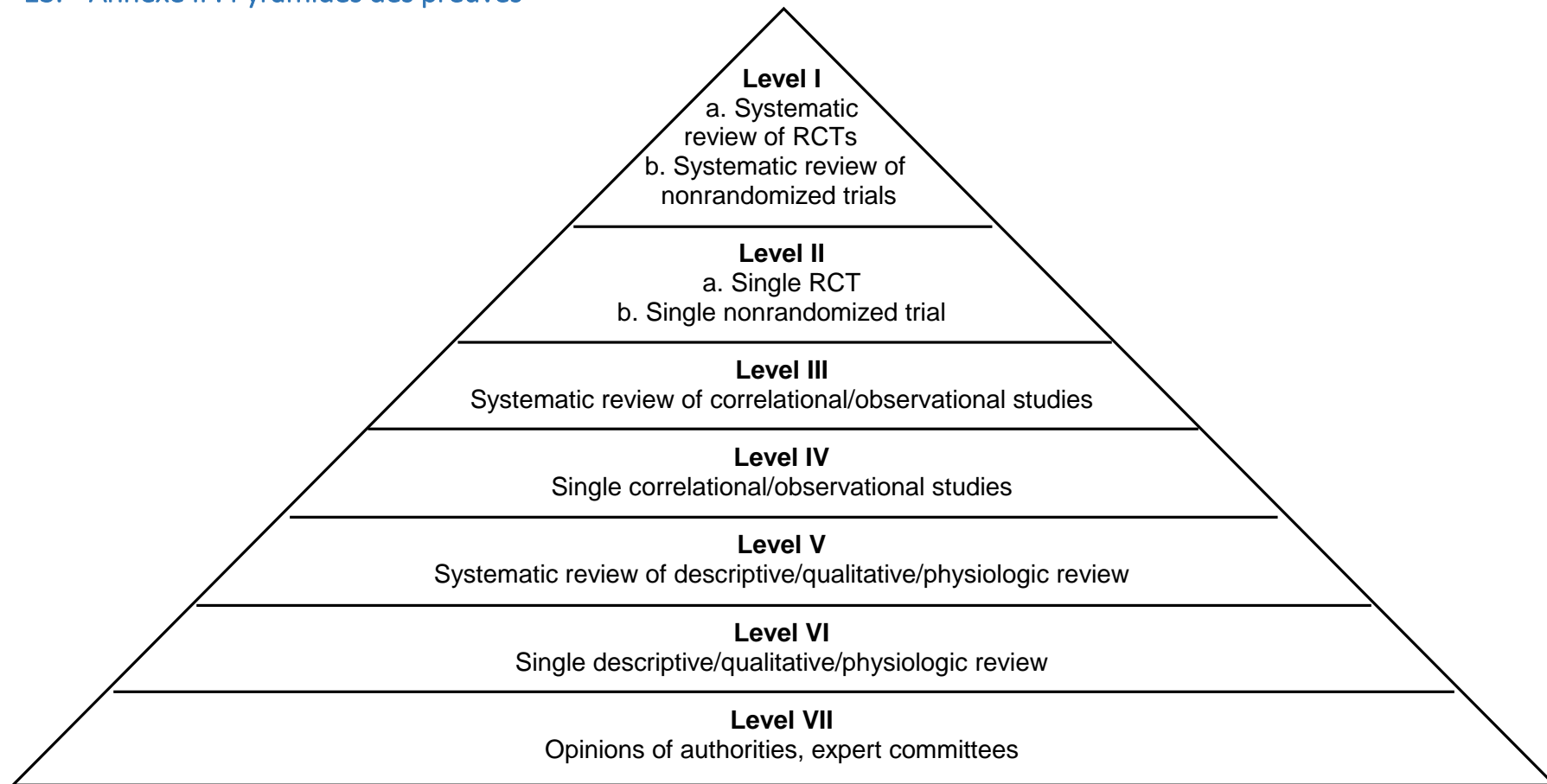
**Etude 5** - Montes-Berges, B., & Augusto-Landa, J-M. (2014). *Emotional Intelligence and Affective Intensity as Life Satisfaction and Psychological Well-Being Predictors on Nursing Professionals*. Journal of Professional Nursing 30(1), 80-88.

Design, niveau de preuves, paradigme	Echantillon et échantillonnage, critères d'inclusion et d'exclusion	But, question, hypothèses (typologie des hypothèses)	Cadre de référence, cadre théorique, concepts	Méthodes de collecte des données	Méthodes d'analyse et logiciels	Résultats, conclusions et limites de l'étude
<p>Etude transversale</p> <p>Niv. de preuves : IV</p> <p>Paradigme positiviste</p>	<p>85 infirmières volontaires travaillant à plein temps dans différents services d'un hôpital public de la province de Jaén, en Espagne.</p> <p>Critères d'inclusion : - Infirmières travaillant à plein temps ; - Hôpital public.</p> <p>Critères d'exclusion : - Hôpitaux privés.</p>	<p>Examiner les relations entre l'intelligence émotionnelle perçue, l'intensité affective, la satisfaction dans la vie et le bien-être psychologique des infirmières.</p> <p>Hypothèses de recherche : 1) Corrélation positive entre l'intelligence émotionnelle, la satisfaction dans la vie et le bien-être psychologique ; idem avec l'intensité affective ; 2) Satisfaction dans la vie et bien-être psychologique prédits par l'intelligence émotionnelle et par l'intensité affective ; 3) Différences significatives entre les participants au niveau d'une composante de l'intelligence émotionnelle (<i>repair</i>).</p>	<p>Intelligence émotionnelle (modèle de Salovey et Mayer)</p> <p>Evaluation de l'intelligence émotionnelle avec TMMS (basé sur 3 composantes) : - <i>emotional attention</i> (capacité d'observation et d'attention portée aux émotions) ; - <i>emotional clarity</i> (capacité à comprendre ses émotions) ; - <i>emotional repair</i> (capacité à bloquer son état d'esprit négatif et accroître son état d'esprit positif).</p> <p>Intensité affective (comme prédisposition individuelle à réagir plus ou moins fortement aux événements émotionnels)</p> <p>Bien-être général défini selon 2 traditions : - Bien-être subjectif (rattaché à <i>life satisfaction</i>, satisfaction dans la vie) ; - Bien-être psychologique.</p>	<p>Création d'un questionnaire anonyme (autoévaluation) composé de cinq parties.</p> <p>Données collectées sur le lieu du travail par deux étudiants infirmiers préalablement entraînés.</p> <p>Autorisation de distribuer les questionnaires délivrée par la direction de l'hôpital.</p> <p>Tous les participants à l'étude étaient volontaires et ont signé un formulaire de consentement.</p> <p>Les chercheurs mentionnent que les considérations éthiques ont été observées.</p>	<p>Utilisation du logiciel SPSS (version 19).</p> <p>Analyses descriptives et corrélations</p> <p>Analyses de régression multiple effectuées avec 7 variables dépendantes différentes</p> <p>Analyse de variance (ANOVA)</p>	<p>Résultats de la recherche (liés à l'intelligence émotionnelle) :</p> <p>1) <i>Emotional clarity</i> a une corrélation positive uniquement avec un aspect du bien-être psychologique (<i>self-acceptance</i>) ; <i>Emotional repair</i> a une corrélation positive avec la satisfaction dans la vie et quelques aspects du bien-être psychologique (<i>self-acceptance</i>, <i>purpose in life</i>, <i>personal growth</i>) ;</p> <p>2) <i>Emotional clarity</i> (avec le fait d'être marié) peut uniquement prédire un aspect du bien-être psychologique (<i>self-acceptance</i>) ; <i>Emotional repair</i> peut prédire partiellement la satisfaction dans la vie ;</p> <p>3) Il y a des différences statistiquement et marginalement significatives dans les scores de satisfaction dans la vie et de bien-être psychologique, en fonction des résultats hauts ou bas de l'<i>emotional repair</i>.</p> <p>Cette étude amène des résultats allant dans le sens des recherches actuelles et permettent de constater que la perception qu'ont les infirmières de leur niveau d'intelligence émotionnelle influence plus ou moins leur satisfaction dans la vie et leur bien-être psychologique.</p> <p>Limitations : - Petite taille de l'échantillon (n = 85) ; - Risque de désirabilité sociale liée aux autoévaluations</p>

**Etude 6** - Van Dusseldorp, L., van Meijel, B., & Derksen J. (2010). *Emotional intelligence of mental health nurses*. Journal of Clinical Nursing 20, 555-562.

Design, niveau de preuves, paradigme	Echantillon et échantillonnage, critères d'inclusion et d'exclusion	But, question, hypothèses (typologie des hypothèses)	Cadre de référence, cadre théorique, concepts	Méthodes de collecte des données	Méthodes d'analyse et logiciels	Résultats, conclusions et limites de l'étude
<p>Etude transversale exploratoire</p> <p>Niv. de preuve : IV</p> <p>Paradigme positiviste</p>	<p>Echantillon de 98 infirmières travaillant dans un grand institut de soins psychiatriques des Pays-Bas.</p> <p>Echantillonnage aléatoire stratifié composé de 4 groupes (de même taille) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- femmes en intra-hospitalier ;</li> <li>- femmes en extra-hospitalier ;</li> <li>- hommes en intra-hospitalier ;</li> <li>- hommes en extra-hospitalier.</li> </ul> <p>Puis échantillonnage systématique de 40 personnes pour chaque groupe.</p> <p>Critères d'inclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Infirmiers travaillant dans le centre psychiatrique sélectionné pour l'étude.</li> </ul> <p>Critères d'exclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Managers en soins infirmiers ;</li> <li>- Infirmières travaillant dans des centres de traitement ambulatoire (<i>day care centres</i>).</li> </ul>	<p>Explorer le niveau d'intelligence des infirmières en santé mentale des Pays-Bas.</p> <p>Hypothèses de recherche :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Le niveau moyen d'intelligence émotionnelle des infirmières en santé mentale est significativement plus élevé que celui de la population générale.</li> <li>2) Il y a des différences significatives entre les hommes et les femmes au niveau du score total d'EQ et dans ses composantes ;</li> <li>3) Dans les composantes de l'EQ, les hommes ont un score plus élevé en <i>Stress management</i>, et les femmes en <i>Empathy</i>, <i>Social Responsibility</i> et <i>Interpersonal relationships</i> ;</li> <li>4) Les infirmières travaillant en intra-hospitalier ont un score de <i>Stress management</i> significativement plus élevé que leurs collègues travaillant en extra-hospitalier ;</li> <li>5) Il existe une corrélation positive entre l'âge et les années d'expérience d'un côté, et de l'autre l'intelligence émotionnelle.</li> </ol>	<p>Importance de la relation thérapeutique dans les soins de santé mentale.</p> <p>Travail émotionnel (dans le sens de réguler l'expression des émotions et des sentiments).</p> <p>Intelligence émotionnelle (selon le modèle de Bar-On) essentielle pour supporter le travail émotionnel et établir de bonnes relations thérapeutiques.</p>	<p>Envoi à toutes les personnes sélectionnées de l'échantillon (n = 160) d'un courrier (avec le questionnaire) leur proposant de participer à l'étude.</p> <p>Les personnes qui remplissaient et retournaient le questionnaire étaient considérées participantes. Après filtrage des questionnaires incomplets, 98 questionnaires sont intégrés à la recherche.</p> <p>Participants étaient informés dans le courrier que retourner le questionnaire complété était considéré comme un consentement éclairé.</p> <p>Aucune mention de considérations éthiques.</p>	<p>Statistique descriptive</p> <p>Comparaisons effectuées avec test t et analyse de la variance (ANOVA)</p> <p>Analyse de régression multiple</p> <p>Aucune mention de logiciel utilisé.</p>	<p>Résultats des hypothèses :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) La score moyenne d'EQ des infirmières en santé mentale est significativement plus élevé que la moyenne de la population générale des Pays-Bas ;</li> <li>2) Le score total d'EQ ne présente pas de différences significatives entre les hommes et les femmes ;</li> <li>3) Les seules différences significatives dans les composantes de l'EQ sont en faveur des femmes ; elles possèdent des scores significativement plus élevés que les hommes dans les sous-composantes <i>Emotional self-awareness</i> et <i>Interpersonal relationships</i>, ainsi que dans la composante <i>Interpersonal</i> ;</li> <li>4) Aucune différence significative n'a été observée sur le <i>Stress management</i>, entre les infirmières en intra-hospitalier et extra-hospitalier ;</li> <li>5) Aucune corrélation significative n'a pu être établie entre l'intelligence émotionnelle et l'âge ou les années d'expérience.</li> </ol> <p>Importance d'intégrer et d'entraîner l'intelligence émotionnelle dans les cursus d'apprentissage en soins infirmiers. Bénéfices probables pour la qualité des relations thérapeutiques et la vie personnelle des infirmières.</p> <p>Limitations :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Taux élevé de personnes n'ayant pas rempli le questionnaire (32.5 %).</li> </ul>

### 13. Annexe II : Pyramides des preuves



Evidence hierarchy : levels of evidence regarding the effectiveness of an intervention

Issu de : Polit & Beck, 2012, p. 28.



## 14. Annexe III : Glossaire de méthodologie

La grande majorité des définitions ci-dessous, classées par ordre alphabétique, proviennent de : Loiselle, C., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières : Approches quantitatives et qualitatives*. Canada : ERPI.

**Alpha ( $\alpha$ )** : Dans une évaluation de la cohérence interne d'un instrument, coefficient de fidélité (coefficient alpha) (p. 370).

**Analyse de la variance (ANOVA)** : Analyse statistique destinée à vérifier les différences entre trois groupes ou plus, en comparant la variabilité entre les groupes à la variabilité au sein des groupes (p. 375).

**Analyse de régression multiple** : Analyse statistique qui permet de comprendre les effets simultanés de deux ou de plusieurs variables indépendantes (variables explicatives) sur une variable dépendante (p. 381).

**Analyse discriminante** : Technique statistique utilisée pour prédire la composition ou le statut d'un groupe en termes de variable nominale et ce, en fonction de deux variables indépendantes ou plus (p. 386).

**Bêta ( $\beta$ )** : Dans une régression multiple, coefficient standardisé permettant de comparer la contribution des différentes variables indépendantes (p. 383).

**Biais** (Slim, 2007, p. 16-17) :

- **d'attrition** : Retrait de certains patients de l'analyse ;
- **de mesure** : Techniques de mesure incorrectes ou non référencées, définition équivoque des critères de jugement, erreurs d'observation, critères non évalués ou oubliés ;
- **de publication** ou **d'autocomplaisance** : Les données sont davantage diffusées lorsqu'elles « arrangent » les auteurs de l'étude ;
- **de sélection** : La population de l'étude ne correspond pas au monde réel, les personnes incluses ne sont pas représentatives de la population générale et/ou de la maladie étudiée, il y a eu auto-sélection.

**Corrélation** : Association entre deux variables telle que la variation d'une variable est liée à la variation de l'autre (p. 365).

**Corrélation inverse** ou **négative** : Relation entre deux variables dans laquelle les valeurs élevées d'une variable ont tendance à s'associer aux valeurs plus faibles de l'autre variable (au fur et à mesure que la température ambiante monte, la productivité des employés diminue, par exemple) (p. 365).

**Corrélation positive** : Relation entre deux variables dans laquelle des valeurs élevées pour une variable ont tendance à être associées à des valeurs élevées pour l'autre variable (fréquence du pouls augmente avec l'activité physique, par exemple) (p. 365).

**Degré de liberté (dl)** : Concept utilisé dans un test statistique et faisant référence à la quantité de valeurs de l'échantillon qui peuvent subir des variations (compte tenu de la moyenne arithmétique donnée d'un échantillon, toutes les valeurs sauf une pourraient

varier, par exemple) ; les degrés de liberté correspondent souvent à  $N$  (taille de l'échantillon) – 1, mais différentes formules peuvent s'appliquer selon les tests (p. 373).

**Données qualitatives** : Informations recueillies sous forme narrative (non numérique), notamment dans le cadre de la transcription d'une entrevue libre (p. 40).

**Données quantitatives** : Informations recueillies de façon quantifiée (numérique) (p. 39).

**Echantillonnage aléatoire stratifié** : Sélection aléatoire des sujets dans deux strates ou plus de la population, de façon indépendante (p. 271).

**Echantillonnage systématique** : Sélection des sujets de manière à ce que la  $i$ ème personne, ou le  $i$ ème élément (toutes les dix personnes, par exemple) soit choisi dans une base d'échantillonnage ou sur une liste (p. 272).

**Ethnographie** : Tradition de recherche associée au domaine de l'anthropologie, qui met l'accent sur la culture d'un groupe de personnes dont elle s'efforce de comprendre la vision du monde (p. 220).

**Fidélité** : Cohérence ou constance avec laquelle un instrument mesure l'attribut qu'il est censé mesurer (p. 330).

**Groupe expérimental** : Sujets d'une étude qui reçoivent le traitement ou font l'objet de l'intervention (p. 185).

**Groupe témoin** : Sujets d'une expérimentation qui ne font pas l'objet du traitement expérimental et dont les résultats servent de référence pour mesurer les effets du traitement (p. 185).

**Méta-analyse** : Technique d'intégration quantitative des résultats de plusieurs études sur un sujet donné (p. 150).

**Modèle schématique (ou carte conceptuelle)** : Diagramme illustrant un phénomène qui suscite l'intérêt du chercheur (p. 161).

**Observation participante** : Méthode de collecte de données selon laquelle les chercheurs s'immergent dans le monde des participants et prennent part à ce monde, dans la mesure du possible (p. 309).

**Paradigme** : Façon de voir un phénomène naturel qui s'appuie sur un ensemble de postulats philosophiques et sert de guide à la recherche (p. 15).

**Paradigme naturaliste** : Paradigme qui diffère du paradigme positiviste traditionnel et qui postule l'existence de multiples interprétations de la réalité : la recherche vise à comprendre la façon dont chacun construit la réalité dans le contexte qui lui est propre ; ce paradigme est souvent associé à la recherche qualitative (p. 16).

**Paradigme positiviste** : Paradigme traditionnel qui sous-tend l'approche scientifique, dans lequel on suppose l'existence d'une réalité fixe et ordonnée qui se prête à une étude objective (p. 15).

**R** ou **coefficient de corrélation multiple** : Indice qui résume le degré de corrélation entre deux ou plusieurs variables indépendantes et une variable dépendante (p. 381).

**R<sup>2</sup>** : Coefficient de corrélation multiple au carré, indiquant quelle est la proportion de la variance de la variable dépendante expliquée par un groupe de variables indépendantes (p. 382).

**Rapport de variance (F)** : Statistique obtenue au cours de tests statistiques (en analyse de la variance, par exemple), pour laquelle on compare les variations attribuables à différentes sources (entre les groupes et au sein des groupes, par exemple) (p. 375).

**Recherche qualitative** : Analyse d'un phénomène, d'ordinaire de façon complète et approfondie, grâce à la collecte des données narratives étoffées dans le cadre d'un devis de recherche souple (p. 17).

**Recherche quantitative** : Analyse d'un phénomène qui se prête à des mesures et à une quantification précises, souvent dans le cadre d'un devis rigoureux et structuré (p. 19).

**Significatif sur la plan statistique** : Expression indiquant que les résultats ne sont probablement pas le fruit du hasard, à un niveau donné de probabilité (p. 372).

**Test t** : Test statistique paramétrique destiné à analyser la différence entre deux moyennes arithmétiques (p. 374).

**Triangulation** : Utilisation de plusieurs méthodes pour recueillir et interpréter des données portant sur un phénomène de façon à converger vers une représentation exacte de la réalité (p. 44).

**Valeur p** : Dans un test statistique, probabilité que les résultats obtenus sont uniquement le fait du hasard ; probabilité de commettre une erreur dite de type I (p. 373).

**Validité de construit** : Degré auquel un instrument mesure le construit étudié (p. 335).

**Validité externe** : Degré auquel les résultats de l'étude peuvent être généralisés et appliqués à des situations ou à des échantillons autres que les situations ou les échantillons étudiés (p. 206).

**Validité interne** : Degré auquel on peut déduire que le traitement expérimental (ou la variable indépendante), plutôt que les facteurs parasites, sont à l'origine des effets observés (p. 204).

**Variable dépendante** : Variable qui, suppose-t-on, dépend d'une autre variable ou peut être déterminée par une autre variable (indépendante) (p. 37).

**Variable explicative** : Dans une analyse de régression (et dans d'autres analyses multivariées), variable indépendante incorporée à l'analyse afin de pouvoir prédire la variable dépendante. Aussi appelée *variable prédictive* ou *prédicteur* (p. 381).

**Variable indépendante** : Variable qui, d'après les chercheurs, est à l'origine de la variable dépendante ou influe sur celle-ci ; dans une recherche expérimentale, variable manipulée (traitement) (p. 37).

## 15. Annexe IV : Instruments de mesure de l'intelligence émotionnelle

Les trois principaux instruments de mesure de l'intelligence émotionnelle sont présentés dans cette annexe, ainsi que les items employés et leurs significations.

### 15.1 MSCEIT (Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test)

Branch 1 : Perceiving Emotions

- a) Faces : participants are asked to identify the emotions in faces ;
- b) Pictures : participants are asked to identify the emotions conveyed by landscapes and designs ;

Branch 2 : Using Emotions to Facilitate Thought

- c) Sensations : participants compare emotions to other tactile and sensory stimuli ;
- d) Facilitation : participants identify the emotions that would best facilitate a type of thinking (e.g., planning a birthday party) ;

Branch 3 : Understanding Emotions

- e) Changes : ability to know under what circumstances emotional intensity lessens and increases and how one emotional state changes into another (e.g., frustration into aggression) ;
- f) Blends : participants identify the emotions that are involved in more complex affective states ;

Branch 4 : Managing Emotions

- g) Emotion Management : presenting participants hypothetical scenarios and asking how they would maintain or change their feelings ;
- h) Emotional Relationships : asking participants how to manage others' feelings so that a desired outcome is achieved.

Issu de : Mayer, Salovey & Caruso, 2004, p. 200.

### 15.2 ECI 2.0 (Emotional Competence Inventory)

Self-awareness : knowing one's internal states, preferences, resources, and intuitions.

- Emotional awareness : *Recognizing one's emotions and their effects* ;
- Accurate self-assessment : *Knowing one's strengths and limits* ;
- Self-confidence : *A strong sense of one's self-worth and capabilities*.

Self-management : managing ones' internal states, impulses, and resources.

- Emotional self-control : *Keeping disruptive emotions and impulses in check* ;
- Transparency : *Maintaining integrity, acting congruently with one's values* ;
- Adaptability : *Flexibility in handling change* ;
- Achievement : *Striving to improve or meeting a standard of excellence* ;
- Initiative : *Readiness to act on opportunities* ;
- Optimism : *Persistence in pursuing goals despite obstacles and setbacks*.

Social awareness : how people handle relationships and awareness of others' feelings, needs, and concerns.

- Empathy : *Sensing others' feelings and perspectives, and taking an active interest in their concerns ;*
- Organizational awareness : *Reading a group's emotional currents and power relationships ;*
- Service orientation : *Anticipating, recognizing, and meeting customers' needs.*

Relationship management : skill or adeptness at inducing desirable responses in others.

- Developing others : *Sensing others' development needs and bolstering their abilities ;*
- Inspirational leadership : *Inspiring and guiding individuals and groups ;*
- Change catalyst : *Initiating or managing change ;*
- Influence : *Wielding effective tactics for persuasion ;*
- Conflict management : *Negotiating and resolving disagreements ;*
- Teamwork & collaboration : *Working with others toward shared goals and creating group synergy in pursuing collective goals.*

Issu de : Hay Group, 2005, p. 3-4.

### 15.3 EQ-i (Emotional Quotient inventory)

EQ-i scales	The EI competencies and skills assessed by each scale
Intrapersonal	Self-awareness and self-expression :
Self-regard	<i>To accurately perceive, understand and accept oneself</i>
Emotional self-awareness	<i>To be aware of and understand one's emotions</i>
Assertiveness	<i>To effectively and constructively express one's emotions and oneself</i>
Independence	<i>To be self-reliant and free of emotional dependency on others</i>
Self-actualization	<i>To strive to achieve personal goals and actualize one's potential</i>
Interpersonal	Social awareness and interpersonal relationship :
Empathy	<i>To be aware of and understand how others feel</i>
Social responsibility	<i>To identify with one's social group and cooperate with others</i>
Interpersonal relationship	<i>To establish mutually satisfying relationships and relate well with others</i>
Stress Management	Emotional management and regulation :
Stress tolerance	<i>To effectively and constructively manage emotions</i>
Impulse control	<i>To effectively and constructively control emotions</i>
Adaptability	Change management :
Reality-testing	<i>To objectively validate one's feelings and thinking with external reality</i>
Flexibility	<i>To adapt and adjust one's feelings and thinking to new situations</i>
Problem-solving	<i>To effectively solve problems of a personal and interpersonal nature</i>
General Mood	Self-motivation :
Optimism	<i>To be positive and look at the brighter side of life</i>
Happiness	<i>To feel content with oneself, others and life in general</i>

Issu de : Bar-On, 2006, p. 23.