

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
Épuisement professionnel infirmier en EMS : un enjeu pour la
qualité des soins
Revue de littérature

Réalisé par : Bell Cyril et Bovier Thomas

Promotion : Bachelor 22

Sous la direction de : Marques Piseiro Jessica

Lieu et date : Sion, le 2 juillet 2025

Résumé

L'épuisement professionnel est un problème majeur auquel est confronté le personnel infirmier travaillant en établissements médico-sociaux. La surcharge de travail, la complexité croissante des soins et un manque de reconnaissance sont des facteurs pouvant provoquer un tel épuisement.

Cette revue de la littérature vise à identifier les impacts de l'épuisement professionnel du personnel infirmier sur la qualité des soins prodigués en établissements médico-sociaux, mais également à recenser les recommandations pour y faire face. Les critères d'inclusion comprenaient des études empiriques publiées entre 2019 et 2025, en anglais ou en français, portant sur le personnel infirmier en établissements médico-sociaux. Les méta-analyses, les revues systématiques et les études menées en dehors du contexte des établissements médico-sociaux ont été exclues. Les recherches ont été effectuées entre octobre 2024 et janvier 2025 dans les bases de données CINAHL, Pubmed et Embase selon la méthode PRISMA. Les mots-clés ont été sélectionnés à l'aide de descripteurs avec l'utilisation d'opérateurs booléens. Au total, six études ont été retenues.

Les résultats montrent que l'épuisement émotionnel et la dépersonnalisation sont significativement associés à une diminution de la qualité des soins, démontrée par une hausse des soins manqués, des erreurs médicales, de la fréquence des plaies de pression et des infections pulmonaires ou encore une détérioration de la relation soignant-e-soigné-e. La conclusion souligne l'importance de mettre en place des stratégies institutionnelles préventives pour faire face aux conséquences de l'épuisement professionnel. Le bien-être du personnel infirmier est essentiel au maintien de soins sécuritaires, qualitatifs et holistiques. Il est d'autant plus important de prévenir cette problématique dans un contexte de vieillissement démographique et de pénurie de personnel qualifié.

Mots-clés :

Épuisement professionnel, dépersonnalisation, faible accomplissement personnel au travail, épuisement émotionnel, infirmier·ère·s, qualité des soins, établissements médico-sociaux, environnement de travail.

Remerciements

Nous souhaitons adresser nos plus sincères remerciements à toutes les personnes qui ont contribué à l'élaboration de cette revue de la littérature.

Nous adressons tout particulièrement nos remerciements à Madame Marques Piseiro Jessica pour son accompagnement attentif et la qualité de ses conseils qui ont grandement facilité la rédaction de ce travail.

Nous remercions également Pauline Melly et Alexia Cavin pour leur aide concernant les normes bibliographiques, l'utilisation de Zotero ainsi que pour les recherches dans les bases de données.

Déclaration

Ce travail de Bachelor a été réalisé dans le cadre de la formation Bachelor of Science HES-SO en Soins infirmiers à la Haute École de Santé Valais Wallis (HEdS).

Les prises de position, la rédaction et les conclusions de ce travail n'engagent que la responsabilité de ses auteurs et en aucun cas celle de la Haute École de Santé Valais, du Jury ou du directeur du travail de Bachelor.

Les auteurs attestent avoir réalisé seuls le présent travail, sans avoir utilisé d'autres sources que celles indiquées dans la liste de références bibliographiques et les outils d'intelligence artificielle présentés au Tableau I.


Tableau I. Détail d'utilisation des outils d'intelligence artificielle dans le travail de Bachelor.

Section, pages	Outil utilisé	Mode d'utilisation
Résultats et parfois quelques parties de la revue	Chat GPT	Reformulation de texte
Ensemble du texte	Chat GPT Scribens	Orthographe

Lieu et date : Sion, le 2 juillet 2025

Bell Cyril et Bovier Thomas

Signatures



The image shows two handwritten signatures. The first is a stylized signature that appears to be 'Bell'. The second is a signature that reads 'Bovier' in a cursive script.

Table des matières

1	Introduction	1
1.1	Problématique	1
1.2	Question de recherche	2
1.3	But de la revue de littérature	3
2	Cadre théorique	4
2.1	Concept d'épuisement professionnel	4
2.1.1	Épuisement émotionnel.....	4
2.1.2	Dépersonnalisation	4
2.1.3	Faible accomplissement personnel au travail	5
2.2	Concept de qualité des soins	5
2.2.1	Sécurité	5
2.2.2	Confort	6
2.2.3	Efficacité.....	6
2.2.4	Économie	6
2.2.5	Esthétique	7
2.3	Concept d'EMS	7
2.3.1	Rôles des EMS	7
2.3.2	Organisation des EMS	8
2.4	Concept d'infirmier	9
2.4.1	Dimension professionnelle	9
2.4.2	Dimension organisationnelle	9
2.4.3	Dimension relationnelle.....	10
3	Méthode	11
3.1	Devis de recherche	11
3.2	Collecte des données.....	12
3.3	Sélection des données.....	12
3.4	Analyse des données.....	13
4	Résultats	14
4.1	Étude 1	14
4.1.1	Description de l'étude.....	14
4.1.2	Validité méthodologique.....	15
4.1.3	Pertinence clinique.....	15

4.2	Étude 2.....	16
4.2.1	Description de l'étude.....	16
4.2.2	Validité méthodologique.....	17
4.2.3	Pertinence clinique.....	18
4.3	Étude 3.....	19
4.3.1	Description de l'étude.....	19
4.3.2	Validité méthodologique.....	20
4.3.3	Pertinence clinique.....	20
4.4	Étude 4.....	21
4.4.1	Description de l'étude.....	21
4.4.2	Validité méthodologique.....	22
4.4.3	Pertinence clinique.....	23
4.5	Étude 5.....	23
4.5.1	Description de l'étude.....	23
4.5.2	Validité méthodologique.....	24
4.5.3	Pertinence clinique.....	25
4.6	Étude 6.....	26
4.6.1	Description de l'étude.....	26
4.6.2	Validité méthodologique.....	27
4.6.3	Pertinence clinique.....	27
4.7	Synthèse des principaux résultats	28
5	Discussion	29
5.1	Discussion des résultats	29
5.2	Discussion de la qualité des évidences	31
5.3	Forces et limites de la revue de la littérature	32
6	Conclusion.....	33
6.1	Propositions pour la pratique	33
6.2	Propositions pour la formation	34
6.3	Propositions pour la recherche	34
7	Liste de références	36
8	Annexes	I
	Annexe I : Tableaux de recherches des données	I
	Annexe II : Diagramme de flux PRISMA 2020.....	VIII

Annexe III : Tableaux de recension des études.....	IX
Annexe III : Niveaux de preuve.....	XV
Annexe IV : Glossaires	XVI

Liste des figures

Figure 1: Hiérarchie des évidences et niveaux de preuve.....	XV
Figure 2: Grade des recommandations	XV

Liste des tableaux

Tableau 1 : Mots-clés et descripteurs.....	I
Tableau 2: Équation de recherche CINAHL	II
Tableau 3 : Équation de recherche Medline (Pubmed)	IV
Tableau 4 : Équation de recherche Embase	V
Tableau 5 : Liste des articles retenus.....	VII

Liste des abréviations

AVALEMS Association Valaisanne des Établissements Médico-Sociaux

CHUV Centre Hospitalier Universitaire Vaudois

CIM 11 Classification internationale des maladies 11ème révision

EMS Établissements Médico-Sociaux

FEGEMS Fédération Genevoise des Établissements Médico-Sociaux

HAS Haute Autorité de Santé

MBI Maslach Burnout Inventory

OFS Office Fédéral de la Statistique

OMS Organisation Mondiale de la Santé

OVS Observatoire Valaisan de la Santé

PES-NWI Practice Environment Scale of the Nursing Work

PIB Produit Intérieur Brut

SECO Secrétariat d'État à l'Économie

1 Introduction

1.1 Problématique

Le personnel infirmier joue un rôle essentiel au niveau des prestations de soins de santé prodigués aux patient·e·s. Effectivement, selon Hassmiller et Cozine (2006), les infirmier·ère·s constituent le plus vaste groupe de professionnels de santé fournissant des soins directs aux patient·e·s. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a publié une brochure démontrant l'impact de ce métier dans les professions de la santé. Il a été constaté que le personnel infirmier représente environ 59 % des professions de santé (Organisation mondiale de la Santé [OMS], 2020b). Cependant, les infirmier·ère·s sont particulièrement touché·e·s par le syndrome d'épuisement professionnel (Moore & Hanish, 2024). L'épuisement professionnel, plus communément appelé burnout, a été décrit par plusieurs auteurs lors de sa première apparition. Herbert Freudenberger a écrit la première définition de ce terme en 1974. Il décrivait un « état causé par l'utilisation excessive de son énergie et qui provoque le sentiment d'être épuisé et d'avoir échoué » (Colombat et al., 2011, p. 845). En 1975, Coyne a décrit une autre définition, cette fois à propos des urgentistes et des professionnel·le·s du sauvetage. Il exposait « une attitude cynique, insensible et négative vis-à-vis des personnes qu'ils prennent en charge » (Colombat et al., 2011, p. 845). L'épuisement professionnel touche les équipes soignantes, et particulièrement le personnel infirmier, en raison du stress, des conditions extrêmes et de la surcharge de travail (Bramaud du Boucheron et al., 2021). L'épuisement professionnel a été exacerbé par la pandémie de COVID-19. Cette période était particulièrement difficile à surmonter pour le personnel soignant, car un déséquilibre s'est créé au sein de l'organisation du travail. En effet, la charge de travail augmentait et le contact social diminuait. De plus, l'épuisement professionnel est étroitement lié à un manque de soins et à une baisse de la qualité des soins (Moore & Hanish, 2024; Nantsupawat et al., 2023). Selon l'étude effectuée par Moore et Hanish (2024), le bien-être des infirmier·ère·s affecte la sécurité et les soins prodigués aux patient·e·s.

Lorsqu'un membre de l'équipe soignante présente des signes caractéristiques de l'épuisement professionnel tels que l'épuisement émotionnel, la déshumanisation ou la perte de l'accomplissement de soi au travail, cela compromet le maintien d'une relation de qualité avec les patient·e·s (Colombat et al., 2011). L'épuisement professionnel peut devenir la source d'un manque de patience, de plusieurs erreurs médicales, d'une diminution de la vigilance ou encore d'une insécurité des soins (Bramaud du Boucheron et al., 2021).

Les établissements médico-sociaux (EMS) seront au centre de ce travail, car il a été démontré qu'à l'apparition du COVID-19, l'attention était principalement portée sur les soins intensifs et les hôpitaux, négligeant les EMS (Bramaud du Boucheron et al., 2021).

L'épuisement professionnel des infirmier·ère·s est un enjeu de plus en plus préoccupant, notamment au sein des EMS, où la qualité des soins peut être affectée par le stress émotionnel et la surcharge de travail (Haute Autorité de Santé [HAS], 2020). L'épuisement professionnel est une menace considérable pour le bien-être de chaque infirmier·ère, celui des résident·e·s et pour le fonctionnement général des EMS. Dans ces établissements, les infirmier·ère·s sont en charge de soigner des patient·e·s ayant des maladies chroniques, mentales ou en fin de vie, ce qui engendre une pression psychologique intense (Costello et al., 2019; Dela Rosa et al., 2018). De plus, le risque d'épuisement professionnel est présent, car les journées de travail peuvent dépasser les douze heures, ce qui impacte l'état émotionnel ainsi que le sommeil (Dela Rosa et al., 2018).

En Suisse, environ 60 % des infirmier·ère·s travaillant en EMS ont un score d'épuisement professionnel allant de modéré à élevé. Les résultats étaient basés sur trois dimensions, comme le sentiment d'épuisement professionnel, la dépersonnalisation et l'accomplissement professionnel. Parmi ces 60 %, la majorité des répondant·e·s au sondage (77 %) ressentent un risque élevé d'épuisement professionnel en raison d'un faible accomplissement personnel (Bramaud du Boucheron et al., 2021). Les EMS jouent un rôle clé dans les soins pour les personnes âgées. Cependant, avec le vieillissement de la population, il devient plus difficile de conserver un niveau élevé de qualité des soins en raison du manque de personnel qualifié. La santé des soignant·e·s est primordiale afin que les personnes âgées puissent être soignées tout en respectant les critères de qualité (Zúñiga et al., 2015).

1.2 Question de recherche

Lors de nos précédentes recherches, nous nous sommes rendu compte que beaucoup d'études s'intéressaient à l'épuisement professionnel mais principalement dans des services d'urgences ou encore de soins intensifs. Très peu abordaient le concept d'épuisement professionnel au sein du personnel infirmier en EMS. Nous nous sommes alors demandé si l'épuisement professionnel a un impact sur la qualité des soins en EMS.

Le modèle **PEO** a été choisi pour la formulation de la question de recherche suivante :

“Quels sont les impacts de l'épuisement professionnel du personnel infirmier, en EMS, sur la qualité des soins ?”

Le **P** qui s'intéresse à la population est représenté par les infirmier·ère·s travaillant en EMS.

Le **E** qui désigne l'exposition est représenté par l'épuisement professionnel.

Le **O** qui désigne outcome est représenté par les impacts de l'épuisement professionnel sur la qualité des soins.

1.3 But de la revue de littérature

L'objectif principal de notre revue de littérature est d'identifier les conséquences de l'épuisement professionnel sur une composante essentielle du métier d'infirmier·ère en EMS, à savoir la qualité des soins fournis. Nous examinerons également si des corrélations existent entre une qualité des soins diminuée et un épuisement professionnel. Un troisième objectif sera d'analyser de nouvelles pistes qui aideraient à éviter les éventuelles conséquences de l'épuisement professionnel sur la qualité des soins. Le but dernier de cette revue de littérature est de permettre une prise de conscience de l'importance de la santé du personnel infirmier en EMS, notamment à propos de l'épuisement professionnel.

À l'aide de ces objectifs, cette revue de la littérature va tenter de répondre à la question de recherche citée plus haut en tenant compte des concepts d'épuisement professionnel, de qualité des soins, de personnel infirmier et d'EMS.

2 Cadre théorique

Ce cadre théorique a pour objectif de décrire les quatre concepts centraux de cette problématique : l'épuisement professionnel, la qualité des soins, les EMS et les infirmier·ère·s.

2.1 Concept d'épuisement professionnel

L'épuisement professionnel est défini dans la Classification internationale des maladies 11ème révision (CIM-11) comme étant « un syndrome conceptualisé comme résultant d'un stress chronique au travail qui n'a pas été géré avec succès » (OMS, 2019). En Suisse, il est estimé qu'une personne sur cinq va ressentir un grand stress professionnel au cours de sa vie qui a de fortes chances d'induire un épuisement professionnel (Salamin, 2023). Il existe trois composantes de l'épuisement professionnel : l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation et le faible accomplissement personnel. La surcharge de travail, une ambiance négative au sein d'une équipe, des horaires peu flexibles, une faible résistance psychologique, la mauvaise reconnaissance des collègues et/ou de la hiérarchie envers le travail fourni sont des exemples de facteurs favorisant l'épuisement professionnel chez le personnel infirmier (Dall'Ora et al., 2020; Salamin, 2023).

2.1.1 Épuisement émotionnel

Selon Maslach (1998), l'épuisement émotionnel fait référence au sentiment d'être surchargé au niveau émotionnel et de ne plus avoir de ressources pour faire face aux exigences du travail. La surcharge de travail et les conflits au travail sont les principales sources d'un tel épuisement (Dall'Ora et al., 2020). L'état d'une relation entre infirmier·ère·s et médecins ou encore la manière de collaborer et de se soutenir dans l'équipe sont des éléments diminuant l'épuisement émotionnel. De plus, une grande charge de travail et le devoir d'accomplir de nombreuses tâches en peu de temps ont également un impact sur cette dimension de l'épuisement professionnel (Dall'Ora et al., 2020).

2.1.2 Dépersonnalisation

La dépersonnalisation se caractérise par une attitude de détachement, une distance émotionnelle, voire du cynisme envers les autres au travail (Maslach, 1998). Avoir une attitude froide, traiter les collègues ou les patient·e·s comme des objets plutôt que comme des individus sont des manifestations de la dépersonnalisation. Les professions exigeantes comme les soins infirmiers, où le stress et la surcharge émotionnelle sont constants, sont particulièrement vulnérables à la dépersonnalisation. Celle-ci représente un mécanisme de défense psychologique permettant aux soignant·e·s de se protéger des impacts négatifs tout en préservant leur fonctionnement professionnel. Les conséquences de la

dépersonnalisation sont une perte de la qualité des relations professionnelles, une diminution de l'empathie et une rupture du côté « humain » qui est important dans un métier axé sur le relationnel (Maslach, 1998).

2.1.3 Faible accomplissement personnel au travail

Les manifestations d'une réduction de l'accomplissement personnel au travail se traduisent par un sentiment d'inefficacité au travail, une insatisfaction vis-à-vis du travail effectué, l'impression de ne plus avoir de compétences, de ne pas atteindre ses objectifs ou encore la perception que ses actions sont inutiles. Cela peut entraîner une perte de confiance en soi et un sentiment de frustration en lien avec des efforts fournis qui ne portent pas leurs fruits (Maslach, 1998). Dans les soins, le personnel en début de carrière possède moins de ressources et des compétences moins développées, c'est pourquoi le faible accomplissement personnel au travail est plus fréquent dans cette population. Cependant, il se peut que lors d'un burnout, les infirmier·ère·s présentent une diminution de l'accomplissement personnel au travail en sous-estimant leurs compétences, en se sentant inefficaces ou insatisfait·e·s du travail fourni (Negueu et al., 2019).

2.2 Concept de qualité des soins

Selon l'OMS (2024b), la qualité des soins fait référence à la capacité des services de santé d'accroître les probabilités d'obtenir des résultats optimaux, tout en respectant les connaissances scientifiques et professionnelles disponibles. Elle couvre plusieurs domaines, tels que la promotion de la santé, la prévention des maladies, le traitement, la réadaptation et les soins palliatifs. Cette qualité doit être continuellement mesurable et améliorée tout en respectant les préférences des patient·e·s et des familles. Chaque année, dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, 15 % des décès sont dus à des soins de mauvaise qualité (OMS, 2020a). En 1980, Avedis Donabedian a proposé la définition suivante : « Les soins de haute qualité sont les soins visant à maximiser le bien-être des patients après avoir pris en compte le rapport bénéfices/risques à chaque étape du processus de soins » (Ferguson, 2014). Cette définition permet de comprendre que la qualité des soins influence directement le bien-être des patient·e·s. Au fil du temps, des éléments fondamentaux ont été mis en avant pour garantir la qualité des soins, comme la sécurité, le confort, l'efficacité, l'économie et l'esthétique (Grenier et al., 1989).

2.2.1 Sécurité

La sécurité est une composante de la qualité des soins. Elle est définie par la Haute Autorité de Santé (2022) comme étant un concept visant à minimiser les risques de dommages subis par les patient·e·s alors qu'ils pourraient être évités. De plus, lors des soins, le

bénéfice doit toujours être supérieur au risque. La sécurité vise à minimiser tout préjudice évitable pour les patient·e·s, en s'assurant que les bénéfices des soins l'emportent toujours sur les risques potentiels. Cela indique que dans la profession d'infirmier·ère, des actes ne doivent pas être entrepris envers la personne soignée s'ils peuvent avoir des conséquences plus préjudiciables que s'ils n'avaient pas été réalisés.

2.2.2 Confort

Le confort est une composante des critères de qualité des soins. Il est décrit comme étant une expérience hautement personnelle qui n'est pas égale d'une personne à une autre. Le confort des résident·e·s est associé à leur bien-être. Il peut être influencé par différents facteurs comme la douleur, la température ambiante, les défis auxquels sont confrontées les personnes concernées vis-à-vis de leurs pathologies, la présence de leur entourage ou encore les actions et comportements du personnel soignant (Sommerhalder et al., 2015; Wensley et al., 2017).

2.2.3 Efficacité

L'efficacité est une dimension à prendre en compte dans le domaine des soins (Berwick & Fox, 2016). Selon l'article écrit par Berwick et Fox (2016), l'efficacité est décrite comme la capacité des soins à atteindre des résultats optimaux tout en gérant les ressources de façon rationnelle. Pour être efficaces, les soins doivent répondre à deux critères. Premièrement, ils doivent être basés sur des données probantes. Deuxièmement, les ressources disponibles doivent être optimisées et le gaspillage minimisé (OMS, 2020a).

2.2.4 Économie

L'économie est une composante des critères de qualité des soins. L'économie et la santé sont deux dimensions complémentaires dans les systèmes de soins (OMS, 2024a). La pandémie de COVID-19 nous a fait comprendre l'importance de l'économie dans le domaine des soins. Elle a coûté très cher aux systèmes de santé mondiaux. Entre 2019 et 2020, la pandémie a entraîné une diminution de 3.1% du produit intérieur brut (PIB) mondial (OMS, 2024a). De plus, l'épuisement professionnel provoque des coûts pour les entreprises suisses. Selon Vial (2015), ils s'élèveraient à 5,58 milliards de francs. Ils sont plus précisément liés aux traitements médicaux engendrés ou à l'absentéisme.

L'économie fait référence aux dépenses hospitalières, aux financements des soins et aux résultats de la prise en charge des patient·e·s. Les dépenses englobent les coûts liés au personnel soignant, aux équipements hospitaliers nécessaires et aux prestations de soins fournies. À cela, il faut ajouter les coûts de prévention qui visent à éviter les accidents et les hospitalisations (Wasserfallen, 2009). De nos jours, les systèmes de santé visent à

réduire le gaspillage, que ce soit en termes de matériel ou en termes de soins prodigués. Parallèlement, le vieillissement de la population augmente les coûts des soins de santé (Parmar, 2023). Dans le rapport de l’OMS (2024a), la dimension économique est mise en avant. L’objectif est de valoriser le bien-être des patient·e·s tout en bâtissant des sociétés saines, inclusives, équitables et durables. Pour l’atteindre, l’OMS met l’accent sur l’importance d’investir à long terme dans des systèmes de santé.

2.2.5 Esthétique

L’esthétique est un critère de qualité des soins. En effet, l’esthétique des soins infirmiers repose sur le bien-être du patient, le confort, l’intimité, la technique et les produits utilisés (Trophardy, 2021). Selon Pellegrinelli et al. (2022), l’esthétique représente la manière dont les soins suscitent des perceptions et des émotions à la fois chez les soignant·e·s comme chez les patient·e·s. Thompson (2015) valide que l’esthétique n’est pas seulement basée sur la technique des soins, mais plutôt sur les interactions entre soignant·e et patient·e. Ces interactions permettent d’améliorer le lien de confiance et de valoriser la dignité du ou de la patient·e. Il explique que le toucher et l’écoute ajoutent une profondeur au soin, notamment au sein des EMS (Thompson, 2015). Les patient·e·s vivant en EMS peuvent faire face à un sentiment de solitude et de perte d’identité. Effectuer des soins en prenant en compte la dimension esthétique favorise un sentiment de confort et de reconnaissance, qui est essentiel pour le bien psychologique des résident·e·s (Thompson, 2015).

2.3 Concept d’EMS

Aussi appelés « maisons de retraite », les EMS sont des structures dédiées à l’hébergement et aux soins des personnes âgées ou en situation de handicap. Ils permettent l’accueil des résident·e·s lorsque le maintien à domicile est impossible (Observatoire Valaisan de la Santé [OVS], 2024).

2.3.1 Rôles des EMS

Selon l’OVS (2024), les trois principales missions des EMS suisses ont été relevées. La première mission est d’assurer un environnement sécurisé et un accompagnement individualisé en permanence, sans interruption. Ensuite, les EMS hébergent des personnes âgées dépendantes tout en assurant des soins infirmiers, médicaux et sociaux. La troisième mission est de mettre à disposition une structure d’accueil de courts et longs séjours (OVS, 2024). Les courts séjours permettent une décharge pour les proches aidants, ainsi qu’une transition entre l’hôpital et le domicile. L’objectif des courts séjours est d’aider la personne âgée à favoriser son retour à domicile. Les longs séjours sont destinés aux personnes

âgées dont le niveau de dépendance compromet leur sécurité, rendant impossible leur maintien à domicile (Canton du Valais, s. d.; OVS, 2024).

2.3.2 Organisation des EMS

L'organisation des EMS repose sur plusieurs piliers tels que la multidisciplinarité et la formation continue du personnel. La multidisciplinarité est un terme important dans ces institutions, car plusieurs métiers contribuent au bon fonctionnement des soins. Il existe diverses professions telles que les métiers s'occupant des soins, de l'animation, de l'hôtellerie et de l'administration. Plusieurs professions de santé sont en collaboration directe avec le personnel soignant de l'EMS comme la physiothérapie, l'ergothérapie et la psychothérapie (Association Valaisanne des Etablissements Médico-Sociaux [AVALEMS], s. d.). La formation continue du personnel joue un rôle clé dans l'organisation des EMS (Fédération Genevoise des structures d'accompagnement pour seniors [Fegems], 2022). En effet, avec le vieillissement de la population et l'augmentation de la polymorbidité des patient·e·s, les avancées scientifiques améliorent les soins, mais les rendent aussi plus complexes. Les personnes âgées présentent souvent plusieurs pathologies simultanées, ce qui nécessite des traitements multiples et une certaine coordination entre les professionnel·le·s de santé. Cette complexité croissante exige de nouvelles compétences de la part des soignant·e·s et une adaptation constante aux pratiques médicales. Certes, soigner une personne nécessite la prise en compte de plusieurs critères, tels que les besoins, la fragilité, l'âge, les interactions entre les pathologies et les technologies médicales disponibles (Dietschi, 2018). La formation permet d'harmoniser et d'égaliser les compétences de chaque génération du personnel soignant. La Fegems (Fédération Genevoise des Établissements Médico-Sociaux) et l'AVALEMS s'investissent dans la formation continue et dans le soutien aux professionnel·le·s de la santé (AVALEMS, s. d.; Fegems, 2022).

En Suisse, en 2023, environ 163'000 personnes ont séjourné dans les EMS, qu'il s'agisse de courts ou de longs séjours. Les femmes représentent 66 % des résident·e·s. Concernant le personnel total, le nombre s'élève à environ 144'000 employés, dont 66 % faisant partie du personnel soignant et d'animation. Ces postes sont à 80 % occupés par des femmes. Nous retrouvons donc une majorité de femmes au niveau des résident·e·s et du personnel soignant. Les coûts totaux des EMS suisses ont atteint 11,6 milliards de francs. Cette somme est principalement due aux prestations hôtelières et aux soins médicaux (Office fédéral de la statistique [OFS], s. d.).

2.4 Concept d'infirmier

2.4.1 Dimension professionnelle

Selon l'OMS (2020b), le rôle propre de l'infirmier·ère est défini comme l'assistance aux individus, aux familles et aux groupes. Ce soutien permet aux patient·e·s d'identifier et d'atteindre leur plein potentiel physique, mental et social. Ces professionnel·le·s occupent un rôle essentiel dans le domaine de la santé publique et remplissent une mission d'intérêt général. Ce métier est une pièce maîtresse de toute l'équipe médicale, car les infirmier·ère·s sont en permanence auprès des patient·e·s et sont en contact avec le médecin. Leur rôle dépasse la prestation de soins, car elles et ils établissent une relation soignant·e-patient·e fondée sur la confiance et le partage. Les infirmier·ère·s se doivent d'entretenir ce lien. L'institution doit, quant à elle, mettre en place des conditions de travail favorables. La protection et la sécurité font partie des devoirs indispensables de l'institution. En effet, les soignant·e·s sont sous la responsabilité de l'institution lorsqu'elles et ils sont sur le lieu de travail (OMS, 2020b).

Le métier d'infirmier·ère a pourtant quelques contraintes. Les patient·e·s ont des croyances, des pensées, des envies et des religions différentes, qui doivent toutes être respectées selon les règles du code de déontologie. Les infirmier·ère·s naviguent dans des dilemmes éthiques qui les obligent à prendre en considération le respect de l'autonomie, la justice, la non-malfaisance et la bienfaisance. Il est parfois compliqué de trouver le bon équilibre pour identifier la meilleure solution pour le ou la patient·e (OMS, 2020b). Comme vu précédemment, ces difficultés peuvent faire naître le syndrome d'épuisement professionnel chez les soignant·e·s (Dall'Ora et al., 2020).

2.4.2 Dimension organisationnelle

L'OMS met l'accent sur l'importance du rôle infirmier dans la coordination interdisciplinaire dans les soins, en particulier dans les EMS, où elle ou il gère souvent la continuité des soins impliquant de multiples intervenant·e·s (OMS, 2020b). Au sein des hôpitaux, l'infirmier·ère joue un rôle essentiel dans la communication et collaboration entre le médecin, les travailleurs·euses sociaux·ales, les physiothérapeutes et les ergothérapeutes. Cette responsabilité vise à optimiser les parcours de soins des patient·e·s et à éviter les erreurs médicales liées à une mauvaise communication entre les différents services.

Selon l'American Nurses Association (2015, p. 6), la collaboration repose sur le respect, la confiance, la transparence, la prise de décision partagée et la communication ouverte entre les acteurs responsables des soins. Dans ce rôle organisationnel, les infirmier·ère·s planifient et élaborent des politiques au sein des établissements (Spiegel, 2023). Les

clinicien-ne-s rédigent des protocoles de soins afin de respecter tous les critères de qualité dans la prise en charge et d'assurer la sécurité au sein des établissements de santé (Centre Hospitalier Universitaire Vaudois [CHUV], 2022).

2.4.3 Dimension relationnelle

La relation entre soignant-e et patient-e est à la base de tout type de soin. Selon Arnold et Boggs (2019), la communication est un processus réciproque de messages utilisant un mélange de compétences verbales et non verbales. Sheppard (1993) souligne que, dans la relation infirmier-ère-patient-e, la communication va au-delà de la simple transmission d'informations, elle inclut également la reconnaissance et la validation des sentiments des patient-e-s. Certain-e-s patient-e-s peuvent être limité-e-s par des facteurs comme la langue ou leur connaissance sur la santé et il est donc primordial pour les infirmier-ère-s de mettre en place des stratégies d'adaptation (American Nurses Association, 2015). Il est possible d'utiliser une personne proche du ou de la patient-e comme interprète ou traducteur-trice, des traducteurs automatiques sur les smartphones ou encore des applications de traductions médicales (Hudelson, 2019). Toutefois, les infirmier-ère-s ont différentes tâches à effectuer dans la journée, que ce soit de l'administratif, du relationnel, des soins, de l'administration de médicaments ou encore des colloques professionnels. Crotty (1985) a démontré que les infirmier-ère-s ne communiquent pas toujours efficacement avec les patient-e-s, principalement à cause d'un temps excessif passé à effectuer des tâches administratives. Parfois, certain-e-s professionnel-le-s de la santé ne reconnaissent pas suffisamment l'importance de la relation infirmier-ère-patient-e ainsi que les conséquences de ce manque. Cette attention accrue sur les tâches administratives nuit à l'établissement de relations positives, essentielles pour garantir des soins de qualité. Ces relations sont directement liées aux critères de qualité des soins et contribuent à améliorer le confort du ou de la patient-e. L'approche centrée sur le ou la patient-e, où celui ou celle-ci est placée au centre des décisions, permet à la personne concernée de participer activement aux décisions concernant les soins (McCabe, 2004). Elle repose sur une communication active envers ses valeurs et ses préférences. Cette approche contribue au confort du ou de la patient-e car elle favorise une relation de confiance avec le ou la soignant-e, ce qui réduit l'anxiété et améliore l'expérience des soins (HAS, 2015).

En résumé, ce travail articule les quatre concepts d'épuisement professionnel, de qualité des soins, d'EMS et d'infirmier-ère. Il est désormais essentiel de les explorer de manière approfondie afin de comprendre les liens entre eux. Cette revue de littérature permettra d'identifier les conséquences de l'épuisement professionnel sur la qualité des soins.

3 Méthode

3.1 Devis de recherche

L'ouvrage « Fondements et étapes du processus de recherche » de Fortin et Gagnon (2022), qui constitue une référence incontournable en méthodologie scientifique, a été utilisé comme référence pour la rédaction de cette section. La recherche scientifique vise à collecter et à analyser des données probantes dans le but d'explorer, de décrire, d'expliquer ou de prédire des phénomènes. Les paradigmes permettent d'atteindre ces objectifs et reposent sur des théories, des méthodes et des croyances définissant une approche pour comprendre et expliquer un phénomène. Ces paradigmes proposent différentes façons de comprendre la réalité et permettent de guider les méthodes utilisées pour mener des recherches. Chaque chercheur-euse choisit celui qui s'aligne le mieux avec sa question de recherche et ses objectifs. Voici, ci-dessous, les trois principaux paradigmes.

Le paradigme post-positiviste est une posture philosophique qui reconnaît l'existence d'une réalité comme objective et composée de nombreuses variables. Il reconnaît que l'interprétation des résultats peut contenir des erreurs et que ceux-ci ne sont pas considérés comme valides jusqu'à preuve du contraire. Ce paradigme privilégie une démarche quantitative, objective et rigoureuse. Cette approche s'appuie sur différentes méthodes afin d'appréhender la réalité de manière aussi précise que possible. Elle repose sur le raisonnement déductif, qui consiste à formuler des hypothèses pour prédire et contrôler des phénomènes.

Contrairement au paradigme précédent, le constructivisme repose sur l'existence de multiples réalités, construites par les expériences, les croyances et les perceptions propres à chaque individu. Il adopte une approche subjective, où la compréhension de la réalité est évolutive et varie d'une personne à l'autre. Le paradigme constructiviste privilégie une démarche qualitative, qui met en avant l'importance d'une proximité entre chercheur-euse et participant-e. Une relation étroite est indispensable, car les résultats proviennent de leurs interactions. Sur le plan méthodologique, il suit un raisonnement inductif, partant des observations pour en tirer des concepts ou théories. L'objectif central est d'explorer la manière dont les individus construisent leur perception au sein d'un contexte spécifique. Cette démarche vise à interpréter les résultats avec précision afin de mieux comprendre la complexité de ces représentations.

Quant à lui, le paradigme pragmatique met l'accent sur l'utilité des résultats plutôt que sur des questions philosophiques sur la nature de la réalité. Il se centre sur la question de

recherche et sur les solutions qu'elle peut apporter. Il combine les approches quantitatives et qualitatives selon leur pertinence pour répondre à la question de recherche. Ce paradigme considère que ces deux approches ne sont pas opposées, mais qu'elles peuvent être complémentaires. L'objectif du paradigme pragmatique est d'obtenir des résultats utiles et applicables pour améliorer les pratiques.

3.2 Collecte des données

Pour réaliser cette revue de littérature, des recherches documentaires ont été effectuées entre octobre 2024 et janvier 2025 afin de trouver des articles pouvant répondre à la question de recherche. Pour ce faire, trois bases de données ont été utilisées : CINAHL, Pubmed et Embase.

La première étape a été de déterminer les différents concepts présents dans la question de recherche. Il s'agit des concepts d'épuisement professionnel, de qualité des soins, des EMS et des infirmier·ère·s. À partir de là, des mots-clés en anglais ont été trouvés à l'aide de différents outils comme Deepl ou encore HeTOP et les troncatures comme les guillemets et les astérisques ont été ajoutées. Par la suite, il a été essentiel de déterminer des descripteurs pour chaque concept. Ces différentes parties ont été retranscrites dans le tableau 1 en annexe I. La recherche dans les bases de données a été réalisée en utilisant des opérateurs booléens (AND, OR, NOT). Une recherche complète, combinant des recherches simples et avancées, a été mise en œuvre afin de cibler et d'optimiser les résultats. Afin de respecter les cinq ans d'ancienneté maximum, les études sélectionnées ont été choisies si elles ont été publiées après 2019. Par la suite, un tri des résultats a été effectué pour parvenir à ressortir six études, comme décrit dans le chapitre suivant. Une recherche complémentaire sur la base de données Cochrane a été effectuée car nous n'avions pas assez d'études répondant à la question de recherche. En annexe I se trouvent les tableaux de collecte de données.

3.3 Sélection des données

Des critères d'inclusion et d'exclusion ont été utilisés afin de trouver six études. Trois d'entre elles devaient être des études disciplinaires et donc rédigées par des infirmier·ère·s. Par la suite, étant donné que la question de recherche porte sur l'épuisement professionnel des infirmier·ère·s dans les EMS, les études sélectionnées devaient concerner cette population dans ce milieu. Pour finir, les méta-analyses et les revues systématiques ont été exclues.

Lors de la recherche documentaire, les équations ont dû être modifiées car peu de résultats correspondant aux critères d'inclusion ont été trouvés. Google Scholar a également été utilisé, mais des résultats similaires aux recherches faites sur les bases de données ont été trouvés.

Le processus de recherche est illustré avec le diagramme de flux PRISMA en annexe II.

3.4 Analyse des données

En premier lieu, les titres et les résumés ont été analysés afin de déterminer si les études correspondaient aux thèmes de la question de recherche. Si les études correspondaient aux critères d'inclusion, elles ont ensuite été traduites en français à l'aide de l'outil Deepl et relues de manière plus poussée. Par la suite, pour la rédaction des tableaux de recension et pour la partie analyse, une analyse approfondie a été effectuée. Les tableaux de recension en annexe III permettent de mettre en avant les principaux points qui ressortent des études. En annexe IV figure la pyramide de la hiérarchie des évidences ainsi que le tableau des grades de recommandation.

4 Résultats

4.1 Étude 1

Eltaybani, S., Yamamoto-Mitani, N., Ninomiya, A., & Igarashi, A. (2021). The association between nurses' burnout and objective care quality indicators : A cross-sectional survey in long-term care wards. *BMC Nursing*, 20(1), 34. <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00552-z>

4.1.1 Description de l'étude

Cette étude est une analyse secondaire de données transversale de niveau V selon la hiérarchie des niveaux de preuves (Fortin & Gagnon, 2022) et a pour but d'examiner l'association entre l'épuisement professionnel des infirmier·ère·s et certaines mesures de qualité des soins objectives dans les services de soins de longue durée au Japon, ce qui correspond à des EMS. Les auteurs ont émis l'hypothèse que l'épuisement professionnel peut conduire à des soins de mauvaise qualité et à une aggravation de la sécurité des patient·e·s.

Un échantillonnage probabiliste* a été utilisé pour déterminer les services à inclure et les chercheurs ont utilisé un échantillon de 196 infirmier·ère·s gestionnaires et 2473 infirmier·ère·s venant de 196 services de soins longue durée japonais différents. Pour collecter les données, entre septembre et novembre 2015, au sein de cet échantillon, les chercheurs ont utilisé des questionnaires anonymes qui ont été distribués par les infirmier·ère·s gestionnaires de chaque établissement. L'étude ne précise pas si des critères d'exclusion ont été appliqués lors de l'échantillonnage. Le Maslach Burnout Inventory (MBI), qui permet de mesurer les trois dimensions du burnout, à savoir l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation et l'accomplissement personnel, a été utilisé pour évaluer l'épuisement professionnel. La qualité des soins a été évaluée avec quatre indicateurs : le taux de patient·e·s atteint·e·s de pneumonies, d'escarres, porteurs·euses de sonde urinaire ou de sonde d'alimentation. Les données ont été analysées de manière univariée puis par une analyse bivariée* à l'aide du test U de Mann-Whitney* ou de la corrélation de Spearman*. Toutes les analyses ont été effectuées à l'aide du logiciel SPSS Statistics version 23 pour Windows.

Les résultats de l'étude montrent qu'un épuisement émotionnel plus élevé est associé à des taux de pneumonies ($p=0,033$) et d'escarres ($p=0,014$) plus élevés. De plus, un faible accomplissement personnel au travail est associé à un taux plus élevé de sondages vésicaux ($p=0,021$) et à un taux plus élevé de sondes d'alimentation ($p\leq 0,002$). Cette étude nous montre ainsi que l'épuisement professionnel du personnel infirmier joue un rôle essentiel dans la qualité des soins. En revanche, cette étude ne fournit que des preuves

d'associations et ne peut déterminer une relation causale, ce qui peut soulever des questions sur la généralisabilité des résultats quant au faible taux de services participants. Ces résultats sont basés sur une analyse secondaire d'une enquête à grande échelle menée principalement pour d'autres objectifs qui ne sont pas précisés dans l'article.

4.1.2 Validité méthodologique

L'étude d'Eltaybani et al. (2021) présente une rigueur scientifique satisfaisante, avec un devis quantitatif* de type transversal* et une méthode d'enquête par questionnaire menée auprès de 196 infirmier·ère·s gestionnaires et 2473 infirmier·ère·s venant de services de soins de longue durée au Japon. La validité interne est renforcée par l'utilisation d'outils standardisés et validés, tels que le MBI pour mesurer le burnout et des indicateurs objectifs de qualité des soins, ce qui permet de limiter les biais de mesure.

La crédibilité des résultats est soutenue par une analyse statistique appropriée, incluant des tests de corrélation* et une analyse univariée* suivie d'une analyse bivariée*. Le fait que l'étude se base sur des indicateurs objectifs, et non uniquement sur des perceptions subjectives, renforce la robustesse des conclusions.

Cependant, certains biais peuvent être présents dans cette étude. Le biais de sélection* est possible, car la participation reposait sur le volontariat, ce qui peut limiter la représentativité de l'échantillon. De plus, le caractère transversal de l'étude ne permet pas d'établir de lien de causalité entre le burnout et la qualité des soins.

Malgré quelques biais, cette étude présente une validité interne correcte et offre des résultats pertinents pour comprendre l'impact de l'épuisement professionnel infirmier sur la qualité des soins dans les structures de long séjour telles que des EMS.

Cette étude a été approuvée par le comité d'éthique de la recherche* de la Graduate School of Medicine, Université de Tokyo, Japon.

4.1.3 Pertinence clinique

Cette étude présente une grande utilité pour la pratique professionnelle infirmière, notamment dans le contexte des EMS. Elle montre une association claire entre un niveau élevé d'épuisement émotionnel et un faible accomplissement personnel au travail chez les infirmier·ère·s ainsi qu'une augmentation d'indicateurs objectifs de mauvaise qualité des soins, tels que les chutes, les escarres ou l'usage de moyens invasifs comme les sondes urinaires. Cela rejoint nos observations faites durant les périodes de formation pratique où nous avons pu objectiver une diminution des passages, par exemple pour des nursings ou des changements de positions dans le lit, notamment à cause d'un manque de temps. Les

résultats de l'étude renforcent l'idée que le bien-être du personnel soignant n'est pas seulement une question de bien-être personnel, mais aussi un facteur essentiel pour garantir la sécurité et la qualité des soins aux résident.e.s. Pour les professionnel.le.s, cela souligne l'importance d'agir avant l'apparition des symptômes, par exemple via la prévention du stress, la gestion des effectifs, la reconnaissance du travail ou encore le soutien institutionnel.

Concernant la transférabilité* des résultats, bien que l'étude ait été menée au Japon, les enjeux mis en évidence sont comparables à ceux rencontrés dans les EMS valaisans : charge de travail élevée, pénurie de personnel, complexité croissante des soins et usure émotionnelle. Le contexte culturel et organisationnel est différent, mais les mécanismes du burnout et ses effets sur la qualité des soins sont similaires. Ainsi, ces résultats peuvent être considérés comme transférables et pertinents pour se poser des questions et mettre en place des actions concrètes au sein des établissements valaisans.

4.2 Étude 2

White, E. M., Aiken, L. H., & McHugh, M. D. (2019). Registered Nurse Burnout, Job Dissatisfaction, and Missed Care in Nursing Homes. <i>Journal of the American Geriatrics Society</i> , 67(10), 2065-2071. https://doi.org/10.1111/jgs.16051

4.2.1 Description de l'étude

Cette étude est une analyse secondaire de données transversale de niveau V selon la hiérarchie des niveaux de preuves (Fortin & Gagnon, 2022) et est basée sur des données issues de l'enquête nationale RN4CAST-US. Elle a pour but d'examiner la relation entre l'épuisement professionnel des infirmier·ère·s diplômé·e·s, l'insatisfaction professionnelle et les soins manqués dans les EMS. La question de recherche émise est de savoir comment l'épuisement professionnel et l'insatisfaction au travail contribuent à la probabilité que les infirmier·ère·s diplômé·e·s des EMS laissent de côté des soins nécessaires. Les auteurs ont émis l'hypothèse que l'épuisement professionnel et l'insatisfaction au travail seraient associés à une plus grande probabilité de soins manqués.

Un échantillonnage probabiliste pour l'étude primaire et un échantillonnage non probabiliste* pour l'analyse secondaire, en ne sélectionnant que les infirmier·ère·s en soins directs en EMS, ont été réalisés. Les chercheurs ont retenu un total de 540 EMS et 687 infirmier·ère·s sur 1540 pour l'étude primaire. Le recrutement s'est effectué dans le cadre d'une enquête nationale et les données ont été collectées à l'aide d'un questionnaire de 12 pages envoyé par mail ou par courrier. Puis, un questionnaire plus court et une indemnisation ont été envoyés à un sous-échantillon aléatoire des personnes non

répondantes la première fois, ce que l'étude ne détaille pas davantage. Le MBI a été utilisé pour mesurer le niveau d'épuisement émotionnel, tandis que la satisfaction au travail a été évaluée par des questions dans lesquelles il fallait indiquer le degré de satisfaction à l'égard de son emploi principal sur une échelle de quatre points allant de « très satisfait » à « très insatisfait ». Les soins manqués, qui n'ont alors pas été effectués, ont été mesurés à travers une liste d'activités infirmières que les participant·e·s ont déclaré ne pas avoir pu réaliser lors de leur dernier service, telles que l'administration de médicaments à l'heure, les soins d'hygiène ou encore la surveillance des patient·e·s. Les auteurs ont utilisé des statistiques descriptives et des régressions logistiques* robustes pour analyser l'impact de l'épuisement professionnel et de l'insatisfaction au travail sur les soins manqués, en tenant compte des caractéristiques des infirmier·ère·s et des établissements.

Les résultats de l'étude révèlent que près de 30 % des infirmier·ère·s interrogé·e·s ont rapporté un niveau élevé de burnout et que 31 % ont exprimé une insatisfaction professionnelle. Parmi les participant·e·s, 72 % ont déclaré avoir manqué au moins un soin essentiel lors de leur dernière journée de travail. De manière significative, les infirmier·ère·s ayant un burnout élevé avaient cinq fois plus de chances de rapporter des soins manqués que celles et ceux sans burnout. L'insatisfaction au travail était également fortement associée à des soins manqués.

Ces résultats démontrent un lien clair entre épuisement professionnel et qualité des soins en EMS. Il s'agit d'une étude d'association qui ne permet pas de conclure à une relation de cause à effet, mais qui souligne néanmoins des tendances préoccupantes et cliniquement pertinentes pour les milieux de soins.

4.2.2 Validité méthodologique

L'étude de White et al. (2019) présente une rigueur scientifique satisfaisante, avec un devis transversal quantitatif basé sur une analyse secondaire de données issues de l'enquête nationale RN4CAST-US. La validité interne* de l'étude est renforcée par l'utilisation d'instruments standardisés et validés, notamment l'échelle d'épuisement émotionnel du MBI pour évaluer l'épuisement professionnel des infirmier·ère·s. Le recours à des modèles de régression logistique multivariée a permis de contrôler plusieurs variables confondantes comme l'âge, l'expérience, la dotation en personnel ou encore le type de structure, renforçant ainsi la crédibilité des résultats obtenus.

La taille de l'échantillon, pour l'étude secondaire, étant de 687 infirmier·ère·s travaillant dans 540 maisons de retraite et le fait que l'étude se déroule dans quatre États américains soutiennent la solidité des analyses. L'étude bénéficie d'un échantillonnage probabiliste au

départ et les auteurs ont pris soin de limiter leur analyse aux infirmier·ère·s en soins directs, ce qui permet une meilleure correspondance entre les données recueillies et les soins réellement dispensés.

Cependant, plusieurs limites doivent être relevées. Le devis transversal ne permet pas d'établir de lien causal entre burnout et soins manqués. Par ailleurs, le taux de réponse global relativement faible de 26 % peut induire un biais de sélection, même si une enquête complémentaire auprès des non-répondant·e·s a réduit ce risque.

En résumé, malgré certaines limites, cette étude présente une validité interne globalement forte et offre des résultats pertinents, appuyés par une méthodologie rigoureuse et des outils validés.

Cette étude a été validée par le comité d'examen institutionnel de l'Université de Pennsylvanie.

4.2.3 Pertinence clinique

Cette étude est pertinente pour le domaine des soins infirmiers, car elle démontre un lien significatif entre l'épuisement professionnel, l'insatisfaction au travail des infirmier·ère·s et la fréquence des soins manqués en EMS. Ces résultats montrent que le burnout n'a pas seulement un impact sur la santé des soignant·e·s, mais qu'il compromet aussi directement la qualité des soins aux résident·e·s, notamment en ce qui concerne des tâches essentielles comme la surveillance clinique, la relation de soins ou la planification. Pour la pratique infirmière, cela signifie que la prévention du burnout est une mesure indirecte mais cruciale pour améliorer la sécurité et la continuité des soins. Il est donc essentiel d'agir sur les causes organisationnelles du stress, telles que la charge de travail ou le manque de reconnaissance, afin de garantir une prise en charge globale et sécuritaire. Ceci a été observé lors de nos stages effectués durant la formation. Nous avons également pu observer qu'un manque de personnel et un fort turnover provoquaient du stress et rendaient la continuité des soins plus complexe.

Concernant la transférabilité des résultats, bien que l'étude ait été réalisée aux États-Unis, les réalités observées sont comparables à celles rencontrées dans les EMS valaisans. Les enjeux liés à la surcharge de travail, aux ressources limitées et à la complexité croissante des soins sont présents dans le contexte suisse. Les soins manqués identifiés dans l'étude, notamment les soins relationnels et éducatifs, sont également des dimensions centrales dans les soins au sein des EMS en Valais. Les résultats sont donc pertinents et applicables

pour alimenter la réflexion sur l'organisation du travail, la qualité des soins et la prévention du burnout au sein des EMS suisses.

4.3 Étude 3

White, E. M., Aiken, L. H., Sloane, D. M., & McHugh, M. D. (2020). Nursing home work environment, care quality, registered nurse burnout and job dissatisfaction. <i>Geriatric Nursing, 41</i> (2), 158-164. https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2019.08.007
--

4.3.1 Description de l'étude

Cette étude est une analyse transversale des données secondaires issues de l'enquête RN4CAST-US de 2015. Elle a été réalisée aux États-Unis, dans 245 EMS situés dans quatre États, et a pour but d'examiner la relation entre l'environnement de travail, la qualité des soins, l'épuisement professionnel et l'insatisfaction professionnelle au sein des EMS. Les chercheurs ont émis l'hypothèse que les EMS offrant de meilleurs environnements de travail présenteraient des taux plus faibles d'ulcères de pression, de recours aux médicaments antipsychotiques et d'hospitalisations, ainsi qu'un nombre réduit d'infirmier·ère·s diplômé·e·s souffrant d'insatisfaction au travail et d'épuisement professionnel.

L'échantillon de l'étude secondaire est composé de 674 infirmier·ère·s diplômé·e·s qui ont été sélectionné·e·s à partir d'un échantillonnage aléatoire réalisé lors de l'étude primaire. Le recrutement a été effectué par voie postale, via un questionnaire comprenant plusieurs échelles validées sur l'environnement de travail : l'échelle de l'environnement de pratique de l'indice de travail en soins infirmiers (PES-NWI), l'insatisfaction au travail mesurée par une échelle de Likert et l'épuisement professionnel mesuré par le MBI. La qualité des soins a été examinée à partir de trois indicateurs : le pourcentage de résident·e·s à haut risque d'escarres, le pourcentage de résident·e·s ayant reçu des médicaments antipsychotiques et le nombre d'hospitalisations par résident·e et par an. Des analyses statistiques ont été réalisées : tests F*, tests t*, tests du chi-carré*, régressions linéaires*, régressions logistiques multiniveaux et pondération analytique*.

Les résultats montrent que les EMS avec un environnement de travail favorable présentent 1,8 % de plaies de pression en moins ($p=0,02$) et 16 hospitalisations de moins par 100 résident·e·s par an ($p=0,05$) par rapport à ceux avec un environnement défavorable. Les établissements avec des ressources financières limitées ont des taux significativement plus élevés de plaies de pression et d'utilisation d'antipsychotiques. Ainsi, les établissements offrant un meilleur environnement de travail présentent des taux plus faibles

d'escarres, une utilisation réduite d'antipsychotiques et un taux d'hospitalisation moins élevé.

Cette étude met en évidence une association forte entre l'environnement de travail, la qualité des soins ainsi que le bien-être professionnel des infirmier·ère·s et appelle à des interventions ciblées sur les conditions de travail dans les établissements de soins au sein des EMS.

4.3.2 Validité méthodologique

Cette étude présente une bonne rigueur scientifique, avec un devis quantitatif transversal basé sur une analyse secondaire de données. L'utilisation d'instruments de mesure reconnus et validés, notamment la version complète du Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES-NWI) pour évaluer l'environnement de travail et la sous-échelle d'épuisement émotionnel du MBI pour le burnout, permet d'assurer une validité interne. La qualité des soins a été mesurée par des indicateurs objectifs tels que les taux d'escarres, le taux de traitements antipsychotiques utilisés ou encore le nombre d'hospitalisations par année, ce qui renforce la crédibilité des résultats.

Cependant, certaines limites peuvent affecter la validité interne. Le devis transversal ne permet pas d'établir de lien de causalité entre l'environnement de travail et la qualité des soins. De plus, bien que l'échantillon couvre plusieurs États, la représentativité nationale reste limitée par rapport au nombre de maisons de retraite aux États-Unis, ce qui pourrait restreindre la généralisabilité des résultats à l'ensemble des EMS américains ou à d'autres contextes, comme la Suisse. En somme, cette étude repose sur une méthodologie solide et fournit des résultats crédibles, malgré quelques limites. Cette étude a été approuvée par le comité d'examen institutionnel de l'Université de Pennsylvanie.

4.3.3 Pertinence clinique

Les auteurs mettent en évidence des liens significatifs entre la qualité de l'environnement du travail infirmier en EMS, la qualité des soins, l'épuisement émotionnel et l'insatisfaction professionnelle. Ces résultats sont utiles pour la pratique, car ils rappellent que les conditions organisationnelles dans lesquelles les infirmier·ère·s exercent ont un impact direct sur leur bien-être, mais aussi sur la qualité et la sécurité des soins prodigués aux résident·e·s. Durant nos stages, nous avons pu observer qu'un manque de matériel, un manque de personnel ou encore une faible reconnaissance de la part de la hiérarchie sont des facteurs de stress et d'erreurs professionnelles. Ainsi, un environnement de travail favorable, caractérisé par un leadership de qualité, un soutien hiérarchique, une communication efficace et des ressources suffisantes, est associé à une réduction

significative du burnout et de l'insatisfaction ainsi qu'à de meilleurs indicateurs de qualité des soins comme la diminution d'escarres ou encore les hospitalisations évitables.

Concernant la transférabilité des résultats aux milieux de soins valaisans, même si l'étude a été menée aux États-Unis, les enjeux observés, notamment sur l'environnement de travail, sont comparables à ceux rencontrés dans les EMS en Valais. Les résultats peuvent donc être considérés comme transférables et utiles pour guider des actions concrètes en matière de prévention du burnout et d'amélioration de la qualité des soins, par exemple via des audits organisationnels, des formations en leadership ou une meilleure planification des effectifs. Il est primordial que des mesures soient prises pour améliorer l'environnement de travail du personnel infirmier.

4.4 Étude 4

Andela, M., Truchot, D., & Huguenotte, V. (2021). Work Environment and Elderly Abuse in Nursing Homes : The Mediating Role of Burnout. <i>Journal of Interpersonal Violence</i> , 36(1112), 5709-5729. https://doi.org/10.1177/0886260518803606
--

4.4.1 Description de l'étude

Cette étude adopte un devis quantitatif non expérimental de niveau V selon la hiérarchie des niveaux de preuves (Fortin & Gagnon, 2022). Elle a été réalisée dans des EMS situés dans l'Est de la France. L'objectif principal était de comprendre les comportements de négligence et de maltraitance en tenant compte de l'épuisement des soignant·e·s et du contexte de travail. L'étude cherchait également à comprendre si l'épuisement professionnel pouvait expliquer le lien entre les conditions de travail, comme les exigences et les ressources disponibles, et les comportements de maltraitance.

L'échantillonnage utilisé était non probabiliste par convenance. Afin d'être inclus·e dans cette étude, il fallait être infirmier·ère ou aide-soignant·e dans un EMS dans l'Est de la France. L'étude a été réalisée auprès d'un échantillon de 481 infirmier·ère·s et aides-soignant·e·s. La majorité des participant·e·s étaient des femmes : 72 % des participantes étaient des aides-soignantes et 28 % des infirmières. La collecte des données a été effectuée par le biais de questionnaires envoyés par voie postale aux 109 EMS participants. Au total, les auteurs ont envoyé 1500 questionnaires. Finalement, 481 questionnaires ont été remplis par le personnel soignant et renvoyés. Aucun critère d'exclusion n'a été précisé. Le MBI est l'instrument qui a été utilisé pour évaluer l'épuisement professionnel. Les facteurs de stress et les ressources professionnelles ont été évalués par une sous-échelle de l'échelle de Huguenotte (Huguenotte et al., 2016) et la maltraitance a été évaluée à l'aide de l'échelle de Huguenotte. Des corrélations bivariées et une analyse de régression multiple

ont été réalisées pour tester les hypothèses. Afin d'examiner le rôle médiateur de l'épuisement professionnel, une analyse de la médiation a été menée à l'aide du logiciel macro SPSS PROCESS.

Les résultats indiquent que l'épuisement professionnel et la dépersonnalisation (deux dimensions du MBI) sont positivement liés aux comportements abusifs et de négligence ($p < 0,05$). À l'inverse, un accomplissement personnel plus élevé est associé à une diminution de ces comportements. De plus, une augmentation de la charge de travail et des exigences émotionnelles est associée à un score plus élevé d'épuisement professionnel. Ces deux types d'exigences professionnelles sont liés à un risque plus élevé de négligence et de comportements abusifs. Des relations de qualité avec les collègues et le ou la superviseur-e de l'équipe étaient associées à des niveaux inférieurs d'épuisement professionnel et à des scores plus élevés d'accomplissement émotionnel. Par ailleurs, la qualité de ces relations était négativement liée à la négligence ($p < 0,01$) et aux comportements abusifs ($p < 0,01$). En somme, la charge de travail, les exigences émotionnelles, la qualité des relations avec les collègues, l'épuisement professionnel et la dépersonnalisation sont associés à la négligence et aux comportements abusifs. En revanche, certains résultats n'étaient pas significatifs, comme les comportements de négligence ($p > 0,05$) ainsi que les abus ($p > 0,05$) en lien avec la charge de travail et le manque de reconnaissance.

En conclusion, cette étude a confirmé la relation entre l'épuisement professionnel et la négligence des soignant-e-s ainsi que les comportements abusifs envers les personnes âgées dans les établissements. En outre, elle met en avant l'importance de maintenir des relations de haute qualité entre les différent-e-s professionnel-le-s afin de prévenir l'épuisement professionnel des soignant-e-s et la maltraitance des patient-e-s.

4.4.2 Validité méthodologique

Cette étude quantitative comporte une rigueur scientifique grâce à l'utilisation d'outils de mesure validés tels que le MBI ainsi que l'échelle développée par Huguenotte. Concernant ces instruments utilisés, l'alpha de Cronbach*, qui permet de mesurer la cohérence interne d'un questionnaire ou d'une échelle, est en majorité au-dessus de 0,7, ce qui indique une cohérence interne fiable. Pour le MBI, l'alpha de Cronbach indiquait une fiabilité de 0,87 pour l'épuisement professionnel, 0,66 pour la dépersonnalisation et 0,75 pour l'accomplissement personnel. Par rapport aux facteurs de stress et aux ressources professionnelles, l'alpha de Cronbach indiquait une fiabilité de 0,84 pour la charge de travail, 0,78 pour les exigences émotionnelles, 0,77 pour le manque de connaissances, 0,84 pour la qualité des relations avec les collègues et 0,82 pour la relation avec le ou la

chef-fe d'équipe. De plus, la maltraitance, évaluée à l'aide de l'échelle de Huguenotte, présentait une fiabilité de 0,75 pour les comportements abusifs et de 0,81 pour la négligence. En outre, l'étude comporte différents types d'analyses statistiques, comme les corrélations bivariées, les analyses de régressions multiples et l'analyse de la médiation, qui permettent de solidifier la robustesse des conclusions statistiques. Cependant, certains biais sont à mentionner. Il a été décrit dans l'étude que la nature transversale de l'étude empêche d'établir un lien de causalité entre l'épuisement professionnel et les comportements de maltraitance. Dans cette étude, aucun groupe témoin n'était comparé. Cela aurait permis d'opposer cet échantillon avec un autre échantillon non exposé aux mêmes conditions, afin d'évaluer avec précision l'ampleur des effets observés. Concernant notre thématique, nous voulons recueillir des informations sur les infirmier-ère-s, tandis que cet échantillon était composé majoritairement d'aides-soignant-e-s.

4.4.3 Pertinence clinique

Cette étude présente une importante pertinence clinique pour la pratique infirmière en EMS. Elle démontre que l'épuisement professionnel des soignant-e-s augmente le risque de négligence et de maltraitance envers les résident-e-s. De plus, des relations solides avec les collègues et le ou la superviseur-e permettent de réduire ces comportements abusifs, suggérant que le soutien au personnel de santé au sein des EMS est indispensable. En ce qui concerne la transférabilité des résultats aux EMS valaisans, plusieurs facteurs doivent être pris en compte. Tout d'abord, l'échantillon était basé sur des EMS français, ce qui limite la généralisabilité dans d'autres régions, contextes ou populations. Malgré cela, les résultats peuvent être généralisés, car le contexte culturel en Suisse et en France présente plusieurs similitudes, notamment le cahier des charges du personnel soignant. Cependant, lorsqu'on élargit la perspective au niveau européen, il devient pratiquement impossible de comparer les conditions de travail dans le domaine de la santé en Suisse avec celles d'autres pays. Ceci est dû aux spécificités structurelles, organisationnelles et économiques propres à chaque système de santé (Secrétariat d'Etat à l'économie, 2025).

4.5 Étude 5

Altintas, E., Boudoukha, A.-H., Karaca, Y., Lizio, A., Luyat, M., Gallouj, K., & El Haj, M. (2022). Fear of COVID-19, emotional exhaustion, and care quality experience in nursing home staff during the COVID-19 pandemic. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 102, 104-745. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2022.104745>

4.5.1 Description de l'étude

Comme l'étude précédente, celle-ci adopte également un devis quantitatif non expérimental de niveau V selon la hiérarchie des niveaux de preuves (Fortin & Gagnon, 2022). Elle a été

menée au sein d'EMS français durant la pandémie de COVID-19. Dans un contexte où la pandémie a bouleversé le secteur de la santé, cette étude visait principalement à examiner la perception des professionnel-le-s de santé sur leur propre expérience de la qualité des soins au sein des EMS durant la crise du COVID-19. De plus, elle s'est intéressée à la peur du virus et à la façon dont cette peur et l'épuisement émotionnel pouvait influencer cette perception.

L'échantillon était composé de 129 professionnel-le-s de santé provenant de quatre EMS en France. Plusieurs catégories professionnelles étaient éligibles à participer à l'étude telles que des infirmier-ère-s, aides-soignant-e-s, médecins, psychologues, diététicien-ne-s, physiothérapeutes, psychomotricien-ne-s. Les participant-e-s devaient travailler dans un EMS et avoir été exposé-e-s à plusieurs reprises à des personnes âgées atteintes du COVID-19. Le recrutement était basé sur le volontariat, caractérisant ainsi un échantillonnage non probabiliste par convenance. La collecte des données s'est effectuée pendant la seconde vague du COVID-19, d'octobre à décembre 2020, à l'aide de questionnaires papier auto-administrés. Divers instruments ont été utilisés pour le recueil de données : le MBI permettait d'évaluer l'épuisement professionnel, « Care Quality Perception Scale » avait pour objectif d'évaluer la perception de la qualité des soins selon les professionnel-le-s et une échelle pour évaluer la peur du COVID-19 a été utilisée.

L'analyse des données a été effectuée avec des méthodes statistiques descriptives sur l'ensemble de l'échantillon. Quant aux résultats de l'étude, une corrélation négative a été observée entre l'épuisement émotionnel et la perception de la qualité des soins ($p < 0,001$). De plus, la peur du COVID-19 est associée à un niveau élevé d'épuisement émotionnel ($p = 0,3$). Enfin, l'épuisement émotionnel joue un rôle de médiateur entre la peur du COVID-19 et la perception de la qualité des soins ($p < 0,047$). Autrement dit, la peur du virus affecte le niveau d'épuisement émotionnel des soignant-e-s, et cet épuisement, à son tour, impacte leur perception de la qualité des soins.

4.5.2 Validité méthodologique

Cette étude s'appuie sur des outils de mesures validés comme le MBI pour l'évaluation de l'épuisement émotionnel et l'échelle de perception de la qualité des soins conçue par la Haute Autorité de Santé. La fiabilité des instruments a été confirmée par les coefficients alpha de Cronbach. Concernant l'épuisement émotionnel, l'alpha était de 0,90. Pour l'expérience de la qualité des soins, l'alpha était de 0,89 et pour la peur du COVID-19, il était aussi égal à 0,89. Ces valeurs correspondent à une fiabilité accrue des instruments. Par ailleurs, les auteurs ont utilisé plusieurs méthodes statistiques afin d'évaluer les

résultats. Les analyses statistiques se sont principalement centrées sur des tests de corrélation, de médiation, post-hoc* ainsi que sur des analyses unidirectionnelles non paramétriques. Malgré une solide validité méthodologique, plusieurs biais potentiels sont à souligner, notamment la taille réduite de l'échantillon et le recrutement qui est restreint à seulement quatre EMS français, ce qui limite la généralisation des résultats. Malgré les différentes catégories de professions, les résultats ont été analysés uniquement pour l'ensemble des catégories, ce qui ne démontre pas précisément l'impact sur les infirmier·ère·s. Ensuite, les auteurs se sont concentrés sur seulement deux dimensions spécifiques de l'environnement de travail, à savoir l'épuisement émotionnel et l'expérience de la qualité des soins. D'autres facteurs auraient été importants à évaluer comme les conditions et la charge de travail ainsi que les relations entre collègues. Enfin, l'absence de mesures objectives de la qualité des soins limite l'interprétation des résultats. Les auteurs n'ont pas indiqué quels critères de la qualité des soins sont influencés.

4.5.3 Pertinence clinique

Cette étude permet de comprendre l'impact du COVID-19 sur la qualité des soins dans les EMS en France. Elle a évalué s'il existait des liens entre la peur du virus, l'épuisement émotionnel et la perception de la qualité des soins. En effet, les auteurs relèvent la nécessité de mettre en place des stratégies de prévention et de soutien psychologique pour le personnel de santé en EMS. Le COVID-19 a modifié le travail effectué par le personnel de santé. Les infirmier·ère·s se retrouvent avec une charge de travail supérieure dans un temps limité, ce qui intensifie le risque d'épuisement émotionnel. Les résultats de cette étude montrent que plus l'épuisement émotionnel est élevé, plus la perception de la qualité des soins est altérée. Ce constat souligne que l'épuisement professionnel ne se limite pas à affecter le bien-être du personnel, mais peut aussi influencer son jugement clinique, sa motivation et son engagement dans la qualité des soins. Cette situation peut, à terme, compromettre la sécurité des résident·e·s. Il serait intéressant de proposer une étude à long terme afin d'évaluer si les effets du COVID-19 sont toujours présents en 2025. La généralisabilité* des résultats dans les EMS valaisans doit être interprétée avec prudence. Comme l'étude précédente, malgré les similitudes entre les secteurs de la santé suisse et français, il y avait un échantillon restreint composé de différentes professions. L'étude n'a pas précisé le nombre exact d'infirmier·ère·s, ce qui diminue la pertinence clinique. Il serait intéressant de mener des études supplémentaires dans le même type d'établissements afin de confirmer la généralisabilité des résultats. Toutefois, il demeure essentiel de mettre en place des stratégies de soutien psychologiques pour les infirmier·ère·s travaillant en EMS afin de limiter les effets du stress sur la perception de la qualité des soins.

4.6 Étude 6

Chao, S.-F. (2019). Does geriatric nursing staff burnout predict well-being of LTC residents? *Geriatric Nursing*, 40(4), 360-366.
<https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2018.12.010>

4.6.1 Description de l'étude

La dernière étude à être analysée adopte un devis quantitatif de niveau V selon la hiérarchie des niveaux de preuves (Fortin & Gagnon, 2022). Elle a pour but d'examiner les liens entre l'épuisement professionnel du personnel infirmier gériatrique et le bien-être des résident·e·s en établissements de soins de longue durée à Taïwan. Cette étude est composée de deux études, une première ayant été réalisée entre juin et septembre 2014 et la seconde entre juin et septembre 2016. La première étude se concentrait sur le bien-être des résident·e·s et la seconde sur l'épuisement professionnel infirmier. Dans la deuxième étude, les patient·e·s qui ont reçu des soins du personnel infirmier ont effectué un entretien lié à leur bien-être physique et mental. Deux hypothèses ont été émises : l'épuisement professionnel du personnel infirmier gériatrique est négativement associé au bien-être des résident·e·s et positivement liée aux symptômes dépressifs. La dépersonnalisation du burnout a un impact plus fort sur le bien-être des résident·e·s que l'épuisement émotionnel ou l'accomplissement personnel.

Les données ont été recueillies auprès de 590 résident·e·s et 315 membres du personnel infirmier réparti·e·s dans 172 établissements de soins de longue durée. Un échantillonnage stratifié probabiliste* a permis la sélection des établissements dans les deux études. Il y avait plusieurs critères d'inclusion : être âgé·e d'au minimum 60 ans, être orienté·e dans le temps, le lieu et la personne, être dans l'établissement actuel depuis minimum 3 mois et avoir des limitations physiques. Pour le personnel soignant, l'échantillon devait contenir des infirmier·ère·s ou aides-soignant·e·s qui fournissent des soins directs aux patient·e·s. Aucun critère d'exclusion n'a été indiqué. Les données ont été collectées dans les deux études par des entretiens en face-à-face avec le personnel soignant et les résident·e·s. Plusieurs échelles ont été utilisées comme le MBI. La qualité de vie a été mesurée avec l'échelle de la dépression CESD-10 et l'indice de Barthel a mesuré l'indépendance des résident·e·s lors des activités de la vie quotidienne.

L'analyse statistique des données a été effectuée à l'aide du logiciel Stat 15.0.21. Des analyses bivariées ont été utilisées et les chercheurs ont pris en compte le fait que les résident·e·s vivant dans un même établissement pouvaient partager des expériences similaires, ce qui pouvait influencer les résultats de l'étude. Pour éviter que l'analyse soit faussée, ils ont utilisé la modélisation linéaire à trois niveaux. Premièrement, les résultats

indiquent que la dépersonnalisation du personnel infirmier est liée à une satisfaction résidentielle plus faible, à une qualité de vie perçue comme plus basse et à une augmentation des symptômes dépressifs chez les patient·e·s ($p < 0,05$). Deuxièmement, l'épuisement émotionnel et l'accomplissement émotionnel ne montrent pas d'effets significatifs sur le bien-être des résident·e·s. Ces résultats confirment partiellement la première hypothèse et confirment complètement la deuxième hypothèse.

4.6.2 Validité méthodologique

L'étude présente une certaine rigueur méthodologique, notamment grâce aux différents outils utilisés. L'utilisation du MBI, l'indice de dépression CESD-10 et l'indice de Barthel garantissent une fiabilité interne solide. Les alphas de Cronbach ont une fiabilité accrue car ils varient entre 0,74 et 0,88. Un modèle linéaire à trois niveaux a été utilisé afin d'analyser les effets à chaque niveau, que ce soit au niveau des résident·e·s, des soignant·e·s ou de l'établissement. Cela permet d'éviter de fausses conclusions. La taille importante de l'échantillon renforce cette validité interne car elle assure une certaine représentativité de la population cible de Taïwan. Concernant l'éthique de l'étude, le conseil d'examen institutionnel de l'Université nationale de Taïwan a approuvé cette recherche.

Plusieurs limites sont à mettre en évidence. Concernant le devis, puisqu'il est quantitatif transversal, il permet d'obtenir des résultats à un moment donné et non sur la durée, ce qui limite la validité de l'étude. Les chercheurs expriment que des études longitudinales sur la même thématique seraient à entreprendre. De plus, les données ont été recueillies par des entretiens en face-à-face. Ce type de recueil de données peut être sujet à des biais sur la potentielle interprétation des soignant·e·s ou des chercheurs.

4.6.3 Pertinence clinique

Cette étude est pertinente pour comprendre le niveau de bien-être des résident·e·s en EMS. En effet, elle reflète un lien direct entre le niveau d'épuisement professionnel du personnel soignant et le bien-être des résident·e·s, visible à travers leur qualité de vie perçue, leur satisfaction et leur état émotionnel. Ces résultats sont à prendre en compte pour les institutions de santé, car elle souligne l'importance de prévenir le burnout, non seulement pour préserver la santé du personnel, mais aussi pour améliorer la qualité des soins. Bien que cette étude ait été réalisée dans des EMS taïwanais, plusieurs similitudes sont à mettre en évidence avec la Suisse, comme les conditions de travail difficiles, la charge émotionnelle, le vieillissement des résident·e·s et le manque de personnel. L'épuisement est aussi présent dans les établissements de santé en Suisse, ce qui permet d'étendre les résultats de l'étude à un contexte valaisan. Les résultats émis peuvent donner des pistes

d'amélioration en termes de prévention de l'épuisement professionnel et de sensibilisation à l'impact du bien-être du personnel sur la qualité des soins.

4.7 Synthèse des principaux résultats

Cette revue de littérature met en lumière l'impact significatif de l'épuisement professionnel du personnel infirmier en EMS sur la qualité des soins. À la suite de l'analyse des six études ci-dessus, les résultats convergent vers deux grands constats, décrits ci-dessous.

Premièrement, la détérioration de la qualité des soins est au centre des résultats. En effet, l'épuisement professionnel, composé de l'épuisement émotionnel, de la dépersonnalisation et du faible accomplissement personnel, est étroitement lié à une baisse de la qualité des soins. Selon Eltaybani et al. (2021), des faits concrets ont été observés, comme une augmentation des cas d'escarres et de pneumonies, ainsi que l'utilisation de sondes urinaires et d'alimentation. Par ailleurs, l'épuisement professionnel multiplie par cinq la probabilité de soins manqués envers le ou la patient-e (White et al., 2019). La dépersonnalisation du personnel infirmier affecte la satisfaction des résident-e-s, leur bien-être et leur qualité de vie globale (Chao, 2019). La période du COVID-19 a également impacté la qualité des soins. Les soignant-e-s craignaient ce virus, ce qui exacerbait l'épuisement professionnel qui, à son tour, affectait la qualité des soins (Altintas et al., 2022).

Deuxièmement, l'environnement de travail joue un rôle primordial dans le secteur des soins. En effet, un environnement de travail défavorable augmente considérablement l'épuisement professionnel, ce qui impacte directement la qualité des soins en EMS. À l'inverse, un environnement de travail favorable est associé à une réduction des hospitalisations évitables et des plaies de pression (White et al., 2020). Par ailleurs, une bonne relation avec les collègues et le ou la supérieur-e hiérarchique a un effet protecteur contre l'épuisement professionnel et augmente l'accomplissement personnel. Cependant, selon Andela et al. (2021), lorsque cette relation est de mauvaise qualité, la négligence et les comportements abusifs envers les patient-e-s auront tendance à augmenter. La dépersonnalisation est aussi liée à ces comportements abusifs et de négligence. De plus, un contexte professionnel avec une grande charge de travail et des exigences émotionnelles élevées favorise l'épuisement professionnel et détériore la qualité de soins.

5 Discussion

Cette revue de littérature a pour but d'identifier les impacts de l'épuisement professionnel du personnel infirmier sur la qualité des soins prodigués en EMS. Afin de rendre ce travail davantage significatif, ces résultats seront discutés avec ceux d'autres études traitant le même sujet.

5.1 Discussion des résultats

Une recherche de revues systématiques, de méta-analyses et de méta-synthèses a été effectuée pour permettre de confronter les résultats de cette revue de littérature à d'autres recherches secondaires. Cependant, aucun résultat traitant uniquement de l'impact de l'épuisement professionnel des infirmier·ère·s dans le contexte spécifique des EMS n'a été trouvé. Des articles secondaires intégrant des recherches en EMS mais également en milieux hospitaliers ont été choisis pour la discussion des résultats car il est pertinent de confronter les résultats de cette revue de littérature à d'autres traitant d'un sujet similaire. Deux études (Jun et al., 2021; Li et al., 2024) ont été retenues pour confronter les résultats présentés dans cette revue de littérature.

La revue systématique rédigée par Jun et al. (2021) avait pour but d'analyser l'association entre l'épuisement professionnel des infirmier·ère·s et les impacts sur les résident·e·s et l'organisation au sein des EMS. Les auteurs ont identifié cinq thèmes dans les résultats : (1) la sécurité des patient·e·s, (2) la qualité des soins, (3) l'engagement organisationnel des infirmier·ère·s, (4) la productivité des infirmier·ère·s et (5) la satisfaction des patient·e·s.

Le thème abordant la sécurité des patient·e·s montre que, dans chaque étude incluse dans leur revue systématique, l'épuisement émotionnel est lié à une mauvaise prise en charge sécuritaire des patient·e·s. Une des études retenues démontre également qu'un fort épuisement émotionnel serait un indicateur d'une augmentation de la mortalité des patient·e·s. Ces résultats sont en accord avec les résultats de la présente revue de littérature. Trois études ont montré que l'épuisement émotionnel et la dépersonnalisation sont associés à des indicateurs objectifs tels qu'une augmentation d'escarres ou encore de pneumonies (Andela et al., 2021; Eltaybani et al., 2021; White et al., 2020).

Selon l'étude de Jun et al. (2021), les infirmier·ère·s et les patient·e·s trouvent que la qualité des soins est médiocre, même si l'épuisement professionnel n'est pas directement lié à cette mauvaise qualité. Outre le point de vue du personnel infirmier, l'analyse a pris en compte le taux d'infections. Les résultats montrent un lien significatif entre l'épuisement professionnel et l'augmentation des infections urinaires ainsi que des plaies chirurgicales.

Une diminution de la vigilance de la part du personnel infirmier en lien avec les infections a également été observée. De plus, l'épuisement professionnel entraîne un manque de communication entre les équipes, réduisant ainsi la qualité des soins. Comme pour la sécurité, ce travail démontre des résultats similaires, montrant que l'épuisement professionnel augmente le nombre d'infections pulmonaires, de plaies de pression et diminue la qualité des soins tout en augmentant les soins manqués (Altintas et al., 2022; Eltaybani et al., 2021; White et al., 2019, 2020). Du point de vue des patient·e·s, l'étude de Chao (2019) montre que le seul concept de l'épuisement professionnel influençant leur perception de qualité de vie est la dépersonnalisation du personnel infirmier.

Le troisième thème, l'engagement organisationnel, montre que les trois concepts de l'épuisement professionnel sont associés à une envie de quitter l'entreprise. Un épuisement émotionnel élevé et un faible accomplissement personnel diminuent l'attachement à une entreprise. Les résultats de la présente revue de littérature ne mettent pas en évidence le besoin de quitter la profession. Toutefois, ces études expliquent qu'un environnement favorable réduit l'épuisement professionnel et améliore la qualité des soins, tandis qu'une charge de travail élevée et un manque de soutien aggravent la situation. Ces facteurs aggravants peuvent également avoir un impact négatif sur l'envie de quitter son poste de travail.

Selon Jun et al. (2021), la productivité des infirmier·ère·s, la performance, les erreurs médicamenteuses et l'absentéisme sont négativement impactés par l'épuisement émotionnel. La revue systématique décrit qu'un sentiment élevé d'accomplissement personnel est positivement associé à une meilleure productivité. Dans ce travail, les résultats montrent que 72 % des infirmier·ère·s déclarent avoir manqué au moins un soin essentiel lors de leur dernière journée de travail (White et al., 2019) et que l'épuisement professionnel et la dépersonnalisation sont liés aux comportements abusifs et à la négligence (Andela et al., 2021).

Le dernier thème traite de l'expérience du ou de la patient·e. Jun et al. (2021) montrent que l'épuisement professionnel des infirmier·ère·s a un impact négatif sur l'expérience des patient·e·s. Les patient·e·s ressentent la fatigue émotionnelle des infirmier·ère·s, le désengagement ou encore le désir de quitter la profession, et ceci influence la qualité de leurs interactions avec les soignant·e·s. Un épuisement émotionnel est ainsi lié à une diminution de la satisfaction des patient·e·s. À l'inverse, lorsque les infirmier·ère·s trouvent du sens dans leur travail, les patient·e·s rapportent une meilleure expérience globale des soins. Ces résultats vont dans le sens de ce qui est décrit dans notre revue de

littérature, car l'épuisement professionnel entraîne une distance émotionnelle et des comportements de négligence nuisant à la relation soignant-e-résident-e (Chao, 2019).

Une autre étude, sous forme de revue systématique et méta-analyse (Li et al., 2024), examine l'ampleur de la relation entre l'épuisement professionnel des infirmier·ère·s et la sécurité des patient·e·s, la satisfaction des patient·e·s ainsi que la qualité des soins. Elle a regroupé 85 études menées dans 32 pays différents auprès de plus de 288'000 infirmier·ère·s. Ces résultats rejoignent ceux de notre revue de littérature. Selon Li et al. (2024), l'épuisement professionnel est associé à un climat de sécurité moins favorable, à des infections nosocomiales, à des chutes de patient·e·s, à des événements indésirables ainsi qu'à une augmentation des erreurs de médication. L'épuisement professionnel des infirmier·ère·s est également associé à des taux de satisfaction des patient·e·s plus faibles et à une qualité des soins moins élevée. Cette étude indique que ces résultats sont constants indépendamment de l'âge, du sexe, du contexte géographique ou de l'expérience professionnelle.

5.2 Discussion de la qualité des évidences

Les études retenues pour cette revue de littérature sont des études quantitatives dont cinq ont utilisé des questionnaires auto-administrés (Andela et al., 2021; Eltaybani et al., 2021; White et al., 2019, 2020) et une qui a procédé à la collecte de données par des entretiens face à face (Chao, 2019). La collecte des données repose sur des questionnaires validés, tels que le MBI pour mesurer l'épuisement professionnel, ce qui garantit la fiabilité des mesures. Les six études appartiennent au grade V de la hiérarchie des évidences et niveaux de preuves (Fortin & Gagnon, 2022). Toutes sont classées en grade de recommandations C (HAS, 2013, p. 8) et donc reposent sur des preuves scientifiques modérées, issues d'études non randomisées bien menées. La majorité s'appuie sur des échantillons conséquents, souvent composés de plusieurs milliers de soignant-e-s provenant de divers pays, ce qui améliore la représentativité des résultats. Plusieurs établissements médico-sociaux dans différents pays ont été inclus, permettant d'obtenir une vision plus globale des résultats observés.

Bien que ces études permettent d'identifier un lien entre l'épuisement professionnel infirmier et ses effets sur la qualité des soins, leur niveau de preuve reste limité, notamment en raison de l'absence d'études expérimentales de type essais contrôlés randomisés (grades 1 à 3). La majorité des données étant issues d'études transversales, il est également difficile d'établir des relations causales entre l'épuisement professionnel et la qualité des soins.

5.3 Forces et limites de la revue de la littérature

Plusieurs forces sont à relever dans notre revue de littérature. Premièrement, la recherche d'études probantes a été menée à travers plusieurs bases de données certifiées telles que PubMed, Cinahl et Embase. Deuxièmement, des critères d'inclusion et d'exclusion ont été rédigés afin de structurer la recherche d'études primaires pertinentes en lien avec la thématique. Troisièmement, cette revue de littérature s'est basée uniquement sur des études primaires. Les études sélectionnées portaient sur des données brutes, permettant ainsi une analyse plus fine des résultats. En contrepartie, afin de bénéficier d'une analyse complète, ce chapitre compare les résultats de deux revues systématiques, offrant une analyse plus globale de la problématique à ceux présents dans cette revue de littérature. Ainsi, des résultats fiables ont été obtenus.

Cependant, certaines limites sont à souligner. Le nombre d'études répondant précisément à la question de recherche était restreint, limitant la diversité des contextes géographiques et culturels. De plus, toutes les études analysées n'étaient disponibles qu'en anglais, ce qui a nécessité une traduction qui pourrait entraîner une perte de précision. Enfin, les données provenaient majoritairement de déclarations subjectives, comme les questionnaires ou les entretiens, affectant ainsi la fiabilité des données comparativement à des mesures objectives.

6 Conclusion

Cette revue de littérature souligne un lien significatif entre l'épuisement du personnel infirmier en EMS et la qualité des soins. En effet, les résultats démontrent que l'épuisement professionnel, en particulier la dépersonnalisation et l'épuisement émotionnel, est associé à une baisse de la qualité des soins. Une insatisfaction des patient·e·s, une diminution de leur sécurité et une perception négative de la qualité des soins par les soignant·e·s en sont ressortis. Ces constats soulignent l'importance de protéger le personnel infirmier en axant le bien-être comme étant une facette primordiale dans ce métier. Le bien-être des soignant·e·s permet de garantir des soins sûrs et de qualité dans les EMS.

6.1 Propositions pour la pratique

Au vu des résultats apportés par cette revue de littérature, des propositions pertinentes en regard des besoins actuels des milieux de soins valaisans ou suisses romands selon la pertinence des quatre méta-paradigmes suivants sont à mettre en place.

En ce qui concerne la personne, il est important pour les institutions de prendre en compte que les infirmier·ère·s ont des besoins psychologiques et des émotions. Selon (Altintas et al., 2022), il demeure essentiel d'instaurer un soutien psychologique afin de réduire le stress du personnel infirmier. Étant soumis à une forte charge de travail, une reconnaissance du travail fourni serait un facteur favorable à leur bien-être.

Quant à elle, la santé mentale joue un rôle dans la qualité des soins et est un pilier fondamental du bon fonctionnement des EMS en Suisse. Il a été démontré que l'épuisement professionnel multiplie par cinq la probabilité de soins manqués (White et al., 2019). Ce constat met en avant une menace grave pour la sécurité des patient·e·s et l'impératif d'intégrer des stratégies de prévention. Des bilans de santé psychologique avec des médecins spécialisés, une réduction des heures de travail ou leur adaptation pour permettre un temps de repos suffisant et la création de groupes de parole afin que les soignant·e·s se sentent écouté·e·s pourraient également être envisagés en EMS.

Au sujet de l'environnement, il a été prouvé dans les résultats que l'environnement de travail avait un impact considérable sur la santé du personnel infirmier et la qualité des soins (White et al., 2020). Il est nécessaire d'améliorer les conditions, comme offrir des effectifs suffisants, une bonne ambiance de travail et des horaires adaptés afin de réduire la surcharge de travail (Jain, 2024). L'ambiance de travail pourrait être améliorée en proposant des activités extra-professionnelles pour renforcer les liens entre les soignant·e·s.

À propos des soins, l'épuisement professionnel affecte la qualité des soins. Il serait intéressant de proposer des formations continues chaque année au sein des EMS suisses pour que le personnel soignant connaisse les nouvelles recommandations et respecte les cinq critères de qualité. Ces formations pourraient être proposées par l'AVALEMS.

6.2 Propositions pour la formation

La formation des soins infirmiers en Suisse est complète, l'étudiant-e a la chance d'avoir des périodes de formation pratique et théorique qui permettent de développer des stratégies pouvant éviter l'épuisement professionnel. Malgré ce cursus exhaustif, il serait intéressant d'intégrer, à plusieurs reprises durant les trois ans, des cours portant sur le repérage des signes précurseurs de l'épuisement professionnel et les stratégies de coping. Des ateliers pratiques comme des interactions avec des patient-e-s simulées ou des jeux de rôles peuvent renforcer la préparation émotionnelle des étudiant-e-s. La formation continue peut être améliorée en proposant des modules sur la prévention de l'épuisement professionnel. Les soignant-e-s pourraient travailler avec des faits concrets, par exemple avec des ancien-ne-s collègues ayant fait face à cet épuisement et souhaitant partager leur expérience, ce qui favoriserait une approche plus humaine. Ces formations pourraient aussi intégrer des notions de leadership et de communication au sein d'une équipe. Arrivés en fin de notre dernière année de formation, nous avons constaté que le cours consacré à l'épuisement professionnel ne nous avait pas marqué, il a même été oublié. Cela souligne l'importance d'aborder ce sujet tout au long des trois années du Bachelor.

6.3 Propositions pour la recherche

Cette revue de littérature a souligné l'urgence de considérer le bien-être du personnel infirmier afin de protéger tant les soignant-e-s dans leur santé mentale que les patient-e-s dans leur sécurité. Certaines limites sont ressorties des études analysées dans ce travail. Premièrement, afin de combler les lacunes actuelles sur ce phénomène, il serait pertinent de mener des études longitudinales au sein des EMS afin de mieux comprendre l'évolution de l'épuisement professionnel et ses conséquences sur le long terme. Ce type d'études permettrait d'étudier si les problématiques rencontrées lors de la crise du COVID-19 sont toujours d'actualité en 2025. Deuxièmement, il serait intéressant de comparer le fonctionnement des EMS dans différents cantons suisses afin de comprendre si l'épuisement professionnel est présent à la même échelle au moyen d'une étude observationnelle descriptive. Cela identifierait des facteurs contextuels spécifiques qui favorisent ou limitent cet épuisement. Finalement, une évaluation des interventions mises

en place serait essentielle. Cela permettrait d'évaluer leur efficacité en conditions réelles et d'offrir des outils validés pour améliorer durablement le bien-être du personnel soignant et la qualité des soins.

7 Liste de références

- Altintas, E., Boudoukha, A.-H., Karaca, Y., Lizio, A., Luyat, M., Gallouj, K., & El Haj, M. (2022). Fear of COVID-19, emotional exhaustion, and care quality experience in nursing home staff during the COVID-19 pandemic. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 102, 104745. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2022.104745>
- American Nurses' Association (Éd.). (2015). *Code of ethics for nurses with interpretive statements*. American Nurses Association.
- Andela, M., Truchot, D., & Huguenotte, V. (2021). Work Environment and Elderly Abuse in Nursing Homes : The Mediating Role of Burnout. *Journal of Interpersonal Violence*, 36(11-12), 5709-5729. <https://doi.org/10.1177/0886260518803606>
- Arnold, E. C., & Boggs, K. U. (2019). *Interpersonal Relationships E-Book : Professional Communication Skills for Nurses*. Elsevier Health Sciences.
- Association Valaisanne des Etablissements médico-sociaux. (s. d.). *Travailler en EMS*. Consulté 22 novembre 2024, à l'adresse <https://avalems.ch/job/>
- Berwick, D. M., & Fox, D. M. (2016). "Evaluating the Quality of Medical Care" : Donabedian's Classic Article 50 Years Later. *The Milbank Quarterly*, 94(2), 237-241. <https://doi.org/10.1111/1468-0009.12189>
- Bramaud du Boucheron, A., Guyot, A., Leuenberger, M., & Perrin, C. (2021, juillet). Epuisement professionnel et dépersonnalisation. *Revue des Soins Infirmiers*, 72. http://asi-neju.ch/wp-content/uploads/2021/07/2107_FR-epuisement-professionnel_low.pdf
- Canton du Valais. (s. d.). *Prise en charge en institution*. <https://www.vs.ch/web/ssp/soins#id9012556>
- Centrale générale des syndicats libéraux de Belgique. (2025). *Les méthodes de pondération de fonctions analytiques*. CGSLB. <https://www.cgslb.be/fr/les-methodes-de-ponderation-de-fonctions-analytiques>

- Centre Hospitalier Universitaire Vaudois. (2022). *Pratique infirmière avancée*. CHUV.
<https://www.chuv.ch/fr/dso/dso-home/pratique-clinique/priorites-cliniques/pratique-infirmiere-avancee>
- Chao, S.-F. (2019). Does geriatric nursing staff burnout predict well-being of LTC residents? *Geriatric Nursing*, 40(4), 360-366.
<https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2018.12.010>
- Colombat, P., Altmeyer, A., Barruel, F., Bauchetet, C., Blanchard, P., Colombat, P., Copel, L., Ganem, G., Rodrigues, M., & Ruszniewski, M. (2011). Syndrome d'épuisement professionnel des soignants. *Oncologie*, 13(12), 845-863.
<https://doi.org/10.1007/s10269-011-2098-5>
- Costello, H., Walsh, S., Cooper, C., & Livingston, G. (2019). A systematic review and meta-analysis of the prevalence and associations of stress and burnout among staff in long-term care facilities for people with dementia. *International Psychogeriatrics*, 31(8), 1203-1216. <https://doi.org/10.1017/S1041610218001606>
- Crotty, M. (1985). Communication between nurses and their patients. *Nurse Education Today*, 5(3), 130-134. [https://doi.org/10.1016/0260-6917\(85\)90026-7](https://doi.org/10.1016/0260-6917(85)90026-7)
- Dall'Ora, C., Ball, J., Reinius, M., & Griffiths, P. (2020). Burnout in nursing : A theoretical review. *Human Resources for Health*, 18(1), 41. <https://doi.org/10.1186/s12960-020-00469-9>
- Dela Rosa, J., Postic, N., Wiskow, C., & Humblet, M. (2018). *Decent Working Time for Nursing Personnel : Critical for Worker Well-being and Quality Care*. 12.
<https://www.ilo.org/publications/decent-working-time-nursing-personnel-critical-worker-well-being-and>
- Dietschi, I. (2018). *Personnes très âgées et polymorbides*.
www.bag.admin.ch/dam/bag/fr/dokumente/nat-gesundheitspolitik/koordinierte_versorgung/patientengruppen_schnittstellen/betagte_multimorbide_menschen/Hochbetagte%2520Menschen_F_PDF.pdf.download.p

df/Hochbetagte%2520Menschen_F_PDF.pdf&ved=2ahUKewi07LzVtviNAXUB3AIH
HXMWFUYQFnoECBUQAQ&usg=AOvVaw1IIL3p2AYfkq7PRxQt1EFA

Éditions Larousse. (2025). *Définitions : Généralisabilité - Dictionnaire de français Larousse*.

<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/g%C3%A9n%C3%A9ralisabilit%C3%A9/36519>

Eltaybani, S., Yamamoto-Mitani, N., Ninomiya, A., & Igarashi, A. (2021). The association between nurses' burnout and objective care quality indicators : A cross-sectional survey in long-term care wards. *BMC Nursing*, 20(1), 34.

<https://doi.org/10.1186/s12912-021-00552-z>

Fédération genevoise des structures d'accompagnement pour seniors. (2022). *Se former tout au long de la vie, la garantie d'un accompagnement de qualité ! Fegems*.

<https://www.fegems.ch/formation/>

Ferguson, M. (2014, juillet). *Améliorer la qualité des soins : Quelle place pour la médiation ?* Fédération des maisons médicales.

<https://www.maisonmedicale.org/ameliorer-la-qualite-des-soins/>

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2022). *Fondements et étapes du processus de recherche : Méthodes quantitatives et qualitatives* (4^e éd.). Chenelière éducation.

Grenier, R., Drapeau, J., & Désautels, J. (1989). *Normes et critères de qualité des soins infirmiers*. Décarie.

Hassmiller, S. B., & Cozine, M. (2006). Addressing The Nurse Shortage To Improve The Quality Of Patient Care. *Health Affairs*, 25(1), 268-274.

<https://doi.org/10.1377/hlthaff.25.1.268>

Haute Autorité de Santé. (2013). *Niveau de preuve et gradation des recommandations de bonne pratique : État des lieux*. Haute Autorité de Santé. [https://www.has-](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-06/etat_des_lieux_niveau_preuve_gradation.pdf)

[sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-06/etat_des_lieux_niveau_preuve_gradation.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-06/etat_des_lieux_niveau_preuve_gradation.pdf)

- Haute Autorité de santé. (2013). *Niveau de preuve et gradation des recommandations de bonne pratique : État des lieux*. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-06/etat_des_lieux_niveau_preuve_gradation.pdf
- Haute Autorité de Santé. (2015). *Démarche centrée sur le patient : Information, conseil, éducation thérapeutique, suivi*. Haute Autorité de Santé. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2040144/fr/demarche-centree-sur-le-patient-information-conseil-education-therapeutique-suivi
- Haute Autorité de Santé. (2020). *Souffrance des professionnels du monde de la santé : Prévenir, repérer, orienter*. le Collège. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3183574/fr/souffrance-des-professionnels-du-monde-de-la-sante-prevenir-reperer-orienter
- Haute Autorité de Santé. (2022). *Comprendre la sécurité du patient*. Haute Autorité de Santé. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2582468/fr/comprendre-la-securite-du-patient
- Hudelson, M. P. (2019). *Communiquer avec les patients allophones*. www.hug.ch/sites/interhug/files/structures/medecine_de_premier_recours/Strategies/aides_linguistiques_2019.pdf&ved=2ahUKEwjL8vXjuviNAXVr2gIHHe9QMhgQFn_oECBkQAQ&usg=AOvVaw2RhQQq0X44wPhnmqovSQX1
- Huguenotte, V., Andela, M., & Truchot, D. (2016). Développement d'un questionnaire exigences-ressources contextualisé pour une appréhension du burnout des professionnels en EHPAD. *NPG*, 16(91), 24-31. <https://doi.org/10.1016/j.npg.2015.06.002>
- Jain, A. (2024). *Mental health promotion in the health care sector*. <https://data.europa.eu/doi/10.2875/80970>
- Jun, J., Ojemeni, M. M., Kalamani, R., Tong, J., & Crecelius, M. L. (2021). Relationship between nurse burnout, patient and organizational outcomes : Systematic review.

International Journal of Nursing Studies, 119, 103-933.

<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.103933>

Kassel, R. (2025). Test de Fisher : Définition, principe et cas pratiques pour mieux

l'appliquer. *DataScientest*. <https://datascientest.com/test-de-fisher-tout-savoir>

Laffly, D. (s. d.). *Analyse bivariable de variables qualitatives*. Université de Pau. [https://web-](https://web-new.univ-pau.fr/RECHERCHE/SET/LAFLY/docs_laffly/analyse_bivariee.pdf)

[new.univ-pau.fr/RECHERCHE/SET/LAFLY/docs_laffly/analyse_bivariee.pdf](https://web-new.univ-pau.fr/RECHERCHE/SET/LAFLY/docs_laffly/analyse_bivariee.pdf)

Landsheere, G. dictionnaire. (1979). *Analyse univariée*.

<https://vitrinelinguistique.oqlf.gouv.qc.ca/fiche-gdt/fiche/8462349/analyse-univariee>

Learn statistics easily. (2025). *Post Hoc Test*.

<https://fr.statisticseasily.com/glossaire/Qu%27est-ce-que-le-test-post-hoc%2C-guide-complet/>

Li, L. Z., Yang, P., Singer, S. J., Pfeffer, J., Mathur, M. B., & Shanafelt, T. (2024). Nurse

Burnout and Patient Safety, Satisfaction, and Quality of Care : A Systematic

Review and Meta-Analysis. *JAMA Network Open*, 7(11).

<https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.43059>

Maslach, C. (1998). A Multidimensional Theory of Burnout. In C. L. Cooper (Éd.), *Theories*

of Organizational Stress (p. 68-85). Oxford University Press.

<https://doi.org/10.1093/oso/9780198522799.003.0004>

McCabe, C. (2004). Nurse–patient communication : An exploration of patients'

experiences. *Journal of Clinical Nursing*, 13(1), 41-49.

<https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2004.00817.x>

Moore, T. A., & Hanish, A. E. (2024). Burnout In Nursing : A National Crisis-Are NICU

Nurses Immune? *Neonatology Today*, 19(6), 40-43.

<https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cui&AN=178376811&site=ehost-live>

Nantsupawat, A., Wichaihum, O., Abhicharttibutra, K., Sadarangani, T., & Poghosyan, L.

(2023). The relationship between nurse burnout, missed nursing care, and care

quality following COVID-19 pandemic. *Journal of Clinical Nursing*, 32(15/16), 5076-5083. <https://doi.org/10.1111/jocn.16761>

Negueu, A. B., Cumber, S. N., Donatus, L., Nkfusai, C. N., Ewang, B. F., Bede, F., Beteck, T. E., Shirinde, J., Djientcheu, V. D. P., & Nkoum, B. A. (2019). Burnout chez les professionnels soignants de l'Hôpital Central de Yaoundé. *Pan African Medical Journal*, 34. <https://doi.org/10.11604/pamj.2019.34.126.19969>

Observatoire Valaisan de la Santé. (2024). *Etablissements médico-sociaux*.

Etablissements medico-sociaux (EMS). <https://www.ovs.ch/fr/domaines/systeme-de-sante/prise-en-charge-medico-sociale/etablissements-medico-sociaux/#>

Office fédéral de la statistique. (s. d.). *Etablissements médico-sociaux*.

<https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/systeme-sante/etablissements-medico-sociaux.html>

Organisation Mondiale de la Santé. (2019). *Burn-out an « occupational phenomenon » : International Classification of Diseases*. <https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases>

Organisation Mondiale de la Santé. (2020a). *Fact sheet : Quality health services*.

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/quality-health-services>

Organisation Mondiale de la Santé. (2020b). *La situation du personnel infirmier dans le monde 2020 : Résumé d'orientation*. <https://iris.who.int/handle/10665/331674>

Organisation Mondiale de la Santé. (2024a). *Économie et santé pour tous* (No.

EB154/26). https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB154/B154_26-fr.pdf

Organisation Mondiale de la Santé. (2024b). *Services de santé de qualité*.

<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/quality-health-services>

Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement : An updated

guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, n71.

<https://doi.org/10.1136/bmj.n71>

Parmar, N. S. (2023). *The Economics of Healthcare Reform : Comparative Analysis of Universal Healthcare Systems*. 11(8). https://www.raijmr.com/ijrsml/wp-content/uploads/2023/10/IJRSML_2023_vol11_issue_08_Eng_04.pdf

Pellegrinelli, C., Parolin, L. L., & Castagna, M. (2022). The aesthetic dimension of care : Arts and the Pandemic. *Organizational Aesthetics*, 11(1), Article 1.

<https://oa.journals.publicknowledgeproject.org/index.php/oa/article/view/267>

Picchollet, S. (2024). Analyse bivariée : Les 3 différents tests statistiques. *Le Sphinx*.

<https://www.lesphinx-developpement.fr/blog/analyse-bivariee-les-3-differents-tests-statistiques/>

Piérard, G. E., & Sheen, A. J. (2006). Innover par l'EBM : glossaire iniatique aux recherches cliniques. *Revue médicale de Liège*, 61(3), 190-194.

Salamin, J. (2023). Burnout : Quand les batteries sont vides. *Le blog de l'Hôpital du Valais*. <https://blog.hopitalvs.ch/burnout-prevention-conseils/>

Secrétariat d'Etat à l'économie. (2025). *Conditions de travail et santé en Suisse en comparaison européenne*. <https://www.seco.admin.ch/seco/fr/home/seco/nsb-news/medienmitteilungen-2023.msg-id-97402.html>

Sheppard, M. (1993). Client satisfaction, extended intervention and interpersonal skills in community mental health. *Journal of Advanced Nursing*, 18(2), 246-259.

<https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1993.18020246.x>

Sommerhalder, K., Gugler, E., Conca, A., Bernet, M., Bernet, N., Serdaly, C., & Hahn, S. (2015). *Qualité de vie et des soins en EMS*. Haute école spécialisée bernoise, domaine Santé Service Recherche appliquée et développement, prestations soins. https://www.bfh.ch/dam/jcr:0c85db12-062e-4d03-8680-668405bbe9bd/Resultats_de_l%60etude_RESPONS_2013.pdf

Spiegel, D. (2023). *Trouble de dépersonnalisation/déréalisation—Troubles psychiatriques*. Édition professionnelle du Manuel MSD.

<https://www.msdmanuals.com/fr/professional/troubles-psychiatriques/troubles-dissociatifs/trouble-de-dépersonnalisation-déréalisation>

Statistical tools for high-throughput data analysis. (s. d.). *Test de corrélation entre deux variables*. Statistical tools for high-throughput data analysis. Consulté 18 juin 2025, à l'adresse <https://www.sthda.com/french/wiki/test-de-correlation-entre-deux-variables>

Thompson, J. (2015). Towards an aesthetics of care. *Research in Drama Education: The Journal of Applied Theatre and Performance*, 20(4), 430-441.
<https://doi.org/10.1080/13569783.2015.1068109>

Trophardy, C. (2021, octobre). Esthétique et soins. *SOINS*, 859, p.17-59. https://ifsi-ifas-chgr.centredoc.fr/index.php?lvl=notice_display&id=25530

Vial, J. (2015). *L'épuisement coûte cher aux entreprises*. rts.ch.
<https://www.rts.ch/decouverte/sante-et-medecine/maladies-et-traitements/le-burnout/6347651-lepuisement-coute-cher-aux-entreprises.html>

Wasserfallen, J.-B. (2009). Qualité et économies : Vont-elles de pair ? *Revue Médicale Suisse*, 225(41), 2261-2263. <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2009/revue-medicale-suisse-225/qualite-et-economies-vont-elles-de-pair>

Wensley, C., Botti, M., McKillop, A., & Merry, A. F. (2017). A framework of comfort for practice : An integrative review identifying the multiple influences on patients' experience of comfort in healthcare settings. *International Journal for Quality in Health Care*. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzw158>

White, E. M., Aiken, L. H., & McHugh, M. D. (2019). Registered Nurse Burnout, Job Dissatisfaction, and Missed Care in Nursing Homes. *Journal of the American Geriatrics Society*, 67(10), 2065-2071. <https://doi.org/10.1111/jgs.16051>

White, E. M., Aiken, L. H., Sloane, D. M., & McHugh, M. D. (2020). Nursing home work environment, care quality, registered nurse burnout and job dissatisfaction. *Geriatric Nursing*, 41(2), 158-164. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2019.08.007>

Zúñiga, F., Ausserhofer, D., Hamers, J. P. H., Engberg, S., Simon, M., & Schwendimann, R. (2015). Are Staffing, Work Environment, Work Stressors, and Rationing of Care Related to Care Workers' Perception of Quality of Care? A Cross-Sectional Study. *Journal of the American Medical Directors Association*, 16(10), 860-866.
<https://doi.org/10.1016/j.jamda.2015.04.012>

8 Annexes

Annexe I : Tableaux de recherches des données

Tableau 1 : Mots-clés et descripteurs

Concept	Mots clés eng	Mesh	Cinahl headings	Emtree
Épuisement professionnel	Burnout* OR "burn-out" OR "emotional exhaustion*"	"burnout, professionnall" "burnout, psychological" "emotional exhaustion"	MH"burnout, Professional+" "emotional exhaustion"	'burnout'/exp 'professional burnout'/exp
Infirmier·ère·s	nurs*	"nurses" "nursing"	MH"nurses+" MH"nursing"	'nurse'/exp 'nursing'/exp
EMS	"retirement home" OR "nursing home*" OR "care home*" OR "long-term care" OR "residential care" OR "aged care facilit*" OR "home* for the aged"	"homes for the aged" "nursing home" Long-term care	"nursing homes" Homes for the aged Long-term care	'nursing homes'/exp 'long term care'/exp 'home for the aged'/exp
Qualité des soins	"quality of health care*" OR "care quality*" OR "health care quality" OR "patient safet*" OR safet* OR "safet* care" OR "patient comfort" OR comfort OR esthetics	"quality of health care" OR "esthetics" OR "patient comfort" OR "patient safety"	"quality of health care" OR "esthetics" OR "patient comfort" OR "patient safety"	'health care quality'/exp OR 'patient comfort'/exp OR 'patient safety'/exp OR 'esthetics'/exp

Tableau 2: Équation de recherche CINAHL

	Equation de recherche	Etudes trouvées	Etudes retenues
S1	TI ("Burnout*" OR "burn-out" OR "emotional exhaustion*") OR AB ("Burnout*" OR "burn-out" OR "emotional exhaustion*")	16,610	0
S2	TI ("nurse*" OR "nursing") OR AB ("nurse*" OR "nursing")	614,536	0
S3	TI ("retirement home" OR "nursing homes*" OR "care homes" OR "long-term care" OR "residential care" OR "aged care facility" OR "homes for the aged") OR AB ("retirement home" OR "nursing homes*" OR "care homes" OR "long-term care" OR "residential care" OR "aged care facility" OR "homes for the aged")	37,806	0
S4	TI ("quality of health care*" OR "quality of life") OR AB ("quality of health care*" OR "quality of life")	166,027	0
S5	S1 AND S2 AND S3 AND S4	23	0
S6	(MH "Burnout, Professional+") OR (MH "Emotional Exhaustion")	18,843	0
S7	(MH "Nurses+")	246,330	0
S8	(MH "Nursing Homes+")	31,258	0
S9	(MH "Quality of Health Care+")	980,379	0
S10	S6 AND S7 AND S8 AND S9	11	0
S11	S1 OR S6	24,363	0
S12	S2 OR S7	708,091	0
S13	S3 OR S8	56,090	0
S14	S4 OR S9	1,106,040	0
S15	S11 AND S12 AND S13 AND S14	74	3
S16	S11 AND S12 AND S13 AND S14 Limiters - Publication Date: 20190101-20241231	45	3

2ème recherche :

Nous avons effectué une seconde recherche sur cinahl en ajoutant les concepts de la qualité des soins ainsi que d'autres descripteurs pour l'EMS. Cette seconde recherche

nous a permis de voir s'il y avait une différence ou pas, nous en avons conclu que nous avons moins de résultats pouvant nous être utiles avec celle-ci.

	Equation de recherche	Études trouvées	Études retenues
S1	TI (Burnout* OR "burn-out" OR "emotional exhaustion*") OR AB (Burnout* OR "burn-out" OR "emotional exhaustion*")	16,904	0
S2	TI nurs* OR AB nurs*	622,706	0
S3	TI ("retirement home" OR "nursing home*" OR "care home*" OR "long-term care" OR "residential care" OR "aged care facilit*" OR "home* for the aged") OR AB ("retirement home" OR "nursing home*" OR "care home*" OR "long-term care" OR "residential care" OR "aged care facilit*" OR "home* for the aged")	52,070	0
S4	TI ("quality of health care*" OR "care quality*" OR "health care quality" OR "patient safet*" OR safet* OR "safet* care" OR "patient comfort" OR comfort OR esthetics) OR AB ("quality of health care*" OR "care quality*" OR "health care quality" OR "patient safet*" OR safet* OR "safet* care" OR "patient comfort" OR comfort OR esthetics)	272,780	0
S5	S1 AND S2 AND S3 AND S4	23	0
S6	(MH "Burnout, Professional+") OR (MH "Emotional Exhaustion")	19,188	0
S7	(MH "Nurses+")	248,075	0
S8	(MH "Home Nursing") OR (MH "Nursing Home Personnel") OR (MH "Nursing Home Residents") OR (MH "Nursing Homes+") OR (MH "Long Term Care") OR (MH "Long Term Care Nurses") OR (MH "Long Term Care Nursing")	66,777	0
S9	(MH "Patient Safety+") OR (MH "Safety") OR (MH "Comfort") OR (MH "Aesthetic Nursing")	195,877	0
S10	S6 AND S7 AND S8 AND S9	6	0
S11	S1 OR S6	24,832	0
S12	S2 OR S7	715,930	0
S13	S3 OR S8	85,830	0
S14	S4 OR S9	405,297	0
S15	S11 AND S12 AND S13 AND S14	36	2
S16	S11 AND S12 AND S13 AND S14 Limiters - Publication Date: 20190101-20241231	27	2

Tableau 3 : Équation de recherche Medline (Pubmed)

	Equation de recherche	Etudes trouvées	Etudes retenues
S1	"burnout**"[Title/Abstract] OR "burn-out"[Title/Abstract] OR "emotional exhaustion**"[Title/Abstract]	26,071	0
S2	"nurse**"[Title/Abstract] OR "nursing"[Title/Abstract]	565,442	0
S3	"retirement home"[Title/Abstract] OR "nursing homes**"[Title/Abstract] OR "care homes"[Title/Abstract] OR "long-term care"[Title/Abstract] OR "residential care"[Title/Abstract] OR "aged care facility"[Title/Abstract] OR "homes for the aged"[Title/Abstract]	53,789	0
S4	"quality of health care**"[Title/Abstract] OR "quality of life"[Title/Abstract]	419,574	0
S5	S1 AND S2 AND S3 AND S4	35	0
S6	"burnout, professional"[MeSH Terms] OR "burnout, psychological"[MeSH Terms] OR "Emotional Exhaustion"[MeSH Terms]	19,559	0
S7	"Nurses"[MeSH Terms]	101,579	0
S8	"Nursing Homes"[MeSH Terms]	45,820	0
S9	"Quality of Health Care"[MeSH Terms]	8,532,211	0
S10	S6 AND S7 AND S8 AND S9	19	0
S11	S1 OR S6	31,652	0
S12	S2 OR S7	599,944	0
S13	S3 OR S8	78,486	0
S14	S4 OR S9	8,715,209	0
S15	S11 AND S12 AND S13 AND S14	243	1
S16	S11 AND S12 AND S13 AND S14 AND (2019:2025[pdat])	106	1

Tableau 4 : Équation de recherche Embase

	Equation de recherche	Etudes trouvées	Etudes retenues
S1	'burnout*':ab,ti OR 'burn-out':ab,ti OR 'emotional exhaustion*':ab,ti	30,450	0
S2	'nurse*':ab,ti OR 'nursing':ab,ti	667,301	0
S3	'retirement home':ab,ti OR 'nursing homes*':ab,ti OR 'care homes':ab,ti OR 'long-term care':ab,ti OR 'residential care':ab,ti OR 'aged care facility':ab,ti OR 'homes for the aged':ab,ti	64,235	0
S4	'quality of health care*':ab,ti OR 'quality of life':ab,ti	629,237	0
S5	S1 AND S2 AND S3 AND S4	35	0
S6	'burnout'/exp OR 'professional burnout'/exp	34,421	0
S7	'nurse'/exp	233,278	0
S8	'nursing home'/exp	67,540	0
S9	'health care quality'/exp	4,821,058	0
S10	S6 AND S7 AND S8 AND S9	25	0
S11	S1 OR S6	41,048	0
S12	S2 OR S7	721,785	0
S13	S3 OR S8	104,543	0
S14	S4 OR S9	5,240,373	0
S15	S11 AND S12 AND S13 AND S14	175	1
S16	S15 AND (2019:py OR 2020:py OR 2021:py OR 2022:py OR 2023:py OR 2024:py OR 2025:py)	76	1

○

2^{ème} recherche embase :

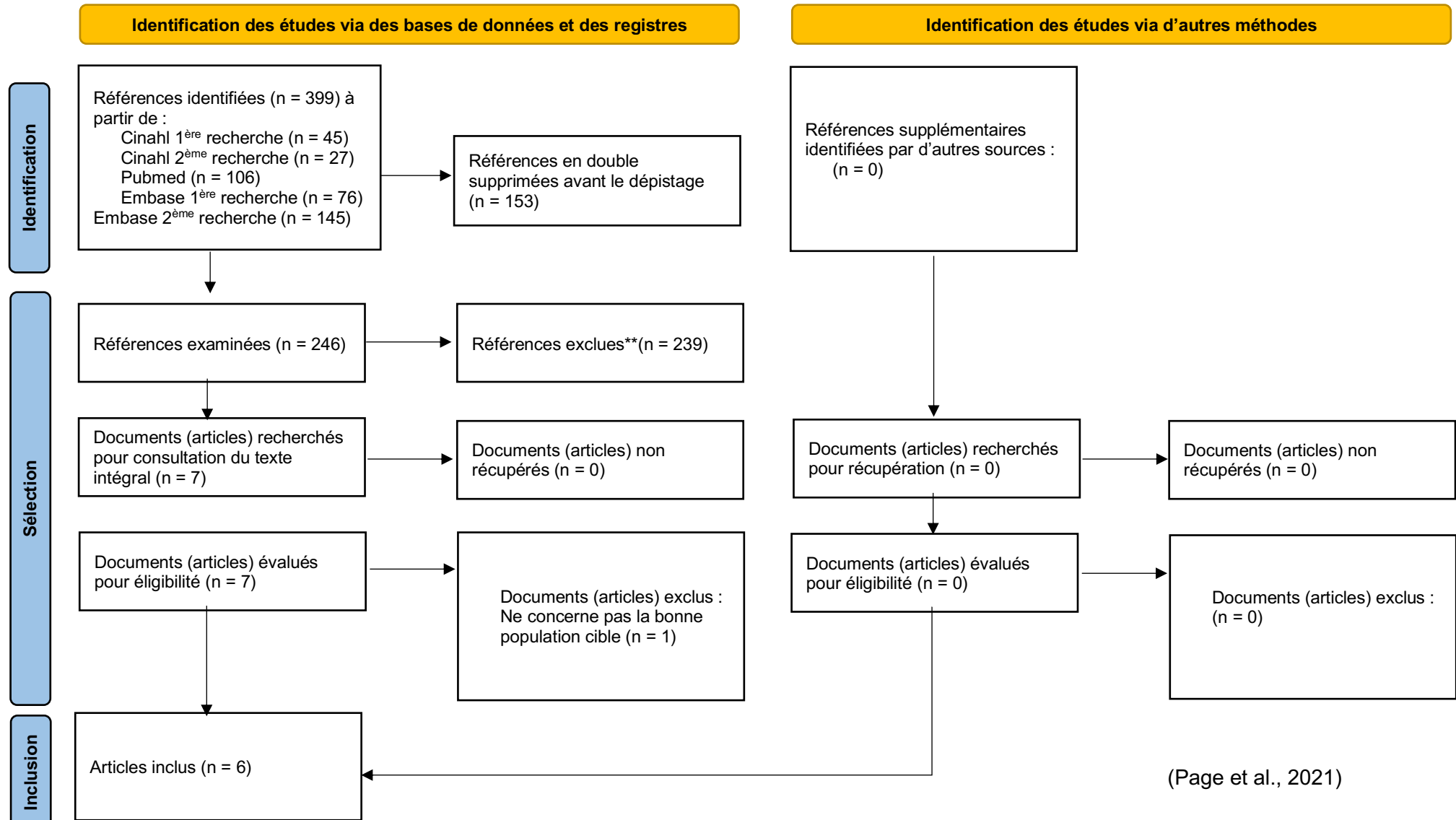
Nous avons effectué cette seconde recherche pour la même raison que la deuxième recherche cinahl.

	Equation de recherche	Etudes trouvées	Etudes retenues
S1	burnout*:ab,ti OR 'burn-out':ab,ti OR 'emotional exhaustion*':ab,ti	30,964	0
S2	nurs*:ab,ti	672,359	0
S3	'retirement home':ab,ti OR 'nursing home*':ab,ti OR 'care home*':ab,ti OR 'long-term care':ab,ti OR 'residential care':ab,ti OR 'aged care facilit*':ab,ti OR 'home* for the aged':ab,ti	89,566	0
S4	'quality of health care*':ab,ti OR 'care quality*':ab,ti OR 'health care quality':ab,ti OR 'patient safet*':ab,ti OR safet*':ab,ti OR 'safet* care':ab,ti OR 'patient comfort':ab,ti OR comfort:ab,ti OR esthetics:ab,ti	1,261,348	0
S5	S1 AND S2 AND S3 AND S4	34	0
S6	'burnout'/exp OR 'professional burnout'/exp	35,075	0
S7	'nurse'/exp OR 'nursing'/exp	618,550	0
S8	'nursing home'/exp OR 'long term care'/exp OR 'home for the aged'/exp	2,624,111	0
S9	'health care quality'/exp OR 'patient comfort'/exp OR 'patient safety'/exp OR 'esthetics'/exp	4,961,907	0
S10	S6 AND S7 AND S8 AND S9	143	0
S11	S1 OR S6	41,805	0
S12	S2 OR S7	909,692	0
S13	S3 OR S8	2,651,401	0
S14	S4 OR S9	5,792,134	0
S15	S11 AND S12 AND S13 AND S14	298	1
S16	S15 AND (2019:py OR 2020:py OR 2021:py OR 2022:py OR 2023:py OR 2024:py OR 2025:py)	145	1

Tableau 5 : Liste des articles retenus

N°	Auteurs	Titre	Année de publication	Base de données	Niveau de preuve
1	Eltaybani, S., Yamamoto-Mitani, N., Ninomiya, A., & Igarashi, A.	The association between nurses' burnout and objective care quality indicators: A cross-sectional survey in long-term care wards.	2021	Cinahl	5
2	White, E. M., Aiken, L. H., & McHugh, M. D.	Registered Nurse Burnout, Job Dissatisfaction, and Missed Care in Nursing Homes.	2019	Cinahl	5
3	White, E. M., Aiken, L. H., Sloane, D. M., & McHugh, M. D.	Nursing home work environment, care quality, registered nurse burnout and job dissatisfaction.	2020	Cinahl	5
4	Andela, M., Truchot, D., & Huguenotte, V.	Work Environment and Elderly Abuse in Nursing Homes : The Mediating Role of Burnout.	2021	Pubmed	5
5	Altintas, E., Boudoukha, A.-H., Karaca, Y., Lizio, A., Luyat, M., Gallouj, K., & El Haj, M.	Fear of COVID-19, emotional exhaustion, and care quality experience in nursing home staff during the COVID-19 pandemic.	2022	Embase & Cinahl	5
6	Chao, S.-F.	Does geriatric nursing staff burnout predict well-being of LTC residents?	2019	Embase	5

Annexe II : Diagramme de flux PRISMA 2020



Annexe III : Tableaux de recension des études

Eltaybani, S., Yamamoto-Mitani, N., Ninomiya, A., & Igarashi, A. (2021). The association between nurses' burnout and objective care quality indicators : A cross-sectional survey in long-term care wards. *BMC Nursing*, 20(1), 34. <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00552-z>

Design	But(s), objectif(s)	Pays et milieu clinique	Cadre de référence	Méthode(s) de collecte des données	Méthodes d'analyse	Principaux résultats
<p>Analyse secondaire de données transversale</p> <p>Niveau de preuve</p> <p>Niveau 5</p> <p>Paradigme</p> <p>Post-positivisme</p>	<p>Examiner l'association entre l'épuisement professionnel du personnel infirmier et certaines mesures de qualité objectives dans les services de soins de longue durée au Japon.</p> <p>Question(s) de recherche</p> <p>La qualité objectivement mesurée des soins dans les services de soins infirmiers est-elle liée à l'épuisement professionnel des infirmier-ère-s?</p> <p>Hypothèse(s)</p> <p>L'épuisement professionnel peut conduire à des soins de mauvaise qualité et à une aggravation de la sécurité des patient-e-s.</p> <p>Variables</p> <p>Dépendantes : La qualité des soins</p> <p>Indépendante : Le burnout</p>	<p>Au Japon dans des services de soins longue durée (l'équivalent des maisons de retraite qualifiées dans les pays occidentaux)</p> <p>Échantillon</p> <p>196 infirmier-ère-s gestionnaires et 2473 infirmier-ère-s venant de 196 services différents.</p> <p>Échantillonnage</p> <p>Échantillonnage probabiliste des services</p> <p>Critère(s) d'inclusion et d'exclusion</p> <p>Pas précisé</p>	<p>Modèle de burnout de Maslach.</p>	<p>Questionnaires anonymes distribués par l'infirmier-ère gestionnaire. Données collectées de septembre 2015 à novembre 2015.</p> <p>Instruments utilisés</p> <p>Quatre indicateurs de la qualité des soins : taux de patient-e atteint de pneumonie, d'escarres, avec une sonde urinaire et avec une sonde d'alimentation</p> <p>L'échelle japonaise d'épuisement professionnel basée sur la théorie de Maslach</p> <p>Considérations éthiques</p> <p>Approuvé par le comité d'éthique de la recherche de la Graduate School of Medicine de l'université de Tokyo.</p> <p>Lettre fournie à chaque participant-e sur l'objectif et les méthodes de l'étude.</p> <p>Autorisation d'utiliser l'échelle d'épuisement japonaise.</p>	<p>Une analyse univariée puis une analyse bivariée à l'aide de test U de Mann-Whitney ou de la corrélation de Spearman.</p> <p>Les valeurs P inférieures à 0.05 sont significatives</p> <p>Logiciels</p> <p>SPSS Statistics version 23 pour Windows</p>	<p>Un épuisement émotionnel plus élevé est associé à des taux plus élevés de pneumonie (P=0.033) et d'escarres (P=0.014)</p> <p>Un faible accomplissement personnel est associé à un taux plus élevé de sondes vésicale (P= 0.021) et de sondes d'alimentation (P ≤ 0.002)</p> <p>Conclusions</p> <p>La qualité des soins est liée à l'épuisement professionnel des infirmier-ère-s.</p> <p>Forces et limites de l'étude</p> <p>Limites : Ne fournit que des preuves d'associations et ne peut déterminer une relation causale. Peut soulever des questions sur la généralisabilité des résultats quant au faible taux de services participants. Ces résultats sont basés sur une analyse secondaire d'une enquête à grande échelle menée principalement pour d'autres objectifs.</p> <p>Forces: Pas précisé</p>

White, E. M., Aiken, L. H., & McHugh, M. D. (2019). Registered Nurse Burnout, Job Dissatisfaction, and Missed Care in Nursing Homes. *Journal of the American Geriatrics Society*, 67(10), 2065-2071. <https://doi.org/10.1111/jgs.1605>

Design	But(s), objectif(s)	Pays et milieu clinique	Cadre de référence	Méthode(s) de collecte des données	Méthodes d'analyse	Principaux résultats
<p>Analyse secondaire de données transversale</p> <p>Niveau de preuve</p> <p>Niveau 5</p> <p>Paradigme</p> <p>Post-positivisme</p>	<p>Examiner la relation entre l'épuisement professionnel des infirmier·ère·s diplômé·e·s, l'insatisfaction professionnelle et les soins manqués dans les maisons de retraite.</p> <p>Question(s) de recherche</p> <p>Comment l'épuisement professionnel et l'insatisfaction au travail contribuent à la probabilité que les infirmier·ère·s diplômé·e·s des maisons de retraite laissent de côté des soins nécessaires ?</p> <p>Hypothèse(s)</p> <p>L'épuisement professionnel et l'insatisfaction au travail seraient associés à une plus grande probabilité de manque de soins</p> <p>Variabiles</p> <p>Dépendantes : Les soins nécessaires</p> <p>Indépendantes : L'épuisement professionnel et l'insatisfaction au travail.</p>	<p>Des maisons de retraites aux Etats-Unis.</p> <p>Échantillon</p> <p>540 maisons de retraites et 687 infirmier·ère·s</p> <p>Échantillonnage</p> <p>Probabiliste pour l'étude primaire et échantillonnage non probabiliste pour l'analyse secondaire en ne sélectionnant que les infirmier·ère·s en soins direct en maison de retraite.</p> <p>Critère(s) d'inclusion</p> <p>Infirmier·ère·s en soins direct en maison de retraite</p> <p>Critère(s) d'exclusion</p> <p>Infirmier·ère·s dans des postes administratif ou en soins non directs</p>	<p>Le modèle du burnout de Maslach</p>	<p>Questionnaire de 12 pages, à propos de l'épuisement, l'insatisfaction au travail ou encore les soins manqués. Ceux-ci ont été envoyé par mail ou courrier à un échantillon aléatoire d'infirmier·ère·s. Puis un questionnaire plus court et une indemnisation envoyée a à un sous-échantillon aléatoire des personnes non-répondantes la première fois</p> <p>L'épuisement professionnel a été mesuré à l'aide de la sous-échelle « épuisement émotionnel » du Maslach Burnout Inventory.</p> <p>Les infirmier·ère·s ont indiqué leur degré de satisfaction à l'égard de leur emploi principal sur une échelle de quatre points allant de « très satisfait » à « très insatisfait ».</p> <p>Il a été demandé aux infirmier·ère·s d'indiquer, à partir d'une liste de 14 activités de soins qui, le cas échéant, étaient nécessaires mais n'ont pas été effectuées en raison d'un manque de temps ou de ressources.</p> <p>Considérations éthiques</p> <p>Le comité d'examen institutionnel de l'Université de Pennsylvanie a approuvé cette étude.</p>	<p>Statistiques descriptives</p> <p>L'étude a utilisé des statistiques descriptives et des régressions logistiques robustes pour analyser les liens entre l'épuisement professionnel et l'insatisfaction au travail sur les soins manqués, en tenant compte des caractéristiques des infirmier·ère·s et des établissements.</p> <p>Utilisation de test t et d'un test Pearson χ^2</p> <p>Tous les résultats étaient significatifs au niveau $P < .001$</p> <p>Logiciels</p> <p>Stata version 15.0 (Stata Corp)</p>	<p>Les résultats de cette étude indiquent que les infirmier·ère·s diplômé·e·s des maisons de retraite sont souvent incapables de compléter les soins infirmier·ère·s nécessaires en raison de temps ou de ressources insuffisants, et que les soins manqués sont plus fréquents chez les infirmier·ère·s diplômé·e·s ayant un fort épuisement professionnel ou insatisfaction professionnelle.</p> <p>Conclusions</p> <p>les infirmier·ère·s diplômé·e·s jouent un rôle essentiel dans la supervision de la sécurité et de la qualité des soins dans les maisons de retraite, mais la plupart des infirmier·ère·s diplômé·e·s déclarent ne pas avoir assez de temps ou de ressources pour fournir les soins nécessaires, ce qui soulève des préoccupations importantes pour la sécurité des patients. De nombreux infirmier·ère·s diplômé·e·s dans ce cadre souffrent d'épuisement professionnel et d'insatisfaction au travail, et les soins manqués sont encore plus répandus parmi ces personnes.</p> <p>Forces et limites de l'étude</p> <p>Limites : Généralisation limitées en raison du faible taux de maisons de retraites de l'échantillon sur les 15000 présentes aux Etats-Unis. Exclusion des infirmier·ère·s administratif·ve. La conception transversale ne permet pas d'établir des relations causales entre les variables étudiées.</p> <p>Forces : Pas précisé</p>

White, E. M., Aiken, L. H., Sloane, D. M., & McHugh, M. D. (2020). Nursing home work environment, care quality, registered nurse burnout and job dissatisfaction. *Geriatric Nursing*, 41(2), 158-164. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2019.08.007>

Design	But(s), objectif(s)	Pays et milieu clinique	Cadre de référence	Méthode(s) de collecte des données	Méthodes d'analyse	Principaux résultats
<p>Analyse transversale des données secondaires</p> <p>Niveau de preuve</p> <p>Niveau 5</p> <p>Paradigme</p> <p>Post-positivisme</p>	<p>Examiner la relation empirique entre l'environnement de travail et la qualité des soins, l'épuisement professionnel et l'insatisfaction professionnelle dans les maisons de retraite.</p> <p>Question(s) de recherche</p> <p>Non formulée</p> <p>Hypothèse(s)</p> <p>Les maisons de retraite avec de meilleurs environnements de travail auraient des taux plus faibles d'ulcères de pression, d'utilisation de médicaments antipsychotiques et d'hospitalisations, et moins d'infirmier·ère·s diplômé·e·s souffrant d'insatisfaction au travail et d'épuisement professionnel.</p> <p>Variables</p> <p>Dépendantes : Les soins nécessaires</p> <p>Indépendantes : L'épuisement professionnel et l'insatisfaction au travail.</p>	<p>Des maisons de retraites aux Etats-Unis.</p> <p>Échantillon</p> <p>245 maisons de retraite et 674 de leurs infirmier·ère·s</p> <p>Échantillonnage</p> <p>Probabiliste pour l'étude primaire et échantillonnage non probabiliste pour l'analyse secondaire en ne sélectionnant que les infirmier·ère·s en soins direct</p> <p>Critère(s) d'inclusion</p> <p>infirmier·ère·s diplômé·e·s en maison de retraite certifiées Medicare et Medicaid</p> <p>Critère(s) d'exclusion</p> <p>Les infirmier·ère·s diplômé·e·s qui n'ont pas rempli la mesure de l'environnement de travail dans l'enquête. les infirmier·ère·s diplômé·e·s qui étaient les seuls employé·e·s d'un foyer de soins représenté dans l'enquête</p>	<p>Le modèle du burnout de Maslach</p>	<p>L'échelle de l'environnement de pratique de 31 points de l'indice du travail en soins infirmiers est une mesure complète approuvée par le Forum national de la qualité qui a déjà été validée dans les maisons de retraite. Elle est dérivée de questions de l'enquête sur les infirmier·ère·s diplômé·e·s et compose cinq sous-échelles.</p> <p>Les résultats des infirmier·ère·s sont venus de l'enquête sur l'infirmier·ère·s diplômé·e·s. L'insatisfaction au travail a été mesurée sur une réponse à l'échelle de Likert à quatre points à la question « Dans quelle mesure êtes-vous satisfait de votre emploi principal ? », et a été dichotomisée comme « très ou quelque peu insatisfait » par rapport à « très ou quelque peu satisfait ». L'épuisement professionnel a été mesuré à l'aide de l'échelle d'épuisement émotionnel de l'inventaire Maslach-Burnout, une mesure validée de l'épuisement professionnel.</p> <p>Considérations éthiques</p> <p>Le comité d'examen institutionnel de l'Université de Pennsylvanie a approuvé cette étude</p>	<p>Statistiques descriptives, tests F, tests t, tests du chi-carré, régressions linéaires, régressions logistiques multiniveaux, pondération analytique.</p> <p>Valeur P si étude QUAN</p> <p>Tous les résultats étaient significatifs au niveau $P < .001$</p> <p>Logiciels</p> <p>Stata version 15.0 (Stata Corp)</p>	<p>Les maisons de retraite offrant un environnement de travail favorable étaient associées à une meilleure qualité des soins.</p> <p>Un environnement de travail positif était lié à des niveaux plus faibles d'épuisement professionnel et d'insatisfaction au travail chez les infirmier·ère·s diplômé·e·s.</p> <p>Une meilleure qualité des soins était associée à de meilleurs résultats pour les résidents, notamment une réduction des événements indésirables.</p> <p>Conclusions</p> <p>Un meilleur environnement de travail améliore la rétention des infirmier·ère·s et la qualité des soins en maisons de retraite. L'épuisement professionnel favorise le roulement du personnel. Comme à l'hôpital, de bonnes conditions réduisent le stress infirmier et augmentent la sécurité des patients. Des interventions ciblées sont donc essentielles.</p> <p>Forces et limites de l'étude</p> <p>Limites : conception transversale, empêchant d'établir des liens causaux, ajustement limité des mesures de qualité au niveau des résidents, échantillon réduit d'infirmières par établissement, affectant la représentativité, hétéroscédasticité, corrigée par des poids analytiques, généralisabilité limitée, avec un échantillon couvrant seulement 8 % des maisons de retraite étudiées.</p>

Andela, M., Truchot, D., & Huguenotte, V. (2021). Work Environment and Elderly Abuse in Nursing Homes : The Mediating Role of Burnout. *Journal of Interpersonal Violence*, 36(11-12), 5709-5729. <https://doi.org/10.1177/0886260518803606>

Design	But(s), objectif(s)	Pays et milieu clinique	Cadre de référence	Méthode(s) de collecte des données	Méthodes d'analyse	Principaux résultats
<p>Quantitatif</p> <p>Niveau de preuve</p> <p>Niveau V, étude non expérimentale (méthode quantitative et pas de groupe témoin).</p> <p>Paradigme</p> <p>Post-positiviste</p>	<p>But : l'étude vise à mieux comprendre les comportements de négligence et de maltraitance en tenant compte de l'épuisement professionnel des soignant·e·s et du contexte de travail.</p> <p>Objectifs : Analyser le lien entre l'épuisement professionnel des soignant·e·s et le risque de maltraitance en EMS.</p> <p>Comprendre comment les exigences et les ressources influencent l'épuisement professionnel.</p> <p>Explorer si l'épuisement professionnel joue un rôle intermédiaire dans le lien entre les conditions de travail et la maltraitance.</p> <p>Question(s) de recherche</p> <p>Pas décrite mais peut être déduite par les objectifs.</p> <p>Hypothèse(s)</p> <p>Des niveaux élevés d'épuisement professionnel sont positivement liés aux comportements de négligence et de maltraitance.</p> <p>La charge de travail, les exigences émotionnelles et le manque de reconnaissance sont positivement liés à l'épuisement professionnel, à la négligence et aux comportements abusifs.</p> <p>Variables</p> <p>Indépendante : le burn-out</p> <p>Dépendante : la maltraitance</p>	<p>EMS en France</p> <p>Échantillon</p> <p>481 infirmier·ère·s et aides-soignant·e·s</p> <p>Échantillonnage</p> <p>Préciser si probabiliste ou non probabiliste</p> <p>Non probabiliste, c'était par convenance</p> <p>Critère(s) d'inclusion</p> <p>Infirmier·ère ou aide-soignant·e dans des EMS</p> <p>Critère(s) d'exclusion</p> <p>Non précisé.</p>	<p>Modèle Job Demands-Ressources</p>	<p>Questionnaires dans 109 EMS</p> <p>Instruments utilisés</p> <p>Si collecte avec échelle précisez Alpha de Cronbach</p> <p>Maslach burnout inventory Human services survey</p> <p>Pour alpha de Cronbach, 87 épuisement pro, 66 dépersonnalisation et 75 accomplissement personnel.</p> <p>Sous-échelles de l'échelle de huguenotte pour facteurs de stress et ressources professionnelles. 84 charge de travail, 78 exigences émotionnelles, 77 manque de connaissance, 84 qualité des relations avec les collègues, 82 relation avec le chef d'équipe.</p> <p>Maltraitance évaluée avec l'échelle de Huguenotte. Alpha de Cronbach, alpha = 0.75 pour les comportements abusifs et alpha =0.81 pour la négligence.</p> <p>Considérations éthiques</p> <p>Participation anonyme et volontaire, consentement libre et éclairé, possibilité de contacter les chercheurs pour plus d'informations. Approbation éthique non mentionnée.</p>	<p>Corrélation bivariées, analyse de régression multiples, analyse de la médiation</p> <p>Si QUAN : statistiques descriptives et mesures</p> <p>Statistiques inférentielles et tests</p> <p>Valeur P si étude QUAN</p> <p>P < 0.05</p> <p>Logiciels</p> <p>Macro SPSS Process version 3</p>	<p>L'épuisement pro et la dépersonnalisation sont positivement liés au risque de négligence et de comportements abusifs, tandis que l'accomplissement personnel est négativement associé à ces deux composantes de la maltraitance.</p> <p>Des scores plus élevés de charge de travail et d'exigences émotionnelles sont associés à un score plus élevé de burnout. Les deux types d'exigences professionnelles sont liées à un risque plus élevé de négligence et de comportements abusifs.</p> <p>Des relations de qualité avec les collègues et le superviseur de l'équipe étaient associés à des niveaux inférieurs de burnout et à des scores plus élevés d'accomplissement personnel. En outre, la qualité de ces relations était négativement liée à la négligence et aux comportements abusifs.</p> <p>La charge de travail, les exigences émotionnelles, qualité des relations avec les collègues, épuisement professionnel et dépersonnalisation sont associés à la négligence et aux comportements abusifs.</p> <p>Conclusions</p> <p>Le burnout des soignant·e·s est un facteur clé de la maltraitance en EMS. Il est important d'améliorer les relations entre collègues et le superviseur pour réduire le burnout et la maltraitance.</p> <p>Forces et limites de l'étude</p> <p>Forces : non précisé</p> <p>Limites : utilisation d'un modèle transversal, échantillon limité à une région française.</p>

Altintas, E., Boudoukha, A.-H., Karaca, Y., Lizio, A., Luyat, M., Gallouj, K., & El Haj, M. (2022). Fear of COVID-19, emotional exhaustion, and care quality experience in nursing home staff during the COVID-19 pandemic. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 102, 104745. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2022.104745>

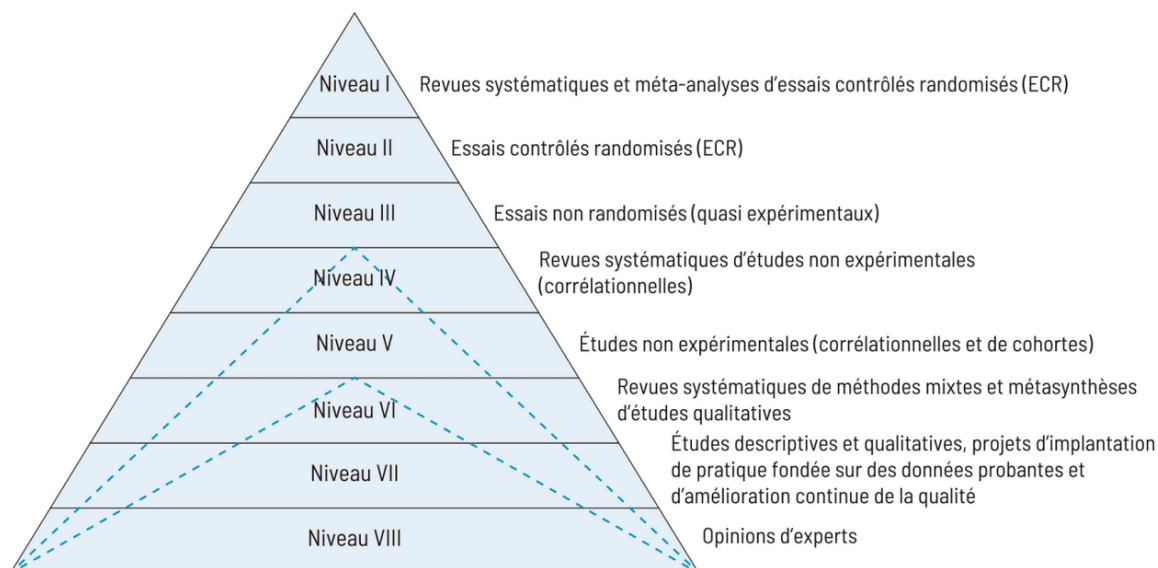
Design	But(s), objectif(s)	Pays et milieu clinique	Cadre de référence	Méthode(s) de collecte des données	Méthodes d'analyse	Principaux résultats
Quantitatif Niveau de preuve Niveau V Paradigme Post-positiviste	<p>Explorer la perception des travailleur·euse·s de la santé concernant leur propre expérience de la qualité des soins dans les maisons de retraite pendant la pandémie de covid-19.</p> <p>Question(s) de recherche</p> <p>Pas décrite mais peut être déduite par les objectifs.</p> <p>Hypothèse(s)</p> <p>L'épuisement émotionnel (EE) est associé à la peur de la Covid-19 et à l'expérience de la qualité des soins chez le personnel soignant des EMS. L'épuisement professionnel servirait de médiateur dans les relations entre la peur du Covid-19 et l'expérience de la qualité des soins.</p> <p>Variables</p> <p>Variable indépendante : peur du covid-19</p> <p>Variable dépendante : perception de la qualité des soins</p>	<p>EMS en France</p> <p>Échantillon</p> <p>129 membres du personnel français de 4 EMS (infirmier·ère·s, aides-soignant·e·s, médecins, psychologues, physiothérapeutes, diététicien·enne·s, psychomotricien·enne·s)</p> <p>Échantillonnage</p> <p>Préciser si probabiliste ou non probabiliste</p> <p>Non probabiliste car volontariat des soignants. Par convenance</p> <p>Critère(s) d'inclusion</p> <p>Travail en EMS en France, ils ont été exposés à plusieurs reprises à des personnes âgées atteints de Covid-19.</p> <p>Critère(s) d'exclusion</p> <p>Non précisé</p>	<p>Maslach Burnout inventory, care quality perception scale</p>	<p>Questionnaires papier auto-administrés, le taux de répondants était de 44%.</p> <p>Instruments utilisés</p> <p>Maslach burnout inventory, care quality perception scale, fear of Covid-19 scale, échelle de likert,</p> <p>Si collecte avec échelle précisez Alpha de Cronbach</p> <p>Pour l'épuisement émotionnel, la cohérence interne de l'échelle était de $\alpha = 0.90$</p> <p>Pour l'expérience de qualité des soins, la cohérence interne de l'échelle était de $\alpha = 0.89$</p> <p>Pour la peur du covid-19, la cohérence était de $\alpha = 0.89$</p> <p>Considérations éthiques</p> <p>Selon les principes de la déclaration d'Helsinki et à l'accord des autorités médicales et administratives de l'hôpital. Anonymat des réponses</p>	<p>Analyse descriptives, matrice de corrélation, test χ^2, test Kruskal-wallis, méthode d'analyse post-hoc, analyse de médiation avec le modèle de médiation GLM dans le module JAMM. Des moyennes, des écarts-types, la médiane, laskyre, la kurtose et le shapiro-wilk ont été effectués.</p> <p>Si QUAN : statistiques descriptives et mesures</p> <p>Statistiques inférentielles et tests</p> <p>Valeur P si étude QUAN</p> <p>Entre épuisement émotionnel et la peur du covid $p=0.03$</p> <p>Entre l'EE et la perception de la qualité des soins $p < 0.001$</p> <p>L'effet indirect de la peur du covid sur l'expérience de la qualité des soins est significatif $p=0.047$</p> <p>Logiciels</p> <p>Jamovi version 1.6.18.00</p>	<p>Une corrélation négative a été trouvée entre l'EE et la perception de la qualité des soins : plus l'épuisement est élevé, plus la perception de la qualité des soins est faible. Les groupes ayant des niveaux modérés à élevés d'EE ont signalés les niveaux les plus bas d'expérience de la qualité des soins.</p> <p>La peur du covid-19 est associée à un niveau élevé d'EE.</p> <p>L'EE joue un rôle de médiateur entre la peur du covid-19 et la perception de la qualité des soins.</p> <p>Conclusions</p> <p>L'EE joue un rôle clé dans la relation entre la peur du covid-19 et la perception de la qualité des soins. L'EE était associée positivement à la peur du covid-19 et négativement à l'expérience de la qualité des soins</p> <p>Forces et limites de l'étude</p> <p>Forces : pas mentionné</p> <p>Limites : petit échantillon et pris dans seulement 4 établissements, l'étude a exploré spécifiquement que 2 dimensions de l'environnement de travail comme l'EE et l'expérience de la qualité des soins. Le petit nombre de chaque catégorie professionnelle (médecins, infirmier·ère·s, etc) ne permet pas leur comparaison (Généralisation limitée).</p>

Chao, S.-F. (2019). Does geriatric nursing staff burnout predict well-being of LTC residents? *Geriatric Nursing*, 40(4), 360-366.
<https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2018.12.010>

Design	But(s), objectif(s)	Pays et milieu clinique	Cadre de référence	Méthode(s) de collecte des données	Méthodes d'analyse	Principaux résultats
Quantitatif Niveau de preuve Niveau V Paradigme Post-positiviste	<p>Examiner la relation entre l'épuisement professionnel du personnel infirmier gériatrique et le bien-être des résident·e·s dans les établissements de soins de longue durée.</p> <p>Question(s) de recherche</p> <p>L'épuisement professionnel du personnel infirmier gériatrique prédit-il le bien-être des résident·e·s des établissements de soins de longue durée ? (c'est le titre sinon ce n'est pas précisé)</p> <p>Hypothèse(s)</p> <p>L'épuisement professionnel du personnel infirmier gériatrique est négativement associé au bien-être des résident·e·s (la satisfaction résidentielle et la qualité de vie perçue) et positivement liée aux symptômes dépressifs.</p> <p>La dépersonnalisation du burnout a un impact plus fort sur le bien-être des résident·e·s que l'épuisement émotionnel ou l'accomplissement personnel.</p> <p>Variabiles</p> <p>Indépendante : l'épuisement émotionnel (EE), la dépersonnalisation (DP), l'accomplissement personnel (PA). Dépendante : le bien-être des patient·e·s</p>	<p>Taiwan dans des établissements de soins de longue durée</p> <p>Échantillon</p> <p>590 résident·e·s, 315 personnel infirmier, 172 établissements de soins</p> <p>Échantillonnage</p> <p>Préciser si probabiliste ou non probabiliste</p> <p>Échantillonnage stratifié probabiliste pour sélectionner les établissements</p> <p>Critère(s) d'inclusion</p> <p>Résident·e·s : âgé·e de 60 ans ou plus, limitations physiques, orientation dans le temps, la personne et le lieu, au moins 3 mois de résidence dans leur établissement actuel.</p> <p>Personnel : infirmier·ère·s ou aides-soignant·e·s qui fournissent des soins directs aux patient·e·s.</p> <p>Critère(s) d'exclusion</p> <p>Non précisé</p>	Maslach burnout inventory	<p>Entretiens en face à face entre les résident·e·s et le personnel infirmier dans les 2 études, car il y a 2 études faites, la première entre juin et septembre 2014 et la deuxième entre juin et septembre 2016. Échelles de likert,</p> <p>Instruments utilisés</p> <p>Si collecte avec échelle précisez Alpha de Cronbach</p> <p>Maslach burnout inventory pour l'épuisement professionnel ($\alpha = 0.88$ pour EE, 0,74 pour DP, 0.86 pour PA)</p> <p>Mesure de la qualité de vie avec l'échelle de dépression du CESD-10 ($\alpha = 0,77$)</p> <p>l'indice de barthel pour les AVQ.</p> <p>Considérations éthiques</p> <p>Le conseil d'examen institutionnel de l'Université nationale de Taïwan a approuvé ces études.</p>	<p>Ils ont pris en compte le fait que les résident·e·s vivant dans le même établissement peuvent partager des expériences similaires et influencer les résultats de l'étude. Pour éviter que cela fausse l'analyse, ils ont utilisé la modélisation linéaire à trois niveaux</p> <p>Analyses bivariées</p> <p>Si QUAN : statistiques descriptives et mesures</p> <p>Moyennes, écarts-types</p> <p>Statistiques inférentielles et tests</p> <p>Valeur P si étude QUAN</p> <p>< 0.05</p> <p>Logiciels</p> <p>Stata 15.0.21</p>	<p>La DP du personnel infirmier est liée à une satisfaction résidentielle plus faible, une qualité de vie perçue plus basse et une augmentation des symptômes dépressifs chez les patient·e·s.</p> <p>L'EE et le PA ne montrent pas d'effets significatifs sur le bien-être des résident·e·s.</p> <p>Cela a confirmé une partie de la première hypothèse et confirmé la deuxième hypothèse.</p> <p>Conclusions</p> <p>Non précisé</p> <p>Forces et limites de l'étude</p> <p>Forces :</p> <p>Limites : étude transversale. Même si les facteurs sociodémographiques des infirmier·ère·s jouent un rôle, ils ne suffisent pas à comprendre complètement pourquoi certains·es infirmier·ère·s sont plus épuisés que d'autres et pourquoi certains résident·e·s se sentent mieux que d'autres.</p> <p>Généralisation limitée.</p> <p>Les résultats sur la dépersonnalisation pourraient ne pas être totalement fiables car ils sont basés uniquement sur des auto-déclarations.</p>

Annexe III : Niveaux de preuve

Figure 1: Hiérarchie des évidences et niveaux de preuve



(Fortin & Gagnon, 2022, p. 436).

Figure 2: Grade des recommandations

Grade des recommandations	Niveau de preuve scientifique fourni par la littérature
A Preuve scientifique établie	Niveau 1 - essais comparatifs randomisés de forte puissance ; - méta-analyse d'essais comparatifs randomisés ; - analyse de décision fondée sur des études bien menées.
B Présomption scientifique	Niveau 2 - essais comparatifs randomisés de faible puissance ; - études comparatives non randomisées bien menées ; - études de cohortes.
C Faible niveau de preuve scientifique	Niveau 3 - études cas-témoins.
	Niveau 4 - études comparatives comportant des biais importants ; - études rétrospectives ; - séries de cas ; - études épidémiologiques descriptives (transversale, longitudinale).

(Haute Autorité de santé, 2013, p. 8).

Annexe IV : Glossaires

Glossaire méthodologique

La majorité des termes définis dans ce glossaire méthodologique sont issus de l'ouvrage Fortin et Gagnon (2022).

Alpha de Cronbach : Indice de la cohérence interne des énoncés d'une échelle de mesures (p.460)

Analyse bivariée : Étude d'une relation entre deux variables (Picchollet, 2024, p. 1).

Analyse univariée : Méthode d'analyse des données où l'on considère une seule variable à la fois (Landsheere, 1979).

Biais de sélection : Erreur systématique due au fait que le groupe étudié et le groupe témoin diffèrent pour un ou plusieurs facteurs susceptibles d'influencer le résultat (Piérard & Sheen, 2006, p. 190)

Comité d'éthique de recherche : Groupe de professionnels chargés d'évaluer la conformité des projets de recherche qui leur sont soumis avec les normes d'éthique de la recherche (p.132).

Corrélation de Spearman : Statistique non paramétrique qui résume le degré de corrélation entre deux variables mesurées à l'échelle ordinale (p.368).

Devis quantitatif : Des données numériques seront collectées et soumises à l'analyse statistique (p.36)

Devis transversal : Type d'étude où des données sont recueillies sur la fréquence d'un événement ou d'une condition de santé dans une population, à un moment précis dans le temps (p.462).

Échantillonnage non probabiliste : Échantillons constitués sans que tous les éléments qui les composent soient obtenus par un processus aléatoire (p.462).

Échantillonnage probabiliste : Échantillonnage constitué à partir d'un processus de sélection aléatoire (p.256).

Échantillonnage stratifié : Fractionner la population accessible en sous-groupes relativement homogènes appelés strates, puis à prélever un échantillon dans chaque strate (p.258).

Généralisabilité : Capacité d'une observation d'être généralisée à une classe d'observations à laquelle elle appartient (Éditions Larousse, 2025).

Pondération analytique : Ensemble de critères de pondération qui sont l'expression de valeurs sociétales pertinentes (Centrale générale des syndicats libéraux de Belgique, 2025).

Régression logistique : Procédure de régression multiple visant à vérifier l'effet d'une ou plusieurs variables indépendantes sur une variable dépendante dichotomique ; à prédire les cotes associées à la présence ou à l'absence de la variable Y en se basant sur les variables X (p.388).

Régression linéaire : Processus qui consiste à déterminer une équation de régression pour prédire la valeur d'une variable dépendante en se fondant sur la valeur d'une variable indépendante (p.387).

Test chi-carré : Test qui consiste à mesurer l'écart entre une situation observée et une situation théorique et d'en déduire l'existence et l'intensité d'une liaison mathématique (Laffly, s. d., p. 1).

Test de corrélation : Utilisé pour évaluer une association (dépendance) entre deux variables. Le calcul du coefficient de corrélation peut être effectué en utilisant différentes méthodes (Statistical tools for high-throughput data analysis, s. d.).

Test F : Méthode statistique appropriée à l'analyse des relations entre deux variables binaires dans de petits échantillons (Kassel, 2025)

Test post-hoc : Analyse statistique réalisée après une expérience pour déterminer quelles moyennes de groupes spécifiques sont différentes les unes des autres (Learn statistics easily, 2025)

Test T : Test paramétrique qui sert à déterminer la différence entre les moyennes de deux populations relativement à une variable aléatoire continue (p.389).

Test U de Mann Whitney : Test non paramétrique utilisé pour comparer deux groupes indépendants ; il est analogue au test t pour échantillons indépendants (p.467).

Transférabilité : Exactitude de la description servant à juger de la similarité avec d'autres situations, de telle sorte que les résultats peuvent être transférés (p.169).

Validité interne : Degré selon lequel les changements survenus dans la variable dépendante sont le résultat de l'action de la variable indépendante (p.468).