



HAL
open science

Nurses faced with burnout: What causal attributions?

Catherine Esnard, Stéphanie Bordel, Alain Somat

► **To cite this version:**

Catherine Esnard, Stéphanie Bordel, Alain Somat. Nurses faced with burnout: What causal attributions?. *Pratiques Psychologiques*, 2013, 19 (3), pp.147-161. 10.1016/j.prps.2013.07.002 . hal-03918730

HAL Id: hal-03918730

<https://hal.science/hal-03918730v1>

Submitted on 11 Nov 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Running Head : Attributions causales et burnout

Les soignants face au burnout : quelles attributions causales ?

Nurses faced with burnout: what causal attributions?

Catherine Esnard*

(Université de Poitiers, France)

Stéphanie Bordel

(Université de Poitiers, France)

et

Alain Somat

(Université de Rennes 2, France)

*Catherine Esnard

Département de Psychologie, Université de Poitiers, 3 rue Théodore Lefebvre,
86000 Poitiers.

Tel : (33) 5 49 45 47 27 fax: 05 49 45 44 13

Mail: catherine.esnard@univ-poitiers.fr

Stéphanie Bordel

Département de Psychologie, Université de Poitiers, 3 rue Théodore Lefebvre,
86000 Poitiers.

Alain Somat

Département de Psychologie, Place Recteur Henri Le Moal - CS 24307 - 35043
Rennes

Résumé

L'objectif de cette étude était d'explorer la nature des explications produites par des soignants lorsqu'ils sont interrogés sur des situations professionnelles en lien avec de l'épuisement professionnel de type burnout, indépendamment d'une situation vécue de burnout. L'analyse des adhésions de 30 soignants à une échelle d'attributions causales construite et validée à cet effet a montré une plus grande adhésion à des explications relevant de causalités internes, tant contrôlables que non contrôlables, qu'à des explications relevant de causalités externes, quelle que soit la situation professionnelle évoquée. La discussion porte sur la pertinence d'une approche psychosociale des explications des situations de burnout et ses implications en termes de prévention primaire des risques psychosociaux en contexte de travail.

Mots clés : attributions causales, burnout, Maslach Burnout Inventory, soignants

Nurses faced with burnout: what causal attributions?

Abstract

The objective of this study was to investigate the nature of the explanations produced by nurses when they are questioned about professional situations related with professional exhaustion such as burnout, independently of a real-life situation of burnout. The analysis of the 30 nurses' adherences to causal explanations scale constructed and validated for this purpose showed greater adherence to internal causal explanations, both controllable and no-controllable, as explanations under external causalities, whatever the professional situation mentioned. The discussion focuses on the relevance of a psychosocial approach of explanations of the burnout situations and its implications in terms of primary prevention of psychosocial risks in occupational context.

Key Words: causal attributions, burnout, Maslach Burnout Inventory, nursing

1. Introduction

La problématique de l'épuisement professionnel a été initialement posée en contexte médical et soignant où les salariés sont particulièrement exposés au

sentiment d'impuissance face à la maladie, à la mort et à la surcharge de travail (Freudenberger et Richelson, 1980 ; Manoukian et Massebeuf, 1995). C'est dans ce cadre que Maslach et Jackson (1981 ; 1986) ont développé leur conception du burnout (BO), sur la base d'études empiriques donnant matière à la création d'un outil de mesure, le Maslach Burnout Inventory (MBI), désormais communément utilisé en contexte soignant pour évaluer l'épuisement professionnel éprouvé. Dans une perspective issue des modèles développés en psychologie de la santé (voir pour revue Bruchon-Schweitzer et Quintard, 2001 ; Bruchon-Schweitzer, 2002 ; Paulhan et Bourgeois, 1995), il a été montré que le recours à l'expression d'un sentiment de contrôle personnel ou « contrôle interne » jouerait un rôle protecteur sur la santé et le bien-être émotionnel en réduisant la portée des événements de vie stressant et en favorisant l'adoption de styles de vie sains et de comportements de prévention ou d'attitudes optimistes (Hurrell et Murphy, 1991). Ces modèles s'appuient sur la notion de Locus of Control (LOC) élaborée par Rotter (1975) qui décrit le lien causal que les individus établissent (LOC interne) ou non (LOC externe) entre leurs actions ou capacités et les renforcements qu'ils obtiennent. Le LOC relève de dispositions cognitives (croyances et représentations) ou traits de personnalité activés dans certaines situations spécifiques, et différencie les individus de façon stable et consistante dans la façon dont ils expliquent *a priori* les renforcements qu'ils obtiennent en fonction de leurs conduites.

Cette étude se situe dans une perspective différente à celle qui vient tout juste d'être développée. Elle se situe dans la perspective des attributions causales

réalisées *a posteriori* par les individus (Heider, 1958) avec pour objectif de comprendre comment les individus infèrent des causes à partir d'événements observés, événements relevant soit de comportements, soit de renforcements, concernant les individus eux-mêmes ou autrui. Dans cette activité d'inférence, les personnes peuvent recourir à deux types de causes distinctes : des explications causales internes (attribution des causes de l'événement à la personne) ou des explications causales externes (attribution des causes de l'événement à la situation, à la chance ou au rôle d'autrui). Ainsi, cette approche vise à comprendre comment les explications produites par les individus s'inscrivent dans un cadre social spécifique (Beauvois et Le Poutier, 1986 ; Weiner et Kukla, 1970) afin d'en analyser leurs composantes dans le cadre des interactions professionnelles au quotidien.

Peu de recherches ont été réalisées sur la façon dont les soignants expliquent une situation pouvant potentiellement générer du BO dans le cadre de leurs activités professionnelles quotidiennes. Lorsque ces études existent (voir Moore, 2000), elles s'intéressent essentiellement à la manière dont les personnes souffrant de BO expliquent leur situation et non à la manière dont elles expliquent ce genre de situation, indépendamment d'une situation vécue de BO. L'objectif de cette étude est donc d'explorer, dans une perspective psychosociale, la nature des explications mobilisées par des soignants lorsqu'ils sont interrogés sur des situations professionnelles en lien avec de l'épuisement professionnel de type BO, indépendamment d'une situation vécue de BO.

1.1. Le burnout, une construction empirique

Le BO est « un état de fatigue chronique, de dépression et de frustration apporté par la dévotion à une cause, un mode de vie, ou une relation, qui échoue à produire les récompenses attendues et conduit en fin de compte à diminuer l'accomplissement au travail » (Freudenberger et Richelson, 1980, p. 13). La validité du concept tient aux travaux empiriques (études cliniques par entretiens et observations) conduits par Maslach (1976) auprès de populations soignantes, sur la base desquels Maslach et Jackson (1981; 1986) ont construit une échelle de mesure. Le BO est alors défini comme un syndrome tridimensionnel composé d'un sentiment d'anéantissement des ressources émotionnelles et démotivation (épuisement émotionnel), du développement d'attitudes impersonnelles et négatives envers les bénéficiaires des soins (dépersonnalisation) et de la perte de confiance en ses compétences (réduction de l'accomplissement). Cet outil de mesure, le Maslach Burnout Inventory (MBI), est constitué de 22 items assortis d'une échelle en 7 points sur laquelle le répondant indique la fréquence selon laquelle il éprouve le sentiment en question dans le cadre de son travail. Ces items sont répartis en 3 échelles distinctes (9 items pour l'épuisement émotionnel, 5 pour la dépersonnalisation et 8 pour l'accomplissement personnel) de valences distinctes : l'épuisement émotionnel et la dépersonnalisation sont de valence négative puisque renvoyant aux conséquences négatives du BO, alors que l'accomplissement personnel, au vu de la formulation des items, est de valence positive. Même si la validité de construit de cet outil a, depuis, été réinterrogée (Kristensen, Borritz, Villadsen, et Christensen, 2005), notamment dans d'autres champs professionnels, le MBI conserve sa validité externe en contexte soignant

de par la démarche clinique approfondie qui l'a fondé. Par conséquent, les items qui le constituent renvoient clairement à des situations professionnelles auxquelles les soignants peuvent être quotidiennement confrontés et par rapport auxquelles ils sont en mesure de mobiliser des explications, même s'ils ne sont pas victime eux-mêmes de BO.

1.2. Les attributions causales du burnout, une approche psychosociale

Dans une perspective psychosociale, l'attribution causale est définie comme le processus par lequel « l'homme appréhende la réalité, et peut la prédire et la maîtriser » (Heider, 1958, p. 79). Autrement dit, l'attribution causale permet aux individus de développer un sentiment de contrôle sur autrui et l'environnement dans lequel ils évoluent *via* l'inférence de causes des comportements et des renforcements. Par conséquent, il est probable que les individus, qu'ils soient ou non professionnellement épuisés, produisent spontanément des explications dans une tentative de maîtrise des situations personnelles mais aussi des interactions vécues dans leur quotidien professionnel. Or, si le LOC a longtemps été considérée comme un élément potentiellement important dans la prise en charge du BO (Maslach, 1993), la littérature sur le BO fait très rarement état de travaux sur la façon dont les individus mobilisent spontanément des attributions causales face à des situations de BO dans un cadre social, à savoir dans leur quotidien de travail. Le lien le plus significatif entre les théories de l'attribution causale et le BO a été établi par Moore (2000). Reprenant les trois dimensions du MBI, ce modèle établit que certaines réactions attitudinales (estime de soi professionnelle, engagement, cynisme) varient selon que l'individu se perçoit, ou non, comme la

cause de son épuisement, autrement dit procède à une attribution interne *vs* externe. Selon Moore (2000), lorsque des individus convoquent une cause externe pour expliquer un niveau élevé de cynisme et un faible engagement professionnel ou lorsqu'ils convoquent une cause interne pour expliquer une faible estime de soi professionnelle, on observe alors des corrélations entre ces explications et un état de BO élevé. Gilibert (2009) relève également des corrélations entre attributions (internes *vs* externes) et attitudes au travail, en l'occurrence satisfaction au travail, mais n'observe pas de lien direct entre attributions et état de BO sur le plan de la santé physiologique. En définitive, si l'on dispose de quelques résultats sur les liens entre attributions causales et états de BO, ceux-ci restent à préciser. De plus, aucune recherche empirique n'existe sur une question plus générale : indépendamment du niveau de BO ressenti, de quelles façons des agents, en l'occurrence des soignants, mobilisent-ils, à des fins de contrôle et de maîtrise du quotidien professionnel, des modalités explicatives lorsqu'ils sont confrontés à des situations susceptibles de générer de l'épuisement professionnel ?

Le cadre d'analyse proposé par la théorie attributionnelle de Weiner (1979) s'avère adapté pour procéder à l'analyse exploratoire de ces modalités explicatives. Cet auteur va considérer que la distinction interne/externe est insuffisante pour rendre compte de la diversité des explications et qu'il serait par conséquent nécessaire de prendre en compte deux autres dimensions : la stabilité des causes et leur contrôlabilité. La stabilité (*vs* non stabilité) correspond à la dimension temporelle de la cause. De ce point de vue une compétence ou une aptitude est une cause stable, qui perdure dans le temps, alors que l'effort serait

une cause instable variant avec le temps. Ainsi, une cause pourrait être perçue comme interne ou externe, mais indépendamment de cela être stable ou instable. Par exemple, la formulation « *j'ai eu une promotion parce que j'ai toujours su me former à temps* » serait une explication interne stable. Alors que la phrase « *j'ai eu une promotion parce que cette fois-ci j'ai demandé une formation à temps* » relèverait d'une explication interne instable. La contrôlabilité (vs non contrôlabilité) correspond au niveau d'influence que les individus (soi ou autrui) peuvent volontairement exercer sur la cause de l'événement. De la même manière que précédemment, une cause pourrait être perçue interne ou externe, et indépendamment être perçue contrôlable ou incontrôlable par l'individu. Ainsi la formulation « *j'ai eu une promotion parce que j'ai eu de la chance* » serait une explication externe incontrôlable, alors que la phrase « *j'ai eu une promotion parce qu'on m'en a offert l'opportunité* » serait une explication externe contrôlable car l'opportunité est contrôlée par autrui. Par conséquent, selon le modèle tridimensionnel de Weiner (1979), toute cause peut être classée selon une typologie correspondant au croisement du lieu de causalité (interne vs externe), de la stabilité (stable vs non stable) et de la contrôlabilité (contrôlable vs non contrôlable) de la cause exprimée.

1.3. Vue d'ensemble

L'objectif de cette étude était d'explorer la nature des explications mobilisées par des soignants lorsqu'ils sont interrogés sur des situations professionnelles en lien avec de l'épuisement professionnel de type BO, indépendamment d'une situation vécue de BO. Conduite au vu du modèle tridimensionnel de Weiner (1979), cette

analyse portait sur les dimensions « lieux de causalité » (interne *vs* externe), « contrôlabilité » (contrôlable *vs* incontrôlable), « stabilité » (stable *vs* non stable) des adhésions des soignants à des explications susceptibles d'être mobilisées dans le cadre de leur quotidien professionnel. Cette analyse s'appuyant sur des explications liées à des situations professionnelles en lien avec du BO, donc en lien avec des situations traduites par les items du MBI, elle a intégré également les trois dimensions de ressentis de BO : l'une de valence positive (dimension accomplissement personnel du MBI) et deux de valence négative (dimensions d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation du MBI).

Cette analyse supposait, au préalable, l'élaboration et la validation d'une échelle d'attributions causales *ad hoc* auprès de soignants. Ceci a fait l'objet de deux études préliminaires précédant la présentation de l'étude principale. La première étude préliminaire avait pour objectif la production spontanée d'explications relatives à des situations professionnelles quotidiennes pouvant générer du BO et l'élaboration d'un premier classement de ces explications. La seconde étude préliminaire avait pour objectif de valider auprès de soignants l'adéquation de ces productions spontanées au modèle tridimensionnel de Weiner (1979) afin de construire l'outil de l'étude principale.

Les travaux relatifs à l'erreur fondamentale d'attribution (Ross, 1977 ; Ross, Amabile, et Steinmetz, 1977) montrent la tendance à sous-estimer les causes situationnelles (externes) au profit des causes dispositionnelles (internes), ces dernières étant perçues par les individus comme plus compréhensibles et prévisibles donc comme plus contrôlables. Par conséquent, il était attendu que les

soignants adhèrent davantage aux attributions causales internes qu'aux attributions causales externes pour expliquer les évènements de BO. Plus avant, l'objectif de cette étude était d'explorer, au filtre du modèle de Weiner, le ou les types d'explications causales privilégiées par les soignants afin de mieux saisir, *via* cette analyse, leur positionnement face au BO, ce en tant que professionnel.

2. Etudes préliminaires

2.1. Production d'attributions causales des situations de BO

2.1.1. Participants et procédure

Trente-cinq soignants, 26 femmes et 9 hommes, (M âge = 33,6 ans, SD = 7,74 ; M ancienneté dans la fonction soignante = 13,25, SD = 6,28) en début de formation cadre de santé ont été rencontrés sur leur lieu de formation en dehors des temps d'enseignement. Il leur a été demandé de remplir par écrit une grille composée des 22 items du MBI. La consigne était la suivante : « ci-dessous une liste de phrases relatives à ce que vous avez pu éventuellement penser ou ressentir dans le cadre de votre travail de soignant. Pour chacune d'entre-elles, nous vous demandons de mentionner la cause qui vous vient en premier à l'esprit si on vous demande « pourquoi ? » Il n'est pas nécessaire de rédiger, un ou quelques mots ou une courte phrase suffit ».

2.1.2. Résultats

Afin de traiter les 155 explications différentes produites, la méthode des juges a été adoptée. Sept codeurs indépendants de l'étude ont eu pour tâche de classer chaque production en explication interne (définie *a priori* comme étant une cause

relevant de la personne) ou externe (définie *a priori* comme une cause relative aux circonstances indépendantes de la personne) ou aucun/chacun des 2 (rejet). L'accord inter-juge a été établi par le calcul du coefficient Kappa global de Fleiss. Une procédure de codage itérative a été appliquée jusqu'à obtenir un Kappa de 0.75. Au total 31% des explications ont été jugées externes, 41,3 % ont été jugées internes et 27,7% ont été rejetées.

2.1.3. Conclusion

A l'issue de ce classement, on a constaté que les soignants ont produit spontanément plus d'explications internes que d'explications externes. Fort de ces productions spontanées d'explications et de cette première analyse réalisée par des juges n'appartenant pas au domaine médical, il est apparu nécessaire de valider ce classement en ayant recourt à une population de soignants et en élargissant le cadre d'analyse au modèle tridimensionnel de Weiner (1979). Pour ce faire, une sélection a été opérée parmi les explications produites et cette sélection a été évaluée en ayant recours à l'échelle de Mesure des Attributions Causales (EMAC) de Fontayne, Martin-Krumm, Buton, et Heuzé (2003) (version française de l'Echelle révisée des Dimensions Causales (CDSII) de McAuley, Duncan et Russell, 1992). Il s'agissait ici 1) de tester la validité de cette sélection par l'évaluation qu'en font les soignants eux-mêmes sur la base des quatre registres explicatifs de l'EMAC à savoir le lieu de causalité, la stabilité, le contrôle personnel et le contrôle externe par autrui, 2) de classer les explications produites selon la tridimensionnalité des attributions causales de Weiner (1979), ceci afin

d'établir un outil de mesure des explications des évènements de BO chez les soignants.

2.2. Evaluation des attributions causales par la procédure de l'EMAC

2.2.1. Participants

Trente soignants, 25 femmes et 5 hommes, (M âge = 38.10 ans, SD = 8.51 ; M ancienneté dans la fonction soignante = 15.5 ans, SD = 6.34) en début de formation cadre de santé ont été rencontrés sur leur lieu de formation en dehors des temps d'enseignement.

2.2.2. Matériel et procédure

Les 24 explications retenues pour cette étude ont été extraites des productions spontanées émises du classement effectué lors de la première étude préliminaire. Pour des raisons de faisabilité, un seul item de chacune des 3 dimensions du MBI a été retenu, items choisis pour avoir généré la plus grande diversité d'explications¹ : item 2 (Épuisement émotionnel/EE) « je me sens à bout à la fin de ma journée de travail », item 9 (Accomplissement personnel/AP) « j'ai l'impression, à travers mon travail, d'avoir une influence positive sur les gens », et item 10 (Dépersonnalisation/D) « je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail ». Pour chacun de ces 3 items, 8 explications ont été sélectionnées en fonction de leur adéquation aux 8 registres explicatifs décrits par Weiner (1979), à savoir le croisement du lieu de causalité (interne vs externe), de la contrôlabilité (contrôle vs non contrôlable) et de la stabilité (stable vs non

¹ Nous avons voulu limiter la taille des questionnaires afin de placer nos participants (des soignants en formation, en dehors de leur temps d'enseignement) dans des conditions assurant au mieux la validité des données ainsi recueillies. Les 3 items du MBI retenus sont ceux qui ont généré spontanément, lors de l'étude préliminaire précédente, davantage d'explications causales différentes. Par conséquent, nous avons supposé que ces 3 items étaient, plus que d'autres, susceptibles d'interpeller les soignants en termes de situations professionnelles vécues au quotidien.

stable). Cette sélection a été effectuée par trois experts (psychologues sociaux experts dans le champ des attributions causales) sur la base de la liste des 155 explications produites lors de la première phase de cette étude préliminaire. Leur tâche consistait à placer chacune de ces explications dans l'une des huit catégories du modèle de Weiner (1979). La catégorisation définitive est celle correspondant à 100 % d'accord entre les experts².

Les participants devaient caractériser chacune de ces 24 explications selon chacune des quatre dimensions causales de l'EMAC (Fontayne *et al.*, 2003). Autrement dit, pour chacune de ces 24 explications, ils devaient indiquer leur perception du registre explicatif évoqué sur chacune des 4 dimensions suivantes (chaque dimension étant assortie d'une échelle bipolaire en 9 points) : cette cause est quelque chose « qui vient de votre personne (1) vs qui vient de la situation (9) » (lieu de causalité perçu interne vs externe), « qui ne change pas (1) vs qui est changeant (9) » (stabilité perçue vs non stabilité perçue), « sur laquelle vous pouvez agir (1) vs sur laquelle vous ne pouvez pas agir (9) » (contrôle interne perçu vs non contrôle interne perçu), « sur laquelle d'autres personnes peuvent agir (1) vs sur laquelle les autres personnes n'ont aucune influence (9) » (contrôle externe perçu vs non contrôle externe perçu).

2.2.3. Résultats

Evaluation de la dimension lieu de causalité

² S'il y a effectivement eu 100% d'accord des experts sur les 3 X 8 explications retenues, d'autres explications avaient également rassemblé 100% d'accord. La discussion a porté sur une dizaine d'explications et le critère de choix a été la clarté et l'univocité de l'explication.

Afin de vérifier que les explications définies *a priori* comme internes ou externes ont été perçues comme telles sur l'EMAC, une ANOVA à mesure répétées 2 (lieu de causalité) x 2 (contrôlabilité) x 2 (stabilité) a été réalisée sur la dimension de l'EMAC «lieu de causalité perçu» et ceci pour chacune des 3 dimensions du MBI considérées (EE, AP, D).

Les résultats ont indiqué un effet principal de la variable « lieu de causalité » sur le « lieu de causalité perçu » dans le sens attendu, et ceci pour les 3 dimensions du MBI : pour la dimension EE ($F(1, 26) = 7.81, p = .009, \eta^2 = .23$), les explications internes ($M = 4.68, SD = .34$) ont été perçues plus internes que les explications externes ($M = 5.61, SD = .33$) ; pour la dimension AP ($F(1, 28) = 3.74, p = .06, \eta^2 = .12$), les explications internes ($M = 3.55, SD = .28$) ont été perçues plus internes que les explications externes ($M = 4.09, SD = .23$) ; pour la dimension D ($F(1, 27) = 8.64, p = .006, \eta^2 = .24$), les explications internes ($M = 4.20, SD = .24$) ont été perçues plus internes que les explications externes ($M = 5.18, SD = .29$). Par conséquent, la dimension lieu de causalité (interne ou externe) définie *a priori* sera conservée comme telle dans l'outil construit pour l'étude.

Soulignons que nous avons également relevé un effet d'interaction « lieu de causalité » x « contrôlabilité » sur cette même dimension « lieu de causalité » de l'EMAC, et ceci pour 2 dimensions du MBI considérées : pour la dimension EE ($F(1, 26) = 5.59, p = .02, \eta^2 = .18$), les explications internes contrôlables (IC) ont été perçues plus internes ($M = 4.90, SD = .40$) que les explications internes non contrôlables (InC), ($M = 6.13, SD = .33$). Il en est de même pour la dimension D ($F(1, 27) = 8.16, p = .008, \eta^2 = .23$) : les explications IC ont été perçues plus

internes ($M = 4.12, SD = .43$) que les explications InC ($M = 5.31, SD = .39$). Ce même effet est retrouvé de façon tendanciel sur la dimension AP ($F(1, 28) = 2.57, p = .11, \eta^2 = .08$) : les explications IC ont été perçues plus internes ($M = 3.51, SD = .33$) que les explications InC ($M = 4.48, SD = .25$).

Evaluation de la dimension stabilité

Afin de vérifier que les explications définies *a priori* comme stables ou non stables ont été perçues comme telles sur l'échelle de l'EMAC, une ANOVA à mesure répétées 2 (lieu de causalité) x 2 (contrôlabilité) x 2 (stabilité) a été réalisée sur la dimension de l'EMAC « lieu de stabilité perçue » et ceci pour chacune des 3 dimensions du MBI considérées (EE, AP, D).

Aucun effet principal de la variable « stabilité » sur la « stabilité perçue » n'a été relevé sur les dimensions EE ($F(1, 27) = 1.50, ns$) et D ($F(1, 26) = 0.005, ns$) du MBI. Seul un effet principal de la variable « stabilité » sur la « stabilité perçue » a été relevé sur la dimension AP ($F(1, 28) = 17.46, p = .000, \eta^2 = .38$) : les explications stables ont été perçues plus stables ($M = 4.88, SD = .32$) que les explications non stables ($M = 5.88, SD = .24$). Au vu de ces résultats inconsistants sur les 3 dimensions du MBI considérées, résultats également observés par Perrin et Testé (2010) dans le cadre d'une autre étude portant sur la validation d'une échelle par l'EMAC, la dimension stabilité (stable vs non stable) ne sera pas conservée dans l'outil construit pour l'étude.

Evaluation de la dimension contrôlabilité

Afin de vérifier que les explications définies *a priori* comme contrôlables ou non contrôlables ont été perçues comme telles sur l'échelle de l'EMAC, une ANOVA

à mesure répétées 2 (lieu de causalité) x 2 (contrôlabilité) x 2 (stabilité) a été réalisée sur la dimension de l'EMAC « contrôle interne perçu » et ceci pour chacune des 3 dimensions du MBI considérées (EE, AP, D). De la même façon, une ANOVA à mesure répétées 2 (lieu de causalité) x 2 (contrôlabilité) x 2 (stabilité) a été réalisée sur la dimension de l'EMAC « contrôle externe perçu » et ceci pour chacune des 3 dimensions du MBI considérées (EE, AP, D).

Les résultats ont indiqué un effet principal de la variable « contrôlabilité » sur le « contrôle interne perçu » dans le sens attendu, et ceci pour la dimension EE du MBI ($F(1, 27) = 5.28, p = .03, \eta^2 = .16$) : les explications contrôlables ($M = 3.67, SD = .25$) ont été perçues plus contrôlables par soi que les explications non contrôlables ($M = 4.26, SD = .27$). Cet effet n'a pas été observé pour les dimensions AP ($F(1, 28) = 0.38, ns$) et D ($F(1, 26) = 0.56, ns$).

Soulignons que nous avons également relevé un effet d'interaction « lieu de causalité x contrôlabilité » sur cette même dimension « contrôle interne perçu » de l'EMAC, et ceci pour 2 dimensions du MBI considérées : pour la dimension EE ($F(1, 27) = 7.71, p = .009, \eta^2 = .22$), les explications internes contrôlables (IC) ont été perçues plus contrôlables par soi ($M = 3.85, SD = .36$) que les explications internes non contrôlables (InC, $M = 5.19, SD = .36$). Il en est de même pour la dimension AP ($F(1, 28) = 9.5, p = .004, \eta^2 = .25$) : les explications IC ont été perçues plus contrôlables par soi ($M = 2.95, SD = .34$) que les explications InC ($M = 3.48, SD = .33$) et que les explication externes contrôlables (EC, $M = 3.95, SD = .26$). Cet effet d'interaction n'est pas observé sur la dimension D ($F(1, 26) = 1.05, ns$).

Aucun effet principal ou d'interaction de la variable « contrôlabilité » sur le « contrôle externe perçu » n'a été observé.

En définitive, malgré une absence d'effets principaux de la variable « contrôlabilité » sur le « contrôle interne perçu » dans le sens attendu pour les dimensions AP et D, la dimension contrôlabilité (contrôlable *vs* non contrôlable) définie *a priori* sera conservée dans l'outil construit pour l'étude du fait de ses effets d'interaction avec le lieu de causalité - effet récurrent dans la littérature (Dompnier et Pansu, 2007 ; Perrin et Testé, 2010 ; Testé, 2009), tant sur le lieu de causalité perçu que sur le contrôle interne perçu.

2.2.4. Conclusion

Au regard de ces résultats, nous avons procédé à une sélection des dimensions pertinentes pour la construction de l'outil adapté à la population soignante sur laquelle porte notre étude : le lieu de causalité d'une part, et la contrôlabilité d'autre part. La dimension stabilité n'étant pas perçue comme telle par les soignants, elle n'a été pas retenue. En définitive, l'échelle d'attribution causale des situations de BO pour soignants a été constituée des 12 items correspondant au croisement de la dimension lieu de causalité [interne (I) *vs* externe (E)] et de la dimension contrôlable [contrôlable(C) *vs* non contrôlable (NC)], soit 4 items pour chacune des 3 dimensions du MBI (voir table 1). Sur la base de cet outil, l'objectif de l'étude était d'analyser la nature des explications mobilisées par des soignants lorsqu'ils sont interrogés sur des situations professionnelles en lien avec de l'épuisement professionnel de type BO, indépendamment d'une situation vécue de

BO. Pour ce faire, nous avons mesuré leur adhésion à des explications, en contrôlant leur niveau de BO ressenti.

Insérer ici table 1

3. Etude

3.1. Participants et procédure

Trente soignants, 23 femmes et 7 hommes (M âge = 40.10 ans, SD = 6.32 ; M ancienneté dans la fonction soignante = 16.81 ans, SD = 6.93) ont été rencontrés individuellement sur leur lieu d'exercice professionnel. Treize d'entre eux travaillaient en centre hospitalier, 17 en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes - EHPAD). Huit exerçaient comme infirmier(e), 14 comme aide-soignant(e), 8 comme agent de service hospitalier. Il leur était demandé de remplir un protocole comprenant deux questionnaires. Les conditions d'anonymat étaient préservées.

3.2. Mesures

L'adhésion aux explications des situations de BO a été mesurée en utilisant les 12 items (3 dimensions du MBI x 4 modalités d'explications) de l'échelle préalablement construite (cf. études préliminaires), chaque item était assorti d'une échelle en 9 points. La consigne était « vous allez lire ci-dessous des phrases énoncées par des soignants comme vous. En supposant que vous pouvez vous aussi éprouver ou avoir éprouvé ceci, faites part de votre adhésion aux causes formulées en choisissant un chiffre entre 1 = pas du tout d'accord et 9 = tout à fait d'accord ».

Afin de contrôler l'effet de l'état de BO des soignants sur les adhésions aux différentes modalités des explications, le BO a été mesuré en utilisant le Maslach Burnout Inventory (MBI) en 22 items dans sa version initiale destinée aux soignants. Chaque item était assorti d'une échelle en 7 points sur laquelle les participants devaient exprimer la fréquence avec laquelle ils avaient ressenti l'événement mentionné (1 = jamais à 7 = chaque jour). Pour chacune des 3 dimensions, les alphas de Cronbach étaient satisfaisants : épuisement émotionnel ($\alpha = .75$), accomplissement personnel ($\alpha = .73$) et dépersonnalisation ($\alpha = .73$). Le score global de BO a été calculé en inversant les modalités de réponse sur les items de la dimension accomplissement personnel.

3.3. Résultats

Au préalable, les résultats ont révélé un score global de BO ($M = 51.30$, $SD = 11.81$) donnant à penser que les soignants, lors de leur participation à l'étude, n'étaient pas en état de BO (rapport à la moyenne théorique (88), $t(29) = 17.01$, $p < .000$). Les scores moyens d'épuisement émotionnel ($M = 24.20$, $SD = 6.14$) et de dépersonnalisation ($M = 10.43$, $SD = 6.10$) étaient également significativement inférieurs à la moyenne théorique (respectivement 36 : $t(29) = 10.53$, $p < .000$; 20, $t(29) = 8.59$, $p < .000$). Le score d'accomplissement personnel était quant à lui significativement supérieur à la moyenne théorique (32) : $M = 47.33$, $SD = 6.95$, $t(29) = 12.07$, $p < .000$). Nous avons relevé une corrélation négative entre l'âge des participants et les scores d'épuisement émotionnel ($r = -.43$, $p = .01$). Aucune autre corrélation significative entre l'âge, l'ancienneté professionnelle d'une part, et les scores d'adhésion aux différentes modalités d'explications d'autre part, n'a

été observée. Seule une corrélation entre une explication causale « j'ai appris à prendre de la distance face à la douleur et à la mort » (explication de type interne contrôlable, sur dimension dépersonnalisation) et score de BO a été relevée ($r = .37, p = .04$). La description des résultats des scores d'adhésion aux différentes modalités d'explications est résumée table 2.

Insérer ici Table 2

Afin d'analyser les modalités d'adhésion aux explications des événements de BO, une ANOVA à mesure répétées 3 (dimensions du MBI) x 2 (lieux de causalité) x 2 (contrôlabilité) a été réalisée.

Premièrement, les résultats ont indiqué un effet principal de la variable « lieu de causalité » ($F(1, 29) = 12.80, p < .001, \eta^2 = .30$) : les participants ont plus adhéré aux explications internes ($M = 5.50, SD = .20$) qu'externes ($M = 4.60, SD = .24$), alors qu'aucun effet principal de la variable « contrôlabilité » n'a été observé. Un effet principal de la variable « dimension du MBI » ($F(2, 58) = 12.45, p < .000, \eta^2 = .30$) a été relevé : les participants ont plus adhéré aux explications relatives à l'évènement de valence positive du BO, l'accomplissement personnel ($M = 5.95, SD = .25$), qu'à ceux de valence négative relatifs à l'épuisement ($M = 5.01, SD = 0.24$) et à la dépersonnalisation ($M = 4.17, SD = .33$).

Deuxièmement, un effet d'interaction « dimension du MBI » x « lieu de causalité » a été relevé ($F(2,58) = 7.95, p < .000, \eta^2 = .21$) (voir figure 1) : on a observé une adhésion plus nette aux explications internes qu'externes que sur les dimensions accomplissement personnel (AP) et épuisement émotionnel (EE) du MBI, aucune différence n'est relevée sur la dimension dépersonnalisation (D).

Insérer ici Figure 1

Enfin, troisièmement, un effet d'interaction « dimension du MBI » x « lieu de causalité » x « contrôlabilité » a été relevé ($F(2,58) = 14.82, p < .000, \eta^2 = .34$) (voir figure 2). On observe 1) que face à l'évocation d'une situation de valence positive (AP), les soignants ont adhéré davantage aux causes internes contrôlables (parce que j'ai acquis de l'expérience) et internes non contrôlables (parce que je suis souvent de bonne humeur) qu'aux causes externes contrôlables (parce que les collègues m'ont appris à le faire) et non contrôlables (parce que j'ai eu la chance d'être affecté(e) à ce service ; 2) face à une situation évoquant l'épuisement, les soignants ont adhéré davantage aux causes internes non contrôlables (parce que je manque de ressources personnelles) qu'aux causes internes contrôlables (parce que je n'ai pas appris à prendre du recul sur le plan professionnel) et qu'aux causes externes relatives à la surcharge de travail et l'inadaptation de l'encadrement ; 3) enfin, face à une situation évoquant la souffrance (D), les soignants ont adhéré autant aux causes internes contrôlables (parce que j'ai appris à prendre de la distance face à la douleur et à la mort) qu'aux causes externes non contrôlables (parce qu'actuellement on manque de ressources institutionnelles), accordant moins de cas aux causes relatives à leur épuisement (interne non contrôlable) et au manque de formation (externe contrôlable).

Insérer ici Figure 2

4. Discussion

Dans le but d'analyser la nature des explications mobilisées par des soignants lorsqu'ils sont interrogés sur des situations professionnelles en lien avec de l'épuisement professionnel de type BO, nous avons élaboré un outil de mesure des adhésions de soignants à des explications en lien avec le BO, c'est-à-dire relevant des trois dimensions du MBI (épuisement émotionnel, accomplissement personnel et dépersonnalisation) et relevant de deux des dimensions du modèle de Weiner (1979) : le « lieu de causalité » (interne vs externe), et la « contrôlabilité » (contrôlable vs incontrôlable). Notre étude se situait dans le cadre de recueil d'explications spontanées de soignants susceptibles d'être confrontés au BO dans leur quotidien professionnel, mais indépendamment d'une situation vécue de BO. Les scores observés au MBI nous ont confirmé ce prérequis, à savoir que les soignants ayant participé à l'étude n'étaient pas en état de BO. Relevons également que, selon toute logique, les soignants ont adhéré davantage aux explications relatives à une situation de valence positive (accomplissement personnel) qu'à celles relatives à des situations de valences négatives (épuisement émotionnel et dépersonnalisation).

De l'étude qui vient d'être présentée, rappelons les trois principaux résultats. Premièrement, conformément à nos attentes et aux résultats obtenus dans le cadre théorique de l'Erreur Fondamentale d'Attribution (Ross, 1977), les soignants ont adhéré davantage aux explications causales internes qu'externes. Deuxièmement, cette adhésion plus nette aux explications causales internes qu'externes n'a été observée que sur les dimensions accomplissement personnel (AP) et épuisement émotionnel (EE) du MBI et non sur la dimension dépersonnalisation (D). Enfin,

troisièmement, on observe 1) que face à l'évocation d'une situation de réussite (AP), les soignants ont adhéré davantage aux causes internes qu'aux causes externes quelle que soit la contrôlabilité perçue de ces causes ; 2) face à une situation évoquant l'épuisement, les soignants ont adhéré davantage aux causes internes non contrôlables qu'aux causes internes contrôlables et qu'aux causes externes ; 3) enfin, que face à une situation évoquant la souffrance (D), les soignants ont adhéré autant aux causes internes contrôlables qu'aux causes externes non contrôlables.

Pour résumer, même si l'on relève des nuances en fonction du type d'événements (AP, EE, D), les explications qui ont obtenu le plus d'adhésions sont les explications internes comparativement aux explications externes (même si pour la dimension D, on observe également une forte adhésion aux causes externes non contrôlables) et ce, quelle que soit la valence de l'événement. Cette préférence manifeste pour les explications internes pourrait relever d'une tendance socialement apprise par les individus à privilégier les explications des événements psychologiques qui accentuent le poids de l'acteur comme facteur causal (Beauvois et Dubois, 1988). Dans cette perspective sociocognitive développée par Dubois (2003), l'adhésion à des causes internes plutôt qu'externes doit être comprise, non comme un choix personnel mais plutôt comme une manière de se valoriser au travers de sa volonté d'assumer une certaine responsabilité dans les événements professionnels vécus (Dubois, 1987). Dans un contexte de travail régi par des logiques d'exercice libéral du pouvoir (Dubois, 2009 ; Dubois et Beauvois, 2002) comme celui qui est vécu par ces soignants, la responsabilité

individuelle déclarée par chacun rend possible l'exercice du pouvoir (et donc l'organisation du travail) puisqu'en s'appuyant sur l'idée que les comportements des personnes ne sont que le reflet de qu'elles sont, chaque salarié devient justement punissable ou récompensable à la mesure de ses actions. Par conséquent, un soignant qui éprouve des difficultés à mener à bien son travail devra préférentiellement trouver des explications causales internes (ce qu'il est) plutôt qu'externe pour assumer à titre individuel la responsabilité d'événements qui incombent peut être à la situation vécue et par là même au fonctionnement de l'institution. Afficher une préférence pour le mérite personnel (explications internes) plutôt qu'une détermination des événements (explications externes) relève probablement d'une « conduite socialement nécessaire» (Beauvois, 1976) permettant de protéger l'institution plutôt que les individus qui la composent.

Replacée dans le contexte professionnel soignant, cette volonté de mettre en avant sa responsabilité prend d'autant plus de sens. Les soignants doivent relever ce double défi qui est de se montrer responsables et capables de faire face aux situations difficiles non seulement face à leur hiérarchie directe (les cadres de santé) mais également face au corps médical afin de ne pas discréditer leurs fonctions de soignants (Carricaburu et Ménoret, 2004). Relever ce double défi a toute son importance dans le contexte actuel de profondes réformes managériales impliquant chaque acteur du système hospitalier (Belorgey, 2010). Ceci étant, les stratégies observées dans notre étude sont quelque peu différentes en fonction des événements que les soignants expliquent. On peut comprendre qu'il est facile pour les soignants de s'attribuer le mérite d'un événement positif mais cela l'est moins

pour un événement négatif. En situation d'épuisement, même si les soignants s'attribuent la cause de l'événement, ils rejettent, pour partie, la responsabilité puisqu'ils convoquent une explication interne incontrôlable. Cette stratégie permettrait de prendre sa part de responsabilité et ainsi de se montrer sous le jour favorable du professionnel qui assume les conséquences de son vécu professionnel, tout en protégeant une certaine estime de soi puisqu'au final l'explication convoquée n'était pas contrôlable dans le cours des événements tels qu'ils se sont produits.

Partant de là, nous posons une nouvelle hypothèse, base de la suite de ce programme de recherche : dans une perspective socionormative, l'explication de ces événements peut être perçue comme permettant de réguler les rapports sociaux au travail et comme traduisant des stratégies d'autoprésentation qui permettent aux individus de bénéficier d'un jugement social favorable : des individus responsables et capables de faire face aux difficultés professionnelles telles qu'elles sont susceptibles de survenir dans le fil ordinaire du vécu professionnel. Dans ce cadre, les explications sont conçues « comme des éléments du discours social sur les événements » (Dompnier et Pansu, 2007, p. 5). Une nouvelle série d'études devra donc être conduite en vue d'explorer dans quelles mesures les modalités d'explication mobilisées par les soignants relatives à des situations de BO seraient dépendantes de normes sociales de jugement et seraient le reflet d'insertions socio-professionnelles spécifiques. Ce programme d'études portera d'une part, sur les conditions de valorisation sociale, au sein de l'organisation, des adhésions aux explications ici mises au jour et d'autre part, sur

la connaissance, par les salariés eux-mêmes, de cette valorisation sociale *via* les pronostics d'évolution personnelle et professionnelle exprimés à leur égard.

Dans une perspective appliquée, les résultats de cette étude invitent à considérer que la production d'explications causales peut relever d'une stratégie d'autoprésentation, ce qui pourrait bien conduire à davantage privilégier la mise en cause de l'individu et pourrait contribuer à éviter une remise en cause plus fondamentale des facteurs liés au contexte de travail (Esnard, 2007). En invitant l'individu à mobiliser des stratégies spécifiquement adaptées à son problème, par exemple savoir gérer son stress, se former à la confrontation aux situations difficiles, les instances évaluatives (e.g. les cadres de santé, les directeurs des soins, les médecins) conduisent le soignant à s'afficher comme impliqué et responsable dans la recherche d'une solution de sortie à la situation stressante vécue et par là-même encouragent ces stratégies d'autoprésentation dont nous envisageons la composante normative. Sans nier la souffrance ressentie par les salariés, souffrance qui nécessite une prise en charge médicale et psychologique, nous souhaitons par ces travaux contribuer au débat ouvert depuis peu autour des enjeux normatifs et idéologiques que recouvre la problématique du stress professionnel vécu par les salariés. Ainsi, nous soutenons qu'analyser les modalités des attributions causales des situations de BO et de stress est une approche nécessaire à une compréhension plus précise des rapports individus-organisation et par conséquent susceptible de contribuer à la prévention des risques psychosociaux au travail.

Références

- Beauvois, J.L., 1976. Problématique des conduites sociales d'évaluation. *Connexions*, 19, 7-30.
- Beauvois, J. L., Dubois, N. 1988. The norm of internality in the explanation of psychological events. *European Journal of Social Psychology* 18, 299-316.
- Beauvois, J. L., Le Poutier, F., 1986. Norme d'internalité et pouvoir social en psychologie quotidienne. *Psychologie française* 31, 100-108.
- Belorgey, N., 2010. L'hôpital sous pression. Enquête sur le « nouveau management public ». La Découverte, Paris.
- Bruchon-Schweitzer, M., 2002. Psychologie de la santé. Modèles, concepts et méthodes. Dunod, Paris.
- Bruchon-Schweitzer, M., Quintard, B., 2001. Personnalité et maladies. Dunod, Paris.
- Carricaburu, D., Ménoret, M., 2004. Sociologie de la santé. Institutions, professions et maladies. Armand Colin, Paris.
- Dompnier, B., Pansu, P., 2007. L'intervention des explications causales internes en termes d'effort dans les stratégies d'autoprésentation et le jugement social : perspectives sociocognitives. *Psychologie française* 52, 459-478.
- Dubois, N., 1987. La psychologie du contrôle. Les croyances internes et externes. Presses Universitaires de Grenoble, Grenoble.
- Dubois, N., 2009. La norme d'internalité et le libéralisme. Presses Universitaires de Grenoble, Grenoble.

- Dubois, N., 2003. A socio-cognitive approach to social norms. Routledge, London.
- Esnard, C., 2007. Pour une approche psychosociale du stress professionnel: Examen des problématiques représentationnelles et identitaires. In : Chasseigne, G., (Ed.), Cognition, santé et vie quotidienne. Publibook Université, Paris, pp. 109-127.
- Fontayne, P., MartinKrumm, C., Buton, F., Heuzé, J. P., 2003. Validation française de la version révisée de l'échelle de mesure des attributions causales (CDSII). Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale 58, 59-71.
- Freudenberger, H. J., Richelson, G., 1980. Burn-out: How to beat the high cost of success. Bantam Books, New York.
- Gilibert, D., 2009. La norme d'internalité et « l'individu responsable, utile et heureux de l'être ». Application des recherches sur l'internalité et le contrôle aux relations de travail, d'accompagnement en formation et de soin. HDR Université de Toulouse 2 - Le Mirail.
- Heider, F., 1958. The Psychology of Interpersonal Relations. Wiley, New York.
- Hurrell, J. J., Murphy, L. R., 1991. Locus of control, job demands, and Health. In: Cooper, C.L & Payne, R., (Eds.), Personality and stress: Individual differences in the stress process. John Wiley & Sons, Chichester, England, pp. 133-150.
- Kristensen, T. S., Borritz, M., Villadsen, E., Christensen, K. B., 2005. The Copenhagen Burnout Inventory : A new tool for the assessment of burnout.

- Work et Stress: An International Journal of Work, Health et Organizations
19, 192-207.
- McAuley, E., Duncan, T. E., Russell, D.W., 1992. Measuring causal attributions:
The revisited causal dimension scale (CDSII). *Personality and Social
Psychology Bulletin* 18, 566-573.
- Manoukian, A., Masseboeuf, A., 1995. La relation soignant-soigné. Lamarre,
Rueil-Malmaison.
- Maslach, C., 1976. Burned-out. *Human Behavior* 9, 16-22.
- Maslach, C., 1993. Burnout: A multidimensional perspective. In: Schaufeli, W.
B., Maslach, C., & Marek, T., (Eds.), *Professional burnout : Recent
developments in theory and research*. Taylor & Francis, Washington. DC,
pp. 19-32.
- Maslach, C., Jackson, S.E. 1981. *Maslach Burnout Inventory: Manual*. Palo Alto.
CA, Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C., Jackson, S. E., 1986. *Maslach Burnout Inventory Manual : Second
Edition*. Palo Alto, CA, Consulting Psychologists Press.
- Moore, J., 2000. Why is this happening? A causal attribution approach to work
exhaustion consequences. *Academy of Management Review* 25, 335-349.
- Paulhan, I., Bourgeois, M., 1995. *Stress et Coping : Les stratégies d'ajustement à
l'adversité*. Presses Universitaires de France, Paris.
- Perrin, S., Testé, B., 2010. Impact of the Locus of Causality and Internal Control
on the Social Utility of Causal Explanations. *Swiss Journal of Psychology*
69, 173-179.

- Rotter, J. B. 1975. Some problems and misconceptions related to the construct of internal versus external control of reinforcement. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 43, 56-67.
- Ross, L., 1977. The intuitive psychologist and his shortcomings: Distortions in the attribution process. In: Berkowitz, L., (Ed.), *Advances in experimental social psychology*. Academic Press, New York, pp. 173-220.
- Ross, L, Amabile, T. M, Steinmetz, J. L., 1977. Social roles, social control and biases in social perception. *Journal of Personality and Social Psychology*, 35, 485-494.
- Testé, B., 2009. Norme d'intériorité et libéralisme: impact du contexte de jugement sur la valorisation des explications internes. *Psychologie Française* 54, 137-152.
- Weiner, B., 1979. A theory of motivation for some classroom experiences. *Journal of Educational Psychology* 71, 3-25.
- Weiner B., Kukla, A., 1970. An attributional analysis of achievement motivation. *Journal of Personal Social Psychology* 15, 1-20.

Je me sens à bout à la fin de ma journée de travail (EE) parce que...
IC : <i>Je n'ai pas appris à prendre du recul sur le plan professionnel</i>
InC : <i>Je manque de ressources personnelles</i>
EC : <i>On n'a pas l'encadrement adapté</i>
EnC : <i>Une surcharge de travail m'est attribué(e)</i>
J'ai l'impression, à travers mon travail, d'avoir une influence positive sur les gens (AP) parce que...
IC : <i>J'ai acquis de l'expérience</i>
InC : <i>je suis souvent de bonne humeur</i>
EC : <i>Mes collègues m'ont appris à le faire</i>
EnC : <i>J'ai eu la chance d'être affecté(e) à ce service</i>
Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail (D) parce que...
IC : <i>J'ai appris à prendre de la distance face à la douleur et à la mort</i>
InC : <i>Je me sens épuisé(e)</i>
EC : <i>Je n'ai pas bénéficié de la formation adéquate</i>
EnC : <i>Actuellement, on manque de ressources institutionnelles</i>

Table 1 : Echelle d'attributions causales des situations de burnout pour soignants (IC : interne contrôlable ; InC : interne non contrôlable ; EC : externe contrôlable ; EnC ; externe non contrôlable ; EE : épuisement émotionnel ; AP : accomplissement personnel ; D : dépersonnalisation).

	Explications internes		Explications externes		
	IC	InC	EC	EnC	
Épuisement émotionnel	4,73 (2,47)	6,23 (2,19)	4,83 (2,22)	4,26 (2,22)	20,06 (5,39)
Accomplissement personnel	7 (1,80)	6,90 (2,13)	6 (2,47)	3,93 (2,31)	23,83 (5,21)
Dépersonnalisation	4,76 (3,11)	3,50 (2,35)	3,36 (2,31)	5,06 (2,63)	16,70 (7,21)
	33,13 (6,61)		27,46 (7,56)		

Table 2. Moyennes des scores (écarts-type) d'adhésion aux explications internes (I) et externes (E), en fonction des dimensions contrôlables (C) et non contrôlables (NC) de ces explications et en fonction des 3 dimensions du MBI.

Figure 1 : scores d'adhésion aux explications causales en fonction des dimensions du MBI et du lieu de contrôle.

Figure 1: scores of adhesion in causal explanations according to the MBI dimensions and the locus of control.

Figure 2: scores d'adhésion aux explications causales en fonction des dimensions du MBI, du lieu de contrôle et de la contrôlabilité des causes.

Figure 2 : scores of adhesion in causal explanations according to the MBI dimensions, the locus of control and the causal controllability.

Conflit d'intérêt : aucun