

Travail de Bachelor

Conflit travail-famille dans la profession infirmière

Quelles stratégies pour favoriser la conciliation entre vie professionnelle et vie
familiale chez les infirmiers ?

Revue de la littérature

Réalisé par : Anaïs Daret-Cettou

Promotion : B16

Sous la direction de : Claude-Alexandre Fournier

Lieu et date : Sion, le 10.07.2019

Résumé

La conciliation entre vie professionnelle et vie familiale devient un enjeu de société dans un monde où l'égalité entre les genres tend à devenir la norme. Qu'en est-il chez les infirmiers ?

Les buts de cette revue de littérature sont de dresser un état des lieux de la recherche, de relever les facteurs influençant le conflit travail-famille chez les infirmiers et de proposer des stratégies visant une meilleure conciliation inter-domaines, implantables dans le contexte suisse et valaisan.

La présente revue de littérature se base sur sept études sélectionnées dans quatre bases de données (Cinhal, Johanna Briggs Institute, Ovid nursing et Pubmed).

Il en ressort que l'étude du conflit travail-famille chez les infirmiers est étroitement liée à la situation actuelle de pénurie d'infirmiers. La recherche se focalise sur les facteurs influençant le conflit travail-famille, cependant, peu de stratégies concrètes ont été testées sur le terrain. De plus les facteurs étudiés proviennent majoritairement du domaine du travail et ils peuvent être regroupés en facteurs organisationnels et facteurs agissant sur les perceptions des employés.

L'étude du conflit travail-famille est relativement nouvelle en sciences infirmières ; la recherche est actuellement focalisée sur l'évaluation et la mise en avant de l'ampleur du problème. En parallèle, les institutions doivent faire face à la pénurie de personnel et force est de constater que les stratégies implantées ont rarement été testées empiriquement. Pourtant, il paraît possible et judicieux de baser les prises de décisions institutionnelles sur des preuves scientifiques dans le but d'obtenir des résultats optimaux.

Mots-clefs : conflit travail-famille, infirmiers, revue de littérature, quantitatif, conciliation travail-famille, sciences infirmières.

Remerciements

Je tiens personnellement à remercier mon directeur de travail de Bachelor, Monsieur Claude Alexandre Fournier, pour avoir su me laisser la liberté dont j'avais besoin pour la réalisation de cette revue de littérature et m'avoir guidée et orientée lorsque je lui demandais conseil.

Je tiens aussi à remercier Madame Pauline Melly qui m'a orientée concernant l'utilisation du logiciel Zotero et qui m'a aidée à obtenir des articles pour approfondir mes connaissances sur le conflit travail-famille.

Déclaration

Cette revue de la littérature a été réalisée dans le cadre de la formation Bachelor of Science HES-SO en Soins infirmiers à la Haute École de Santé Valais Wallis (HEdS).

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

De plus l'auteure certifie avoir réalisé seule cette revue de la littérature.

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

Lieu et date :

Signature

Table des matières

1	Introduction	1
1.1	Problématique	1
1.2	Question de recherche	4
1.3	But de la recherche	4
2	Cadre théorique	5
2.1	L'interface travail-famille	5
2.1.1	Théorie du conflit travail-famille	6
2.1.2	Théorie de l'enrichissement travail-famille	8
2.2	Théories et concepts sous-jacents de l'ITF.....	9
2.2.1	Théorie de la conservation des ressources.....	9
2.2.2	Concept de la contagion	10
2.2.3	Concept d'identité	11
2.2.4	Concept de la facilitation	12
2.2.5	Concept de la compensation	12
2.3	Observation de la variance du CTF et de ses effets	13
2.4	Construit de loyauté de l'employé envers son emploi.....	13
2.5	Les outils de mesures du CTF	14
3	Méthode	16
3.1	Devis de recherche	16
3.2	Collecte des données.....	16
3.3	Sélection des données.....	17
3.3.1	Vérification du respect des filtres de recherche	18
3.3.2	Exclusion des études hors sujet	18
3.3.3	Exclusion des études ne permettant pas de répondre à la question de recherche	18
3.3.4	Inclusion des articles empiriques primaires quantitatifs	19
3.3.5	Élimination des doublons et inclusion des études disciplinaires.....	19
3.3.6	Niveaux de preuves des études retenues	20
3.3.7	Considérations éthiques	20
3.4	Analyse des données.....	22
4	Résultats.....	22
4.1	Description de l'étude 1	22

4.1.1	Validité méthodologique	23
4.1.2	Pertinence clinique	24
4.1.3	Utilité pour la pratique professionnelle	24
4.2	Description de l'étude 2	24
4.2.1	Validité méthodologique	26
4.2.2	Pertinence clinique	27
4.2.3	Utilité pour la pratique professionnelle	27
4.3	Description de l'étude 3	28
4.3.1	Validité méthodologique	29
4.3.2	Pertinence clinique	29
4.3.3	Utilité pour la pratique professionnelle	30
4.4	Description de l'étude 4	30
4.4.1	Validité méthodologique	32
4.4.2	Pertinence clinique	32
4.4.3	Utilité pour la pratique professionnelle	32
4.5	Description de l'étude 5	33
4.5.1	Validité méthodologique	34
4.5.2	Pertinence clinique	34
4.5.3	Utilité pour la pratique professionnelle	35
4.6	Description de l'étude 6	35
4.6.1	Validité méthodologique	36
4.6.2	Pertinence clinique	37
4.6.3	Utilité pour la pratique professionnelle	38
4.7	Description de l'étude 7	38
4.7.1	Validité méthodologique	39
4.7.2	Pertinence clinique	40
4.7.3	Utilité pour la pratique professionnelle	41
4.8	Synthèse des principaux résultats	41
5	Discussion.....	43
5.1	Discussion des résultats	43
5.2	Discussion de la qualité et de la crédibilité des évidences	47
5.3	Limites et critiques de la revue de la littérature	48
6	Conclusions	48
6.1	Propositions pour la pratique	49

6.2	Propositions pour la formation	50
6.3	Propositions pour la recherche	50
7	Références bibliographiques.....	51
8	Annexes	I
	Annexe I : Tableaux de recension des études	II
	Annexe II : Pyramide des preuves.....	IX
	Annexe III : Glossaires	X
	Annexe IV : Modèle demande-contrôle lié au travail	XV
	Annexe V : Échelles de mesure de la TCTF.....	XVI

Liste des figures

Figure 1 : Incompatibilité des pressions rôles dépendantes travail-famille, tirée de « Sources of conflict between work and family roles » (Greenhaus & Beutell, 1985, p. 78, traduction libre).....	8
Figure 2 : Niveau de preuves et gradations des recommandations de bonne pratique, tirée de « État des lieux » (Haute autorité de santé, 2013).	IX
Figure 3 : Modèle demande-contrôle lié au travail selon Karasek (1979), tirée de la revue de littérature de Doef et Maes (1999).....	XV
Figure 4 : Échelle de mesure du CTF, tirée de « workplace family-supportive programmes : predictors of employed parents' importance rating » (Frone & Yardley, 1996).	XVI
Figure 5 : Échelle de mesure du CTF, tirée de « Development and validation of work- family and family-work conflicts scale » (Netemeyer et al., 1996).....	XVI

Liste des tableaux

Tableau 1 : Récapitulatif des équations de recherche.	17
Tableau 2 : Nombre d'articles retenus suite à la vérification du respect des filtres de recherche.	18
Tableau 3 : Nombre d'articles retenus suite à l'exclusion des hors sujet.	18
Tableau 4 : Nombre d'articles retenus suite à l'exclusion de ceux ne permettant pas de répondre à la question de recherche.....	19
Tableau 5 : Nombre d'articles quantitatifs primaires retenus.....	19
Tableau 6 : Récapitulatif des études sélectionnées.	21

Liste des abréviations

ASI	Association suisse des infirmiers et infirmières
BTF	Backlash travail-famille
CFT	Conflit famille-travail
CMS	Centre médico-social
CTF	Conflit travail-famille
EA	Engagement affectif de l'employé
EET	Emprise de l'employé sur son travail (job control)
EMS	Établissements médicaux sociaux
EPT	Équivalent pleins temps
EPTI	Environnement pratique de travail infirmier
ES	École supérieure
ETF	Enrichissement travail-famille
FHI	Flexibilité des horaires infirmiers
HAS	Haute autorité de santé
HEdS	Haute école de santé
HVS	Hôpital du Valais
IE	Intelligence émotionnelle
ITF	Interface travail-famille
JB	Johanna Briggs Institute
JD-R MODEL	Job Demands-Ressources model de Demerouti (2007)
LEC	Loyauté envers sa communauté
LEE	Loyauté de l'employé envers son emploi
Match RN	Étude « Matching Registered Nurse services with changing care demands »
OBSAN	Observatoire suisse de la santé
OMS	Organisation mondiale de la santé
P	Seuil de signification**
PAT	Performance au travail
PSO	Perception du support organisationnel
SLT	Satisfaction liée au travail (job satisfaction)
RN	Infirmiers diplômés, enregistrés dans une base de données (Registered nurses)
TCTF	Théorie du conflit travail-famille
TETF	Théorie de l'enrichissement travail-famille

1 Introduction

Aujourd'hui, la conciliation entre vie professionnelle et vie familiale devient un enjeu de société (Fusulier, 2012). En parallèle, le monde est en pleine mutation ; l'égalité entre hommes et femmes tend à devenir la norme, ce qui modifie progressivement le partage des rôles (Marsh, 2015). Qu'en est-il dans la profession d'infirmier ? Quelles possibilités s'offrent à ces professionnels pour concilier vie familiale et vie professionnelle ? Comment leurs savoirs professionnels influencent leurs perceptions de leurs devoirs familiaux ? Quels sont les effets de l'ambivalence découlant du fait qu'ils prennent soin des autres, mais qu'ils n'arrivent pas toujours à prendre soin d'eux-mêmes et de leurs proches ? Ces questions sont le point de départ de ce travail de Bachelor qui souhaite faire le point sur les facteurs influençant le conflit entre travail et famille chez les infirmiers.

Pour ce faire, un état des lieux de la recherche sera exposé. Les buts, ainsi que la question de recherche, seront définis. Le cadre théorique permettant la compréhension de l'analyse, de la discussion et des recommandations sera exposé. La méthodologie relative à la sélection des études sera détaillée, suivie par l'analyse de ces dernières. Un récapitulatif des principaux résultats sera donné, suivi par la discussion de ces derniers ayant pour but de répondre à la question de recherche. Finalement, des recommandations pour la pratique, pour la formation et pour la recherche seront proposées, en lien avec le contexte suisse et valaisan.

1.1 Problématique

Actuellement, une pénurie de personnel infirmier est reconnue dans le monde et le recrutement de personnel devient difficile (Organisation mondiale de la santé [OMS], 2016, p. 5). Depuis 2006, il est constaté que les systèmes de santé souffrent de pressions exercées sur la formation et sur la demande (International Council of Nurses & Florence Nightingale International Foundation [ICNFINIF], 2006, p. 9). D'une part, les baby-boomers arrivent à l'âge de la retraite, et d'autre part, les progrès de la médecine ont permis l'allongement de l'espérance de vie ainsi que la transformation de maladies aiguës en maladies chroniques, notamment le virus d'immunodéficience humaine et le diabète. Il en résulte une augmentation constante de la demande en soins, ainsi qu'une complexification de ces derniers.

Depuis 2006, il est constaté, tant au niveau mondial qu'au niveau régional, que la croissance des effectifs en formation n'arrive plus à combler les besoins en professionnels du terrain (ICNFINIF, 2006). L'attrition infirmière* se surajoute au problème.

Gasser (2014, p. 2) met en avant que :

L'insatisfaction au travail, le burnout et les intentions de démission du personnel soignant varient sensiblement dans les hôpitaux européens. ... Entre 19% (Norvège) et 49% (Espagne/Pologne) des infirmiers interrogés ont dit avoir l'intention de démissionner pour cause d'insatisfaction au travail. En Suisse, la proportion était de 28%.

Quant à l'attrition infirmière, un relevé structurel de l'office fédéral de la statistique, datant de 2013, montre qu'« ... au sein de la population résidente permanente en Suisse, près de la moitié des personnes formées comme infirmiers/infirmières (45.9%) avaient quitté leur profession » (Merçay, Burla, & Widmer, 2016, p. 76).

Actuellement, la pénurie de personnel soignant formé au niveau tertiaire en Suisse est compensée par l'immigration, comme relevé par Merçay et al. (2016) dans leur état des lieux et projections à l'horizon 2030 réalisé pour l'observatoire suisse de la santé (OBSAN).

Et à l'avenir dans notre pays :

Selon le scénario de référence, une hausse d'environ un tiers des équivalents plein temps (EPT) (+34.6%) et effectifs en personnel soignant (+36.4%) est attendue pour 2030. Cette augmentation implique un besoin supplémentaire de 65'000 personnels soignants pour un total de 244'000 personnes employées (Merçay et al., 2016, p. 74).

Estimations auxquelles, pour combler les besoins du terrain, il faut additionner le personnel sortant (retraite) et les infirmiers qui quittent leurs postes, voire la profession.

En Valais, la croissance démographique est supérieure à celle de la Suisse ; depuis 1990 et selon les projections démographiques, cette tendance va se poursuivre. De plus, comme pour le reste du pays, on observe un vieillissement de la population, s'expliquant par l'arrivée des baby-boomers en âge de retraite ainsi que par l'allongement de l'espérance de vie lié aux progrès de la médecine (Observatoire valaisan de la santé et Service de la santé publique du Valais [OVSSSP], 2015, p. 11). Les besoins sont actuellement comblés par la migration, le Valais étant le troisième plus grand employeur de migrants dans les professions de la santé en Suisse (Nidwald et Genève étant les premiers) (Merçay et al., 2016, p. 62) : cela permet de se faire une représentation de l'ampleur de la pénurie en Valais, malgré le manque de statistiques cantonales officielles.

Sur le marché du travail, « les principaux facteurs qui déterminent le nombre d'infirmières disponibles dans le système de santé sont la formation, le recrutement et la fidélisation dans la profession » (Addor et al., 2016, p. 1). Concernant le recrutement, la Suisse a adhéré, en 2010, au « code pratique de l'organisation mondiale de la santé (OMS) pour le recrutement international des personnels de santé ». Dorénavant, la Suisse devra assumer les coûts de formation de son propre personnel. La mise en place de formations de niveau tertiaire B est vue par plusieurs cantons comme l'une des solutions possibles. Mais, sachant que 45.9% des diplômés risquent de changer de profession (Lobsiger, Kägi, & Burla, 2016, p. 2), il serait intéressant de commencer par diminuer l'attrition, car, comme l'association suisse des infirmières (ASI) le relève, « en augmentant d'un an la durée moyenne d'activité professionnelle, il serait possible de diminuer les besoins de relève de 5% à 10% » (2003, p. 29). Sachant que la durée moyenne en 2003 était de 15 ans sur les 40 possibles (ASI, 2003).

Le facteur causal principal de l'attrition infirmière, mis en avant par l'OBSAN à travers l'étude nationale « Nurses at work » est le Conflit Travail-Famille (CTF). Les auteurs expliquent que « ... les efforts visant à fidéliser le personnel devraient se concentrer sur des mesures de soutien propres à aider les infirmières à concilier le travail et la vie de famille » (Addor et al., 2016, p. 7). Les statistiques ont été faites au niveau suisse et le Valais ne devrait pas faire exception à la règle. De plus, ces résultats sont supportés au niveau international ; par exemple, l'étude japonaise de Yamaguchi, Inoue, Harada et Oike (2016) met en avant le CTF comme première cause de volonté de quitter son emploi chez les infirmiers travaillant en milieu hospitalier.

Étant donné l'importance du problème, l'interface travail-famille (ITF) fait actuellement l'objet de nombreuses recherches, majoritairement quantitatives, comme le relèvent Beigi et Shirmohammadi (2017) dans leur revue de littérature. Actuellement, il n'existe aucun cadre de travail ou perspective universellement établie concernant l'ITF. Différentes terminologies combinant les domaines du travail et de la famille sont utilisées par les chercheurs, ce qui complique et ralentit l'avancée de la recherche, comme relevé par la méta-analyse de Michel, Kotrba, Mitchelson, Clark et Baltes (2011). Le cadre de référence le plus fréquemment utilisé est la théorie du conflit travail-famille (TCTF) défini par Greenhaus et Beutell (1985).

A ce jour, la recherche empirique a exploré des causes et des conséquences multiples du CTF, des liens entre ses construits, des facteurs visant une diminution du conflit et a validé des échelles de mesure de CTF.

Les causes les plus fréquemment explorées appartiennent au monde professionnel (caractéristiques de la profession, horaires irréguliers, charge de travail), ainsi qu'à la sociodémographie, dont l'influence du genre sur le ressenti du CTF. Comme mis en avant par Shokley, Winny, De Nunzio, Arvan et Knudsen (2017) dans leur méta-analyse, les hommes et les femmes ont plus de similarités que de différences dans le vécu du CTF. Pourtant Nilsen, Skipstein, Østby, et Mykletun (2017) expliquent, à travers une revue systématique, que le poids du CTF est plus élevé chez la femme, ce qui résulte de la distribution genrée des rôles*. Il en ressort que les caractéristiques de la profession sont des facteurs de risque de CTF et le fait que la population infirmière est majoritairement féminine équivaut à une augmentation du risque de CTF.

Le CTF, quant à lui, apparaît comme un facteur de risque de maladies somatiques (Berkman et al., 2015; Elfering, Häfliger, & Grebner, 2017), de dégradation de la santé mentale (Braunstein-Bercovitz, 2013; Zhang, Duffy, & De Castillero, 2017) et d'attrition, médié par des facteurs comme la satisfaction liée au travail (SLT) et l'envie de quitter son emploi (Chen, Brown, Bowers, & Chang, 2015; Yamaguchi et al., 2016).

Au sein des sciences infirmières, les chercheurs ont exploré les relations entre la SLT, la satisfaction liée à sa carrière, l'implication de l'employé dans son travail, l'autonomie, l'emprise de l'employé sur son travail (EET), les relations professionnelles, l'environnement organisationnel et la formation (Ruggiero, 2005).

Actuellement, les publications sur le sujet prolifèrent. Les chercheurs suisses investiguent aussi le CTF, dont Addor et al. (2016), et Elfering et al. (2017). Pourtant très peu d'études ont testé empiriquement les effets de facteurs visant une diminution du CTF sur le terrain.

1.2 Question de recherche

Quels sont les facteurs influençant le CTF dans la profession infirmière et quelles sont leurs efficacités relatives sur la diminution du CTF ?

1.3 But de la recherche

- Relever les facteurs influençant le CTF chez les infirmiers.
- Comparer les effets de ces facteurs sur la diminution du CTF.
- Émettre des recommandations et proposer des stratégies pour la pratique, la formation et la recherche dans le but de favoriser la conciliation entre le domaine professionnel et le domaine familial.

2 Cadre théorique

2.1 L'interface travail-famille

Aujourd'hui, il existe deux théories majeures relatives à l'ITF. La première est la TCTF de Greenhaus et Beutell datant de 1985 et la seconde est la théorie de l'enrichissement travail-famille (TETF) de Greenhaus et Powel datant de 2006. Elles sont respectivement exposées aux points 2.1.1 et 2.1.2.

La première a évolué au fil des années. Elle s'est progressivement appropriée une série de théories et de concepts dont les principaux sont la conservation des ressources (conservation of resources) (Hobfoll, 1989), la contagion (Spill over) (Grzywacz & Marks, 2000), l'identité (Hamel, 2012; Schindelholz, 2006), la facilitation (facilitation) (Wayne, Grzywacz, Carlson, & Kacmar, 2007) et la compensation (compensation) (Edwards & Rothbard, 2000), qui sont développés au point 2.2. La TCTF a fait l'objet de nombreuses discussions critiques. Grzywacz et Marks (2000) ont voulu reconceptualiser le CTF, Clark (2000) s'est appliqué à le redéfinir tandis qu'Edwards et Rothbard (2000) se sont attachés à le clarifier. Malgré ces discussions critiques, la formulation théorique de Greenhaus et Beutell (1985) demeure omniprésente dans les recherches empiriques consacrées aux conflits entre vie professionnelle et vie familiale. D'ailleurs les articles mentionnés dans ce travail y font tous référence.

La TETF de Greenhaus et Powel (2006) propose, quant à elle, une perspective fondée sur l'enrichissement réciproque des domaines ; elle est plus explicite sur le plan conceptuel. Ainsi, les notions de conservation des ressources et de contagion y sont mises en évidence, alors qu'elles étaient absentes de la théorie de 1985.

Il importe de rappeler que ces deux théories de polarité opposées, composant l'ITF, sont dues au même auteur : J. Greenhaus.

En parallèle, des études ainsi que des méta-analyses explorant les causes et les conséquences du CTF sont parues, (Amstad, Meier, Fasel, Elfering, & Semmer, 2011; Kossek, Pichler, Bodner, & Hammer, 2011; Michel et al., 2011; Nohe, Meier, Sonntag, & Michel, 2015). Elles ont permis de définir les facteurs ayant une influence sur le CTF ainsi que les variables résultats permettant de la mettre en évidence. Étant le socle empirique des études de facteurs influençant le CTF, ces points sont développés aux points 2.3 et 2.4. Ensuite, le point sera fait sur les diverses méthodes de mesure du CTF, au point 2.5.

2.1.1 Théorie du conflit travail-famille

La première modélisation, validée empiriquement, du concept de CTF date de 1983, Koppelman, Greenhaus et Connolly se sont référés à la théorie des conflits inter-rôles (Kahn, Wolfe, Quinn, Snoek, & Rosenthal, 1964) pour modéliser le CTF. L'étude de Kahn et al. est une recherche interne aux conditions organisationnelles et aux situations donnant de la satisfaction. Elle met en avant que des pressions* opposées peuvent générer une incompatibilité des demandes rôles dépendantes*. Le conflit de rôle étant alors défini comme l'occurrence simultanée de deux (ou plus) groupes de pression rôle dépendant, dont la compliance à l'un rend plus difficile la compliance à/aux autre/s (Kahn et al., 1964, p. 19, traduction libre). A l'époque, l'étude relevait déjà que ces conflits inter-rôles étaient une source de pression touchant particulièrement les travailleurs.

En 1985, Greenhaus et Beutell publient la première revue de littérature incluant une modélisation de la TCTF. Ils définissent le CTF comme étant une forme de conflit inter-rôle dans lequel les pressions des domaines professionnel et familial sont mutuellement incompatibles dans un respect mutuel. La participation au rôle professionnel est rendue difficile par la participation au rôle familial et vice versa. (1985, p. 77, traduction libre). Actuellement, cette définition de la TCTF, illustrée par la figure 1 (p. 8), est la plus couramment utilisée en recherche empirique sur le sujet.

2.1.1.1 Les trois formes de conflits

Greenhaus et Beutell (1985), mettent en avant trois formes de conflits, basés sur le temps, sur les pressions et sur les comportements. Ils mentionnent aussi que la perception de ce conflit est individuelle et subjective. Elle dépend de la personnalité, des valeurs, des attentes personnelles relatives aux rôles ainsi que des attentes rôles dépendantes de l'entourage social de la personne.

Ils rappellent que le temps n'est pas extensible et que l'accumulation des rôles constitue une accumulation de temps. Lorsque le temps à disposition n'est plus suffisant pour accomplir toutes ses tâches et ses activités, un conflit basé sur le temps apparaît. Les causes montrées empiriquement et mises en avant pour ce conflit sont liées à des excès, comme un temps de travail excessif (Lee, McHale, Crouter, Hammer, & Almeida, 2017), une charge de travail excessive (Bowling, Alarcon, Bragg, & Hartman, 2015) ou des horaires incompatibles (Gyllensten, Andersson, & Muller, 2017). Mais elles dépendent aussi des caractéristiques de la profession incluant des horaires irréguliers, un travail en rotation d'équipes, la fréquence et le nombre d'heures supplémentaires, les horaires non

modifiables, ainsi que de la personnalité de l'employé et ses attentes personnelles en matière d'accomplissement professionnel et familial (Albertsen et al., 2014; Battistelli, Portoghesi, Galletta, & Pohl, 2013; Estryn-Béhar & Van der Heijden, 2012; Hospital case management, 2014; Ishola, Adekunle, & Aroyewun, 2018; Michel et al., 2011), sans oublier les causes provenant de la famille, entre autres, liées à sa composition, à son mode de fonctionnement, au soutien entre ses membres et à la répartition des rôles (Frone, Yardley, & Markel, 1997; Greenhaus & Beutell, 1985; Michel, Mitchelson, Kotrba, LeBreton, & Baltes, 2009; Office of the high commissioner for human rights, 2014). Ce conflit se manifeste selon deux formes différentes : d'une part, le temps nécessaire à l'accomplissement des tâches liées à un rôle rend physiquement impossible l'accomplissement des tâches liées au second, d'autre part, les pressions liées à un rôle provoquent des préoccupations persistantes et envahissantes lors de la participation physique au second rôle.

Le deuxième type de conflit est basé sur les pressions. Il découle des stressors rôles dépendants*. Greenhaus et Beutell (1985) relèvent qu'un conflit de temps peut s'avérer être une source de pressions. Les différents types de conflits sont donc interreliés, malgré leurs conceptualisations distinctes ce qui est représenté par une flèche traitillée sur la figure 1 (p. 8). Ces pressions sont observables à travers les symptômes qu'elles produisent dont l'anxiété, la fatigue, la dépression et le burnout ainsi que leurs signes dont une augmentation de la pression artérielle, du taux de cholestérol et une diminution des heures de sommeil (Abdul Rahman, Abdul-Mumin, & Naing, 2017; Berkman et al., 2015; Estryn-Béhar & Van der Heijden, 2012; Zhang et al., 2017). Ce type de conflit peut donc être défini comme un précurseur du stress*.

Le dernier type de conflit, basé sur le comportement, découle de manières d'agir spécifiques contextualisées dans l'exercice d'un rôle qui peuvent être inadéquates dans un autre rôle. Si la personne ne réussit pas à ajuster son comportement à ses différents rôles, ce dernier peut être une source de conflit.

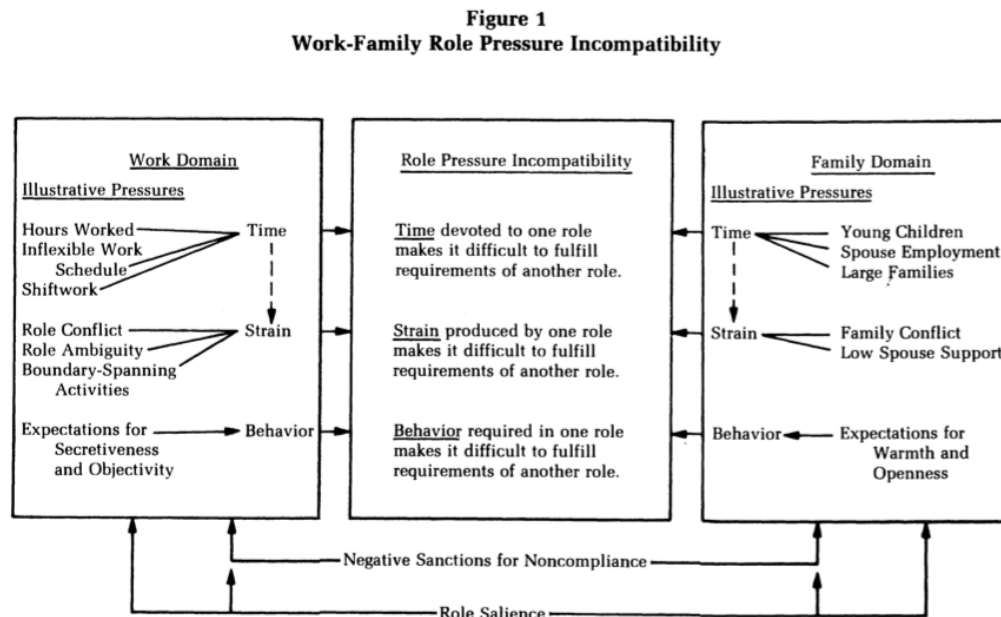
2.1.1.2 Dimensions et bidirectionnalité du CTF.

Comme mentionné par la définition du CTF, le conflit est bidimensionnel. Sa source définit s'il s'agit d'un CTF (source provenant du domaine professionnel) ou d'un conflit famille-travail (CFT) (source provenant du domaine familial) (Frone et al., 1997).

En parallèle, Frone et al. suggèrent des relations réciproques indirectes entre CTF et CFT (1997). Puis, en 2015, la méta-analyse de Nohe, Meier, Sonntag, et Michel, montre des liens de réciprocité significatifs entre pressions professionnelles et familiales avec respectivement le CTF et CFT. La recherche avait jusqu'alors présumé des liens à sens

unique. Les pressions familiales ou professionnelles étaient des précurseurs de CTF et CFT. Pourtant ils montrent que le conflit produit des pressions et les pressions produisent, elles aussi, des conflits, ceci dans leurs domaines respectifs (Nohe et al., 2015, p. 529). Le CTF apparaît dès lors comme un cercle vicieux, ce qui est la référence aujourd'hui.

Figure 1 : Incompatibilité des pressions rôles dépendantes travail-famille, tirée de « Sources of conflict between work and family roles » (Greenhaus & Beutell, 1985, p. 78, traduction libre).



2.1.2 Théorie de l'enrichissement travail-famille

Selon Greenhaus et Powell (2006) la théorie de l'enrichissement travail-famille est le pôle opposé à la TCTF. Elle est basée sur l'idée que les expériences de source instrumentale (savoirs, connaissances, valeurs) ainsi que les expériences de source affective (humeur, satisfaction) permettent un enrichissement inter-domaines. L'enrichissement travail-famille (ETF) se produit donc quand des expériences du domaine du travail augmentent la qualité de la vie de famille et vice versa (Greenhaus & Powell, 2006, p. 73). Deux mécanismes décrivent le processus d'ETF. Premièrement, le mécanisme instrumental, qui apparaît lorsque des ressources sont transférées d'un rôle à l'autre ; un effet instrumental direct améliore alors le fonctionnement du second rôle. Et deuxièmement le mécanisme affectif, qui apparaît lorsque les ressources d'un rôle influencent positivement l'humeur dans ce dernier et que cette humeur améliore le fonctionnement de l'autre rôle par contagion (Greenhaus & Powell, 2006). La TETF postule que les domaines professionnels et familiaux peuvent être sources de bénéfices mutuels, ce qui peut favoriser un équilibre travail-famille et diminuer le CTF. La TETF, plus récente, englobe explicitement la théorie de la

conservation des ressources et le concept de contagion décrit aux points 2.2.1 et 2.2.2. Pourtant, actuellement, très peu d'études utilisent cette théorie en recherche empirique.

2.2 Théories et concepts sous-jacents de l'ITF.

Depuis 1985, de multiples concepts et théories liant les rôles et expliquant le processus du stress, ainsi que ses effets, ont été développés, testés et validés. Au fil du temps, les chercheurs ont souhaité les inclure à l'ITF. Particulièrement au CTF, visant à le rendre plus représentatif de la réalité. Aujourd'hui, il n'existe pas de méta-modèle incluant tous ces concepts et théories. D'une part parce que certains sont en opposition et d'autre part parce que les résultats de la recherche actuelle apparaissent parfois, eux aussi, comme contradictoires. Pourtant ils représentent des points de vue, des manières possibles d'améliorer la compréhension du CTF et probablement de le diminuer. C'est pourquoi, il est judicieux de les présenter brièvement. Ils sont les filtres à travers lesquels les facteurs influençant le CTF sont examinés dans les recherches empiriques sélectionnées et ils sont donc les clefs de compréhension de cette revue de littérature.

2.2.1 Théorie de la conservation des ressources

La théorie de la conservation des ressources (Hobfoll, 1989) est une conceptualisation du stress se basant sur l'idée d'un transfert possible de ressources inter-domaines. Selon Hobfoll, le stress apparaît lors d'une perte réelle, d'une perte imminente ou suite à un investissement vain de ressources (1989). Parmi les recherches examinant des facteurs influençant le CTF et ses effets, cette théorie est fréquemment utilisée. Les pressions causées par le CTF peuvent être génératrices de stress.

Dans le cadre du CTF, les ressources sont souvent divisées en deux catégories selon Kelly et al. (2008) : d'une part les ressources internes, appartenant à la personne (capacité de résilience, capacités cognitives, expériences vécues, traits de personnalité), d'autre part, les ressources externes constituées par les ressources institutionnelles (autonomie, latitude décisionnelle, possibilité d'évolution et variété des tâches à exécuter). Ces ressources sont considérées comme des biens limités. Mais des transferts sont possibles, de provenances multiples, y compris hors du système observé, comme par exemple de la communauté ou des activités personnelles. Aujourd'hui, des modèles spécifiques ciblant les domaines professionnels et familiaux ont été publiés.

2.2.1.1 Modèle demande-contrôle lié au travail

Ce modèle, illustré en annexe IV, est centré sur l'équilibre entre la charge de travail et l'autonomie de l'individu (Karasek, 1979). Il se base sur l'idée que le bien-être de l'employé est corrélé négativement aux pressions en provenance de son travail. Tandis qu'un gain de contrôle sur son travail lui permet de modérer les effets négatifs des pressions sur son bien-être (Van der Doef & Maes, 1999). Comme l'illustre l'annexe IV, les caractéristiques du métier d'infirmier le classent dans le groupe des métiers à hautes pressions (Haberey-Knuessi, 2011). L'augmentation de la latitude décisionnelle potentialise donc la motivation de l'employé à développer de nouveaux comportements, tandis que sa diminution augmente le risque de stress physique et psychique, ce qui a des conséquences délétères se répercutant souvent sur les patients, les institutions et le système de santé dans sa globalité (Aiken, Clarke, Sloane, Sochalski, & Silber, 2002).

2.2.1.2 Modèle demandes-ressources liés au travail

Du concept de la conservation des ressources, découle le « Job Demands-Ressources model » (JD-R model) de Demerouti (2007). Il postule qu'une charge excessive chronique de travail conduit à l'épuisement des ressources propres. Les mécanismes compensatoires de l'employé se voient dépassés et il entre dans une phase d'épuisement. Le second mécanisme met en avant un manque de ressources constant qui pousse l'employé vers un retrait, voire un désengagement (Haberey-Knuessi, 2011).

A l'inverse, un ajout de ressources a un effet tampon qui permet de modérer le désengagement, voire de stimuler l'engagement (Demerouti & Bakker, 2007). Ce qui signifie qu'un gain de ressources permet de contrebalancer les effets d'un manque et favorise l'engagement des employés. Cette idée est soutenue par Braunstein-Bercovitz dans son article proposant un modèle multidimensionnel du gain de ressource perçu en lien avec le CTF et le burnout (2013). Les preuves scientifiques soutenant cette théorie prolifèrent, ce qui explique le focus actuel des recherches sur un accroissement des ressources dans le but de diminuer le CTF et ses effets.

2.2.2 Concept de la contagion

Le concept de la contagion se base sur l'idée que l'expérience (humeur, valeurs, comportements, compétences) vécue dans un rôle affecte l'expérience vécue dans un autre rôle, ce qui crée des similarités inter-rôles. Cette expérience sera classifiée de manière dichotomique, soit positive, soit négative (Edwards & Rothbard, 2000, 2005). Dans la

littérature sur le CTF, le concept de contagion est sous-entendu par les préoccupations liées au travail qui interfèrent avec la vie familiale ainsi que par les préoccupations personnelles qui interfèrent avec le travail (Okechukwu, El Ayadi, Tamers, Sabbath, & Berkman, 2012, p. 126, traduction libre). Sous l'angle de ce concept, William et Allinger ont montré que les expériences négatives ont plus tendance à être contagieuses et à persister dans le temps que les expériences positives (1977). Ils ont aussi relevé que des parents actifs (professionnellement parlant) étaient plus enclins à rapporter des émotions liées au travail à la maison que l'inverse (Williams & Allinger, 1977). Ce qui expliquerait que le CTF soit généralement plus présent que le CFT.

Ce concept, mettant des similarités inter-rôles en avant, appelle au développement du concept d'identité permettant de les expliquer.

2.2.3 Concept d'identité

L'identité est comme un fil rouge évoluant avec la personne. Elle se construit parallèlement à son vécu. Elle représente un tout et les différents rôles portés par la personne l'influencent inévitablement. « L'identité est associée à la notion de permanence, d'unicité et d'unité, de différenciation (individualisation), de globalité, de composants, de critères ; elle est plurielle : culturelle, sexuelle, professionnelle, familiale, sociale... » (Hamel, 2012, p. 203). L'identité est donc un concept vaste ; c'est pourquoi, dans cette revue de littérature, le focus est fait sur l'identité professionnelle infirmière et l'identité personnelle.

En 2006, Schindelholz dit de l'identité infirmière qu'« elle procède d'une conception qui s'est professionnalisée, d'une éthique qui s'est construite, de l'émergence d'une pensée, et la littérature infirmière en est la preuve. De plus, cette identité professionnelle est reconnue par les textes » (2006, p. 60). En Valais, l'histoire montre que l'identité infirmière s'est considérablement modifiée en un siècle. Le soin, traditionnellement identifié comme pratique féminine selon l'approche ethno-historique, est devenu une pratique liée à la femme consacrée. Puis l'arrivée des formations d'infirmières laïques ont placé les infirmières comme « les femmes auxiliaires du médecin ». Cette évolution a abouti aujourd'hui à la reconnaissance des soins infirmiers comme une discipline universitaire à part entière (Caverzasio, 2007) et elle se poursuit avec l'introduction de la formation d'infirmiers praticiens spécialisés au niveau master en 2018 et la révision actuelle de la loi cantonale valaisanne concernant le personnel de santé. Le champ de compétence des infirmiers est élargi ainsi que leurs responsabilités. Ils pourront, selon leur orientation, prescrire et interpréter des tests diagnostiques, effectuer des actes médicaux, ainsi que prescrire et suivre des traitements médicamenteux (Université de Lausanne, 2018). De ce

fait, différentes générations d'infirmiers se côtoient quotidiennement au sein des services valaisans et suisses. Les professionnels ont des perceptions différentes de leur identité professionnelle ainsi que de leur rôle infirmier, ce qui constitue une spécificité importante à relever.

Concernant l'identité personnelle, sachant que la population infirmière est majoritairement féminine, le genre doit être pris en compte dans le développement identitaire. Car comme Rothbard le montre en 2001, des différences entre genres persistent. Elle avance qu'il existe plus de liens inter-rôles chez les femmes que chez les hommes, ce qui se répercute sur l'identité. L'apprentissage de rôles traditionnellement « genrés » lors de la socialisation peut en être la cause, la perception du rôle familial diffère donc entre homme et femme. Mais qu'en est-il de ces hommes qui ont choisi d'exercer un métier socialement genré comme féminin ? Aucune recherche n'a porté sur ce sujet à notre connaissance, mais ce questionnement paraît important, ce qui ne devrait pas être négligé dans l'étude du CTF auprès des infirmiers.

2.2.4 Concept de la facilitation

Le concept de la facilitation part du postulat que les domaines sont interreliés et il se base sur l'idée que la participation à un domaine permet des gains (savoirs, expérience, ressources) dont un autre domaine peut bénéficier. Dans le CTF, il est défini comme la mesure dans laquelle l'engagement d'un individu dans un domaine de sa vie (travail ou famille) lui apporte des gains (développementaux, affectifs, en capital ou en efficience) contribuant au meilleur fonctionnement d'un autre domaine de sa vie (travail ou famille) (Wayne et al., 2007, p. 64, traduction libre). Ce concept est proche de la théorie de l'ETF mais spécifie le système comme étant l'unité d'analyse. Ici, le changement d'un domaine est la conséquence directe et inévitable d'un engagement individuel dans l'autre domaine.

2.2.5 Concept de la compensation

Le concept de la compensation se base sur l'idée d'un besoin de satisfaction personnel et universel ; il en résulte une relation opposée entre les différents domaines de la vie. Appliqué au CTF, l'opposition se retrouve entre le domaine du travail et le domaine familial. Si le domaine du travail est insatisfaisant, la satisfaction sera recherchée dans le domaine familial par une réallocation de son temps et de ses efforts ainsi qu'une volonté de récompense dans le domaine de compensation et vice versa. Cette compensation est donc une manière de faire face. Deux types de compensations ont été observés dans le cadre du CTF. Le type complémentaire, qui apparaît lors d'un manque de reconnaissance dans

un domaine, et le second, le type réactif, qui apparaît lors d'un excès d'expériences négatives dans un domaine. Le mécanisme est identique, mais le déclencheur du processus de compensation découle de deux situations différentes (Edwards & Rothbard, 2000).

2.3 Observation de la variance du CTF et de ses effets

Les études et les méta-analyses portant sur les conséquences du CTF ont mis en avant des variables résultats permettant d'objectiver la variation du CTF et de ses effets.

Kelly et al. relèvent dans leur revue de littérature de 2008, deux catégories de variables souvent utilisées en recherche. La première regroupe les variables résultats au niveau individuel qui explorent les attitudes et comportements des employés à travers des autoévaluations de perceptions, dont la SLT, l'envie de quitter son poste, l'engagement professionnel, les performances au travail et l'absentéisme. Elles sont aussi parfois rapportées sous forme d'évaluation de compétences et de statistiques relatives au personnel. Dans cette catégorie, nous retrouvons aussi l'indicateur santé* dont les mesures proviennent d'autoévaluations, de tests psychométriques ou de résultats biologiques. La seconde catégorie est liée aux résultats économiques des institutions. Cette dernière englobe les mesures de productivité, de performances financières, de retour sur investissement ainsi que des coûts provenant de l'attrition, de l'absentéisme et de la santé du personnel. Mais en sciences infirmières, ces études restent actuellement rares (Kelly et al., 2008). Aujourd'hui un construit, détaillé au point 2.4, a été spécialement développé pour l'étude des facteurs précurseurs à la décision de démissionner.

2.4 Construit de loyauté de l'employé envers son emploi

Mitchell, Holtom, Lee, Sablinski et Erez ont exploré les raisons qui poussent les employés à garder leur travail (2001). Ils se sont référés à la littérature sur l'attachement organisationnel et ont développé un nouveau construit nommé : « loyauté de l'employé envers son emploi » (LEE) (Job Embeddedness). Ce construit se réfère aux raisons psychologiques, sociales et professionnelles qui influencent les décisions de l'employé. Il représente une constellation d'influences. Elles sont composées des abstractions : « communauté » et « organisation », qui représentent les domaines envers lesquels les individus peuvent potentiellement être loyaux. La personne loyale y est définie comme immergée dans son environnement : elle y est attachée et il est difficile de les séparer. La loyauté, quant à elle, varie énormément d'un individu à l'autre, car les liens d'attachement varient, mais ici, le focus est mis sur la loyauté globale. Les auteurs ont mis en avant trois

aspects de la loyauté : les liens (représentant l'étendue des liens entre l'individu, son activité et son entourage de travail), l'ajustement (représente le confort ressenti par l'employé entre son institution et les autres facettes de sa vie ainsi que son attachement à son emploi) et le sacrifice (représente la somme des coûts et des bénéfices pour l'employé, en fonction de sa décision). Il en ressort que la LEE est un construit à six dimensions, toutes liées significativement à l'intention de démissionner comme le montrent les auteurs dans leur étude. De plus ils ont montré empiriquement que la LEE est négativement corrélée à l'envie de démissionner et qu'elle améliore la prédiction de démission volontaire en comparaison avec les variables couramment utilisées de la SLT et de l'engagement organisationnel. Parallèlement à cette étude, ils ont développé un outil spécifique de mesure multidimensionnel de la LEE ce qui facilite l'utilisation de ce construit en recherche (Mitchell et al., 2001).

Ce construit fait progressivement son apparition dans les études empiriques s'intéressant au CTF ainsi qu'à l'attrition, et comme Karatepe (2013) l'a montré, il n'entre pas en compétition avec le CTF mais il y est lié significativement négativement. Mais pour l'instant, les variables résultats utilisés en recherche empirique sur le sujet restent multiples.

2.5 Les outils de mesures du CTF

En 2000, une revue de littérature a dressé un état des lieux des instruments de mesures du CTF. Elle constate que, malgré l'abondance des recherches examinant les causes et les conséquences du CTF, il y a une certaine ambiguïté concernant la nature du construit, ses mesures et ses variables associées (Allen, Herst, Bruck, & Sutton, 2000, p. 280, traduction libre). Aujourd'hui encore, les méthodes de mesure varient énormément, de la question unique auto-évaluatrice, aux questionnaires multidimensionnels auto et hétéro-évaluateurs, leur unique point commun étant une validité et une fiabilité rarement démontrées avant leur utilisation en recherche empirique. L'échelle la plus utilisée et souvent adaptée jusqu'en 2000 selon Allen et al., était celle de Kopelman, Greenhaus et Connolly, datant de 1983. Pourtant les auteurs recommandent l'utilisation de l'échelle de Karlson, Kacmar et William datant de 1998. Cette dernière étant la seule à évaluer les 6 dimensions du CTF (Allen et al., 2000, p. 287).

En 2005, une méta-analyse passe en revue les convergences entre les instruments de mesures bidirectionnelles du CTF (Mesmer-Magnus & Viswesvaran, 2005). Elle pose l'hypothèse d'un lien entre les résultats des mesures de CTF et de CFT, leurs fluctuations s'étant révélées corrélées dans plusieurs études. Mais elle conclut que, malgré un « pattern » liant les mesures de CTF et CFT, les deux construits ont une variance unique

qui mérite d'être observée séparément. De plus, l'étude constate que ce « pattern » est plus fort lors de l'utilisation conjointe des échelles de mesure de Frone et al. (1992) et Netemeyer et al. (1996) que lors de l'utilisation des échelles de Kopelman et al. (1983) pour le CTF apparié à celle de Burley (1989) pour le CFT (Mesmer-Magnus & Viswesvaran, 2005, p. 228). Ce qui est donc mis en avant, est l'importance de mesurer séparément CTF et CFT dans une même étude par une échelle spécifique valide et fiable de manière à avoir une constance dans les résultats. Il est aussi suggéré que la prise en compte des différences individuelles (subjectivité) concernant les ressentis de chacun face au CTF et CFT doit être examinée.

En sciences infirmières, des échelles spécifiques à la profession sont aujourd'hui développées et testées, comme par exemple, Lijuan Xu et Rhayun Song (2013) qui ont développé une échelle de mesure du conflit travail-famille-études lié au support social obtenu à travers les rôles correspondants (travail, familial et étudiant) spécifiques aux infirmiers en formation. Pourtant, il faut noter que cette échelle de mesure n'inclut que deux dimensions du CTF (temps et pression). La dimension comportementale n'a pas été incluse. On observe aussi couramment la traduction et la validation d'échelles existantes par les sciences infirmières dont celle de Kelloway (1999) traduite en Persan par Mozafari, Azami, Lotfizadeh, Dehkordi et Aazami (2016, p. 166). Mais, une fois de plus, l'échelle utilisée ne reflète pas toutes les dimensions ni la bidirectionnalité du conflit, malgré sa validation.

Force est de constater qu'aujourd'hui il n'existe pas une échelle de référence pour le CTF. Les chercheurs utilisent des échelles selon leur convenance et leurs paradigmes, ce qui rend les résultats des études difficilement comparables. Malgré cela, les chercheurs s'accordent à l'unanimité sur certains aspects concernant les mesures du CTF. Ils relèvent l'importance de mesures séparées du CTF et du CFT dans une même étude et l'importance d'avoir des outils de mesure fiables et valides. De plus, ils s'accordent sur le fait que de jauger le CTF par une question unique ne permet pas une évaluation liée à sa théorisation.

3 Méthode

3.1 Devis de recherche

Le paradigme post-positiviste, comme décrit par Fortin et Gagnon, met en avant que l'objectivité absolue n'est pas atteignable, mais qu'elle se fonde sur des probabilités. Ce paradigme fait appel au raisonnement déductif basé sur la statistique. Les méthodes utilisées sont diverses, ceci dans le but de refléter au mieux la réalité. Ici l'erreur est considérée comme probable et les résultats peuvent être réfutés. Pour les post-positivistes, les théories ne sont pas dogmatiques, malgré les efforts constants de la recherche pour refléter la réalité (Fortin & Gagnon, 2010). Le paradigme post-positiviste ayant une approche de la réalité basée sur les statistiques et la quantification des résultats paraît donc être approprié pour répondre à la question de recherche voulant comparer les effets de divers facteurs influençant le CTF auprès des infirmiers. C'est pourquoi les études retenues pour ce travail sont toutes quantitatives.

3.2 Collecte des données

Une première consultation dans un but évaluatif de la faisabilité de cette revue a été effectuée sur Cinhal au mois de janvier 2018. Le domaine infirmier a été ciblé en utilisant le terme Mesh « nurs* » (Infirmier) avec une troncature permettant l'élargissement de la recherche aux mots ayant la même racine anglophone. Ce premier terme Mesh a été combiné à l'aide de l'opérateur logique** « AND » à des termes Mesh ciblant les domaines du travail et de la famille.

- Termes Mesh liés au domaine familial : « family », « parents », « children », « motherhood », « parenthood », « Caregiver », « caregiving responsibilities », « child care ».
- Termes Mesh liés au domaine du travail : « work », « women working », « personnel », « career choice », « personnel staffing and scheduling », « retention », « attrition », « work-life balance », « quality of working life », « self-care ».

Des filtres ont été ajoutés dans les paramètres de recherche dont : la date de parution des articles (intervalle 2013-2018), texte complet (« full text ») et la publication devait être en anglais. Les titres et résumés ont été parcourus pour cibler des études primaires, de discipline infirmière, étudiant des liens entre le domaine du travail et le domaine de la famille, auprès de soignants. Ces liens incluaient des causes, des conséquences, des outils de mesures du CTF, des médiateurs entre travail et famille, des facteurs influant sur le CTF,

des modélisations et des concepts les liant. Les articles ont été recensés jusqu'à l'obtention d'une masse suffisante (quatre fois les 10 articles demandés) pour compléter la fiche HEdS d'évaluation de faisabilité du TB nommée : « Choix du thème ». En parallèle, les mots-clefs des articles retenus ont été répertoriés dans le but de mettre en avant les redondances. Le terme « work-family conflict » (CTF) est ressorti comme le plus utilisé.

Des recherches plus ciblées ont été réalisées dès le printemps 2018, pour approfondir les connaissances sur le CTF à travers la lecture des articles recensés. Il est alors apparu que le concept de CTF de Greenhaus et Beutell (1985) était la référence en la matière et que « peu d'études » primaires empiriques investiguent le CTF chez les infirmiers. Étant donnée cette maigre littérature et la récurrence du concept de CTF, les recherches ont été lancées avec seulement deux mots-clefs, le but étant d'obtenir des résultats en suffisance. Ce choix a généré un travail supplémentaire de sélection des études qui s'est avéré profitable à travers le gain de connaissances multiples sur le sujet.

3.3 Sélection des données

Le 18.11.2018, quatre bases de données ont été interrogées : Cinhal complete, Ovid Nursing, Johanna Briggs Institute (JBI) et Pubmed en version « best match ». Les descripteurs ** retenus : « *work-family conflict* » et « *nurs** » ont été introduits dans les champs de recherche. Leurs équivalents français sont : conflit travail-famille et infirmier dont la troncature a permis l'élargissement des recherches. L'opérateur logique « AND » a permis de lier la population étudiée (les infirmiers) au concept central de la revue (le CTF). Des critères de recherche avancées ont été ajoutés aux mots-clefs sous forme de filtres, ces derniers ayant pour but de sélectionner des données récentes et pertinentes. Ils ont inclus l'intervalle temps de 2013 à 2018 concernant les dates de parution, l'anglais comme langue de publication et le texte complet (full text) devait être disponible. Au total, 95 articles satisfaisaient ces critères en additionnant les résultats des quatre bases de données.

Tableau 1 : Récapitulatif des équations de recherche.

Bases de données	Équations de recherches	Filtres
Cinhal	« Work-family conflict » AND « Nurs* »	2013-2018, English, full text
Ovid Nursing	« Work-family conflict » AND « Nurs* »	2013-2018, English, full text
Pub med « best match »	« Work-family conflict » AND « Nurs* »	2013-2018, English, full text
JBI	« Work-family conflict » AND « Nurs* »	English, full text

La sélection des données parmi les 95 résultats s'est faite en 5 étapes, basées sur la question de recherche : « Quels sont les facteurs influençant le CTF dans la profession infirmière et quelles sont leurs efficacités relatives sur la diminution du CTF ? ».

Les lectures des références, des titres et des résumés des articles ont permis d'inclure ou d'exclure les études selon les critères détaillés ci-dessous.

3.3.1 Vérification du respect des filtres de recherche

Le seul article trouvé sur JBI a été exclu car il datait de 2007.

Tableau 2 : Nombre d'articles retenus suite à la vérification du respect des filtres de recherche.

Bases de données	Articles trouvés	Articles retenus
Cinhal	17	17
Ovid Nursing	16	16
Pub med « best match »	61	61
JBI	1 (datant de 2007)	0
Total des articles retenus		94

3.3.2 Exclusion des études hors sujet

Les études n'examinant pas le CTF ont été exclues (0+0+1+0) ainsi que les études n'examinant pas la population infirmière (3+2+21+0).

Tableau 3 : Nombre d'articles retenus suite à l'exclusion des hors sujet.

Bases de données	Nombres d'articles	Articles retenus
Cinhal	17	14
Ovid Nursing	16	14
Pub med « best match »	61	40
JBI	0	0
Total des articles retenus		68

3.3.3 Exclusion des études ne permettant pas de répondre à la question de recherche

Les études portant sur les causes et conséquences du CTF et n'examinant pas une variation du CTF (5+5+24+0) ont été éliminées, ainsi que les études de validation d'outils de mesure de CTF (1+0+1+0).

Tableau 4 : Nombre d'articles retenus suite à l'exclusion de ceux ne permettant pas de répondre à la question de recherche.

Bases de données	Nombres d'articles	Articles retenus
Cinhal	14	8
Ovid Nursing	14	9
Pub med « best match »	40	15
JBI	0	0
Total des articles retenus		32

3.3.4 Inclusion des articles empiriques primaires quantitatifs

Exclusion des articles non empiriques (2+1+1+0). Exclusion des études qualitatives et étude de cas (0+1+2+0). Exclusion des articles secondaires ou utilisant des données provenant d'études antérieures (2+3+4+0). Une exception a été faite pour l'unique étude suisse, explorant le niveau de fatigue émotionnelle relatif au CTF et à la flexibilité des horaires. Il paraissait important de garder cette analyse secondaire**, car elle est représentative de l'actualité sur le CTF en Suisse.

Tableau 5 : Nombre d'articles quantitatifs primaires retenus.

Bases de données	Nombres d'articles	Articles retenus
Cinhal	8	4
Ovid Nursing	9	4
Pub med « best match »	15	8
JBI	0	0
Total des articles retenus		16

3.3.5 Élimination des doublons et inclusion des études disciplinaires

Pour diminuer le risque d'erreur de sélection par un double contrôle des études retenues, l'élimination des doublons a été réalisée en fin de processus sélectif. Les mêmes études ayant été sélectionnées dans différentes bases de données confirmaient la crédibilité et la rigueur de sélection. Il en résulte 13 articles sélectionnés.

La dernière étape du processus de sélection a consisté à vérifier si les 13 articles retenus, suite à l'élimination des doublons, étaient de discipline infirmière. Cela implique que l'article soit publié dans la presse spécialisée de la discipline ou qu'un des auteurs au minimum soit un infirmier diplômé (registered nurses (RN)). Tous les pays ne possédant pas une base de données nationale des infirmiers, les recherches de curriculum vitae ont été entreprises

sur les sites publiant leurs études. Puis, lorsque l'auteur n'y était pas référencé, des recherches sur le moteur de recherche Google (www.google.com) et le réseau social professionnel LinkedIn (www.linkedin.com) ont été effectuées. Concernant Ding, Yang, Su, Zhang, Li, et Li, mentionnés comme collaborateurs de l'école infirmière de l'université médicale d'Annui, ils ont été considérés comme étant des RN. Au final, 6 articles ne sont pas disciplinaires selon les critères définis ci-dessus, tandis que les 7 autres sont retenus pour cette revue de littérature comme l'illustre le tableau numéro 6 en page 21.

3.3.6 Niveaux de preuves des études retenues

Les niveaux de preuves sont basés sur les recommandations de la haute autorité de santé (HAS) détaillé en annexe II. Suite à l'analyse de la validité méthodologique de chaque article au point 4, cinq articles apparaissent comme étant de niveau 2, leur grade de recommandation est donc du niveau de la présomption scientifique, tandis que deux articles comportant des biais et ayant un faible niveau de preuves scientifiques sont de niveau 4.

3.3.7 Considérations éthiques

Parmi les études retenues, différentes méthodes ont été utilisées pour transmettre les informations nécessaires à un consentement éclairé aux institutions, ainsi qu'aux participants (forme orale, écrite, voire les deux). Les sept études ont obtenu des approbations éthiques, au minimum à deux niveaux, avant la distribution des questionnaires.

Au niveau individuel, elles ont toutes obtenu les consentements des participants, qu'ils soient écrits ou tacites à travers le renvoi du questionnaire. Et au second niveau, l'étude de Dhaini et al. a été approuvée par le comité d'éthique cantonal de Bâle selon les normes de la recherche sur les humains en Suisse (2018). Celles de Ding et al. ainsi que celle de Sharma, Dhar, & Tyagi ont été approuvées par les comités d'éthique et la direction de leurs instituts de recherches et des institutions participantes (2018; 2016). Les quatre restantes ont obtenu l'approbation des comités d'éthique et des dirigeants des institutions volontaires (Battistelli et al., 2013; Ghislieri, Gatti, Molino, & Cortese, 2017; Ko, 2013; Wang & Tsai, 2014). Il apparaît que toutes les études semblent respecter le code de Nuremberg**.

Tableau 6 : Récapitulatif des études sélectionnées.

Date	Base de données	Auteurs et qualification si RN ou PhD	Revue	Titre	Taille de l'échantillon	Niveau de preuve
2018	PubMed Best	Ding, X. RN, Yang, Y. RN, Su, D., Zhang, T. RN, Li, L. RN, & Li, H RN.	International Journal of Occupational and Environmental Medicine	Can job control ameliorate work-family conflict and enhance job satisfaction among Chinese registered nurses? A mediation model.	487 RN de la plateforme nationale chinoise d'apprentissage infirmier comprenant 30'000 RN.	4
2018	Ovid Nursing PubMed Best	Dhaini, S. R. RN PhD, Denhaerynck, K. RN PhD, Bachnick, S. RN PhD student, Schwendimann, R. RN PhD, Schubert, M. RN MSN PhD, De Geest, S RN PhD., & Simon M. RN MSN PhD.	International Journal of Nursing Studies	Work schedule flexibility is associated with emotional exhaustion among registered nurses in Swiss hospitals: A cross-sectional study.	1833 RN de 124 services de 23 hôpitaux Suisses des trois régions linguistiques nationales.	2
2017	Pub Med Best	Ghislieri, C. PhD, Gatti, P. PhD, Molino, M. PhD, Cortese, C. G. PhD	Journal of Nursing Management	Work-family conflict and enrichment in nurses: between job demands, perceived organisational support and work-family backlash.	500 RN provenant d'un hôpital du nord de l'Italie.	2
2016	Ovid Nursing PubMed Best	Sharma, J. MBA, Dhar, R. L. PhD, & Tyagi, A MBA.	Applied Nursing Research	Stress as a mediator between work-family conflict and psychological health among the nursing staff: Moderating role of emotional intelligence.	693 RN provenant de 33 institutions indiennes.	2
2014	Ovid nursing PubMed Best	Wang, M.-L. PhD, & Tsai, L.-J RN.	Journal of Nursing Research	Work-family conflict and job performance in nurses: The moderating effects of social support.	495 RN provenant de 5 hôpitaux taiwanais.	4
2013	Cinhal	Ko, Y. K. RN	Journal of Korean Academy of Nursing Administration	Relationship of nurse practice environment and work-family conflict to job satisfaction in hospital nurses in Korea.	286 RN, provenant de 5 hôpitaux coréens ayant accepté de participer à l'étude parmi les hôpitaux de plus de 300 lits répertoriés dans le bottin téléphonique.	2
2013	Ovid nursing	Battistelli, A. PhD, Portoghese, I. PhD, Galletta, M. PhD, & Pohl, S. PhD	International Nursing Review	Beyond the tradition: test of an integrative conceptual model on nurse turnover.	440 RN d'un hôpital public du nord de l'Italie.	2

3.4 Analyse des données

Les études retenues examinent des facteurs influençant le CTF, ainsi que ses effets, à travers différentes variables résultats. Dans la section suivante, les études sont résumées sur la base des tableaux de recension en annexe I. Leur validité méthodologique est exposée, suivie de leur pertinence clinique et de leur utilité pour la pratique en lien avec le contexte valaisan.

4 Résultats

4.1 Description de l'étude 1

Ding, X., Yang, Y., Su, D., Zhang, T., Li, L., & Li, H. (2018). Can job control ameliorate work-family conflict and enhance job satisfaction among Chinese registered nurses? A mediation model. *International Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 9(2), 97-105. <https://doi.org/10.15171/ijoem.2018.1176>

La Chine n'est pas épargnée par la pénurie mondiale d'infirmiers et l'attrition infirmière amplifie le problème. Selon les auteurs, la baisse constatée de la SLT provoquée par le CTF est la cause de l'attrition et ils supposent que l'emprise de l'employé sur son travail* (EET) pourrait influencer positivement cette relation.

Cette étude a donc pour but d'examiner les niveaux de CTF, de SLT et d'EET ainsi que leurs interrelations. Son cadre théorique est basé sur la TCTF (Greenhaus & Beutell, 1985), le modèle demande-contrôle du travail (Karasek, 1979) ainsi que les concepts de la contagion et de la facilitation.

L'échantillon regroupe 487 RN sélectionnés aléatoirement sur la base de données nationales de formation infirmière. Elles ont rempli des questionnaires électroniques comprenant des questions sociodémographiques ainsi que des échelles de CTF, de SLT et d'EET.

L'analyse descriptive révèle la composition de l'échantillon ainsi que les niveaux des variables, tandis que des régressions multiples** explorent les facteurs indépendants de la SLT et qu'un modèle d'équations structurelles** montre le rôle de médiateur de l'EET.

Il ressort des résultats : des corrélations négatives** entre le CTF et la SLT ($r = -0.432$; $p^{**} < 0.01$) ainsi qu'entre l'EET et le CTF ($r = -0.310$; $p < 0.01$), tandis qu'une corrélation positive** apparaît entre l'EET et la SLT ($r = 0.567$; $p < 0.01$). Au final, le CTF et l'EET sont des prédicteurs statistiquement significatifs** de la SLT. Et l'EET est un médiateur partiel (52.7%) de la relation entre le CTF et la SLT.

En conclusion, selon cette étude, l'EET peut, par son rôle de médiateur, potentiellement améliorer la SLT des RN chinois. C'est pourquoi les auteurs recommandent le développement de stratégies visant une diminution du CTF par leurs managers, la création d'un environnement de travail bénéfique assurant les intérêts professionnels et une meilleure insertion des nouveaux RN dans le milieu médical stressant incluant des opportunités de formation favorisant l'intégration.

4.1.1 Validité méthodologique

Bien que la taille de l'échantillon soit basée sur le principe des équations structurelles**, la généralisation des résultats de cette étude est discutable. L'échantillon de convenance ayant été sélectionné à travers une base de données e-learning induit un biais d'échantillonnage** qui n'est pas relevé par les auteurs. 72% des RN de l'échantillon sont en formation. Les RN ont donc un rôle d'apprenant qui s'additionne aux rôles professionnel et familial, ce qui rend l'échantillon peu représentatif des RN en général lorsque le sujet d'étude est le CTF.

Les auteurs disent que les échelles de mesures ont toutes été traduites en chinois et que leur validité** et leur fidélité** ont été testées (α de Chronbach** varie de 0.887 à 0.907, ce qui représente de bons indices de fidélité). Malgré cela, les échelles de CTF et d'EET ne sont pas identifiables, ce qui empêche de reproduire l'étude et remet donc en question la validité de conclusion statistique** de l'étude.

Concernant l'analyse statistique, les tests utilisés sont cohérents avec les buts de l'étude. Ils sont de forte puissance** (student t**, ANOVA** à sens unique, corrélation de Pearson**, régressions multiples, modélisation d'équations structurelles) et le seuil de signification posé à $p < 0.05$ correspond aux attentes en recherche empirique.

Les auteurs mentionnent des limitations à leur étude, d'une part le biais** de mémorisation, pouvant découler de l'auto-administration des questionnaires, d'autre part le devis transversal** de l'étude, empêchant d'affirmer des relations de cause à effet. Ils mentionnent aussi un possible biais d'échantillonnage qu'ils ont, selon eux, compensé par la grande taille de l'échantillon.

D'un point de vue méthodologique, cette étude, selon ce qui en est dit, comporte un biais et semble manquer de précision quant à ses méthodes de mesure. C'est pourquoi elle est de niveau 4 selon les niveaux des preuves de la HAS (2013).

4.1.2 Pertinence clinique

Cette étude n'est pas la première à s'intéresser aux effets de l'EET sur le CTF. Le modèle demande-contrôle lié au travail (Karasek, 1979; Van der Doef & Maes, 1999) montre que l'EET est un levier important du CTF dans divers milieux professionnels. La culture, l'identité, la formation et le type d'emploi ont une influence sur le poids de l'EET face au CTF. Par exemple, Yamaguchi et al. montrent que le niveau d'EET influençant l'envie de démissionner varie entre les contextes de soins (établissement médicaux sociaux (EMS), centre médicaux sociaux (CMS) et hôpitaux) et que l'EET a une influence majeure au sein des EMS en favorisant la rétention de personnel (Yamaguchi et al., 2016). De plus, malgré les variations observées, il faut relever que l'EET apparaît comme facteur influençant la SLT dans tous les contextes de soins (Yamaguchi et al., 2016).

4.1.3 Utilité pour la pratique professionnelle

Le contexte valaisan étant très différent du contexte totalitaire chinois, la perception du CTF n'est probablement pas la même. Malgré cela, l'attrition et le CTF sont aussi des problèmes majeurs en Suisse et en Valais. Aujourd'hui les formations des hautes écoles de santé (HEdS) forment des praticiens réflexifs. Ils sont initiés à la lecture d'articles scientifiques et à la mise en pratique des « evidence based practice ». Ils sont donc capables d'exercer leur EET de manière réfléchie. C'est pourquoi, il est important que les institutions favorisent la mise en pratique des compétences acquises, car une sous-utilisation de ces dernières équivaut à restreindre l'EET des employés, ce qui a des effets délétères sur le CTF, quel que soit le contexte (Yamaguchi et al., 2016). D'ailleurs les résultats de cette étude concordent avec les objectifs actuels d'amélioration continue du HVS. L'EET se retrouvant dans le premier des 12 standards de qualité du label « Pathway to excellence® » auquel l'hôpital adhère (Hôpital du Valais, 2018a, p. 8).

4.2 Description de l'étude 2

Dhaini, S. R., Denhaerynck, K., Bachnick, S., Schwendimann, R., Schubert, M., De Geest, S., & Simon, M. (2018). Work schedule flexibility is associated with emotional exhaustion among registered nurses in Swiss hospitals: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 80, 99-105.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.03.019>

En réaction à la pénurie infirmière, l'OMS a publié un modèle de la place de travail saine (Burton, 2010). Elle y souligne le lien entre la fatigue émotionnelle et les caractéristiques de la place de travail et y émet des recommandations pour les institutions.

Cette étude transversale quantitative secondaire se base sur cette publication. Elle explore la perception de la flexibilité des horaires infirmiers (FHI) chez les RN suisses ainsi que sa variabilité. Puis elle investigate l'association entre les facteurs psychosociaux de l'environnement de travail (FHI, habileté perçue des managers, CTF et charge de travail) et la fatigue émotionnelle perçue par les RN. Son cadre théorique inclut la TCTF (Greenhaus & Beutell, 1985), la théorie de la conservation des ressources (Hobfoll, 1989), le concept de la contagion, ainsi que le « JD-R modèle » (Demerouti & Bakker, 2007).

L'échantillon est composé de 1833 RN, provenant de 23 hôpitaux suisses répartis sur les trois régions linguistiques du pays. Les données, récoltées entre 2015 et 2016, proviennent de l'étude transversale « Matching Registered Nurse Services with Changing care demands » (Match RN). Les questionnaires contiennent des questions sociodémographiques ainsi que des échelles d'évaluation de l'environnement psychosocial de travail (CTF, FHI, charge de travail et facteurs psychosociaux environnementaux) et du niveau de fatigue émotionnelle.

Les statistiques descriptives mettent en avant que 52% des sondés aimeraient modifier leurs horaires et que la fréquence de ces modifications serait entre zéro et deux mensuellement selon 91.9% des sondés. En Suisse, la FHI apparaît comme limitée, car 54.8% des sondés rapportent une possibilité restreinte de modifier leurs horaires à court terme, tandis que 32% disent n'avoir aucune influence sur ces derniers. Les inférences statistiques** montrent que 13% de la variance de la FHI provient des services et 7% des hôpitaux. Il apparaît aussi qu'être employé à 50% ($\beta = -0.14$; IC -0.26 ; -0.01), le statut familial de « parent seul » ($\beta = -0.32$; IC -0.56 ; -0.08), le statut familial « avec partenaire » ($\beta = -0.27$; IC -0.43 ; -0.01) sont corrélés significativement négativement à la fatigue émotionnelle. Suite à l'ajustement (âge, genre et taille de l'hôpital), les trois antécédents indépendants (non corrélés entre eux) de la fatigue émotionnelle sont : la FHI ($\beta = -0.11$; IC -0.1 ; -0.06), l'habileté perçue du manager ($\beta = -0.30$; IC 0.49 ; -0.10) et le CTF ($\beta = 0.39$; IC 0.33 ; 0.45). Les auteurs soulignent que le CTF ressort comme le seul facteur amplificateur de la fatigue émotionnelle. Ils suggèrent donc l'amélioration de certains facteurs environnementaux dont la FHI et l'habileté perçue du manager pour promouvoir la santé des professionnels et contrebalancer les effets du CTF. De plus, l'augmentation de la FHI paraît contextuellement possible au vu de la variance de cette dernière à travers la Suisse. Les auteurs précisent qu'il faut avant tout investiguer l'impact de l'augmentation de FHI sur la charge de travail des managers, car elle pourrait potentiellement tamponner les

effets positifs de l'augmentation de la FHI sur le CTF à travers une diminution de l'habileté perçue des managers.

4.2.1 Validité méthodologique

Cette étude secondaire analyse sous un nouvel angle des données récoltées entre 2015 et 2016 par l'étude Match RN. Utiliser ces données provenant d'un échantillonnage par quotas**, a permis aux chercheurs de constituer un échantillon de 1833 RN qui peut être considéré comme représentatif de la population des RN suisses. Ce qui explique l'inclusion de cette étude secondaire à cette revue de littérature.

Les variables sont principalement mesurées par des outils multidimensionnels fréquemment utilisés en recherche empirique. Leurs α de Chronbach varient entre 0.84 et 0.90, ce qui montre de bons indices de fidélité. Le CTF est mesuré par l'échelle de Netmeyer et al. (1996). La seule exception concerne l'outil de mesure de la FHI englobant la réponse de l'environnement de travail face à l'influence des RN sur leurs horaires. Ce dernier a été développé par quatre investigateurs et son résultat prend la forme d'un score composite des quatre variables examinées.

Les analyses statistiques utilisées sont en lien avec les objectifs de l'étude. Le seuil de significativité est fixé à $p < 0.05$, ce qui est usuel en recherche empirique, et le maximum de réponses manquantes admises par variable est de 5%, ce qui représente une influence négligeable proportionnellement à l'échantillon, comme les auteurs l'expliquent.

Les limites mentionnées par les auteurs comprennent le design transversal qui ne permet pas de faire des liens de cause à effet et la primauté de mise en avant d'une corrélation négative entre la FHI et la fatigue émotionnelle qui pourrait découler de la jeunesse de l'échantillon. Par prudence, ils mentionnent que ce résultat devra faire l'objet d'autres recherches pour le confirmer ou l'infirmer en expliquant que le manque d'expérience professionnelle des jeunes infirmières pourrait les rendre plus enclines à la fatigue émotionnelle. De plus, les auteurs soulignent l'importance de clarifier les liens entre la charge de travail des managers et la FHI, expliquant qu'ils ne peuvent pas actuellement affirmer qu'une augmentation de la FHI aboutisse à une diminution de la fatigue émotionnelle.

Il en ressort d'un point de vue méthodologique que cette étude fait preuve de méticulosité dans sa réalisation, que les auteurs sont conscients des limitations de leur étude et qu'ils font preuve de prudence quant aux résultats énoncés. C'est pourquoi cette étude est de niveau 2 selon les niveaux de preuves de la HAS.

4.2.2 Pertinence clinique

De plus en plus d'articles soulignent l'importance de la FHI dans la diminution du CTF. Jennings, Sinclair et Mohr montrent que la FHI est liée positivement significativement à la SLT dans les métiers comprenant des horaires irréguliers (2016), ce qui met en avant son potentiel d'action auprès des infirmiers. De plus, la méta-analyse de Allen, Johnson, Kiburz et Schockles relève que différents types de FHI (temps flexible ou place de travail flexible) ont différents effets sur le CTF et le CFT (2013). La stratégie mise en place par une institution doit donc correspondre à l'effet souhaité. Plus récemment, Gyllensten et al. ont exploré les effets d'une stratégie concrète. Cette dernière permet le maintien des salaires des infirmiers et la rentabilité des services malgré une diminution des heures de travail mensuelles des RN. L'étude montre que les employés perçoivent un meilleur équilibre entre travail et famille malgré les sacrifices qu'ils ont concédés (perte des pauses dîner et horaires condensés) (Gyllensten et al., 2017). Il en ressort que la FHI est un facteur pouvant alléger le CTF et que ses effets dépendent de la stratégie appliquée sur le terrain. En contrepartie, il apparaît que les stratégies de promotion de la FHI sont complexes à implanter sur le terrain, car il s'agit de modifications radicales dans un système bien établi. Comme Gyllensten et al. le montrent, les employés et les institutions doivent élaborer ces stratégies conjointement et accepter de faire des sacrifices pour permettre aux deux parties d'être gagnantes (Gyllensten et al., 2017). Donc, malgré les difficultés de mise en place de stratégies concrètes sur le terrain, la FHI apparaît comme un facteur prometteur dans la diminution du CTF chez les infirmiers.

4.2.3 Utilité pour la pratique professionnelle

Cette étude nationale montre que plus de la moitié des sondés (52%) souhaitent une augmentation de leur FHI. De plus, elle met en avant que cette augmentation est possible dans le contexte suisse. Malgré cela, aucune stratégie applicable n'est explicitée par l'étude et les auteurs restent prudents vis-à-vis de leurs résultats. Cette étude permet tout de même d'attirer l'attention sur un facteur contextuellement modifiable pour lequel des stratégies restent à être définies. A ce jour l'HVS n'a pas pris officiellement position concernant l'implantation de la FHI dans ses services. Mais le neuvième standard du label qualité « Pathway to excellence® », stipulant qu'« un équilibre vertueux (work-life balance) est encouragé » (Hôpital du Valais, 2018a, p. 9) pourrait inclure une augmentation de la FHI parmi ses actions.

4.3 Description de l'étude 3

Ghislieri, C., Gatti, P., Molino, M., & Cortese, C. G. (2017). Work–family conflict and enrichment in nurses: between job demands, perceived organisational support and work–family backlash. *Journal of Nursing Management*, 25(1), 65-75.

<https://doi.org/10.1111/jonm.12442>

Les modifications actuelles du modèle familial (duo de travailleurs) et celles des conditions de travail devenant plus rudes rendent l'étude de l'ITF centrale, car le CTF et l'ETF ont des répercussions sur l'attrition et la santé des infirmiers.

Cette étude transversale quantitative explore les liens entre les variables sociodémographiques, les perceptions infirmières relatives à trois types d'interactions de travail (perception du support organisationnel (PSO) et Backlash travail-famille* (BTF) provenant des collègues ou des superviseurs) et deux demandes liées au travail (charge de travail et la dissonance émotionnelle). Les effets de ces variables étant mis en avant par des mesures de CTF et d'ETF. Le cadre théorique de cette étude englobe l'ITF (Greenhaus, 2008; Greenhaus & Beutell, 1985), la théorie de conservation des ressources (Hobfoll, 1989), le JD-R model (Demerouti & Bakker, 2007), ainsi que les concepts de la contagion, de la compensation et de la facilitation.

L'échantillon est composé de 500 infirmiers provenant d'un hôpital du nord de l'Italie. Ils ont complété des questionnaires comprenant des questions sociodémographiques ainsi que des échelles de CTF, d'ETF, de la charge de travail, de la dissonance émotionnelle, de la PSO et du BTF provenant des supérieurs et des collègues.

Les résultats statistiques montrent que le CTF est positivement lié aux demandes de travail, incluant la dissonance émotionnelle ($\beta = 0.22$; $p < 0.001$) et la charge de travail ($\beta = 0.12$; $p < 0.05$) ainsi qu'au BTF des supérieurs ($\beta = 0.14$; $p < 0.05$). La PSO quant à elle est négativement corrélée au CTF ($\beta = -0.13$; $p < 0.05$) tandis qu'elle est liée positivement par une relation forte à l'ETF ($\beta = 0.34$; $p < 0.001$). L'ETF a une faible relation négative avec les demandes de travail : dissonance émotionnelle ($\beta = -0.10$; $p < 0.05$) et charge de travail ($\beta = -0.10$; $p < 0.05$). Il en ressort que le CTF est renforcé par la dissonance émotionnelle suivi par le BTF des supérieurs et la charge de travail, alors que la PSO diminue le CTF. L'ETF, quant à lui, est diminué par la charge de travail et la dissonance émotionnelle, tandis qu'il est renforcé par la PSO et il n'est pas influencé par les deux types de BTF.

En conclusion, les auteurs mettent en avant que la promotion de l'équilibre entre les demandes et les ressources dans le domaine professionnel est crucial dans la prévention du CTF et la promotion de l'ETF. Concernant l'ETF, la PSO paraît être responsable de 30% de sa variance, elle semble donc permettre aux employés de percevoir favorablement leur

travail ce qui, par contagion, se répercute sur le domaine familial et diminue le CTF. Dans cette optique, les auteurs recommandent de modifier la perception de la charge de travail des employés, pour augmenter l'ETF et diminuer le CTF. Les actions proposées sont multiples, elles comprennent un focus sur la communication, la relation et les dimensions culturelles relatives au développement de stratégies de coping visant une diminution de la dissonance émotionnelle et un focus sur l'augmentation de la FHI pouvant alléger le CTF.

4.3.1 Validité méthodologique

La méthode d'échantillonnage accidentel** utilisée par les auteurs limite la généralisation possible des résultats, ce que les auteurs relèvent parmi les limitations de l'étude. Les deux autres limitations mentionnées étant le design transversal de l'étude ne permettant pas de lien de cause à effet et la méthode de collecte des données pouvant induire un biais de mémorisation par l'auto remplissage des questionnaires.

Concernant les outils de mesure, ils ont tous été précédemment utilisés en recherche, traduits et adaptés en italien selon les auteurs et leurs α de Chronbach sont compris entre 0.79 et 0.91, ce qui montre de bons indices de fidélité. Le CTF et l'ETF sont évalués par des outils multidimensionnels, bidirectionnels à questions multiples. L'échelle de mesure du CTF utilisée est celle de Colombo et Ghiseleri (2008), qui est une traduction italienne de l'échelle de Netmeyer et al. (1996) précédemment utilisée en recherche empirique. Les statistiques utilisées sont cohérentes avec les buts de l'étude et le seuil de signification est fixé à $p < 0.05$ ce qui est la norme en recherches empiriques.

Il apparaît que cette étude est la seule à utiliser l'ITF comme cadre de référence. La méthodologie est claire et cohérente avec les buts de l'étude et les auteurs sont conscients de ses limitations. Cette étude est donc classée au niveau 2 de preuve HAS.

4.3.2 Pertinence clinique

Le BTF des supérieurs a rarement été investigué par les sciences infirmières ; malgré cela, le support des supérieurs, qui peut être perçu comme son contraire, l'a été. Dans leur méta-analyse, Bowling et al. (2015) montrent que la charge de travail amplifie le CTF, alors que le support des supérieurs le diminue, ce qui concorde avec les résultats de cette étude liant positivement le BTF et la charge de travail aux CTF, tandis que la PSO le diminue. De plus les auteurs insistent sur le fait que la modification des perceptions des employés suffit à influencer le CTF et l'ETF, ce qui rejoint les conclusions de multiples études dont celle d'Hurtado et al. (2016) et Leinweber et al. (2014) ainsi que les recommandations actuelles

de l'OMS visant la diminution de l'attrition infirmière (Wiskow, Albrecht, & de Pietro, 2010). Mais, comme Kosseck et al. le montrent à travers leur méta-analyse, différents types de PSO produisent différents effets sur le CTF (2011). Il est donc important de cibler la stratégie choisie en fonction des effets escomptés. De plus, il faut mentionner que ces liens ne font pas l'unanimité. Jennings et al. ont montré que les actions centrées sur la conciliation travail-famille et la PSO n'ont pas les mêmes effets chez tous les employés. Ceux qui travaillaient de nuit tiraient plus de bénéfices de la PSO que ceux travaillant de jour (Jennings et al., 2016).

4.3.3 Utilité pour la pratique professionnelle

Dans le contexte suisse, les recommandations actuelles soutiennent la mise en place de stratégies de support organisationnelles (Addor et al., 2016) et certains hôpitaux ont déjà les leurs. Par exemple, les Hôpitaux neuchâtelois disposent de deux garderies, à tarifs préférentiels, qui couvrent tous les horaires de jour de leurs employés (Hôpitaux neuchâtelois, 2018). Tandis que le centre hospitalier universitaire vaudois offre des avantages à ses employés dont : 260 places en garderies subventionnées par l'institution, un encouragement à la flexibilisation des horaires, ainsi que des congés parentaux avantageux (Centre hospitalier universitaire vaudois, S.d.). Quant à l'HVS, aucune de ses stratégies n'est publiquement publiée. Pourtant, elles pourraient être incluses dans le neuvième standard label « Pathway to excellence® » demandant l'encouragement d'un équilibre vertueux « work-life balance » (Hôpital du Valais, 2018a). Force est de constater que les stratégies adoptées par les institutions sont des solutions à court terme et coûteuses, d'où l'importance du résultat principal de l'étude analysée, montrant que la modification des perceptions des employés suffi à modifier le CTF et ses effets. Ce résultat offre de nouvelles opportunités d'actions, incluant des stratégies basées sur la communication et les relations interpersonnelles qu'il faudrait implanter et tester.

4.4 Description de l'étude 4

Sharma, J., Dhar, R. L., & Tyagi, A. (2016). Stress as a mediator between work–family conflict and psychological health among the nursing staff: Moderating role of emotional intelligence. *Applied Nursing Research*, 30, 268-275.
<https://doi.org/10.1016/j.apnr.2015.01.010>

L'Inde est un pays en voie de développement. Les ratios patients infirmiers sont élevés et les soins se complexifient, ce qui s'ajoute aux caractéristiques stressantes de la profession,

alors que le fonctionnement social du pays a peu changé. L'homme remplit son rôle familial par l'apport d'un salaire alors que la femme est responsable du foyer et de l'éducation des enfants. Sachant que la majorité des infirmiers sont des femmes, le contexte semble propice au CTF.

Cette étude quantitative transversale examine l'ampleur du stress causé par le CTF chez les RN, les liens entre le CTF, l'intelligence émotionnelle (IE) et le stress ainsi que leurs impacts sur la santé mentale. Le cadre théorique de l'étude fait référence à la TCTF (Greenhaus & Beutell, 1985), la théorie de la conservation des ressources (Hobfoll, 1989) ainsi qu'aux concepts de la contagion, de l'IE selon « ability model »* et d'identité incluant la culture et les rôles genrés.

L'échantillon est constitué de 693 infirmières provenant de 33 EMS privés de la province d'Uttarakhand. Les questionnaires comportent des questions sociodémographiques et des outils de mesure du CTF, du stress, de l'IE et de la santé mentale.

Les analyses statistiques montrent que le CTF est négativement lié à la santé mentale ($\beta = -0.537$; $p < 0.001$), le CTF est positivement corrélé au stress ($\beta = 0.657$; $p < 0.001$) et que le stress est négativement corrélé à la santé mentale ($\beta = -0.554$; $p < 0.01$). Le stress est donc un médiateur entre le CTF et la santé mentale, ce que confirme la méthode de Baron et Kennedy**. L'IE, quant à elle, apparaît comme le modérateur de la relation entre le stress et la santé mentale ($\beta = -0.118$; $p < 0.001$). Pourtant, suite à une analyse par blocs**, les auteurs constatent qu'une IE basse diminue la perception du stress tandis qu'une IE élevée l'augmente. Ce résultat est expliqué par les auteurs, par une meilleure reconnaissance des émotions chez le sujet possédant une IE élevée induisant un niveau supérieur de stress, ce que les résultats statistiques corroborent, montrant que la composante de l'IE (habileté à comprendre et gérer les émotions des autres) renforce la relation négative entre le stress et la santé mentale (-0.086). L'IE compte pour 35% de la variance du stress. L'IE peut donc être une ressource permettant de comprendre ses propres émotions ainsi que celles des autres, mais en contrepartie, elle peut s'avérer délétère car une meilleure détection du stress amplifie son effet négatif sur la santé mentale.

Du fait que les différentes dimensions de l'IE n'ont pas les mêmes répercussions sur le stress, les auteurs recommandent de renforcer de manière ciblée la composante « management des émotions » de l'IE qui semble atténuer les effets néfastes découlant d'une forte perception des émotions par « l'habileté à comprendre et gérer les émotions des autres ».

4.4.1 Validité méthodologique

La méthode d'échantillonnage en grappe a permis la composition d'un échantillon de 693 infirmières travaillant dans 33 EMS privés. Le genre et le contexte unique de l'échantillon limitent la généralisation des résultats comme le relèvent les auteurs. De plus, il est difficile d'affirmer à la lecture de l'étude si l'échantillon entièrement féminin est un choix ou si il représente la population du contexte.

Concernant les mesures, les auteurs ont choisi des échelles précédemment utilisées en recherche pour les quatre variables de l'étude dont l'échelle de Netmeyer et al. (1996) pour le CTF. Leurs α de Chronbach sont tous compris entre 0.90 et 0.97, ce qui montre de bons indices de fidélité. De plus, toutes les échelles utilisées sont multidimensionnelles, ce qui améliore la représentativité des concepts explorés.

D'un point de vue méthodologique, cette étude est bien menée et les auteurs sont conscients de ses limitations. C'est pourquoi cette étude est de niveau 2 selon la classification de la HAS.

4.4.2 Pertinence clinique

Cette étude n'est pas la première à montrer un lien entre CTF, stress et santé mentale (Chu, 2014). Par contre, à notre connaissance, elle est la seule à avoir examiné l'influence de l'IE sur cette relation. Les études empiriques s'étant principalement focalisées sur les stratégies de coping (Lazarus & Folkman, 1984) jusqu'à présent montrent leur incapacité à diminuer le CTF (Aazami, Shamsuddin, & Akmal, 2015). De plus, le résultat central de cette étude surprend, car « l'habileté à comprendre et gérer les émotions des autres » semble s'apparenter à un atout infirmier, permettant une meilleure compréhension du patient. Malgré cela, elle apparaît comme l'une des causes du CTF. Actuellement, le manque de recherche empirique sur le sujet ne permet pas d'évaluer la validité des résultats et la proposition faite par les auteurs, consistant à contrebalancer les effets de cette habileté en travaillant une autre facette de l'IE « le management des émotions », mais, une fois de plus, une porte s'ouvre pour la recherche.

4.4.3 Utilité pour la pratique professionnelle

Concernant les découvertes sur l'IE, les preuves manquent pour proposer des stratégies ciblées sur cette dernière. Par contre, les auteurs recommandent une meilleure formation des supérieurs sur le CTF ainsi qu'une augmentation de la FHI dans le but d'alléger le CTF, ce qui paraît justifié et applicable dans le contexte suisse. De plus comme Rothbard (2001)

l'a montré, les différences genrées persistent concernant le rôle familial. La culture indienne renforce probablement le CTF mais ce dernier est aussi présent chez les infirmiers suisses.

4.5 Description de l'étude 5

Wang, M.-L., & Tsai, L.-J. (2014). Work-family conflict and job performance in nurses: The moderating effects of social support. *Journal of Nursing Research*, 22(3), 200-207. <http://dx.doi.org/10.1097/jnr.0000000000000040>

Les infirmiers souhaitent trouver un équilibre entre leur vie professionnelle et familiale. Sachant que cette population est majoritairement féminine et que le CTF touche particulièrement les femmes, l'équilibre est fragile. Le CTF étant relevé comme une des causes de l'attrition infirmière, il apparaît comme un problème majeur pour la profession. Cette étude transversale quantitative explore les liens entre CTF et la performance au travail (PAT), ainsi que les effets modérateurs sur cette relation de quatre types de support sociaux (famille, amis, collègues et supérieurs). Le cadre théorique comporte la TCTF (Greenhaus & Beutell, 1985), la théorie de la conservation des ressources (Hobfoll, 1989) ainsi que le concept de la contagion.

L'échantillon est composé de 495 infirmiers provenant de 5 hôpitaux taiwanais. Ils ont complété des questionnaires au temps 1 comprenant des échelles de CTF et du support social, puis au temps 2 (trois semaines plus tard) comprenant des questions sociodémographiques et une échelle de PAT.

Les statistiques descriptives montrent que le CTF est plus présent que le CFT chez les infirmiers et que le support des amis est le premier support social mobilisé par ces derniers. Suite à la définition de l'âge et du statut familial comme variables de contrôle, les statistiques analytiques montrent d'une part que le CFT diminue significativement la PAT ($\beta = -0.358$; $p < 0.001$) et que le support social provenant des amis renforce le CFT ($\beta = 0.077$; $p < 0.05$), d'autre part le CTF et la PAT sont liés positivement non significativement ($\beta = 0.041$; $p > 0.05$) tandis que le support social provenant des collègues réduit significativement le CTF ($\beta = -0,082$; $p > 0.05$).

Les auteurs résument leurs résultats, expliquant que leurs explorations ont montré des effets bénéfiques de tous les types de supports sociaux sur le CTF et la PAT, tandis que le CFT est renforcé par le support social provenant des amis, ce qui diminue la PAT.

Les recommandations des auteurs aux RN sont donc une utilisation de tous les types de supports sociaux et de coping visant un équilibre inter-domaines et une utilisation positive de leur temps libre. Pour les institutions, ils proposent de favoriser l'intégration des nouveaux employés ainsi que de formaliser les politiques hospitalières visant la conciliation

travail-famille dans le but d'augmenter l'influence positive des supérieurs sur le CTF. Les stratégies relatives comprendraient des emplois atypiques, une augmentation de la FHI et de la flexibilité des vacances ainsi qu'une assistance au planning familial.

4.5.1 Validité méthodologique

L'échantillonnage en grappes de 495 infirmiers dans 5 hôpitaux taiwanais limite la généralisation des résultats de l'étude.

Concernant les outils de mesure, les outils choisis ont été précédemment utilisés en recherche et leurs α de Chronbach varient entre 0.88 et 0.94, ce qui représente de bons indices de fidélité. Le CTF est mesuré par l'échelle de Frone et Yardley (1996). Malgré cela, les auteurs ne mentionnent pas comment les échelles ont été traduites en taiwanais, ni si elles ont été utilisées dans leur forme originale ce qui pourrait fausser la compréhension des questions par les RN et donc biaiser les mesures.

Des corrélations de Pearson montrent les liens entre les variables, puis la méthode de Baron Kennedy montre l'effet médiateur et modérateur du support social. Les tests statistiques utilisés de forte puissance sont cohérents avec les buts de l'étude.

Les auteurs mentionnent des limitations à leur étude et recommandent des mesures indirectes sur l'assistance des supérieurs pour les recherches à venir. Ils relèvent qu'une étude transversale ne peut pas examiner les effets à long terme des modérateurs sur les variables. De plus, ils soulignent s'être intéressés uniquement au niveau individuel des infirmiers dans cette étude, mais ils préconisent d'examiner les niveaux organisationnels supérieurs, dont les ressources humaines, dans de futures recherches.

Au final, cette étude est globalement correcte d'un point de vue méthodologique. Mais les imprécisions dans le texte (tous les supports sociaux sont favorables à la PAT alors que le support des amis renforce le CFT) poussent à supposer un biais de mesures. Cette étude est donc classée niveau 4 selon la HAS comportant au moins un biais pouvant fausser la compréhension des résultats.

4.5.2 Pertinence clinique

Karatepe (2013) a montré que le CTF ainsi que la surcharge de travail influencent la LEE et la PAT par l'intermédiaire de la fatigue émotionnelle. Ceci expliquerait que les auteurs n'aient pas pu mettre en évidence un lien direct entre le CTF et la PAT. Pourtant, ils relèvent que le support social des collègues affaiblit ce lien non significatif entre le CTF et la PAT,

tandis que le support social des amis renforce le CFT, ce qui diminue significativement la PAT. Il paraît donc préférable que les employés souffrant de conflits recherchent un support social auprès de leurs collègues plutôt qu'auprès de leurs amis dans le cadre du CTF et du CFT, ce qui selon les résultats de cette étude n'est pas coutume chez les infirmiers. C'est pourquoi les auteurs proposent de favoriser l'intégration des nouveaux collaborateurs. Les différents types de supports sociaux n'ont pas les mêmes effets, comme le montre la méta-analyse de Kosseck et al. (2011) spécifiant que les supports sociaux orientés conciliation travail-famille diminuent plus fortement le CTF que le support social en général. Les stratégies se doivent donc d'être ciblées sur le CTF ce qui explique que les auteurs recommandent aux RN, d'utiliser des stratégies de coping, et aux institutions d'instaurer des politiques de conciliation travail-famille comme la FHI.

4.5.3 Utilité pour la pratique professionnelle

Étant donné le manque de clarté du texte et le manque de significativité de liens entre CTF et PAT, il est difficile d'évaluer l'utilité de cette étude pour la pratique professionnelle. Pourtant, elle soulève des questions concernant les effets des divers types de supports sociaux sur le CTF et elle souligne l'importance des supports adaptés et ciblés pour alléger le CTF. Quant à la recommandation des auteurs concernant l'utilisation du coping par les RN en parallèle aux stratégies ciblées sur de CTF, il paraît important de relever que le coping a été montré comme inadapté à la gestion du CTF (Aazami et al., 2015). En contrepartie, la proposition d'une meilleure intégration des nouveaux employés peut, selon le concept de loyauté envers son emploi, s'avérer favorable à une diminution du CTF (Mitchell et al., 2001). Mais au final, il en ressort qu'il faut plus de recherche pour éclaircir les liens sous-jacents avant une application pratique des recommandations de cette étude.

4.6 Description de l'étude 6

Ko, Y. K. (2013). Relationship of nurse practice environment and work-family conflict to job satisfaction in hospital nurses in Korea. *Journal of Korean Academy of Nursing Administration*, 19(2), 207-216.

<https://doi.org/10.1111/jkana.2013.19.2.207>

Les auteurs partent du constat que la Corée n'arrive bientôt plus à combler ses besoins en infirmiers par l'augmentation de la formation. Ils s'intéressent donc aux facteurs causaux de l'attrition infirmière dans le but de la diminuer. En parallèle, ils relèvent que les hôpitaux certifiés « Magnet® »* aux États-Unis n'ont aucun problème de recrutement et de rétention de personnel. Ils soulignent que l'environnement pratique de travail infirmier (EPTI), en

Corée, est rapporté comme inférieur à celui attendu par les jeunes diplômés ce qui peut diminuer la SLT et donc augmenter l'attrition infirmière.

C'est pourquoi l'étude a pour buts de quantifier le CTF, la qualité de l'EPTI et la SLT des RN, puis d'identifier dans quelle mesure les variables sont interreliées. Le cadre théorique de cette étude englobe la TCTF (Greenhaus & Beutell, 1985) ainsi que la théorie de la conservation des ressources (Hobfoll, 1989) et le concept de contagion.

L'échantillon est composé de 286 RN, provenant de cinq hôpitaux généraux de Corée. Les RN ont complété des questionnaires comprenant des données sociodémographiques ainsi que des échelles de mesure du CTF, de la SLT ainsi que de la qualité de l'EPTI.

Les résultats montrent que les facteurs sociodémographiques (l'âge, le poste, le statut marital et le service de travail) sont liés significativement positivement à la SLT.

Les statistiques montrent une corrélation significative positive entre la SLT et la qualité de l'EPTI ($r = 0.55$; $p < 0.001$), des corrélations significatives négatives entre la SLT et le CTF ($r = -0.44$; $p < 0.001$) ainsi qu'entre la qualité de EPTI et le CTF ($r = -0.39$; $p < 0.001$), ce qui, suite à la vérification des colinéarités, leur permet d'estimer que 39% de la variance de la SLT provient du CTF et de la qualité de l'EPTI.

Les stratégies proposées par les auteurs découlent des principales sources subjectives de mécontentement repérées à travers les scores dimensionnels des outils de mesure. Ils relèvent l'influence majeure de l'EPTI, dont les dimensions de support organisationnel et de participation aux affaires de l'hôpital, suivie par l'influence du conflit de comportement compris dans la mesure du CTF. Les auteurs précisent que l'outil de mesure du CTF n'examinait pas les conflits de temps alors qu'ils sont liés aux conflits de comportements (Greenhaus & Beutell, 1985). C'est pourquoi ils proposent des stratégies liées au temps, comme la FHI, le support organisationnel à la garde d'enfants ainsi qu'une meilleure participation des RN au niveau organisationnel (influence sur l'EPTI) et l'implantation de styles de leadership visant à promouvoir l'autonomie des employés pour diminuer le CTF. Ces points étant les axes principaux de la certification « Magnet® », les auteurs suggèrent de s'inspirer de cette dernière et de l'adapter au contexte coréen dans le but de diminuer l'attrition.

4.6.1 Validité méthodologique

Les auteurs ont sélectionné aléatoirement les hôpitaux susceptibles de participer à l'étude en consultant le bottin téléphonique. Puis l'échantillonnage des RN s'est fait en grappe parmi les hôpitaux volontaires. L'échantillon final est composé de 286 infirmières (le genre unique résultant du hasard au vu des critères de sélection posés par les auteurs).

Les échelles de mesure utilisées sont identifiées et elles sont toutes couramment utilisées en recherche empirique. L'échelle de mesure de l'environnement de travail est traduite en coréen et sa validité a été attestée par accord inter-juges. Son α de Chronbach est à 0.88. Concernant les échelles de CTF et de SLT les auteurs ne précisent pas si leur validité a été examinée, ni si elles ont été traduites, ce qui pourrait conduire à des biais. Le CTF est mesuré par l'échelle de Netmeyer et al. (1996) comprenant un α de Chronbach à 0.79. Et l'échelle de la SLT a un α de Chronbach à 0.85. Les indices de fidélité des échelles sont donc considérés comme bons.

Les statistiques utilisées pour l'analyse sont de forte puissance et cohérentes avec les buts de la recherche.

Les auteurs sont conscients des limitations de leur étude. Ils mentionnent que leurs résultats sont difficilement généralisables étant donnée la taille de leur échantillon, précisant que seulement 5 hôpitaux ont accepté de participer à l'étude sur les 32 contactés. Ils mettent en avant que les modifications apportées à l'échelle mesurant l'environnement de travail pourraient influencer les résultats. Ils relèvent aussi le biais de mémorisation possible induit par la méthode de collecte de données et mentionnent des difficultés empêchant l'obtention de données objectives.

La validité méthodologique de cette étude est de niveau 2 selon la classification de la HAS, malgré une erreur concernant la désignation du type de devis de recherche utilisé (page 209). Les auteurs présentent leur étude comme descriptive, alors qu'elle est de type corrélationnel.

4.6.2 Pertinence clinique

La certification « Magnet® » a rendu les hôpitaux attractifs « ...par de hauts standards en termes de soins infirmiers et par un bon environnement de travail pour les soignants » (Hôpital du Valais, 2014, p. 9). Comme le montre cette citation, le Valais comme la Corée s'accordent à dire que les standards de qualité liés à cette certification favorisent le recrutement et la rétention du personnel. Manifestement ils représentent une approche multifactorielle des causes d'attrition infirmière et de CTF. Cette approche multifactorielle est soutenue par de nombreux articles (Beigi & Shirmohammadi, 2017; Moradi, Maghaminejad, & Azizi-Fini, 2014) par le « work family and health network » (2018) ainsi que par des chercheurs suisses (Desmedt, De Geest, Schubert, Schwendimann, & Ausserhofer, 2012).

4.6.3 Utilité pour la pratique professionnelle

Cette étude coréenne explique que les standards « Magnet® » correspondent aux besoins des RN face au CTF. Les stratégies proposées par les auteurs découlant de leurs résultats se retrouvent dans les standards de la certification « Magnet® » et le constat est le même en Suisse (Desmedt et al., 2012) et au sein du HVS (Hôpital du Valais, 2014). Dès 2013, l'HVS exprime sa volonté de créer un environnement favorable pour ses soignants dans son rapport qualité 2013 (2014). Depuis, un modèle d'encadrement universel à toutes ses unités a été défini dans le but de pouvoir appliquer les principes des hôpitaux « Magnet® » (Hôpital du Valais, 2014, p. 10). Actuellement, l'HVS adhère au label « Pathway to excellence® » de l'American Nurse Credentialing Center, visant, sur le long terme, l'obtention de la certification « Magnet® » ; l'hôpital, se positionnant comme un précurseur européen, semble être sur le bon chemin comme le montre l'obtention de l'accréditation officielle du label pour son centre haut-valaisan en juin 2017 (Hôpital du Valais, 2018a, p. 8). Cette étude s'incorpore donc au corpus d'études montrant les bénéfices de la certification « Magnet® ».

4.7 Description de l'étude 7

Battistelli, A., Portoghesi, I., Galletta, M., & Pohl, S. (2013). Beyond the tradition: test of an integrative conceptual model on nurse turnover. *International Nursing Review*, 60(1), 103-111. <https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2012.01024.x>

La majeure partie des études cherchant des solutions à l'attrition infirmière explorent les facteurs de l'environnement de travail et leurs effets sur la SLT. Récemment la recherche a mis en avant la loyauté envers sa communauté (LEC) comme facteur influençant la prise de décision en général et la LEE qui influence la SLT, ainsi que les décisions dans le domaine professionnel.

Ces construits restent actuellement peu étudiés, c'est pourquoi cette étude transversale corrélationnelle développe et teste un modèle d'attrition infirmière les incluant sous la forme de mesures de l'engagement affectif de l'employé (EA), de la LEC et de l'intention de l'employé de quitter son emploi. Le cadre théorique comprend la TCTF (Greenhaus & Beutell, 1985) et le concept de LEE (Mitchell et al., 2001).

L'échantillon est constitué de 440 infirmiers italiens travaillant dans des départements hospitaliers médicaux et ayant complété le questionnaire. Ce dernier comprenait des questions sociodémographiques, des échelles d'évaluations de CTF, de la SLT, de la LEC

et de l'EA, ainsi que deux questions explorant l'intention de quitter son emploi à court terme (dans l'année) et à moyen terme (dans les 5 ans à venir).

Les résultats de l'étude montrent une relation positive significative entre la SLT et l'EA ($\beta = 0.64$; $p < 0.001$), ainsi qu'entre l'EA et l'intention de démissionner ($\beta = 0.18$; $p < 0.01$). Le CTF apparaît lié significativement négativement à la SLT ($\beta = -0.21$; $p < 0.01$) et à l'intention de démissionner ($\beta = -0.21$; $p < 0.01$), tandis que la LEC apparaît liée significativement positivement à la SLT ($\beta = 0.24$; $p < 0.01$) et négativement à l'intention de démissionner ($\beta = -0.35$; $p < 0.01$). En parallèle, les tests de significativité jointe montrent que l'EA et la SLT sont des médiateurs en chaîne entre le CTF et l'intention de démissionner, mais que la SLT n'a pas d'effet significatif de médiation dans la relation entre la LEC, l'EA et l'envie de démissionner.

Cette étude met en avant que la SLT n'est pas un prédicteur direct de l'attrition, contrairement au postulat couramment admis en recherche empirique. L'EA apparaît comme un intermédiaire dans cette relation. Les auteurs expliquent que les résultats soutiennent implicitement l'idée que ce sont les ressentis (EA dans cette étude) vis-à-vis de l'institution qui ont une influence majeure sur la décision de quitter son emploi et non la SLT. Cela rend primordiale la compréhension des sources contextuelles d'émotions négatives liées à l'institution. En parallèle, le CTF et la LEC ont des influences respectives directes et indirectes (à travers la SLT et l'EA) sur la volonté de quitter son emploi.

Les auteurs concluent que la SLT ne devrait pas être prise comme unique variable influant sur l'attrition. Ils ajoutent que des domaines multiples intra et extra professionnels peuvent contribuer à la diminution de l'attrition parallèlement à l'attitude classique, visant une amélioration des conditions de travail. La recherche ne peut donc pas se permettre de négliger ces domaines. Le champ des variables considérées jusqu'à présent se doit donc d'être élargi selon les auteurs.

4.7.1 Validité méthodologique

La méthode d'échantillonnage accidentel dans un hôpital baisse la généralisation possible des résultats.

Les outils de mesure utilisés ont tous été validés en lien avec les construits de l'étude. Ils ont été traduits en italien selon la méthode de traduction inversée de Brislin^{**}. Cependant, comme le relèvent les auteurs, ils n'ont pas été validés dans leur version italienne. Leurs composants sont analysés par rotation varimax^{**} qui montre que leur contribution était comprise entre 64% et 69%. Cela indique qu'ils sont tous justifiés par leur rapport aux facteurs examinés. Le CTF est mesuré par l'échelle de Netmeyer et al. (1996). Les α de

Chronbach des échelles originales varient entre 0.95 et 0.83, ce qui représente de bons indices de fidélité. Des échelles de Lickert sont utilisées pour répondre aux énoncés et leur sens de lecture est défini par les auteurs. Concernant les variables sociodémographiques, les auteurs expliquent ne pas avoir inclus aux paramètres de contrôle le nombre d'enfants des RN, ni leur âge, car ils jugent ces questions trop intrusives culturellement.

Les tests statistiques utilisés (principe des équations structurelles, Khi-deux** et tests d'ajustements) sont pertinents face aux buts de la recherche et montrent un bon ajustement du modèle. Le seuil de significativité est fixé à 95%, ce qui équivaut à $p < 0.05$, qui est la norme en recherche empirique.

Les auteurs relèvent aussi comme limites de leur étude le design transversal qui ne permet pas de montrer des liens de causalité. De plus, l'échantillon est difficilement généralisable, car les infirmiers proviennent d'un contexte unique. Les auteurs relèvent aussi que l'échantillon, étant exclusivement féminin, peut influencer les résultats du CTF, sachant qu'il est probable que les femmes soient plus sensibles au CTF que les hommes. Puis ils relèvent que d'autres variables (stress, burnout, engagement dans son travail) influencent l'attrition et qu'elles auraient pu être ajoutées à ce modèle.

Au final, cette étude est bien menée d'un point de vue méthodologique. Elle est donc de niveau 2 selon la classification HAS.

4.7.2 Pertinence clinique

Cette étude, datant de 2013, remet en question l'utilisation de la SLT comme variable résultat en recherche empirique sur l'attrition infirmière, alors qu'elle est actuellement la référence. En plus, le rôle de médiateur de l'EA, mis en avant par cette étude dans la relation entre la SLT et l'intention de démissionner, lui donne de l'importance. Ceci ouvre un nouveau champ de variables à explorer pouvant contrebalancer les effets négatifs du CTF chez les RN. Parmi ces variables, l'engagement de l'employé dans son organisation (Organisational commitment) a déjà été l'objet de recherches empiriques. Hatam et al. (2016) montrent que l'engagement de l'employé dans son organisation a un rôle préventif majeur face à l'envie de quitter son poste, ce qui concorde avec les résultats de cette étude. Malgré cela, peu de recherches abordent actuellement le sujet. Au vu du manque actuel de données probantes, les auteurs recommandent la mise en place de programmes visant la diminution du CTF et promouvant la qualité de vie en général pour diminuer l'attrition.

4.7.3 Utilité pour la pratique professionnelle

Les auteurs ne détaillent pas de stratégies concrètes applicables sur le terrain dans leur étude, mais la mise en avant de l'EA comme facteur d'influence ouvre une voie prometteuse à la recherche. De plus, malgré le manque de données scientifiques sur le sujet, il apparaît que les institutions ont déjà des stratégies en place influençant l'EA, ainsi que la LEE. En Suisse, chaque institution a ses valeurs et sa philosophie de soin. Elles sont plus ou moins visibles selon les établissements. Par exemple, l'HVS met en avant l'esprit de collaboration, l'équité, la responsabilité, la relation de soin et la durabilité comme étant les valeurs de l'institution (Hôpital du Valais, 2018b). Si on se réfère au concept de LEE décrit par Mitchell (2001), il apparaît que l'adhésion de l'employé à ces valeurs constitue la base « des liens » de sa LEE, ce qui permet la création d'un sentiment d'appartenance à l'institution. L'« ajustement » se voit lui aussi influencé à travers les politiques institutionnelles promotrices de la conciliation entre travail et famille, tandis que le « sacrifice » est minimisé dans le contexte actuel, car la pénurie d'infirmier facilite la recherche d'emploi dans la branche. Les résultats de cette étude apparaissent donc comme partiellement appliqués à la pratique, mais il est impossible de déterminer dans quelle mesure cette application est consciente de la part des institutions.

4.8 Synthèse des principaux résultats

L'étude de Ding et al. (2018) montre que l'EET a une influence positive sur la SLT face au CTF.

L'étude de Dhaini et al. (2018) relève que la fatigue émotionnelle est renforcée par le CTF, tandis que la FHI et l'habileté perçue des supérieurs la diminuent. En parallèle, l'augmentation de la FHI est souhaitée par les RN suisses et elle semble contextuellement possible. Malgré cela, l'augmentation de la FHI pourrait augmenter la charge de travail des supérieurs, ce qui pourrait avoir un effet tampon sur les bénéfices relatifs à l'augmentation de la FHI.

L'étude de Ghislieri et al. (2017) montre que les demandes liées au travail (dissonance émotionnelle et charge de travail), ainsi que le BTF des supérieurs augmentent le CTF tandis que la PSO le diminue. De l'autre côté, la PSO augmente l'ETF tandis que les demandes liées au travail le diminuent. Les résultats soulignent l'opposition entre CTF et ETF, mais les variables d'influence ne sont pas toutes les mêmes et leurs effets varient. Une approche multidimensionnelle paraît donc indispensable. En l'occurrence, une

augmentation de la PSO, ainsi qu'en parallèle, une diminution du BTF des supérieurs et de la dissonance émotionnelle semblent donc bénéfiques.

L'étude de Sharma et al. (2016) montre que le CTF affecte la santé mentale des RN à travers le stress qu'il engendre. Globalement, une IE élevée ainsi que sa composante « habileté à comprendre et gérer les émotions des autres » semble favoriser la perception et les effets du stress. En contrepartie, il semble que la composante « habileté à gérer ses émotions » et une IE basse, puissent diminuer la perception du stress, ce qui paraît favorable pour diminuer le CTF et ses effets.

L'étude de Wang et Tsai (2014) montre que le support social en provenance des amis est le plus utilisé par les infirmiers et qu'il renforce le CFT, ce qui diminue la PAT. Le CTF, quant à lui, n'apparaît pas lié significativement à la PAT, mais le support des collègues l'atténue significativement. Les différents types de supports sociaux (amis, famille, supérieurs et collègues) n'ont donc pas les mêmes effets.

L'étude de Ko (2013) montre que l'EPTI influence positivement la SLT, tandis que le CTF la diminue. En parallèle, le CTF influence la perception de l'EPTI négativement. Selon les auteurs, les conflits de comportements étant liés aux conflits de temps dans la TCTF, il serait intéressant d'axer les stratégies sur l'augmentation du temps disponible des RN. Ces points étant ciblés par les standards « Magnet® », cette certification pourrait en effet diminuer le CTF.

La dernière étude analysée de Battistelli et al. (2013) montre que l'intention de démissionner dépend de l'équilibre entre le CTF et la LEC. La SLT et l'EA sont des médiateurs en chaîne entre le CTF et l'intention de démissionner, mais la SLT n'a pas d'effet significatif de médiation dans la relation entre la LEC, l'EA et l'envie de démissionner. La SLT n'est donc pas directement liée à l'envie de quitter son emploi, ce qui remet en question son utilisation en tant que variable résultat dans les études concernant l'attrition infirmière. De plus la position médiatrice de l'EA ouvre le champ des variables à explorer car comme montré par cette étude, les ressentis (EA) vis-à-vis de l'institution semblent avoir une influence majeure sur l'intention de démissionner.

5 Discussion

5.1 Discussion des résultats

Pour rappel, la question de recherche de cette revue de littérature est : « Quels sont les facteurs influençant le CTF dans la profession infirmière et quelles sont leurs efficacités relatives sur la diminution du CTF ? ».

Étant donnée la diversité des méthodes d'analyses, des outils de mesure et des variables résultats utilisés par les études analysées, une pondération dans le but d'une comparaison de magnitude du CTF et de ses effets est impossible. Il a donc été choisi de classer les facteurs en trois rangs : ceux qui amplifient le CTF et ses effets, ceux qui ne les influencent pas significativement et ceux qui les diminuent.

Parmi les sept études retenues, les études numéro 3, 4 et 5 ont relevé des facteurs amplifiant le CTF. Selon Ghislieri et al.(2017) le BTF des supérieurs semble augmenter le CTF, ainsi que les demandes de travail, dont la charge de travail et la dissonance émotionnelle. De plus, il apparaît que l'effet de ces facteurs est direct et indirect à travers l'ETF (Ghislieri et al., 2017). L'étude de Sharma et al. (2016) montre qu'une IE élevée comme sa composante « habileté à comprendre et gérer les émotions des autres » renforcent indirectement le CTF, à travers une meilleure perception du stress. Puis l'étude de Wang et Tsai (2014) met en avant que le support social provenant des amis augmente aussi le CTF. Il serait donc intéressant de diminuer ces facteurs et leurs effets si l'on souhaite diminuer le CTF.

Les études no. 1, 2, 3, 5 et 6, quant à elles, montrent des facteurs sans influence significative directe sur le CTF. L'étude de Ding et al. (2018) ainsi que celle de Ko (2013) relèvent que les facteurs sociodémographiques n'influencent pas le CTF ; pourtant, ils influencent leur variable résultat (la SLT). Alors que l'étude de Dhaini et al. (2018) relève l'influence du taux d'occupation ainsi que du statut familial sur la santé psychologique et l'étude de Wang et Tsai (2014) utilise l'âge et le statut familial comme variables de contrôle. Il en découle que les variables sociodémographiques ne semblent pas avoir d'influence directe sur le CTF, mais elles peuvent avoir une influence sur les variables résultats. Considérant le design transversal des études analysées, les liens de cause à effet ne peuvent pas être montrés, ce qui pousse à supposer qu'ils sont bidirectionnels. C'est pourquoi des effets indirects provenant des variables sociodémographiques à travers les variables résultats ne peuvent pas être exclus.

Les autres variables sans influence significative relevées par les études incluent : le BTF des collègues selon Ghislieri et al. (2017) ainsi que les supports sociaux provenant de la famille et des supérieurs selon Battistelli et al. (2013). Concernant le BTF des collègues, Ghislieri et al. (2017) arrivent aux mêmes conclusions que l'étude de Haar, Spell et O'Driscoll (2005) : le BTF des collègues ne doit pas être un frein à l'implantation de stratégies ciblant le CTF, car son influence est négligeable. Concernant le support social provenant de la famille, l'étude de Battistelli et al. (2013) relève qu'il n'a pas d'influence significative sur le CTF. Ce qui, étant donné l'échantillon majoritairement féminin de l'étude, concorde avec les résultats de Blanch et Aluja (2012) qui ont montré que le support social de la famille est un médiateur significatif entre CTF et burnout uniquement chez les hommes. De plus, en Europe, les femmes continuent à assumer plus de tâches liées au domaine familial que les hommes, ce qui explique selon les auteurs que le soutien de l'épouse permet de tamponner le stress lié au travail de son mari, mais que cette relation n'est pas réciproque (Blanch & Aluja, 2012). Puis, concernant le support social des supérieurs, Wang et Tsai (2014) n'ont pas montré de lien significatif avec le CTF. Pourtant la méta-analyse de Kossek et al. (2011) relève qu'il diminue le CTF et que son effet est majoré lorsque la stratégie cible explicitement le CTF. L'effet du support des supérieurs dépend donc probablement des stratégies dont ils disposent ainsi que de leur marge de manœuvre sur le terrain. Ce qui pourrait expliquer la divergence apparente entre les résultats et sous-tendrait qu'il ne faille pas évincer cette variable, car elle pourrait, dans certaines conditions, diminuer le CTF. De plus l'étude de Blanch et Aluja (2012), qui s'accorde avec celle de Kossek et al. (2011), montre que le support social des supérieurs bénéficie plus aux femmes qu'aux hommes, ce qui, dans une profession majoritairement féminine, ne devrait pas être négligé. Au final, malgré les résultats des études analysées, il est difficile de juger l'influence de ces variables sur le CTF, car les évidences manquent et les résultats actuels de la recherche sont divergents.

Concernant les facteurs diminuant le CTF et ses effets, les études ont mis en avant deux types de facteurs. Les facteurs organisationnels qui modifient les conditions de travail des infirmiers, incluant la FHI, l'EET et l'EPTI, et les facteurs influençant les perceptions des employés dont : l'habileté perçue des supérieurs, le support des collègues, la PSO, l'ETF, la LEE, l'EA, l'IE basse, ainsi que sa composante « habileté à gérer ses émotions ».

Parmi les facteurs organisationnels, l'augmentation de la FHI, relevée par Dhaini et al. (2018), est souhaitée par les infirmiers suisses et elle semble implantable dans le contexte actuel. Malgré cela, du chemin reste à faire par la recherche avant son introduction. Le second facteur est l'EET (Ding et al., 2018). Il est défini par Ding et al., comme la combinaison des savoir-faire de l'employé à sa latitude décisionnelle (2018, p.98, traduction

libre). Le savoir-faire de l'employé découle en grande partie de sa formation de base et des formations continues auxquelles il a eu accès, tandis que sa latitude décisionnelle dépend des politiques fédérales, cantonales et institutionnelles. La Suisse romande, ayant majoritairement choisi de former ses infirmiers au niveau HEdS, devrait particulièrement s'intéresser à ce facteur, car cette formation donne à ses infirmiers une capacité d'analyse et de réflexion qui demande de l'autonomie dans la pratique pour mettre à profit leurs compétences. Si leur latitude décisionnelle est réduite, les infirmiers ne pourront sûrement pas s'épanouir dans leur travail et le CTF risquerait donc d'augmenter. De plus, il faut noter que la perception de la charge de travail des infirmiers peut être modifiée par l'EET (Ding et al., 2018), car elle leur permet de prioriser leurs tâches et de diminuer les perceptions amplifiant le CTF. Le troisième facteur d'influence mis en avant par Ko (2013) est l'EPTI, ce qui concorde avec les constats de l'OMS (Burton, 2010) et avec l'étude de Leineweber et al. (2014). Ici l'EPTI comporte quatre dimensions, ce qui permet à l'étude de mettre en avant que des stratégies multifactorielles sont favorables à la réduction du CTF. De plus, elle relève que la certification « Magnet® » qui inclut les dimensions mesurées à travers ses standards, peut favoriser la diminution du CTF, ce qui soutient la politique actuelle de l'HVS qui est entré dans le processus de certification « Magnet® » par l'introduction du label « Pathway to excellence® » dans son réseau hospitalier.

Concernant les facteurs influençant les perceptions du CTF, l'habileté perçue des supérieurs diminue le CTF (Dhaini et al., 2018) mais sa variance pourrait être corrélée à la charge de travail des supérieurs, ce qui reste à être élucidé. Concernant le support social provenant des collègues, il diminue aussi le CTF (Wang & Tsai, 2014) tout comme la PSO, l'ETF (Ghislieri et al., 2017), la composante « habileté à gérer ses émotions » de l'IE (Sharma et al., 2016), ainsi que la LEC et l'EA (Battistelli et al., 2013). Les avantages des facteurs modifiant les perceptions des employés sont qu'ils ne demandent pas une diminution de la productivité de l'institution (baisse de la charge de travail) et que les stratégies y relatives sont souvent peu coûteuses. Ainsi, étant donnée la période de pénurie, il paraît particulièrement intéressant d'amplifier et de soutenir tous ces facteurs dans le but de diminuer le CTF en restant vigilant quant aux effets des stratégies introduites car comme les études l'ont montré, certaines stratégies peuvent produire l'effet inverse de celui recherché.

En parallèle, il paraît important de souligner que la pénurie d'infirmiers et l'attrition infirmière apparaissent comme les premières motivations à l'exploration disciplinaire du CTF. Ces notions n'étaient pas incluses dans les critères de sélection des études, pourtant elles sont le point de départ de six des sept études analysées. De plus, les institutions sont les

premières touchées par des problèmes de recrutement et de fidélisation du personnel, ce qui pourrait expliquer que les facteurs explorés en recherche empirique disciplinaire proviennent majoritairement du domaine professionnel. En contrepartie, les autres domaines de la vie sont rarement investigués par la recherche empirique disciplinaire. Parmi les 7 études examinées, seuls Wang et al. (2014), qui explorent les effets du support social provenant des amis et de la famille, ainsi que Battistelli et al. (2013) qui montrent les effets de la LEC, ont inclus des facteurs provenant de domaines non professionnels dans leurs études. Ces derniers semblent pourtant avoir des influences significatives sur le CTF, c'est pourquoi ils ne devraient pas être négligés. De plus, la TCTF (Greenhaus & Beutell, 1985) constitue le cadre théorique de six des sept études analysées et seule l'étude de Ghisleri et al. (2017) inclut l'ITF et ses deux pôles dans son cadre théorique. Il en ressort que la notion de conflit inter-domaine se voit renforcée, tandis que la notion d'enrichissement inter-domaine fait majoritairement défaut. Cela influence probablement les perceptions des employés concernant le CTF en liant ses causes aux institutions et pourrait expliquer le manque de prise de conscience de l'influence que les employés pourraient avoir personnellement sur le CTF. Pourtant un changement de perspective pourrait modifier la vision négative de l'institution qui en découle, en mettant en avant les bénéfices qu'elle apporte aux employés à travers l'utilisation de l'ETF. Concernant les variables résultats, la SLT apparaît dans deux études tandis que la PAT, la fatigue émotionnelle, l'ITF, la santé mentale et l'intention de démissionner n'apparaissent qu'une fois chacune. Il y a donc six variables résultats différentes dans sept études, ce qui rend la comparaison ardue. D'autant plus que l'étude de Battistelli et al. (2013) relèvent que la SLT, qui est la plus couramment utilisée en recherche empirique sur le CTF, n'est probablement pas la meilleure variable pour explorer l'attrition infirmière et l'intention de quitter son emploi, car elle est selon eux un médiateur entre le CTF, l'EA et l'intention de quitter son emploi. Au final, cette variété dans le choix des variables résultats découle sûrement du fait que peu d'études qualitatives se sont portées sur le sujet. De plus, les personnes ayant réellement choisi de quitter leur emploi ou leur profession, ne sont pas incluses dans les recherches sur le sujet. Car il paraît impossible de constituer un échantillon de RN ayant quitté leur emploi ou leur profession d'un point de vue logistique pour pouvoir l'examiner. Il en découle que les variables représentant l'attrition dans les études sont en fait souvent des médiateurs de cette dernière. La recherche empirique disciplinaire, quant à elle, semble postuler que d'agir sur un médiateur interagira avec les variables qui lui sont liées, car le design transversal des études analysées ne permet pas de montrer des relations de cause à effet. En contrepartie, la LEE ressort comme la seule variable reposant sur une réflexion englobant différents médiateurs liés significativement à l'attrition, à la volonté de garder son poste et au CTF (Mitchell et al., 2001).

Concernant les mesures du CTF, l'étude de Ding et al. (2018) est la seule à ne pas nommer l'échelle de mesure utilisée, bien qu'elle soit validée selon les auteurs. L'étude de Wang et al. (2014) a, quant à elle, employé l'échelle de Frone et Yardley (1996) tandis que les cinq autres études ont utilisé l'échelle de Netmeyer et al. (1996) ou l'une de ses traductions (annexe V). Une forme d'unité disciplinaire semble donc exister concernant le choix de l'outil de mesure du CTF. De plus, toutes les échelles comportent des questions multiples, elles sont multidimensionnelles et bidirectionnelles, ce qui respecte les recommandations actuelles. Malgré cela, la validité et la fiabilité des traductions d'échelles font souvent défaut comme dans les études 2, 5, 6 et 7. Force est de constater que les mesures relatives à la TCTF restent peu méthodiques et qu'il n'existe pas d'outil de mesure globale de l'ITF. Aujourd'hui, les soins infirmiers développent des échelles liées à la TCTF ciblant des populations spécifiques comme les parents de jeunes enfants (Haslam, Filus, Morawska, Sanders, & Fletcher, 2014) ou les infirmiers ayant un rôle d'étudiant (Xu & Song, 2013). Cependant, aucune échelle spécifique n'évalue les 6 dimensions de la TCTF et aucune à notre connaissance ne mesure l'ITF et ses deux pôles. Ce manque d'outil fiable et utilisable pénalise donc la recherche et restreint la validité de toutes les études sur le sujet. Malgré cela, il est intéressant de noter que les résultats des mesures du CTF chez les infirmiers sont constants, en Asie comme en Europe. Ceci pose la question de l'existence possible d'un lien entre le CTF et la profession d'infirmier. D'une part, les recherches sur les causes de CTF exposées dans la problématique permettent de postuler que les caractéristiques de la profession sont des facteurs de risque du CTF, et d'autre part, aucune étude à notre connaissance n'a investigué l'influence de l'identité infirmière sur le CTF. Pourtant, il paraît supposable que le choix du métier d'infirmier, qui a été défini comme une vocation pendant des générations, puisse être lié à certains types de personnalités qui pourraient influencer le CTF (Lee et al., 2017; Rantanen, Kinnunen, Mauno, & Tement, 2013). De plus, l'identité infirmière découlant de l'incorporation des valeurs et des règles de l'art professionnel est probablement difficilement compatible avec les valeurs économiques actuelles. Il en découle que les infirmiers sont des professionnels qui ont acquis des compétences de prise en soins. Pourtant, ils vivent une ambiguïté quotidienne (Sharma et al., 2016) qui découle de leurs difficultés à exercer dans les règles de l'art et à prendre soin d'eux-mêmes dans le contexte professionnel actuel. Il serait donc probablement intéressant d'explorer ces relations ambiguës, ainsi que leurs effets sur le CTF.

5.2 Discussion de la qualité et de la crédibilité des évidences

Toutes les études primaires retenues pour cette revue de littérature sont de devis quantitatifs. Le niveau de preuve 1, considéré comme preuve scientifique selon l'échelle de

la HAS, n'est donc pas atteignable. Malgré cela, suite à l'analyse de la validité méthodologique des études, cinq d'entre elles sont de niveau 2, ce qui correspond à des présomptions scientifiques concernant la crédibilité des évidences. Les deux autres études sont de niveau 4, ce qui correspond à une faible crédibilité des preuves. Concernant les résultats des études, il faut tout de même tenir compte de leur relativité, étant donné que certains résultats sont contradictoires, tandis que d'autres se voient corroborés par des études et parfois même par des méta-analyses. De plus, certains domaines sont plus investigués que d'autres, ce qui est certainement lié à des raisons socioéconomiques et politiques non explicitées par la recherche, ce qui se doit d'être pris en compte lors de la lecture d'articles scientifiques.

5.3 Limites et critiques de la revue de la littérature

La première limitation de cette revue de littérature est de n'avoir sélectionné que des études disciplinaires infirmières. Les études analysées s'inspirent de connaissances interdisciplinaires, mais la recherche en sciences infirmières n'est pas aussi avancée que d'autres disciplines concernant la mise en œuvre de stratégies visant une diminution du CTF. De ce fait, les propositions pour la recherche sont nombreuses et les propositions de stratégies concrètes applicables dans les milieux de soins sont limitées. La deuxième limitation de cette étude est son contexte de réalisation. Cette revue de littérature découle de la première mise en pratique d'acquis théoriques sur le domaine de la recherche. La troisième limitation est que le contexte valaisan est principalement représenté par l'HVS, car c'est la seule institution dont la politique actuelle est publiquement accessible sur son site internet. Il en découle une limitation à la généralisation possible des résultats.

6 Conclusions

Il apparaît que le CTF est un problème complexe, qui devient central en recherche disciplinaire infirmière, étant donnée la pénurie actuelle de personnel. Malgré cela, une prise de décision éclairée face aux stratégies implantables sur le terrain reste difficile du aux faibles niveaux d'évidences scientifiques disponibles. De plus, la recherche montre que les effets hypothétiques de certaines stratégies, visant une diminution du CTF s'avèrent parfois amplifier ce dernier (Sharma et al., 2016). Il faut donc rester prudent lors de l'implantation de stratégies sur le terrain et évaluer leurs effets, malgré le contexte pressant relatif à la pénurie d'infirmiers.

6.1 Propositions pour la pratique

Il paraît souhaitable d'ajuster les cahiers des charges des infirmiers, ainsi que leur EET en fonction de leur formation de base et de leurs formations continues. Les infirmiers se sentiraient alors reconnus à leur juste valeur et ils pourraient s'épanouir dans leur métier en mettant leurs connaissances au profit des institutions, ce qui paraît primordial en Suisse romande et en Valais, au vu de l'arrivée probable d'infirmiers formés en écoles supérieures (ES) sur le terrain. Les différents rôles et responsabilités se doivent donc d'être clairement définis pour permettre la collaboration entre les différents types d'infirmiers.

En parallèle, les facteurs influençant les perceptions des employés semblent particulièrement intéressants pour la pratique, car les stratégies relatives à ces derniers ne sont pas forcément coûteuses et paraissent facilement applicables et testables sur le terrain. Par exemple, un positionnement clair et accessible au public des institutions concernant leurs valeurs et leur philosophie de soins pourrait être favorable. Aujourd'hui, quatre des neuf cliniques et hôpitaux valaisans affichent leurs chartes, leurs valeurs ou leur philosophie de soins sur leurs sites internet tandis que l'association valaisanne des CMS, ainsi que celle des EMS (AVALEMS) mentionnent l'existence de leurs chartes sans les rendre accessibles. Pourtant ce positionnement institutionnel permettrait aux infirmiers de savoir, avant de postuler, s'ils adhèrent aux valeurs de l'institution et il constituerait le premier point d'ancrage de leur EA et de leur LEE. De plus, dès l'engagement d'un nouveau collaborateur, les institutions pourraient favoriser son intégration dans l'équipe par diverses stratégies (une présentation formelle du nouvel employé à tous les membres de l'équipe, l'instauration d'un rituel de bienvenue ou encore un système de mentorat), ce qui pourrait favoriser le support social des collègues et des supérieurs. Puis par la suite, la cohésion de l'équipe pourrait être renforcée, au niveau du service, (team building, lieux et moments d'échanges entre collègues) comme au niveau institutionnel (panneau d'affichage multi rubriques incluant : gardes d'enfants, sorties et co-voiturage), ce qui favoriserait les échanges et le soutien entre collègues et amplifierait la PSO et l'ETF. Ces stratégies multiples auraient pour but un renforcement de tous les facteurs mis en avant par cette revue de littérature, sachant qu'il n'est actuellement pas possible de les hiérarchiser. En parallèle, concernant les facteurs organisationnels, les institutions pourraient s'inspirer du HVS qui vise l'obtention de la certification « Magnet® » (incluant l'EET, l'EPTI et la FHI) et qui affiche clairement sa volonté de soigner ses collaborateurs.

6.2 Propositions pour la formation

Les infirmiers actuellement sur le terrain en Suisse proviennent de différentes formations. Il paraît donc important que chaque formation définisse sa vision de l'identité infirmière et qu'elles explicitent clairement quelles sont les tâches pour lesquelles leurs infirmiers sont formés. De plus, il pourrait être intéressant de songer à différencier les dénominations des infirmiers en fonction de leurs formations dans le but d'éliminer le flou identitaire persistant sur le terrain qui provoque des tensions liées au titre d'infirmier. D'ailleurs, cette modification de dénomination pourrait permettre aux patients de différencier les types d'infirmiers, aux formations d'affirmer leurs différences et leurs utilités respectives, aux politiques de légiférer sur leurs responsabilités et leurs autonomies par type de professionnels. De plus cela mettrait en avant l'évolution du métier d'infirmier qui se complexifie et demande différents types de professionnels pour différents postes.

6.3 Propositions pour la recherche

Il paraît important de commencer par définir les types d'infirmiers en lien avec leurs formations et leurs identités respectives pour que la recherche puisse étudier des populations plus homogènes. Des recherches qualitatives pourraient alors explorer les perceptions de ces différents groupes de professionnels face au CTF et relever les facteurs les plus influents. En parallèle, l'utilisation de l'ITF permettrait d'élargir le champ des variables à explorer et de modifier les perceptions du CTF chez les professionnels, comme expliqué dans la section « discussion des résultats ». Il est indiscutable que la situation de pénurie pousse les institutions à introduire des stratégies visant une diminution du CTF. Ces stratégies devraient être définies et étudiées pour montrer leur efficacité. De plus, il pourrait être bénéfique d'implanter et de tester des stratégies influant sur les perceptions des employés relatives au CTF, dans le but de donner des moyens d'actions concrets aux institutions et d'accorder du temps à la recherche pour avancer dans l'exploration complexe du CTF. En effet, il ressort de cette revue de littérature que l'influence des variables sociodémographiques reste à explorer, tout comme celle des variables résultats. De plus, des outils de mesure spécifiques, basés sur les résultats de recherches qualitatives pourraient être développés. Ensuite, des recherches longitudinales pourraient débiter, ce qui permettrait de montrer des liens de cause à effet. Ces avancées permettraient d'augmenter la validité de conclusion statistique** des études sur le CTF, de cibler les variables les plus influentes, puis de proposer, tester et implanter des solutions concrètes sur le terrain.

7 Références bibliographiques

- Aazami, S., Shamsuddin, K., & Akmal, S. (2015). Examining behavioural coping strategies as mediators between work-family conflict and psychological distress. *The Scientific World Journal*, 2015. <http://dx.doi.org/10.1155/2015/343075>
- Abdul Rahman, H., Abdul-Mumin, K., & Naing, L. (2017). Psychosocial factors, musculoskeletal disorders and work-related fatigue amongst nurses in Brunei: structural equation model approach. *International Emergency Nursing*, 34, 17-22. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ienj.2017.04.001>
- Addor, V., Schwendimann, R., Gauthier, J.-A., Wernli, B., Jackel, D., & Paignon, A. (2016). *L'étude nurses at work: parcours professionnels des infirmières/infirmiers au cours des 40 dernières années en Suisse* (N° 8). Consulté à l'adresse https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2016/obsan_bulletin_2016-08_f.pdf
- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, J., & Silber, J. H. (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA*, 288(16), 1987-1993. <https://doi.org/10.1001/jama.288.16.1987>
- Albertsen, K., Garde, A. H., Nabe-Nielsen, K., Hansen, A. M., Lund, H., & Hvid, H. (2014). Work-life balance among shift workers: Results from an intervention study about self-rostering. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 87(3), 265-274. <https://doi.org/10.1007/s00420-013-0857-x>
- Allen, T. D., Herst, D. E. L., Bruck, C. S., & Sutton, M. (2000). Consequences associated with work-to-family conflict: A review and agenda for future research. *Journal of Occupational Health Psychology*, 2(5), 278-308. <https://doi.org/10.1037//1076-8998.5.2.278>
- Allen, T. D., Johnson, R. C., Kiburz, K. M., & Shockley, K. M. (2013). Work-family conflict and flexible work arrangements: deconstructing flexibility. *Personnel Psychology*, 66(2), 345-376. <https://doi.org/10.1111/peps.12012>

- Amstad, F. T., Meier, L. L., Fasel, U., Elfering, A., & Semmer, N. K. (2011). A meta-analysis of work–family conflict and various outcomes with a special emphasis on cross-domain versus matching-domain relations. *Journal of Occupational Health Psychology, 16*(2), 151-169. <https://doi.org/10.1037/a0022170>
- Association suisse des infirmiers et infirmières. (2003). *Les soins infirmiers en Suisse perspectives 2020: Document de positionnement de l'Association suisse des infirmières et infirmiers (ASI)* (p. 1-40). Consulté à l'adresse https://www.sbk.ch/fileadmin/sbk/shop_downloads/fr/Perspektive2020-fr.pdf
- Battistelli, A., Portoghese, I., Galletta, M., & Pohl, S. (2013). Beyond the tradition: test of an integrative conceptual model on nurse turnover. *International Nursing Review, 60*(1), 103-111. <https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2012.01024.x>
- Beigi, M., & Shirmohammadi, M. (2017). Qualitative research on work-family in the management field: A review. *Applied Psychology: An International Review* (, 66(3), 382-433. <http://dx.doi.org/10.1111/apps.12093>
- Berkman, L. F., Yan Liu, S., Moen, P., Kelly, E., Davis, K., Karuntzos, G., ... Buxton, O. M. (2015). Work-family conflict, cardiometabolic risk, and sleep duration in nursing employees. *Journal of Occupational Health Psychology, 20*(4), 420-433. <http://dx.doi.org/10.1037/a0039143>
- Blanch, A., & Aluja, A. (2012). Social support (family and supervisor), work–family conflict, and burnout: Sex differences. *Human Relations, 65*(7), 811-833. <https://doi.org/10.1177/0018726712440471>
- Bowling, N. A., Alarcon, G. M., Bragg, C. B., & Hartman, M. J. (2015). A meta-analytic examination of the potential correlates and consequences of workload. *Work & Stress, 29*(2), 95-113. <https://doi.org/10.1080/02678373.2015.1033037>
- Braunstein-Bercovitz, H. (2013). A multidimensional mediating model of perceived resource gain, work-family, work-family conflict sources, and burnout. *International Journal of Stress Management, 20*(2), 95-115. <http://dx.doi.org/10.1037/a0032948>

- Burton, J. (2010). *Healthy workplace framework and model: Background and supporting literature and practices*. Consulté à l'adresse http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/113144/9789241500241_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Caverzasio, S. (2007). *L'évolution du rôle infirmier à travers les formations*. Haute école valaisanne domaine santé & social filière de formation des infirmières et infirmiers, Sion.
- Centre hospitalier universitaire vaudois. (S.d.). Concilier carrière et famille. Consulté 4 janvier 2019, à l'adresse CHUV website: <https://www.chuv.ch/fr/carriere/accueil/vos-avantages/concilier-carriere-et-famille/>
- Chen, I.-H., Brown, R., Bowers, B. J., & Chang, W.-Y. (2015). Work-to-family conflict as a mediator of the relationship between job satisfaction and turnover intention. *Journal of Advanced Nursing*, 71(10), 2350-2363. <https://doi.org/10.1111/jan.12706>
- Chu, L.-C. (2014). The influence of perceived stress on work–family conflict and mental health: the moderating effect of person–environment fit. *Journal of Nursing Management*, 22(5), 613-620. <https://doi.org/10.1111/jonm.12014>
- Clark, S. C. (2000). Work/family border theory: A new theory of work/family balance. *Human Relations*, 53(6), 747-770. <https://doi.org/10.1177/0018726700536001>
- Demerouti, E., & Bakker, A. B. (2007). The job demands-resources model: state of the art. *Journal of Managerial Psychology*, 22(3), 309-328. <https://doi.org/10.1108/02683940710733115>
- Desmedt, M., De Geest, S., Schubert, M., Schwendimann, R., & Ausserhofer, D. (2012). A multi-method study on the quality of the nurse work environment in acute-care hospitals: positioning Switzerland in the Magnet hospital research. *Swiss Medical Weekly*, 142(5152). <https://doi.org/10.4414/smw.2012.13733>
- Dhaini, S. R., Denhaerynck, K., Bachnick, S., Schwendimann, R., Schubert, M., De Geest, S., & Simon, M. (2018). Work schedule flexibility is associated with emotional

- exhaustion among registered nurses in swiss hospitals: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 80, 99-105.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.03.019>
- Ding, X., Yang, Y., Su, D., Zhang, T., Li, L., & Li, H. (2018). Can job control ameliorate work-family conflict and enhance job satisfaction among chinese registered nurses? A mediation model. *International Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 9(2), 97-105. <https://doi.org/10.15171/ijoem.2018.1176>
- Edwards, J. R., & Rothbard, N. P. (2000). Mechanisms linking work and family: clarifying the relationship between work and family constructs. *Academy of Management Review*, 25(1), 178-199. <https://doi.org/10.5465/amr.2000.2791609>
- Edwards, J. R., & Rothbard, N. P. (2005). Work and family stress and well-being: An integrative model of person-environment fit within and between the work and family domains. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 77(2), 85-129. <https://doi.org/10.1006/obhd.1998.2813>
- Elfering, A., Häfliger, E., & Grebner, S. (2017). Lower back pain in nurses working in home care: linked to work–family conflict, emotional dissonance, and appreciation? *Psychology, Health & Medicine*, 23(6), 1-8.
<https://doi.org/10.1080/13548506.2017.1417614>
- Estryn-Béhar, M., & Van der Heijden, B. I. J. M. (2012). Effects of extended work shifts on employee fatigue, health, satisfaction, work/family balance, and patient safety. *Work*, (41), 4283-4290. <https://doi.org/10.3233/WOR-2012-0724-4283>
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche: Méthodes quantitatives et qualitatives* (Chenelière Education inc.). Montréal (Québec).
- Frone, M. R., Russel, M., & Cooper, M. L. (1992). Antecedents and outcomes of work-family conflict: Testing a model of the work-family interface. *Journal of Apply Psychology*, 77(1), 65-78. <https://doi.org/10.1037//0021-9010.77.1.65>

- Frone, M. R., & Yardley, J. K. (1996). Workplace family-supportive programmes: Predictors of employed parents' importance ratings. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 69(4), 351-366.
- Frone, M. R., Yardley, J. K., & Markel, K. S. (1997). Developing and testing an integrative model of the work–family interface. *Journal of vocational behavior*, 50(2), 145–167. <https://doi.org/10.1006/jvbe.1996.1577>
- Fusulier, B. (2012). Regard sociologique sur l'articulation de la vie professionnelle avec la vie familiale. Enjeu de société, médiation organisationnelle et appartenance professionnelle. *HAL*, 89(hal-00976944), 1-29.
- Gasser, C. (2014). *Situation du personnel soignant hospitalier en Suisse en comparaison européenne* (N° 3; p. 1-4). Consulté à l'adresse Observatoire suisse de la santé website: <https://www.hsl-luzern.ch/files/LQYDW7V/Obsan-RN4CAST-BULLETTIN-juillet-2014.pdf>
- Ghislieri, C., Gatti, P., Molino, M., & Cortese, C. G. (2017). Work–family conflict and enrichment in nurses: between job demands, perceived organisational support and work–family backlash. *Journal of Nursing Management*, 25(1), 65-75. <https://doi.org/10.1111/jonm.12442>
- Greenhaus, J. H. (2008). Innovations in the study of the work-family interface: Introduction to the special section. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 81(3), 343-348. <https://doi.org/10.1348/096317908X332135>
- Greenhaus, J. H., & Beutell, N. J. (1985). Sources of conflict between work and family roles. *The Academy of Management Review*, 10(1), 76. <https://doi.org/10.2307/258214>
- Greenhaus, J. H., & Powell, G. N. (2006). When work and family are allies: A theory of work-family enrichment. *The Academy of Management Review*, 31(1), 79-92. <https://doi.org/10.5465/AMR.2006.19379625>
- Grzywacz, J. G., & Marks, N. F. (2000). Reconceptualizing the work-family interface: An ecological perspective on the correlates of positive and negative spillover between

- work and family. *Journal of Occupational Health Psychology*, 5(1), 111-260.
<https://doi.org/10.1037/1076-8998.5.1.111>
- Gyllensten, K., Andersson, G., & Muller, H. (2017). Experiences of reduced work hours for nurses and assistant nurses at a surgical department: a qualitative study. *BMC Nursing*, 1-12. <https://doi.org/DOI 10.1186/s12912-017-0210-x>
- Haar, J. M., Spell, C. S., & O'Driscoll, M. P. (2005). Exploring work-family backlash in a public organisation. *International Journal of Public Sector Management*, 18(7), 604-614. <https://doi.org/10.1108/09513550510624068>
- Haberey-Knuessi, V. (2011). Des exigences aux ressources, le modèle de Demerouti au service des soins infirmiers. *Recherche en soins infirmiers*, 104(1), 23-29.
<https://doi.org/10.3917/rsi.104.0023>
- Hamel, F. (2012). *Les concepts en sciences infirmières: Identité*. Consulté à l'adresse <https://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-203.htm>
- Haslam, D., Filus, A., Morawska, A., Sanders, M. R., & Fletcher. (2014). The work-family conflict scale (WAFCS): Development and initial validation of a self-report measure of work-family conflict for use with parents. *Child Psychiatry & Human Development*, 46(3), 346-357. <http://dx.doi.org/10.1007/s10578-014-0476-0>
- Hatam, N., Tajik Jalali, M., Askarian, M., & Kharazmi, E. (2016). Relationship between family-work and work-family conflict with organizational commitment and desertion intention among nurses and paramedical staff at hospitals. *International Journal of Community Based Nursing & Midwifery*, 4(2), 107-118.
- Haute autorité de santé. (2013). *Etat des lieux niveau preuve gradation*. Consulté à l'adresse https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-06/etat_des_lieux_niveau_preuve_gradation.pdf
- Hobfoll, S. E. (1989). Conservation of resources. A new attempt at conceptualizing stress. *The American Psychologist*, 44(3), 513-524. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.44.3.513>

- Hôpital du Valais. (2014). *Rapport qualité 2013* (p. 116). Consulté à l'adresse Hôpitaux valaisans website:
https://www.hopitalduvalais.ch/fileadmin/files/hopital/Rapports/Rapport_qualite_HVS_2013_FR.pdf
- Hôpital du Valais. (2018a). *Rapport qualité, hôpital en bref, 2017* (p. 12). Consulté à l'adresse Hôpitaux valaisans website:
https://www.hopitalvs.ch/fileadmin/files/hopital/Rapports/RQ-2017/FR/Rapport_qualite_Hopital_en_bref_2017_FR_web.pdf
- Hôpital du Valais. (2018b). Vision. Consulté 5 janvier 2019, à l'adresse hôpital du Valais website: <https://www.hopitalduvalais.ch/fr/lhopital-du-valais/vision.html>
- Hôpitaux neuchâtelois. (2018). Prestations pour les collaborateurs - HNE. Consulté 4 janvier 2019, à l'adresse <https://www.h-ne.ch/espace-pro/prestations-pour-les-collaborateurs>
- Hospital case management. (2014). Nurses at high risk of work-family conflict. *Hospital Case Management: The Monthly Update on Hospital-Based Care Planning and Critical Paths*, 22(6), 85-86.
- Hurtado, D. A., Okechukwu, C. A., Buxton, O. M., Hammer, L., Hanson, G. C., Moen, P., ... Berkman, L. F. (2016). Effects on cigarette consumption of a work-family supportive organisational intervention: 6-month results from the work, family and health network study. *J Epidemiol Community Health*, 70(12), 1155-1161.
<https://doi.org/10.1136/jech-2015-206953>
- International Council of Nurses, & Florence Nightingale International Foundation. (2006). *Global nursing shortage: priority areas for intervention*. Geneva: International Council of Nurses.
- Ishola, A. A., Adekunle, A., & Aroyewun, F. T. (2018). Work-family conflict and demographic variables as co-variants of life satisfaction among nurses from selected healthcare facilities in the ibadan metropolis. *International Journal*, 11(1), 523.

- Jennings, K. S., Sinclair, R. R., & Mohr, C. D. (2016). Who benefits from family support? Work schedule and family differences. *Journal of Occupational Health Psychology*, 21(1), 51-64. <https://doi.org/10.1037/a0039651>
- Kahn, R. L., Wolfe, D. M., Quinn, R. P., Snoek, J. D., & Rosenthal, R. A. (1964). *Organizational stress: Studies in role conflict and ambiguity*. Oxford, England: John Wiley.
- Karasek, R. A. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24(2), 285-308. <https://doi.org/10.2307/2392498>
- Karatepe, O. M. (2013). The effects of work overload and work-family conflict on job embeddedness and job performance: The mediation of emotional exhaustion. *International Journal of Contemporary Hospitality Management*, 25(4), 614-634. <https://doi.org/10.1108/09596111311322952>
- Kelly, E. L., Kossek, E. E., Hammer, L. B., Durham, M., Bray, J., Chermack, K., ... Kaskubar, D. (2008). Getting there from here: Research on the effects of work–family initiatives on work–family conflict and business outcomes. *The Academy of Management annals*, 2, 305-349. <https://doi.org/10.1080/19416520802211610>
- Ko, Y. K. (2013). Relationship of nurse practice environment and work-family conflict to job satisfaction in hospital nurses in korea. *Journal of Korean Academy of Nursing Administration*, 19(2), 207-216. <https://doi.org/10.1111/jkana.2013.19.2.207>
- Kopelman, R. E., Greenhaus, J., & Connolly, T. F. (1983). A model of work, family, and interrole conflict: A construct validation study. *Organizational Behavior and Human Performance*, 32(2), 198-215. [https://doi.org/10.1016/0030-5073\(83\)90147-2](https://doi.org/10.1016/0030-5073(83)90147-2)
- Kossek, E. E., Pichler, S., Bodner, T., & Hammer, L. B. (2011). Workplace social support and work-family conflict: a meta-analysis clarifying the influence of general and work-family-specific supervisor and organisational support. *Personnel Psychology*, 64(2), 289-313. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6570.2011.01211.x>

La modélisation par équations structurelles avec Sphinx iQ | Blog Sphinx iDeas. (S.d.).

Consulté 17 décembre 2018, à l'adresse <http://www.lesphinx->

[developpement.fr/blog/la-modelisation-par-equations-structurelles-avec-sphinx-iq/](http://www.lesphinx-developpement.fr/blog/la-modelisation-par-equations-structurelles-avec-sphinx-iq/)

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer pub.

Lee, S., McHale, S. M., Crouter, A. C., Hammer, L. B., & Almeida, D. M. (2017). Finding time over time: Longitudinal links between employed mothers' work-family conflict and time profiles. *Journal of Family Psychology*, 31(5), 604-615. <https://doi.org/10.1037/fam0000303>

Leineweber, C., Westerlund, H., Chungkham, H. S., Lindqvist, R., Runesdotter, S., & Tishelman, C. (2014). Nurses' practice environment and work-family conflict in relation to burn out: A multilevel modelling approach. *Plos One*, 9(5), e96991. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0096991>

Lobsiger, M., Kägi, W., & Burla, L. (2016). *Les professionnels de la santé : sorties de leur profession* (N° 7). Consulté à l'adresse Observatoire suisse de la santé website: https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2016/obsan_bulletin_2016-07_f.pdf

Marsh, R. (2015). *Women in the workplace: Work-life balance lessons from mission control*. Consulté à l'adresse <https://www.apa.org/pi/about/newsletter/2015/09/women-workplace>

Merçay, C., Burla, L., & Widmer, M. (2016). *Personnel de santé en Suisse: état des lieux et projections à l'horizon 2030* (N° 71; p. 1-100). Consulté à l'adresse Observatoire suisse de la santé website: https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2016/obsan_71_rapport.pdf

Mesmer-Magnus, J. R., & Viswesvaran, C. (2005). Convergence between measures of work-to-family and family-to-work conflict: A meta-analytic examination. *Journal of Vocational Behavior*, 67(2), 215-232. <https://doi.org/10.1016/j.jvb.2004.05.004>

- Michel, J. S., Kotrba, L. M., Mitchelson, J. K., Clark, M. A., & Baltes, B. B. (2011). Antecedents of work–family conflict: A meta-analytic review. *Journal of Organizational Behavior*, 32(5), 689-725. <https://doi.org/10.1002/job.695>
- Michel, J. S., Mitchelson, J. K., Kotrba, L. M., LeBreton, J. M., & Baltes, B. B. (2009). A comparative test of work-family conflict models and critical examination of work-family linkages. *Journal of Vocational Behavior*, 74(2), 199-218. <https://doi.org/10.1016/j.jvb.2008.12.005>
- Mitchell, T. R., Holtom, B. C., Lee, T. W., Sablinski, C. J., & Erez, M. (2001). Why people stay: Using job embeddedness to predict voluntary turnover. *Academy of Management Journal*, 44(6), 1102-1121. <https://doi.org/10.5465/3069391>
- Moradi, T., Maghaminejad, F., & Azizi-Fini, I. (2014). Quality of working life of nurses and its related factors. *Nursing and Midwifery Studies*, 3(2). Consulté à l'adresse <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4228533/>
- Mozafari, M., Azami, G., Lotfizadeh Dehkordi, M., & Aazami, S. (2016). Validation of multidimensional persian version of the work-family conflict questionnaire among nurses. *The International Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 7(3), 164-171. <https://doi.org/10.15171/ijoem.2016.748>
- Netemeyer, R. G., Boles, J. S., & McMurrian, R. (1996). Development and validation of work–family conflict and family–work conflict scales. *Journal of applied psychology*, 81(4), 400.
- Nilsen, W., Skipstein, A., Østby, K. A., & Mykletun, A. (2017). Examination of the double burden hypothesis: a systematic review of work-family conflict and sickness absence. *European Journal of Public Health*, 27(3), 465-471. <http://dx.doi.org/10.1093/eurpub/ckx054>
- Nohe, C., Meier, L., Sonntag, K., & Michel, A. (2015). The chicken or the egg? A meta-analysis of panel studies of the relationship between work-family conflict and strain. *Journal of Applied Psychology*, 100(2), 522-536. <http://dx.doi.org/10.1037/a0038012>

- Observatoire valaisan de la santé et Service de la santé publique du Valais. (2015). *Le système de santé valaisan, annuaire statistique 2015* (p. 1-214). Consulté à l'adresse
<https://www.vs.ch/documents/40893/1449305/Annuaire+statistique+2015+-+Statistisches+Jahrbuch+2015/709026a8-4c57-48d7-a15c-76e0034a7c48>
- Office of the high commissioner for human rights. (2014). *Gender stereotyping*. Consulté à l'adresse
https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/WRGS/OnePagers/Gender_stereotyping.pdf
- Okechukwu, C., El Ayadi, A. M., Tamers, S. L., Sabbath, E. L., & Berkman, L. (2012). Household food insufficiency, financial strain, work-family spillover, and depressive symptoms in the working class: The work, family, and health network study. *American Journal of Public Health, 102*(1), 126-133.
<http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2011.300323>
- Organisation mondiale de la santé. (2001). *Rapport sur la santé dans le monde 2001: la santé mentale: nouvelle conception, nouveaux espoirs*. Genève: Organisation Mondiale de la Santé.
- Organisation mondiale de la santé (Éd.). (2016). *Global strategic directions for strengthening nursing and midwifery 2016–2020*. Consulté à l'adresse
http://www.who.int/hrh/nursing_midwifery/global-strategic-midwifery2016-2020.pdf?ua=1
- Rantanen, J., Kinnunen, U., Mauno, S., & Tement, S. (2013). Patterns of conflict and enrichment in work-family balance: A three-dimensional typology. *Work and Stress, 27*(2), 141-163. <https://doi.org/10.1080/02678373.2013.791074>
- Rothbard, N. P. (2001). Enriching or depleting? The dynamics of engagement in work and family roles. *Administrative Science Quarterly, 46*(4), 655-684.
<https://doi.org/10.2307/3094827>

- Ruggiero, J.S. (2005). Health, work variables, and job satisfaction among nurses. *Journal of Nursing Administration*, 35(5), 254-263. <https://doi.org/10.1097/00005110-200505000-00009> .
- Schindelholz, P. (2006). L'identité infirmière existe-t-elle ? *Soins cadres*, 53, 58-60.
- Sharma, J., Dhar, R. L., & Tyagi, A. (2016). Stress as a mediator between work–family conflict and psychological health among the nursing staff: Moderating role of emotional intelligence. *Applied Nursing Research*, 30, 268-275. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2015.01.010>
- Shockley, K. M., Winny, S., De Nunzio, M. M., Arvan, M., & Knudsen, E. A. (2017). Disentangling the relationship between gender and work-family conflict: An integration of theoretical perspectives using meta-analytic methods. *Journal of Applied Psychology*, 102(12), 1601-1635. <http://dx.doi.org/10.1037/apl0000246>
- Slim, K. (2007). *Lexique de la recherche clinique et de la médecine factuelle*. <https://doi.org/10.1016/B978-2-294-70400-0.X5000-X>
- Sphinx. (2018). rotation Varimax ; ACP ; analyse en composantes principales ; analyses multivariées ; analyse de données. Consulté 19 décembre 2018, à l'adresse <http://www.lesphinx-developpement.fr/blog/tag/rotation-varimax-acp-analyse-en-composantes-principales-analyses-multivariees-analyse-de-donnees/>
- Université de Lausanne. (2018, novembre 22). Maîtrise universitaire ès Sciences en pratique infirmière spécialisée (MScIPS). Consulté 13 janvier 2019, à l'adresse <https://www.unil.ch/sciences-infirmieres/fr/home/menuinst/masters/maitrise-universitaire-ips-mscips.html>
- Van der Doef, M., & Maes, S. (1999). The job demand-control (-support) model and psychological well-being: A review of 20 years of empirical research. *Work & Stress*, 13(2), 87-114. <https://doi.org/10.1080/026783799296084>
- Wang, M.-L., & Tsai, L.-J. (2014). Work-family conflict and job performance in nurses: The moderating effects of social support. *Journal of Nursing Research*, 22(3), 200-207. <http://dx.doi.org/10.1097/jnr.0000000000000040>

- Wayne, J. H., Grzywacz, J. G., Carlson, D. S., & Kacmar, K. M. (2007). Work–family facilitation: A theoretical explanation and model of primary antecedents and consequences. *Human Resource Management Review*, 17(1), 63-76.
<https://doi.org/10.1016/j.hrmr.2007.01.002>
- Williams, K. J., & Allinger, G. M. (1977). Role stressors, mood spillover, and perceptions of work-family conflict in employed parents. *The Academy of Management Journal*, 37(4), 837-868. <https://doi.org/10.2307/256602>
- Wiskow, C., Albrecht, T., & de Pietro, C. (2010). *How to create an attractive and supportive working environment for health professionals* (N° 15; p. 1-36).
<http://www.euro.who.int/en/data-and-evidence/evidence-informed-policy-making/publications/2010/how-to-create-an-attractive-and-supportive-working-environment-for-health-professionals>
- Work family and health networkwork. (2018). About work, family an health network.
Consulté 5 janvier 2019, à l'adresse <https://workfamilyhealthnetwork.org/about-us>
- Xu, L., & Song, R. (2013). Development and validation of the work–family–school role conflicts and role-related social support scales among registered nurses with multiple roles. *International Journal of Nursing Studies*, 50(10), 1391-1398.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.01.003>
- Yamaguchi, Y., Inoue, T., Harada, H., & Oike, M. (2016). Job control, work-family balance and nurses' intention to leave their profession and organization: A comparative cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Studies*, 64, 52-62.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.09.003>
- Zhang, Y., Duffy, J. F., & De Castilliero, E. R. (2017). Do sleep disturbances mediate the association between work-family conflict and depressive symptoms among nurses? A cross-sectional study. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 24(8), 620-628. <http://dx.doi.org/10.1111/jpm.12409>

8 Annexes

Annexe I : Tableaux de recension des études

Ding, X., Yang, Y., Su, D., Zhang, T., Li, L., & Li, H. (2018). Can job control ameliorate work-family conflict and enhance job satisfaction among chinese registered nurses? A mediation model. *International Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 9(2), 97-105. <https://doi.org/10.15171/ijom.2018.1176>

De sig n	Échantillon	But, objectifs	Cadre de référence	Méthode de collecte des données	Méthodes d'analyse	Résultats
Étu de tran sve rsal e, qua ntit ativ e. Niv eau de pre uve 4 Par adi gm e Pos t pos itivi ste	<p>487 RN, recruté par une plateforme e-learning de formation infirmière= 72% en formation, 92% femmes, 50.3% <30ans, 88.3% travaillent à l'hôpital, 60.7% mariés, 60.4% ont des enfants</p> <p>Échantillonnage</p> <p>De convenance à travers une plateforme e-learning dont la taille se base sur les principes du modèle d'équation structurelle = min 200 RN + 5 à 10 individus par variable examinée et ajout >20% (non-réponse estimée) = 313 RN mais pour augmenter la généralisation 522 questionnaires envoyés.</p> <p>Critères d'inclusion et d'exclusion</p> <p>IN : RN répertoriés sur la plateforme nationale d'apprentissage infirmière travaillant dans un service hospitalier.</p> <p>EXC : Questionnaires incomplets ou non retournés.</p>	<p>Examiner les niveaux de CTF, EET et SLT ainsi que leurs relations.</p> <p>Examiner le rôle de l'EET comme médiateur entre le CTF et la SLT.</p> <p>Question de recherche</p> <p>Non formulée.</p> <p>Hypothèses</p> <p>L'EET est un médiateur entre CTF et SLT.</p> <p>Variables</p> <p>La SLT, le CTF, l'EET et des questions sociodémographiques (sexe, âge, état civil, enfants, service de travail, position, éducation, nb de nuits travaillées par mois, etc.)</p>	<p>TCTF (Greenhaus & Beutell, 1985).</p> <p>L'EET défini comme une combinaison entre l'utilisation des savoirs personnels et l'autonomie décisionnelle de l'employé dans son travail.</p> <p>La SLT définie comme étant une attitude individuelle et un ressenti global face au travail.</p> <p>L'analyse adopte le point de vue du concept de la contagion et du modèle demande-contrôle du travail.</p>	<p>522 questionnaires électroniques envoyés dont 487 inclus.</p> <p>Échelles en versions chinoises testées, valides et fiables pour la collecte des données (α chronbach entre 0.887 et 0.907). Des échelles de Lickert de 1 à 5 points permettent de répondre. Score élevé = CTF, SLT et EET élevés.</p> <p>SLT 15Q Lu et al.</p> <p>CTF 18Q bidirectionnel échelle non nommée.</p> <p>EET non nommée</p> <p>Éthique</p> <p>Protocole de recherche approuvé par le comité d'éthique de l'université médicale de Anhui et consentement écrit des participants obtenu avant l'étude.</p>	<p>Scores SLT, CTF et EET comparés par : Test t de Student** et ANOVA**.</p> <p>Corrélation de Pearson** entre 2 variables avec distribution normale.</p> <p>Régressions multiples** pour explorer les facteurs indépendants (CTF et EET) de la SLT. Modèle structurel d'équation pour montrer les relations entre les variables ainsi que l'effet médiateur de l'EET.</p> <p>Logiciels</p> <p>SPSS pour Windows 19, IBM SPSS Amos 17.0 pour les modélisations par équation structurelle.</p>	<p>Stats descriptives : CTF augmenté chez les hommes (cumul de responsabilités) et les jeunes infirmiers (<30ans) (manque d'expertise clinique). SLT diminuée chez les infirmiers célibataires, divorcés et sans enfant expliquée par un support social plus faible.</p> <p>Stats analytiques : CTF négativement corrélé à la SLT ($r=0.432$, $p<0.01$).</p> <p>EET positivement corrélé à la SLT ($r=0.567$, $p<0.01$).</p> <p>CTF et EET sont des prédicteurs indépendants significatifs de la SLT. De plus l'EET est un médiateur partiel (52.7%) des effets du CTF sur la SLT.</p> <p>Conclusions</p> <p>L'augmentation du CTF provoque une baisse de la SLT pouvant augmenter la fatigabilité des employés et mener au burnout ce qui amène une baisse de l'EET et donc une baisse de la SLT (cercle vicieux). L'EET est un médiateur partiel de la relation CTF et SLT chez les infirmières chinoises. Ces résultats concordent avec le model Charge VS contrôle du travail et d'autres modèles valides. Ainsi augmenter l'EET permettrait d'augmenter la motivation des travailleurs ce qui diminuerait le CTF et mettrait un terme au cercle vicieux.</p> <p>L'étude recommande une volonté managériale de baisse du CTF à travers la création d'un environnement de travail relativement bénéfique et assurant les intérêts du travail ainsi qu'une meilleure insertion dans le milieu médical stressant par des opportunités de formation favorisant l'intégration des infirmiers.</p> <p>Limites de l'étude</p> <p>Échantillon de convenance, empêche la généralisation mais échantillon large en compensation. Biais de subjectivité dû à la méthode de collecte des données (auto remplissage). Étude transversale (pas direction des liens). Peu de variables contrôlées par les chercheurs</p>

Dhaini, S. R., Denhaerynck, K., Bachnick, S., Schwendimann, R., Schubert, M., De Geest, S., & Simon, M. (2018). Work schedule flexibility is associated with emotional exhaustion among registered nurses in Swiss hospitals: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 80, 99-105. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.03.019>

Design	Échantillon	But, objectifs	Cadre de référence	Méthode de collecte des données	Méthodes d'analyse	Résultats
Étude transversale quantitative. Niveau de preuve 2 Paradigme Post positivisme	1833 RN suisses de 32 hôpitaux dans 124 unités de soins. Échantillonnage Par quotas dans des hôpitaux (soins aigus) ayant participé à l'étude Match Rn (invitations). Critères d'inclusion et d'exclusion IN : Toutes les RN travaillant en service de soins aigu des hôpitaux d'accord de participer à l'étude. Les hôpitaux contactés sont ceux ayant participé à l'étude Match RN ainsi que deux volontaires supplémentaires.	1 Explorer les perceptions de RN suisses face à la flexibilité des horaires. 2 Y a-t-il une variation de la flexibilité entre les hôpitaux (soins aigus) en Suisse. 3 Investiguer l'association entre les facteurs psychosociaux de l'environnement (horaires flexibles, habileté perçue des managers, CTF et charge de travail) et la fatigue émotionnelle. Question de recherche : Non formulée Hypothèses : Sous entendues Variables Variables sociodémographiques ; âge, genre, %travail, statut familial, nb de nuits travaillées par mois, shifts habituels, taille de l'hôpital. Facteurs psychosociaux de l'environnement de travail des inf par l'échelle Practice Environment Scale of Nursing Work Index (PES NWI) CTF : Échelle de Neitmeyer and al. (1996) 5Q bi directions Caractéristiques de la place de travail : Charge de travail ratio infirmier/patient Flexibilité des horaires et réponse de l'environnement de travail aux demandes des RN, développé par 4 investigateurs (Valeur unique composante des 4 variables investiguées prise en compte pour l'analyse) Auto évaluation de la fatigue émotionnelle Maslaw Burnout Inventory Spécifique.	Horaires flexibles de travail (modif court terme ok ? Nb de modifs faites par mois ? Désir de modifier son horaire actuel ? Influence sur ses horaires ?) OMS et son modèle d'une place de travail saine avec un focus sur l'environnement psychosocial. CTF (Greenhaus & Beutell, 1985) Théorie de la conservation des ressources, JD-R modèle, les concepts de la contagion et la facilitation ne sont pas cités mais apparaissent et se retrouvent dans les références bibliographiques de l'étude. Fatigue émotionnelle = pré burnout dans cette étude.	Données récoltées dans le cadre de l'étude Match RN. Un tout nouveau point de vue est adopté (ce n'est pas une analyse d'analyse). Mais étude secondaire car les données proviennent d'une étude précédente. Éthique RN avec consentement écrit et approuvé par le comité d'éthique cantonal de Bâle selon les normes de la recherche sur les humains en Suisse.	Stats descriptives des variables, pour l'état des lieux échantillon et FHI. Puis variance corrélations intra classes pour l'état des lieux par services et Hôpitaux. Liens entre FHI, CTF, habileté des managers et fatigue émotionnelle montrés par des corrélations linéaires et non linéaires. Puis multiples régressions par services et institutions. Indépendance des facteurs montrée par la variance des facteurs d'inflation et leurs basses inter corrélations. Puis beta et intervalles de confiance (calcul du risque entre facteurs et environnement). Logiciels RPTR package dans R version 3.3.2 IBM SPSS pour mac 24.0 STATA et R	CTF corrélé positivement avec fatigue émotionnelle. FHI et habileté des managers, associés à moins d'épuisement émotionnel chez les inf. 52% aimeraient modifier leurs horaires. Variance vis-à-vis de l'influence des RN. Variance au niveau du service de 13% et 7% au niveau de l'hôpital. Statut familial inversement corrélé avec fatigue émotionnelle et positivement avec CTF (+ enfants – fatigue émotionnelle mais + CTF). Conclusions Vu les différences entre services en Suisse, il est possible de progresser et d'avoir plus de flexibilité dans les horaires. FHI englobant différents types de de flexibilité à étudier dont la semaine compressée le début et la fin horaires flexibles, les échanges entre employés. Des efforts de la part des managers sur l'environnement et la flexibilité des horaires peuvent avoir un rôle important dans le maintien de la santé émotionnelle des infirmiers et contrebalancer les effets du CTF. Mais il faut tenir compte de la charge de travail se répercutant sur les managers si flexibilité des horaires. L'habileté perçue du manager étant elle aussi corrélée négativement à la fatigue émotionnelle. Explorer la corrélation FHI et fatigue émotionnelle qui pourrait être biaisé par la jeunesse des RN de cette étude sachant que plus jeune = moins d'expérience = plus de stress et svt moins de soutien social car pas tjs avec une vie de famille sachant que la vie de famille influence le CTF aussi. Limites de l'étude Transversale (pas cause à effet), échantillon de convenance (quand même consécutif considérant la Suisse), auto évaluation (= biais de mémorisation).

Ghislieri, C., Gatti, P., Molino, M., & Cortese, C. G. (2017). Work–family conflict and enrichment in nurses: between job demands, perceived organisational support and work–family backlash. *Journal of Nursing Management*, 25(1), 65-75. <https://doi.org/10.1111/jonm.12442>

Design	Échantillon	But, objectifs	Cadre de référence	Méthode de collecte des données	Méthodes d'analyse	Résultats
Étude transverse Niveau de preuve 2 Paradigme Post positiviste	500 inf. travaillant ds hôpitaux italiens du nord en médecine, chirurgie, soins intensifs, maternités ou pédiatrie. 84% de femmes. Échantillonnage Accidentel dans l'hôpital. 500 Questionnaires complets constituent l'échantillon analysé. Critères d'inclusion et d'exclusion IN RN travaillant dans l'hôpital participant à l'étude, travaillant dans un service de médecine, chirurgie, maternité, pédiatrie ou soins intensifs. OUT questionnaires incomplets et non répondants.	Examiner la relation entre les demandes de travail et relations de travail avec comme variables résultats CTF et ETF. Question de recherche Non émise Hypothèses 1)Job demande+=CTF+ 2)TF Backlash+=CTF+ 3)-POS =CTF+ 4)+job demande =ETF- 5)TF Backlash +=ETF- 6)+POS=ETF+.	ITF composé du CTF (Greenhaus & Beutell, 1985) et de l'ETF (Greenhaus & Beutell, 2006). Inclusion des concepts de conservation des ressources, JD-R model, compensation, contagion et facilitation concernant les liens dans l'ITF. Demandes du travail : la charge de travail (temps inadéquat pour satisfaire les demandes) et dissonance émotionnelle (émotions montrées non cohérente avec l'émotion ressentie) spécificité aux jobs interpersonnels. Perception du support organisationnel : reflète la perception que l'employé a du degré d'appréciation de l'entreprise face à sa contribution et la prise en compte de son bien-être. Elle représente aussi l'assurance de soutien perçue par l'employé lié à ses besoins. PSO lié fortement positivement à l'ETF. Backlash : ressenti des employées dus à leur perception des ressentis des collègues ou superviseurs face à leurs tentatives d'équilibrer TF. A des effets opposés à la PSO. Et peut diminuer le recours aux facilitateurs TF.	Questionnaire auto administré, rendu dans drop box anonymement au sein du service. Éthique Approbation de l'hôpital, consentements éclairés écrits de chaque participant et retour anonyme des Questionnaires dans une « drop box ».	Stats descriptives et analytiques : fiabilité des échelles, corrélation, + régressions hiérarchiques (genre et nb H travail comme variables de ctrl) job demande (2V) comme prédicteurs du CTF et 2 types de backlashes et POS comme prédicteurs de l'ETF. Logiciels Pasw 18 paquet stat (IBM, Armonk, New York, USA)	CTF et ETF ont une relation opposée. Demandes du travail sont les prédicteurs du CTF. Le TF backlash des collègues n'influence pas le CTF. POS est négativement lié au CTF. Demandes du travail sont négativement liées à l'ETF. Mais les TF backlash ne sont pas liés à l'ETF. POS montre une relation significative forte avec l'ETF. Pas de différence hommes ou femmes. La relation parallèle POS et ETF n'est pas médiée par les autres variables. Conclusions Confirme l'importance de promouvoir l'équilibre entre les demandes du travail et les ressources pour prévention CTF et maintien de conditions de travail favorables. Investissement ds l'entraînement des superviseurs et conseils inf, ainsi que mesures à tous les niveaux seraient intéressants. Souligne le rôle important de job demande et l'impact direct du POS pour mitiger l'impact du CTF. Alors que le backlash des superviseurs peut amplifier le CTF. Souligne l'importance des perceptions. Agir sur les perceptions peut permettre de diminuer le CTF, les institutions ne sont donc pas forcées de diminuer la charge de travail ou de modifier le terrain pour avoir des résultats. Stratégies focus sur les perceptions : baisse charge de travail perçue (autonomie, priorités), dissonance émotionnelle entraînement coping et partage en groupe, superviseur backlash, conscience pour mieux interagir. ID développer une hotline pour connaître les besoins et dev. Des stratégies. Les auteurs proposent des axes stratégiques d'actions. Limites de l'étude Inf d'un hôpital, influence de la culture italienne? étude transversale (pas de lien de cause à effet), auto admin des questionnaires (biais de mémorisation possible). Pour la suite : études longitudinales, investiguera ++ liens superviseurs. Collègues de CTF et recherches qualitatives ++ aussi.

Sharma, J., Dhar, R. L., & Tyagi, A. (2016). Stress as a mediator between work–family conflict and psychological health among the nursing staff: Moderating role of emotional intelligence. *Applied Nursing Research*, 30, 268-275. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2015.01.010>

Design	Échantillon	But, objectifs	Cadre de référence	Méthode de collecte des données	Méthodes d'analyse	Résultats
Étude transverse, quantitative. Niveau de preuve 2 Paradigme Post positivisme	693 infirmières. Les auteurs ne précisent pas pourquoi ils ont choisi un échantillon 100% féminin. Échantillonnage Aléatoire par grappes dans 33 institutions. Critères d'inclusion et d'exclusion IN : être infirmière et avoir rendu un questionnaire complet.	Examiner le stress causé par CTF et son impact sur la santé psychologique des infirmiers et si le niveau d'IE des infirmiers modifie le niveau de stress ainsi que ses conséquences sur les RN. En parallèle ; tester l'applicabilité des théories sur l'IE de l'ouest à l'Inde. Question de recherche non mentionnée Hypothèses CTF à une relation négative avec la santé psychologique. Stress est un médiateur entre le CTF et la santé psychologique. Haute IE = modère à la baisse le stress = meilleure santé psychologique. Variables Échelles fiables et valides pour les 4 construits. Stress des infirmières : Nursing Stress Scale 22Q sur 34 CTF : échelle de Netmeyer et al. (1996) 5Q Bidirectionnelle. IE : Customer Emotional Intelligence Scale tridimensionnelle : deal avec ses émotions, avec celles des autres et habilité à utiliser ses émotions dans son raisonnement Santé mentale selon 4 dimensions (SF-36) Variables sociodémographiques ; âge, statut marital et expérience.	TCTF (Greenhaus & Beutell, 1985). Théorie de la conservation des ressources (Hobfoll, 1989). Concepts de la contagion et de l'identité comprenant les rôles genrés. IE selon l'Ability modèle : Santé mentale selon SF36	Questionnaire auto administré distribué par chef de service après présentation en groupe de l'étude pour s'assurer que les concepts questionnés étaient compris. Éthique Approbation des institutions et des RN suite à infos ainsi que l'approbation de l'institut de technologie, Rookee.	Test de validité convergente et discriminative, biais et analyse de confirmation de facteur = acuité du modèle + approx. de racine carrée avec des indices acceptable effectué. Modèle hypothétique testé par des régressions hiérarchiques multiples pour lier les variables (CTF, santé mentale, le stress étant que médiateur et l'IE). L'IE est un modérateur entre le stress et la santé mentale montré par le test de Baron et Kennedy, mais effets inverses que ceux supposés. Logiciels SPSS V20.0 et AMOS V20.0	CTF est corrélé négativement avec la santé mentale ($\beta = -0.537$; $p < 0.001$). CTF corrélé positivement avec le stress ($\beta = 0.657$; $p < 0.001$). Stress négativement corrélé à la santé mentale ($r = -0.554$; $p < 0.01$). Stress est un médiateur entre CTF et santé mentale selon conditions de Baron et Kennedy. IE = modérateur entre stress et santé mentale ($\beta = -0.118$; $p < 0.001$). L'IE à un effet modérateur sur le stress. Mais lors de basse IE le stress perçu est moindre. Découverte que la capacité de dealer avec les émotions des autres augmente les effets délétères du stress sur la santé mentale (35% de la variance du stress avec lien à -0.086). Conclusions Le CTF provient de pertes de ressources émotionnelles car il est impossible pour les inf de négliger un des 2 rôles TF. Les effets par contagion sont visibles sur leurs services et leur santé mentale. Le CTF à une relation négative avec la santé mentale, médié par le stress. L'habileté de l'inf. à dealer les émotions (composant de l'EI) de ses patients peut augmenter son stress et être délétère pour sa santé psy. ID sessions de conseils pour infos et job rotation pour que chacune puisse satisfaire son rôle familial= plus effectrice au travail en parallèle. L'habileté des RN. à « dealer » les émotions de leurs patients peut augmenter leur stress et être délétère pour leur santé mentale. ID : développer un système de support dans l'institution (groupes). Le management de émotions peut aussi être appris et peut aider à maintenir la santé psy des inf. Théorie de la conservation des ressources expliquant l'apparition du CTF. Mais un aspect de l'IE peut avoir un effet protecteur (ne pas comprendre= ne pas se stresser). Il faut donc le travailler. En parallèle les auteurs relèvent que les conditions de travail peuvent empirer la situation. Limites de l'étude Peu de généralisation possible car la population provient de petites structures privées et est entièrement féminine.

Wang, M.-L., & Tsai, L.-J. (2014). Work-Family Conflict and job performance in nurses: The moderating effects of social support. *Journal of Nursing Research*, 22(3), 200-207. <http://dx.doi.org/10.1097/jnr.0000000000000040>

Design	Échantillon	But, objectifs	Cadre de référence	Méthode de collecte des données	Méthodes d'analyse	Résultats
<p>Étude transversale quantitative.</p> <p>2 collectes de données (T1 et T2) comprenant 2 lots de questions sur différents sujets = pas de comparaison dans le temps.</p> <p>Niveau de preuve</p> <p>4</p> <p>Paradigme</p> <p>Post positivisme</p>	<p>495 infirmiers (98% femmes, 95.8 diplôme uni, 57.6% non marié, 33.7% avec enfants, âge moyen 29.95 +/- 6.5, ont 7.03 +/- 5.99 années à leur poste, 71.8% travaillant ds services) de 5 hôpitaux à Taiwan.</p> <p>Échantillonnage</p> <p>Aléatoire par grappes = 5 hôpitaux. 520 Q envoyé aux inf, 501 en retour, 495 analysables.</p> <p>Structure de l'échantillon était consistante avec la distribution des inf dans les Hôpitaux de Taiwan.</p> <p>Critères d'inclusion et d'exclusion</p> <p>IN : questionnaire complet avec réponses à T1 et T2.</p>	<p>Examiner le lien CTF et PAT ainsi que l'effet modérateur de quatre sources de support social (amis, famille, collègues et supérieurs).</p> <p>Question de recherche : Non mentionnée.</p> <p>Hypothèses</p> <p>1 CFT a un effet neg. Sur perf. 2 CTF effet nef sur PAT. 3 social support modère baisse PAT du au CFT. 4 social support modère baisse PAT du au CTF. 5 support social modère CTF. 6 support social modère CFT.</p> <p>Variables</p> <p>CTF 12Q Frone and Yardley (1996) Bi direction.</p> <p>Job perf : échelle de Yu (1996). Unidimension.</p> <p>Support social échelle de Wadsworth's, mettant en avant 4 dimensions : collègues, superviseur, amis et famille,</p> <p>Variables démographiques et PAT mesurés par des questions non explicitées.</p>	<p>TCTF (Greenhaus & Beutell, 1985).</p> <p>Théorie de la conservation des ressources (Hobfoll, 1989) liant le support social et le CTF.</p> <p>Concept de la contagion expliquant les répercussions du CTF.</p>	<p>2 questionnaires aux mêmes RN : T1 Q sur CTF et support social. T2 (+3sem) job performance et questions sociodémographiques</p> <p>Éthique</p> <p>Comités éthiques des institutions ont approuvé le projet et la collecte de données. Les participants ont été informés des buts de l'étude et de leur possibilité de se retirer ainsi que des clauses de confidentialités.</p>	<p>Stats descriptives pour V démographiques.</p> <p>Stats analytiques pour le reste. Validité des construits vérifiée par une analyse de facteurs. Chaque dimension des construits ayant été testés (validité et fiabilité) par Chronbach alpha. Corrélations de Pearson entre les variables et des analyses par régressions hiérarchiques pour les liens entre les 3 variables.</p> <p>Méthode de Baron et Kenny pour tester la place de médiateur et donc les hypothèses.</p> <p>Logiciels</p> <p>SPSS 18.0</p>	<p>CFT = baisse perf.au travail ($\beta = -0.358$; $p < 0.001$) tandis que le CTF n'est pas lié à une baisse de perf, au travail significative ($\beta = 0.041$; $p > 0.05$).</p> <p>Ajout des types de supports sociaux dans l'équation montre que le support social des amis augmente le CFT ($\beta = 0.077$; $p < 0.05$) alors que le support social des collègues affaiblit ce lien de manière non significative ($\beta = -0.082$; $p > 0.5$).</p> <p>Le niveau de CTF est plus haut que celui de CFT chez les participants.</p> <p>+CTF = - performances au travail mais niveau CTF pas significatif avec baisse perf. Support social de ses amis renforce l'effet neg du CTF alors que le support de ses collègues affaiblit le lien CTF et perf.</p> <p>Conclusions</p> <p>Ils résument leurs résultats, expliquant que leurs explorations ont montré des effets bénéfiques de tous les types de supports sociaux sur la PAT. Puis expliquent que le support social provenant des amis renforce l'impact du CFT sur la baisse de PAT. Leurs recommandations aux infirmiers sont : une utilisation de leur temps libre et une utilisation de tous les types de supports sociaux et de coping visant un équilibre inter-domaines. Ils proposent aux institutions de favoriser l'intégration des nouveaux employés ainsi que de formaliser les politiques hospitalières visant l'équilibre inter-domaine ce qui permettra aux superviseurs d'avoir une influence positive en diminuant le CTF. Les stratégies relatives seraient des emplois atypiques, une augmentation de la flexibilité des horaires et des vacances ainsi qu'une assistance au planning familial.</p> <p>Limites de l'étude</p> <p>Adopter des mesures d'observation indirectes de l'assistance managériale. Étude transversale (pas de cause à effet). Analyse au niveau individuel des RN.</p>

Ko, Y. K. (2013). Relationship of nurse practice environment and work-family conflict to job satisfaction in hospital nurses in korea. *Journal of Korean Academy of Nursing Administration*, 19(2), 207-216. <https://doi.org/10.1111/jkana.2013.19.2.207>

Design	Échantillon	But, objectifs	Cadre de référence	Méthode de collecte des données	Méthodes d'analyse	Résultats
<p>Étude transversale corrélationnelle quantitative.</p> <p>Niveau de preuve</p> <p>2</p> <p>Paradigme</p> <p>Post positiviste</p>	<p>286 infirmières généralistes, RN en charge et RN cheffes, provenant de 5 hôpitaux répartis dans 2 villes métropolitaines et 2 provinces coréennes.</p> <p>Échantillonnage</p> <p>Identification des hôpitaux par le bottin téléphonique = aléatoire. Puis sélection aléatoire par grappes des répondants.</p> <p>Critères d'inclusion et d'exclusion</p> <p>IN : infirmiers travaillant dans un hôpital général de Corée, ayant plus de 300 lits, dans un département consentant à participer à l'étude.</p> <p>OUT : questionnaire incomplet ou refus de participer.</p>	<p>Quantifier les perceptions inf du CTF, de l'environnement de travail et de la SLT. Puis Identifier les liens inter-variables et les quantifier. Les auteurs veulent sensibiliser les institutions et les managers par leurs résultats aux problèmes liés au CTF.</p> <p>Question de recherche</p> <p>NON mentionnée.</p> <p>Hypothèses</p> <p>L'environnement de travail influe positivement sur la SLT alors que le CTF influe négativement sur la SLT.</p> <p>Variables</p> <p>Environnement de travail infirmier (NWI-RVL, Bogaert 2009)</p> <p>CTF (Netemeyer et al.1996)</p> <p>Job satisfaction (kriesten et al.2005)</p>	<p>CTF (Greenhaus & Beutell, 1985).</p> <p>Théorie de la conservation des ressources (Hobfoll, 1989) l'environnement pratique infirmier au CTF.</p> <p>Concept de la contagion expliquant les répercussions du CTF.</p>	<p>Questionnaires structurés distribués entre 9 et 22 juillet 2010.</p> <p>Éthique</p> <p>Approbation verbale et écrite du comité éthique des hôpitaux et des chefs de départements et services.</p> <p>Consentement éclairé écrit des RN obtenus sur la page de garde suite au retour des questionnaires.</p>	<p>Statistiques descriptives dont moyennes, déviations standard pour l'évaluation des caractéristiques des participants ainsi que niveaux des variables.</p> <p>Statistiques analytiques : Coefficient de Pearson utilisé pour liens entre les 3 variables mesurées. Puis analyses par régression multiples pour identifier interrelations.</p> <p>Logiciels</p> <p>SPSS 17.0</p>	<p>Mise en avant de facteurs démographiques influant sur la SLT : âge, poste, statut marital et service sont statistiquement significatifs. Verif si colinéarité entre variables principales et démographiques (statistiquement non existante).</p> <p>Environnement de travail corrélé à la satisfaction lié au travail ($r = 0.55$, $p < 0.001$).</p> <p>CTF corrélé négativement à la SLT ($r = -0.44$, $p < 0.001$)</p> <p>Environnement de travail corrélé négativement au CTF ($r = -0.39$, $p < 0.001$)</p> <p>39% de la variance de la SLT dépend du CTF et de l'environnement de travail car pas de colinéarité avec V. sociodémographiques. (CTF = niveau individuel, environnement de travail = niveau organisationnel) – rétention de personnel demande influence multi niveaux !</p> <p>Conclusions</p> <p>Les auteurs relèvent l'influence majeure de l'environnement de travail (support organisationnel et participation aux affaires de l'hôpital), suivi par l'influence du conflit de comportement compris dans le CTF.</p> <p>C'est pourquoi ils proposent des stratégies comme la flexibilisation des horaires, un support organisationnel à la garde d'enfants ainsi qu'une meilleure participation des RN au niveau organisationnel (influence sur l'environnement de travail) et l'implantation de styles de leadership visant à promouvoir l'autonomie des employés pour diminuer le CTF. Ces points étant les axes principaux de la certification « Magnet® », les auteurs proposent de s'inspirer ces critères et de les adapter au contexte coréen dans le but de diminuer l'attrition.</p> <p>Limites de l'étude</p> <p>Petit échantillon 5 hôpitaux. Échelle environnement de travail modifiée (validité et fiabilité ?). Biais de mémorisation possible dû à l'auto remplissage des questionnaires mais difficile d'obtenir des données objectives sur le sujet selon les auteurs.</p>

Battistelli, A., Portoghesi, I., Galletta, M., & Pohl, S. (2013). Beyond the tradition: test of an integrative conceptual model on nurse turnover. *International Nursing Review*, 60(1), 103-111.
<https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2012.01024.x>

Design	Échantillon	But, objectifs	Cadre de référence	Méthode de collecte des données	Méthodes d'analyse	Résultats
Étude transversale corrélative quantitative.	440 RN d'un hôpital public du Nord de l'Italie. 35.77ans M, 80.2% femmes, 44.5% sans enfant, 20.8% 1 enfant, 34.7% 2 ou plus, 79.8% pleins temps, 17.1% CDD plein temps et 3.1% CDI temps partiel.	Développer et de tester un modèle d'attrition infirmière incluant le CTF, la SLT, la LEC, l'EA et l'envie de l'employé de quitter son emploi. Question de recherche Non mentionnée Hypothèses H1 : Baisse SLT et de l'EA augmentent l'attrition. H1b : L'EA est un médiateur dans H1. H2 : +CTF = +attrition. H3 : +CTF = -SLT. H4 : +CTF = -EA H5 : la SLT médie la relation entre CTF et LEC. H6 : +EA = baisse d'attrition. H7 : EA est lié positivement à la SLT. H8 : la LEC est liée + avec L'EA. H9 : la SLT est un médiateur entre la LEC et l'EA. Variables Sociodémographiques : âge, genre, niveau d'éducation, expérience de travail et mandat. CTF (Netemeyer et al., 1996)SLT (Cortese 2001), LEC (Mitchel et al. 2001), EA (Batistelli et al. 2006) et l'attrition est mesurée par 2 questions dichotomisées concernant la volonté des inf. à quitter leur poste dans l'année ou dans les 5 ans.	CTF (Greenhaus & Beutell, 1985). La loyauté à la communauté (Mitchell et al. 2001) explique les raisons qu'a un employé de rester à son poste.	Questionnaires comprenant des questions sociodémographiques, des échelles de CTF, SLT, LEC et d'EA ainsi que 2 questions dichotomisées concernant l'intention de quitter son emploi à court et à moyen terme. Analyse des outils de mesures par rotation varimax. Éthique Approbation du comité d'éthique de l'hôpital. Approbation des chefs de départements. Info anonymat, retrait possibles et buts de l'étude aux RN qui ont rendu un consentement éclairé signé.	Principe des équations structurelles pour la modélisation. Tests d'ajustements et KHI deux sur le modèle et ses variables. Seuil de significativité p<0.05 et tous les facteurs du modèle sont significatifs. Logiciels AMOS 7 de software package de SPSS (SPSS USA) INC	CTF non significativement lié à l'EA ($\beta = -0.06$; $p > 0.05$) idem LEC et EA ($\beta = 0.02$; $p > 0.05$) -- liens éliminés du modèle final. SLT et EA ($\beta = 0.64$; $p < 0.001$) et EA lié à l'intention de démissionner ($\beta = 0.18$; $p < 0.01$). CTF lié à la SLT ($\beta = -0.21$; $p < 0.01$), CTF et intention de démissionner ($\beta = -0.35$; $p < 0.01$) et lien entre SLT et LEC ($\beta = 0.24$; $p < 0.01$). Médiation vérifiée par tests de significativité jointe SLT- intention de démissionner médiés par l'EA. Et CTF diminue l'EA médié par la SLT. Mais SLT n'est pas médiateur entre la LEC et l'EA. Conclusions SLT n'est pas un prédicteur direct de volonté de démissionner. L'EA est un médiateur de la relation. Ces résultats soutiennent implicitement l'idée que ce sont les attitudes vis-à-vis de l'organisation qui influencent majoritairement l'employé. D'où l'importance de comprendre les sources contextuelles d'émotions. En parallèle CTF et la LEC ont des influences respectives directes sur la volonté de quitter son emploi et indirectes à travers la SLT et l'EA. Ces résultats mettent en avant l'importance pour la recherche d'élargir le champ des variables considérées. La SLT étant une des variables liées à l'attrition mais pas l'unique. Les domaines hors travail doivent être inclus dans les recherches car ils ont leurs influences. Limites de l'étude Design transversal donc pas de liens de causalité. Échantillon provenant d'un contexte unique, généralisation difficile. Échantillon majoritairement féminin, sachant qu'il est probable que les femmes soient plus sensibles aux attentes rôles dépendantes que les hommes ce qui rend le CTF plus « coûteux » chez les femmes. Les auteurs relèvent n'avoir pas pris en compte l'âge et le nb d'enfants alors que l'influence de ces variables a été précédemment montrée. Variables : engagement dans son travail, stress et burnout n'ont pas été incluse dans ce modèle alors qu'elles ont sûrement une influence sur l'attrition. Finalement les auteurs relèvent ne pas avoir utilisé d'échelles validées en Italien pour les mesures mais utilisation de la méthode inversée de traduction.

Annexe II : Pyramide des preuves

Figure 2 : Niveau de preuves et gradations des recommandations de bonne pratique, tirée de « État des lieux » (Haute autorité de santé, 2013).

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).

Annexe III : Glossaires

Glossaire général :

- **Ability model** : Définit l'intelligence émotionnelle comme la capacité à raisonner sur et avec les émotions pour améliorer la pensée. En accord avec ce modèle l'intelligence émotionnelle est un set de quatre compétences comprenant : la capacité d'identifier ses propres émotions et celles des autres, la capacité d'utiliser les émotions pour raisonner, la capacité de comprendre les émotions et la capacité de gérer ses propres émotions et celles des autres dans des situations émotionnelles (Sharma et al., 2016).
- **Attrition infirmière** : Infirmiers formés potentiellement actifs, mais ayant décidé de quitter leur emploi voire leur profession (ICNFI, 2006).
- **Backlash travail famille** : Est défini par un ressenti des employés provenant des supérieurs et des collègues en regard à leurs efforts d'équilibrer leur vie entre le domaine professionnel et familial (Ghislieri et al., 2017).
- **Distribution genrée des rôles** : Attribution de caractéristiques ou de rôles à l'individu parce qu'il appartient au groupe social des femmes ou des hommes (Office of the high commissioner for human rights, 2014). Par exemple : le rôle familial de la femme est de s'occuper du foyer et de l'éducation des enfants, tandis que celui de l'homme est de l'apport d'un salaire.
- **Emprise de l'employé sur son travail (EET)** : Est défini par la combinaison des savoir-faire de l'employé et de sa latitude décisionnelle (Ding et al., 2018, p. 98, traduction libre).
- **Hôpitaux certifiés « Magnet® »** : Ce sont des hôpitaux ayant un focus organisationnel sur la qualité de l'environnement de travail, la promotion de l'autonomie des employés et ils incluent des politiques favorisant la conciliation entre le domaine professionnel et le domaine familial dans le but d'augmenter la SLT (Ko, 2013).
- **Indicateur santé** : Les plus courants sont les symptômes dépressifs, le burnout, la détresse psychologique ainsi que les comportements de santé dont la consommation de tabac ou le temps de sommeil (Kelly et al., 2008).
- **Pressions** : Sources de stress (Greenhaus & Beutell, 1985).
- **Rôles dépendants** : Résultant de l'exercice du rôle selon les normes contextuelles de ce dernier (Kahn et al., 1964).

- **Stress** : Réponse non spécifique de l'organisme produisant des changements négatifs chez l'humain. Il apparaît lorsque les ressources de l'individu sont insuffisantes face aux demandes ou épuisées (Organisation mondiale de la santé, 2001). Réponse non spécifique de l'organisme produisant des changements négatifs chez l'humain. En accord avec la conservation des ressources, le stress résulte d'une menace, d'une perte ou d'un manque de gain de ressource suite à un investissement de ressources (Hobfoll, 1989). Aujourd'hui, le stress est perçu comme une transaction entre la personne, ses attributs et son environnement (Lazarus & Folkman, 1984).
- **Stresseurs rôles dépendants** : Précurseurs du stress liés aux demandes découlant de l'exercice d'un rôle. Par exemple un stress psychologique apparaît lorsqu'un individu essaie de correspondre au stéréotype culturellement déterminé dans l'exercice de son rôle genré (Office of the high commissioner for human rights, 2014).

Glossaire méthodologique :

- **α de Chronbach** : Indice de fidélité qui évalue la cohérence interne d'une échelle composée de plusieurs énoncés. Il varie entre 0.00 et 1.00. Plus il est élevé plus la cohérence interne est forte (Fortin & Gagnon, 2010).
- **Analyse secondaire** : Type d'étude utilisant les données recueillies par un chercheur et ré-analysées par un autre chercheur afin de vérifier des hypothèses inédites ou d'explorer de nouvelles relations (Fortin & Gagnon, 2010, p. 497).
- **Analyse par blocs** : Des blocs déviant de la moyenne de plus ou moins 1 sont constitués pour les variables et sont insérés dans un graphique dont l'axe X représente les pôles opposés de la variable mesurée et l'axe Y la variable résultat (Sharma et al., 2016).
- **ANOVA** : Analyse paramétrique de la variance permettant de mettre en avant une différence sans la localiser (Slim, 2007).
- **Méthode de Baron et Kennedy** : Méthode permettant de confirmer ou d'infirmer le rôle de médiateur d'un facteur en fonction de ses corrélations avec les autres facteurs examinés (Sharma et al., 2016).
- **Biais** : Toute influence ou action pouvant fausser les résultats d'une étude (Fortin & Gagnon, 2010, p. 497).

- **Biais d'échantillonnage** : Situation dans laquelle l'échantillon ne reflète pas adéquatement la population (Fortin & Gagnon, 2010, p. 497).
- **Corrélation de Pearson (r)** : Test paramétrique déterminant si une relation linéaire existe entre deux variables continues (Fortin & Gagnon, 2010).
- **Code de Nuremberg** : Code d'éthique constitué d'articles définissant les règles et les principes à observer dans la conduite de la recherche (Fortin & Gagnon, 2010, p. 497).
- **Corrélation négative** : Tendance des valeurs élevées d'une variable à s'associer aux valeurs faibles de l'autre variable (Fortin & Gagnon, 2010, p. 498).
- **Corrélation positive** : Tendance des valeurs élevées d'une variable à s'associer aux valeurs élevées de l'autre variable (Fortin & Gagnon, 2010, p. 498).
- **Descripteur** : Terme retenu dans le thésaurus d'une base de données pour exprimer un sujet (Fortin & Gagnon, 2010, p. 498).
- **Devis d'étude transversal** : Étude dans laquelle les données sont recueillies à un moment précis dans le temps en vue de décrire la fréquence d'apparition d'un événement et de ses facteurs associés (Fortin & Gagnon, 2010, p. 498).
- **Échantillonnage accidentel** : Méthode d'échantillonnage non probabiliste qui consiste à choisir des personnes selon leur accessibilité dans un lieu déterminé et à un moment précis (Fortin & Gagnon, 2010, p. 499).
- **Échantillonnage par quotas** : Méthode d'échantillonnage non probabiliste qui consiste à choisir des sous-groupes proportionnellement égaux de sujets en se fondant sur des caractéristiques déterminées (Fortin & Gagnon, 2010, p. 499).
- **Fidélité** : Constance des valeurs obtenues à l'aide d'un instrument de mesure (Fortin & Gagnon, 2010, p. 501).
- **Inférence statistique** : Champ de la statistique qui a pour objet la vérification d'hypothèses et l'utilisation de données d'échantillonnage pour faire des généralisations à l'ensemble d'une population (Fortin & Gagnon, 2010, p. 501).
- **Test du Khi-deux (X²)** : Test inférentiel non paramétrique qui exprime l'importance de l'écart entre les fréquences observées et les fréquences théoriques. On l'utilise pour effectuer un test d'hypothèse concernant le lien entre deux variables qualitatives (Fortin & Gagnon, 2010, p. 432).
- **Méthode de traduction inversée de Brislin (1980)** : Méthode consistant à faire traduire les énoncés de l'échelle dans la langue souhaitée, suivi d'une retraduction de la langue souhaitée à la langue originale de l'échelle par un traducteur officiel. Les deux versions de l'échelle, en langue originale, seront alors comparées et

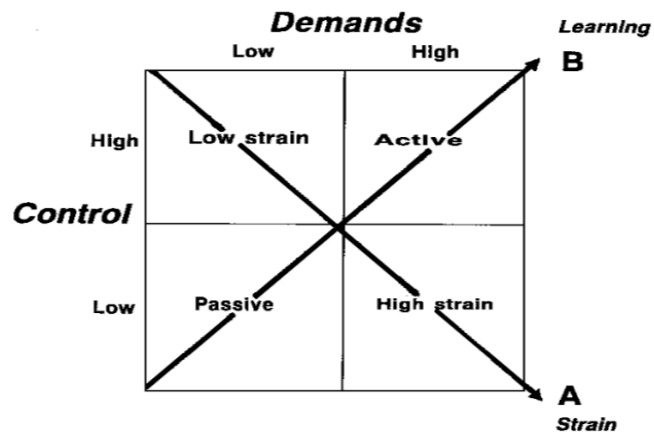
adaptées jusqu'à ce qu'elles soient jugées satisfaisantes (Fortin & Gagnon, 2010, p. 307).

- **Modèle d'équations structurelles** : Méthode d'analyse de données pour représenter les hypothèses d'un modèle conceptuel complexe (Un modèle central composé de variables latentes reliant des sous-modèles composés de variables manifestes). La variance expliquée évalue les résultats du modèle. Le score de concordance indique la qualité de l'ajustement entre les modèles. Le coefficient R² rend compte de l'exhaustivité des variables latentes étudiées. Les α de Chronbach montrent la fiabilité et la convergence des mesures (interprétation possible du modèle des 0.6) (« La modélisation par équations structurelles avec Sphinx iQ | Blog Sphinx iDeas », S.d.).
- **Principe des équations structurelles concernant la taille de l'échantillon** : Taille minimum de 200 sujets auxquels il faut ajouter 5 à 10 individus par variable examinée (Ding et al., 2018).
- **Puissance statistique** : Capacité d'un test à détecter une différence significative ou une relation existante entre des variables, ce qui revient à la probabilité de rejeter correctement une hypothèse nulle (Fortin & Gagnon, 2010, p. 503).
- **Régression multiple** : Analyse statistique multivariée servant à établir la relation prédictive entre une variable dépendante (y) et un ensemble de variables indépendantes (X1, X2, ...) (Fortin & Gagnon, 2010, p. 504).
- **Rotation Vamimax** : La rotation Varimax consiste à associer chacune des variables à un certain nombre de facteurs et à représenter chaque facteur par un nombre limité de variables. L'axe médian des facteur (axe factoriel) est tiré selon une pondération des variables ce qui permet ensuite de mettre en avant la contribution des variables à l'axe factoriel. La contribution est exprimée en pourcentage (Sphinx, 2018).
- **Seuil de signification (α) (p)** : Probabilité de rejeter l'hypothèse nulle alors qu'elle est vraie et dont les seuils les plus courants sont 0.05 et 0.01 (Fortin & Gagnon, 2010, p. 504).
- **Statistiquement significatif** : signifie que le résultat n'est pas attribuable au hasard (H0) suite à une vérification par des tests statistiques adaptés. La valeur P inférieure à 0.05 est consensuellement admise comme seuil. Cela équivaut à 95% de chances que la différence soit due au hasard (Slim, 2007).
- **Test t de student** : Test paramétrique (distribution normale et variance des groupes similaire). Il compare les moyennes de deux groupes pour voir si la différence est significative en se basant sur la table T. (Slim, 2007).

- **Validité** : Capacité d'un instrument à mesurer ce qu'il est censé mesurer (Fortin & Gagnon, 2010, p. 505).
- **Validité de conclusion statistique** : Degré de certitude des conclusions tirées des tests statistiques sur les relations entre les variables ou sur les différences entre groupes (Fortin & Gagnon, 2010, p. 505).

Annexe IV : Modèle demande-contrôle lié au travail

Figure 3 : Modèle demande-contrôle lié au travail selon Karasek (1979), tirée de la revue de littérature de Doef et Maes (1999).



Annexe V : Échelles de mesure de la TCTF

Figure 4 : Échelle de mesure du CTF, tirée de « workplace family-supportive programmes : predictors of employed parents' importance rating » (Frone & Yardley, 1996).

Work-family conflict items

Work->family conflict

1. After work, I come home too tired to do some of the things I'd like to do. (G)
2. On the job I have so much work to do that it takes away from my personal interests. (G)
3. My family/friends dislike how often I am preoccupied with my work while I am at home. (G)
4. My work takes up time that I'd like to spend with family/friends. (G)
5. My job or career interferes with my responsibilities at home, such as yard work, cooking, cleaning, repairs, shopping, paying the bills, or child care. (F)
6. My job or career keeps me from spending the amount of time I would like to spend with my family. (F)

Family->work conflict

1. I'm too tired at work because of the things I have to do at home. (G)
2. My personal demands are so great that it takes away from my work. (G)
3. My superiors and peers dislike how often I am preoccupied with my personal life while at work. (G)
4. My personal life takes up time that I'd like to spend at work. (G)
5. My home life interferes with my responsibilities at work, such as getting to work on time, accomplishing daily tasks, or working overtime. (F)
6. My home life keeps me from spending the amount of time I would like to spend on job- or career-related activities. (F)

Note. (G) = item from Gutek *et al.* (1991); (F) = item from Frone *et al.* (1992).

Response scale

1 = never, 2 = seldom, 3 = sometimes, 4 = often, 5 = very often.

Figure 5 : Échelle de mesure du CTF, tirée de « Development and validation of work-family and family-work conflicts scale » (Netemeyer *et al.*, 1996).

Work-Family Conflict Scale

1. The demands of my work interfere with my home and family life.
2. The amount of time my job takes up makes it difficult to fulfill family responsibilities.
3. Things I want to do at home do not get done because of the demands my job puts on me.
4. My job produces strain that makes it difficult to fulfill family duties.
5. Due to work-related duties, I have to make changes to my plans for family activities.

Family-Work Conflict Scale

1. The demands of my family or spouse/partner interfere with work-related activities.
2. I have to put off doing things at work because of demands on my time at home.
3. Things I want to do at work don't get done because of the demands of my family or spouse/partner.
4. My home life interferes with my responsibilities at work such as getting to work on time, accomplishing daily tasks, and working overtime.
5. Family-related strain interferes with my ability to perform job-related duties.