



L'impact de la pleine conscience/mindfulness pratiquée par l'infirmier sur le burnout engendré par le stress

Patrick Genoud

Étudiant Bachelor – Soins infirmiers

Directeur de travail : Christophe Gueniat

**TRAVAIL DE BACHELOR DÉPOSÉ ET SOUTENU A LAUSANNE EN 2016 EN VUE DE
L'OBTENTION D'UN BACHELOR OF SCIENCE HES-SO EN SOINS INFIRMIERS**

Haute Ecole de Santé Vaud

Filière Soins Infirmiers

Résumé

Introduction

Le stress est de nos jours présent au quotidien. A force de le côtoyer, il arrive qu'une personne n'arrive plus à trouver les ressources pour y faire face. L'épuisement professionnel s'installe progressivement. Ceci engendre des coûts et un impact important pour la personne. Plusieurs moyens existent pour diminuer les effets, notamment le *Mindfulness Based Stress Reduction* (MBSR).

Objectif

Le but de ce travail est de connaître, au sein de la littérature, si le burnout engendré par le stress peut être diminué à l'aide du *mindfulness*.

Méthode

Des recherches ont été effectuées à l'aide de descripteurs dans les bases de données PubMed et CINAHL. Celles-ci n'ayant pas abouti à un nombre suffisant d'articles en respectant les critères d'inclusion, un approfondissement par *cross-referencing* a été effectué.

Résultats

La revue de la littérature effectuée a permis de s'apercevoir que le MBSR permet de réduire les effets du burnout engendré par le stress. Il a également un effet sur le sommeil et la qualité de vie de la personne.

Conclusion

Le MBSR a un effet positif et pourrait être un outil de prévention contre le stress et le burnout. Néanmoins, plus de recherches devraient être effectuées sur le sujet auprès des patients, et l'infirmier pourrait acquérir des nouvelles compétences en se formant au MBSR.

Mots clés : stress, burnout, mindfulness, nursing



Avertissement

Les prises de position, la rédaction et les conclusions de ce travail n'engagent que la responsabilité de son auteur et en aucun cas celle de la Haute Ecole de Santé Vaud, du Jury ou du Directeur du Travail de Bachelor.

J'atteste avoir réalisé seul le présent travail, sans avoir utilisé d'autres sources que celles indiquées dans la liste des références bibliographiques.

Lausanne, le 15 juillet 2016

Patrick Genoud



Remerciements

Je remercie chaleureusement les personnes suivantes :

- Monsieur Christophe Gueniat, mon directeur, pour son soutien, ses aiguillages, son aide, ainsi que pour ses corrections.
- Madame Françoise Guillaume pour la relecture et les corrections apportées au travail.
- Madame Déborah Perrinjaquet pour son aide lors de mes recherches.
- Ma famille pour son soutien durant la formation et ce travail.

Table des matières

1. Introduction.....	1
2. Problématique	2
2.1. Cadre de référence	7
2.2. Question de recherche.....	10
3. Méthodologie	11
4. Résultats.....	13
4.1. Présentation des articles	13
4.2. Synthèse des résultats.....	29
5. Discussion	32
5.1. Limites du travail	33
5.2. Implication pour la pratique et la recherche.....	34
6. Conclusion	35
Liste des figures	36
Liste des tableaux	36
Liste de références.....	37
Bibliographie.....	39
Annexes.....	40

1. Introduction

De nos jours, le stress est présent au quotidien. Il n'est pas toujours possible de concilier le temps à disposition et les tâches à effectuer dans cette société qui avance à grande vitesse (Robbe-Kernen & Kehtari, 2014). Le stress peut provenir aussi bien du travail que des activités extra-professionnelles. De plus, il est reconnu par L'Organisation Internationale du Travail (OIT) comme un problème majeur pour la santé (Leka, Griffiths, & Cox, 2004). Il y a souvent un écart entre les exigences et les pressions liées à la profession et les connaissances et les capacités insuffisantes des personnes pour leurs postes, ce qui provoque du stress. Celui-ci est souvent aggravé lorsqu'il y a un manque de soutien et un manque de contrôle au travail (Leka et al., 2004). L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la santé comme un état de complet bien-être physique, mental et social [...] (Organisation Mondiale de la Santé, 1946). Pour y arriver, il faudrait éliminer les facteurs nuisibles à la santé et les remplacer par des facteurs favorisant. Par ailleurs, « les valeurs et besoins humains au maintien de l'équilibre psychosomatique sont de plus en plus sacrifiés dans cette course effrénée au rendement » (Robbe-Kernen & Kehtari, 2014, p. 1787). Le stress est à long terme une menace pour l'employé et aucune profession n'est épargnée actuellement par le phénomène. En devenant chronique, il entraîne des modifications biologiques et a, également, des impacts psychologiques, comme dans le burnout dont le facteur principal est le stress. Selon Lupien (2016), « le stress explique 100% des cas de burnout » (p. 2). De plus, le coût pour l'employeur est important car il doit procéder au remplacement de la personne qui ne travaille plus, et cela souvent pendant plusieurs semaines. Aux USA, il y a une augmentation des cas de stress liés au surmenage qui arrivent devant la justice et 9/10 des actions en justice tentées par l'employé sont victorieuses (Lupien, 2016). Par conséquent, une diminution du stress pourrait être bénéfique pour tous. Pour cela, des moyens existent comme la sensibilisation, la prévention et l'éducation de la population. Plusieurs procédés ont été mis en place : ils peuvent être du domaine de l'entreprise (organisation ou structure) ou de l'individuel (Brühlmann, 2012).

Ce travail de Bachelor portera sur l'efficacité de la réduction du stress et de sa conséquence professionnelle qu'est le burnout par la méthode de la pleine conscience, appelé également *mindfulness*¹, effectuée par l'infirmière chez les travailleurs. La première partie exposera la problématique aux travers des aspects épidémiologiques du stress et du burnout et de leur complexité ainsi qu'un cadre de référence infirmier² qui sera explicité en fin de première partie. Ensuite, sera exposée la question de recherche et la méthodologie employée pour répondre à la question. La présentation des articles sera résumée et les résultats des articles sélectionnés seront exposés par la suite. Pour finir, ce travail se terminera par une discussion puis une conclusion.

¹ Correction demandée par les experts : lire au féminin dans tout le travail.

² Dans l'ensemble de ce travail, le terme « infirmier » peut également être interprété au féminin.

2. Problématique

On trouve le terme « stress » depuis des années dans la littérature. Il est apparu au 17^e siècle en Angleterre, mais seulement au 20^e en France (Quintard, 2001, p. 46). Depuis, il a été étudié sous différents aspects, aussi bien conceptuels que statistiques. Les études épidémiologiques sont souvent très espacées dans le temps. Plusieurs études recensées par l'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail (2014) montrent que, dans les années 2000, de nombreux pays ont réalisé des études sur le sujet. Elles ont principalement étudié le coût engendré. En consultant les études outre-Atlantique, on peut voir que le stress coûterait selon une étude de 2008, entre 2,75 milliards et 8,25 milliards de dollars canadiens. Ces frais couvrent le stress au travail et les maladies liées à celui-ci (Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail, 2014). 22,3% des personnes de 15 ans et plus signalent que leurs journées sont assez ou extrêmement stressantes (Gouvernement du Canada, 2009). Selon la dernière étude datant de 2014, 23% des travailleurs canadiens déclarent être assez, ou énormément, stressés au travail. Cela représente 6,7 millions de personnes (Gouvernement du Canada, 2015). Aux Etats-Unis, la somme des coûts engendrés est très importante, pour atteindre jusqu'à 300 milliards de dollars américains selon une estimation (Rosch, 2001). En Europe, la Commission européenne a calculé en 2002 que le coût annuel du stress lié au travail est de l'ordre de 15 à 20 milliards d'euros par an. Nos voisins ne sont pas en reste avec un coût estimé en 2010 entre 1,9 et 3 milliards pour la France et de 29,2 milliards pour l'Allemagne selon Bodeker et Friedrichs en 2011 (Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail, 2014). Concernant la Suisse, Ramaciotti et Perriard ont en 2003 utilisé une approche inductive pour calculer le coût lié au stress. Le coût moyen est de 4,2 milliards de francs suisses après extrapolation à l'ensemble des habitants. Ils se sont basés sur le stress en général mais sur le fait qu'un faible pourcentage (4,6%) déclare que leurs stress est lié uniquement à des facteurs externes au travail (Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail, 2014). Le Secrétariat d'Etat à l'économie (SECO) a réalisé deux études sur le stress, à 10 ans d'intervalle. La première étude, datant de 2000, avait démontré que 26,6% des personnes interrogées se sentaient « souvent », voire « très souvent », stressées. En 2010 ce chiffre a augmenté pour atteindre plus d'une personne sur trois (34,4%) présentes dans ces deux catégories. L'étude montre également que ceux qui sont « peu » ou « jamais » stressés ont diminué de 5%. Par ailleurs, seules 20% des personnes stressées peuvent gérer pleinement ce problème, et le nombre de jeunes travailleurs (15-34 ans) stressés est supérieur à la moyenne (Secrétariat d'Etat à l'économie, 2011). Par ailleurs, il a été révélé qu'aucune différence entre les branches économiques ou le sexe n'existe (Vasey, 2013).

De nos jours, le terme stress est utilisé indistinctement et constamment (Lupien, 2016 ; Quintard, 2001). En effet, la croyance populaire limite la définition du stress à la pression du temps sur la vie, lorsque la personne n'arrive pas à accomplir une tâche dans le temps imparti. Cette définition est erronée (Lupien, 2016). La première définition date de 1903, année à laquelle Canon a étudié le comportement du chat face au chien. Mais c'est bien Hans Selye (1936) qui est considéré comme le

concepteur de la théorie du stress. Il le définit comme une réponse non spécifique et appelée Syndrome Général d'Adaptation, qui, selon lui, se déroule en 3 temps. Lorsqu'il y a une agression, l'organisme réagit et tente de réagir, puis entre en résistance. En cas de prolongement de cette phase survient la phase d'épuisement. Par conséquent, Selye définit le stress, comme « l'état réactionnel d'un organisme soumis à l'action d'un excitant quelconque qu'il nomme le « stressueur » et dont la nature peut-être physique, chimique aussi bien que psychologique » (Quintard, 2001, p. 48). Cette définition reste employée notamment par Betty Neuman, qui a pris cette interprétation pour son modèle de soins infirmiers (Freese & Lawson, 2010 ; Geib, 2010) et qui expliquera la résistance au stress qui sera présentée ultérieurement. Par ailleurs l'Institut américain contre le stress utilise également cette définition malgré le fait qu'elle indique qu'il est difficile de le définir (The American Institute of Stress, 2016). De plus, le DSM 5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) définit le stress comme « le modèle de réponses spécifiques et non spécifiques d'une personne pour faire face aux événements de stimulus qui dérangent son équilibre et excèdent sa capacité de faire face [traduction libre].

Néanmoins, depuis les années 70, les neurophysiologistes remarquent que le stress dépend de l'état émotionnel induit par le stressueur. Pour Dantzer, la réaction du stress est d'autant plus intense que l'émotion engendrée par l'événement est forte (Quintard, 2001). Pour finir, d'autres approches sont apparues mais, depuis quelques années, la définition de Lazarus et Folkman est retenue. Ils définissent le stress comme une « transaction entre la personne et l'environnement, dans laquelle la situation est évaluée par l'individu comme débordant ses ressources et pouvant mettre en danger son bien-être » (Quintard, 2001, p. 50). En résumé, le stress est une expérience individuelle mais qui interagit avec son environnement (Lupien, 2016). Il faut le comprendre comme une conception dynamique.

Comme présenté dans la théorie de Selye (1936), à force de résister, le corps entre dans une phase d'épuisement. Ce stress chronique peut amener à un état grave s'il n'est pas reconnu, qu'on ne veut pas l'affronter ou qu'il est mal pris en charge. Arrive alors le burnout, aussi appelé « épuisement professionnel ». La pression extérieure ajoutée à une attente de soi exagérée conduit à un surmenage et produit la fragilité qu'on observe dans le burnout (Brühlmann, 2012). Il est par ailleurs difficile de se fier à des statistiques connues, reconnues comme officielles, concernant ce trouble de la santé mentale (Robbe-Kernen & Kehtari, 2014). Les raisons peuvent être les suivantes. Premièrement, il est lié au stress, et ses symptômes se rapprochent grandement de la dépression. Il est dès lors difficile de vraiment bien distinguer stress et dépression, et de poser le bon diagnostic (Lupien, 2016). Deuxièmement, le burnout n'a pas toujours été reconnu comme maladie à proprement dit. En effet, jusqu'à récemment, il ne se trouvait pas dans le DSM, outil de référence pour les diagnostics de troubles mentaux. Troisièmement, le burnout n'est pas bien délimité et son concept théorique n'a pas le consensus de tous (Brühlmann, 2012).

Néanmoins le SECO a présenté des statistiques sur l'épuisement professionnel lors de son étude de 2010 sur le stress. Il montre que 4% des 34,4% qui se sentent épuisés émotionnellement le sont au travail et, par conséquent, souffriraient de burnout (Secrétariat d'Etat à l'Economie, 2011). Comme révèle Catherine Vasey (2013), « nous n'avons aucun chiffre valable et représentatif qui nous permettrait de connaître le détail des victimes du burnout en Suisse ».

Le terme burnout n'est pas ancien mais il est déjà bien connu dans le monde actuel. En effet, il a souvent été entendu ces dernières années comme par exemple lors des suicides de France Télécom, ou dans les journaux comme « L'Illustré » du 2 septembre 2015, sans oublier les innombrables livres qui sont sortis sur le sujet, ni les très nombreux articles. Cela démontre son importance dans notre société (Brühlmann, 2012). Il touche toutes les professions. Dès lors, il serait possible de penser qu'il est compris et intégré de tous dans la société. Selon le Docteur Philippe Corten ce n'est pas le cas (Delbrouck, Goulet, Ladouceur, & Vénara, 2011). Selon lui, au fil des ans, il a été vulgarisé et s'est adouci pour faire ressortir aujourd'hui un ras-le-bol au travail. Ce sentiment peut être accentué par les propos de Richard Sennett qui a « décrit l'érosion et la destruction du caractère humain sous l'effet de l'évolution socio-économique » (Brühlmann, 2010, p. 148). Et aussi qu'à la place de « prendre racine dans la loyauté et la confiance, les rapports ne durent que le temps de leur utilité » (Brühlmann, 2010, p. 148). Dans cette société où l'économie est reine, elle influence chaque personne pour s'infiltrer dans sa vie privée. Il est facile ainsi de comprendre que le burnout ne se rencontre pas seulement au travail (Brühlmann, 2010). Malgré cela, c'est bien dans ce lieu qu'on remarque le plus le manque d'efficacité, ce qui est caractéristique du burnout. Les causes peuvent être multiples, comme une distorsion entre la raison de l'engagement de la personne, ce qu'elle doit faire, l'intervention de personnes qui imposent des choses sans en avoir les compétences, ou encore le fait qu'on lui met les bâtons dans les roues (Cotta, 2016). Ce ne sont que des exemples pouvant amener au burnout. Le concept du burnout va maintenant être précisé.

Le terme burnout a été décrit pour la première fois par Herbert J. Freudenberger (1980) avec son travail sur les professionnels et les bénévoles chez les toxicomanes. Il explique l'épuisement professionnel ainsi :

En tant que psychanalyste et praticien, je me suis rendu compte que les gens sont parfois victimes d'incendie, tout comme les immeubles. Sous la tension produite par la vie dans notre monde complexe les ressources internes en viennent à se consommer comme sous l'action des flammes, ne laissant qu'un vide immense à l'intérieur, même si l'enveloppe externe semble plus ou moins intacte (Robbe-Kernen & Kehtari, 2014, pp. 1787-1788).

De nos jours, aucune définition spécifique n'a été élaborée. Freudenberger l'avait défini comme « un problème qui prend naissance de la bonne intention d'atteindre des buts élevés, voire irréalistes, et qui

aboutit à épuiser ses énergies, se détacher de soi-même et perdre le contact avec les autres » (Robbe-Kernen & Kehtari, 2014, p. 1788). Pour Catherine Vasey (2013), le burnout est « un syndrome d'épuisement consécutif à un stress chronique ». Dans la dernière version du DSM, le burnout n'a été ajouté que sous « Problème éducatif et professionnel » (V62.29) et plus particulièrement sous « Autre problème lié à la profession ». Ils le définissent ainsi : « Cette catégorie doit être utilisée lorsqu'un problème professionnel constitue le motif d'examen clinique ou a un impact sur le diagnostic, le traitement ou le pronostic de la personne » (American Psychiatric Association, 2016, p. 853). Ces définitions ne sont certes pas spécifiques et peu claires.

Toutefois, on s'accorde sur la définition de Christina Maslach et Susan Jackson qui ont affiné le concept du burnout (Reynaert et al., 2008). Pour elles, le burnout est un syndrome tridimensionnel qui va être décrit ci-dessous. Elles ont également développé une échelle du burnout.

L'épuisement professionnel :

Il est de tout ordre, aussi bien physique que mental. La personne va ressentir une fatigue généralisée et une difficulté à être en relation avec les émotions. Ceci devient de plus en plus difficile au fil du temps. Le repos n'améliore que très peu la fatigue, voire pas du tout. Il arrive que la personne ait des crises d'énervement ou de colère, mais aussi des difficultés à se concentrer avec des oublis. Les émotions risquent d'être déniées et déviées en essayant de les contrôler. La personne stressée peut alors prendre une apparence de froideur avec de la distance, et nier tous les problèmes (Reynaert et al., 2008).

La déshumanisation de la relation à l'autre :

Elle se caractérise par une mise de côté des sentiments avec un détachement, une sécheresse relationnelle qui ressemble à du cynisme, de l'humour noir. Une personne peut devenir juste un objet, une chose, un cas ou un numéro. Le changement de comportement est un point clé pour le diagnostic, mais ce n'est pas toujours évident de l'identifier. En effet, ces symptômes apparaissent de manière insidieuse et sournoise à l'insu de la personne (Reynaert et al., 2008).

Le sentiment d'échec professionnel :

Il s'agit de la conséquence de l'épuisement et de la déshumanisation. La diminution de l'accomplissement personnel est vécue péniblement. Ainsi, la personne va avoir un sentiment d'inefficacité, va mal travailler et aura des frustrations accompagnées d'une perte du sens qu'elle donnait à son métier. Cela va entraîner un sentiment de doute qui amènera une baisse de l'estime de soi, de la culpabilité et une démotivation. Il y aura deux réactions possibles à ce niveau. Soit la personne va fuir le travail, son absentéisme augmentera, elle envisagera un projet de changement de métier. L'autre possibilité est l'hyperactivité (Reynaert et al., 2008).

D'autres facteurs peuvent entrer en ligne de compte, qu'ils soient internes ou externes. Il y a par exemple l'anxiété, l'« esprit d'entreprise », une attente ou des sollicitations trop grandes (Delbrouck, 2008). A cela s'ajoute les symptômes physiques, maux de dos et hypertension peuvent apparaître, mais pas uniquement dans le burnout (Robbe-Kernen & Kehtari, 2014). Comme il est possible de le voir, le burnout est un concept mal défini et difficile à cerner. Le fait qu'il se compose des trois composantes qui répondent au stress chronique et répétitif ne remplace pas un diagnostic psychiatrique.

Heureusement, des traitements existent. Il y a les traitements médicamenteux, mais ce n'est pas le sujet de ce travail. Pour agir contre le burnout, la « gestion du stress » est devenue un terme à la mode, et « équilibre vital » a acquis la réputation d'un mot magique. La régénération passe par l'acquisition de méthodes qui visent à diminuer la sensibilité au stress (Brühlmann, 2010). Il y a par exemple la pratique de la méditation. En effet, le patient en burnout néglige son corps et n'a plus conscience de son physique. Les thérapies centrées sur le corps comme la méditation sont notamment indiquées, soit en complément d'une psychothérapie ou au début de la prise en charge. L'avantage de la méditation comme le *mindfulness* est qu'elle intègre le corps et l'esprit. Ainsi l'esprit est calmé et reconduit vers une perception du corps sans jugement de valeur (Brühlmann, 2012).

Le méthode du *mindfulness* ou « pleine conscience » en français, a été créée par Jon Kabat-Zinn (1979), docteur en biologie moléculaire. Ce procédé est connu depuis plus de 2500 ans (Wolever et al., 2012). Le *mindfulness*, s'inspirant de techniques de méditation de la philosophie bouddhiste, est totalement laïc et emprunte des éléments à d'autres formes de méditation comme le yoga (Logean, 2013 ; Staub, n.d.). Jon Kabat-Zinn définit le *mindfulness* comme porter son attention, intentionnellement, au moment présent, sans jugement, sur l'expérience qui se déploie, moment après moment [traduction libre] (Horner, Piercy, Eure, & Woodard, 2014). Comme le mentionne Barbara Guidetti, l'objectif est de porter son attention sur le présent avec un principe de non-jugement, d'acceptation, de confiance et de lâcher-prise notamment (Logean, 2013). Cela va aider à modifier la relation avec les problèmes de la vie, en favorisant l'acceptation et la reconnaissance des émotions que la personne ressent.

Kabat-Zinn a ouvert un centre médical sur le *mindfulness* à l'Université du Massachusetts en 1979. Il voulait avec cette méthode prendre soin de patients souffrant de douleurs chroniques et de stress. Au vu du succès rencontré, les indications pour employer le *mindfulness* n'ont pas tardé à s'élargir, notamment le MBSR (*mindfulness-based stress reduction*), qui sera étudié dans ce travail. Le MBSR est dispensé en groupe ou en individuel. Il s'agit, selon le protocole strict de Kabat-Zinn, de sessions de 2h à 2h30 sur 8 semaines. En plus, des exercices doivent être entraînés à la maison avec un support audio, entre 15 et 45 minutes selon le temps à disposition. Durant les exercices de méditation, la personne est amenée à porter son attention sur un élément précis et à essayer de ramener son attention

sur cet élément si son esprit va ailleurs. La pratique quotidienne est nécessaire pour casser le mode de fonctionnement en « pensée automatique » et s'en écarter.

De nos jours, le *mindfulness* a pris de l'essor, que cela soit aux États-Unis ou en Europe. L'Institut national de santé américain a participé financièrement à pas moins de 50 études en 2008 sur le *mindfulness* afin d'évaluer son efficacité sur la concentration, le stress, la dépression ou les addictions. Quant à la Suisse, cette méthode est utilisée au HUG (Hôpitaux Universitaires de Genève) depuis plus de 10 ans dans son département de santé mentale et au CHUV (Centre Hospitalier Universitaire Vaudois) depuis 2009 en psychiatrie communautaire (Logean, 2013).

2.1. Cadre de référence

Comme vu dans la problématique, pour aider à diminuer le stress et le burnout, le *mindfulness* peut être envisagé comme une ressource ou une solution. Plusieurs professions peuvent pratiquer et enseigner le *mindfulness* aux patients comme les psychologues, les psychiatres ou les médecins. Toutefois, l'infirmier est au plus proche du patient et dispose des compétences nécessaires pour le faire aussi. En effet, selon le référentiel de compétences, l'infirmier peut utiliser cette méthode dans son rôle de promotion de la santé, mais également dans son rôle d'expert ou de manager, en réalisant ou en organisant des enseignements. Il est évident qu'une formation devra être suivie par tous ces professionnels, avant de pouvoir l'enseigner. Ce sera une compétence supplémentaire pour l'infirmier. De plus, Neuman (1974) explicite que le but majeur des soins infirmiers est d'aider le client dans la réalisation de la stabilité du système grâce à la réalisation, la conservation et le maintien de la santé optimale [traduction libre] (Geib, 2010). Le modèle des systèmes qu'elle a réalisé a été utilisé à plusieurs reprises pour expliquer les phénomènes de stress.

Le modèle des systèmes de Betty Neuman a été publié pour la première fois en 1982, mais il date de 1972. Il se base sur la théorie des systèmes généraux et reflète la nature de l'organisme vivant comme des systèmes ouverts (von Bertalanffy, 1968). L'attention est portée sur les relations entre l'être humain et l'environnement qui l'entoure ainsi qu'aux résultats ou aux effets des soins infirmiers (Alexandre, 2011). Pour établir son modèle, Neuman s'est inspirée de la théorie de Gestalt qui décrit l'homéostasie comme un procédé pour maintenir l'équilibre de l'organisme. A cela s'ajoute la prise en considération de la théorie du stress de Selye (1936) et ses successeurs. Elle affirme que le stress augmente la demande de réajustement du système. De plus, Neuman a adapté la théorie d'intervention de prévention de Caplan (1964) (Freese & Lawson, 2010). La figure en fin de sous-chapitre est le schéma de son modèle avec les principaux éléments ainsi que leurs interactions. Afin de mieux comprendre le modèle des systèmes de Neuman, voici sa vision des principaux concepts du méta paradigme infirmier (Fawcett, 1984) que sont la personne, l'environnement, la santé et les soins infirmiers.

Tout d'abord, Neuman voit la personne comme un système ouvert et dynamique. Ce « système-client », comme elle le considère, est en échange continu d'informations avec l'environnement. Il peut être un individu, une famille, un groupe, une communauté ou un enjeu social. Le « système-client » est un composé dynamique de corrélation entre les cinq facteurs (physiologique, psychologique, socioculturel, développemental et spirituel). Le « système-client » est composé d'un noyau central entouré d'autres cercles concentriques. La structure centrale représente les facteurs basiques de survie ainsi que les ressources d'énergie de la personne. Pour Neuman, cette structure « est constituée de facteurs de survie de base communs à tous les membres d'une espèce » [Traduction libre] (Freese & Lawson, 2010, p. 312). La série de cercles traitillés proches du cercle central sont appelés lignes de résistance. Ils représentent les facteurs ressources qui vont aider le client à se défendre contre les stressors. La ligne continue qui entoure le tout est la ligne de défense. Elle représente l'état de stabilité du système ou de l'individu. Plus elle est éloignée, plus le bien-être est à un stade élevé et vice-versa. Le dernier cercle traitillé représente la ligne de défense flexible. Elle est dynamique et peut-être altérée par les stressors de l'environnement. Pour jouer leur rôle, les différentes lignes mobilisent les cinq facteurs du « système-client » (Alexandre, 2011).

Les stressors de l'environnement produisent des tensions sous forme de stimuli qui ont le potentiel de troubler la stabilité du système. Ils sont de trois ordres. Les stressors intrapersonnels proviennent du milieu interne, de l'intimité de la personne. Les stressors interpersonnels découlent des tensions générées par un ou plusieurs individus. Les stressors extrapersonnels résultent de facteurs externes, comme les circonstances financières par exemple (Alexandre, 2011 ; Freese & Lawson, 2010). Par conséquent, ces stressors peuvent franchir les lignes et affecter la santé si les ressources de la personne ne sont pas suffisantes pour se protéger. Pour Neuman, la santé est comme « un continuum entre le bien-être et la maladie qui est de nature dynamique et en constant changement » (Freese & Lawson, 2010, p. 313). « Pour avoir un bien être ou une stabilité optimale, les besoins du système en entier doivent être en harmonie » [traduction libre] (Freese & Lawson, 2010, p. 314)

En fonction de la pénétration du stressor au coeur des lignes de protection, Neuman propose trois niveaux de prévention pour conserver, atteindre ou maintenir la stabilité du système. La prévention primaire est utilisée quand le stressor est suspecté ou identifié mais qu'il n'y a pas eu de réaction de la personne. Le but est de prévenir le stress et d'augmenter les facteurs favorisants. La prévention secondaire permet de rétablir la santé quand les stressors ont dépassé les lignes de protection avec présence de symptômes. Les ressources internes sont alors utilisées de manière thérapeutique pour augmenter la force des lignes de résistance interne, réduire la réaction et augmenter la résistance. Enfin, la prévention tertiaire est utilisée après un traitement ou une prévention secondaire. Le but est la stabilité optimale du système-client, empêchant la répétition de réactions ou la régression [traduction libre] (Freese & Lawson, 2010).

Neuman (1982), considère que les soins infirmiers concernent la personne entière. Elle envisage les soins infirmiers comme l' « unique profession prenant en compte toutes les variables affectant la réponse de l'individu au stress » [traduction libre] (Freese & Lawson, 2010, p. 314).

De manière générale, le *mindfulness* pourrait être appliqué dans les trois niveaux de prévention, avec un bémol pour le niveau de la prévention tertiaire. Des interventions ont déjà été réalisées ou des ressources mobilisées avec succès pour faire face aux stress. Le stress peut devenir absent, mais le but est d'empêcher qu'il perce à nouveau les lignes de défenses. Si un événement stressant survient une nouvelle fois, cela affectera les premières lignes et le *mindfulness* deviendra par conséquent de la prévention primaire. Dans l'idéal, c'est à ce niveau-là qu'il devrait être appliqué. Néanmoins, il est tout à fait possible de l'appliquer en prévention secondaire. Malgré les symptômes liés au stress déjà présent, cela va contribuer, seul ou combiné à d'autres méthodes, à renforcer les lignes de défenses en réduisant les symptômes du stress.

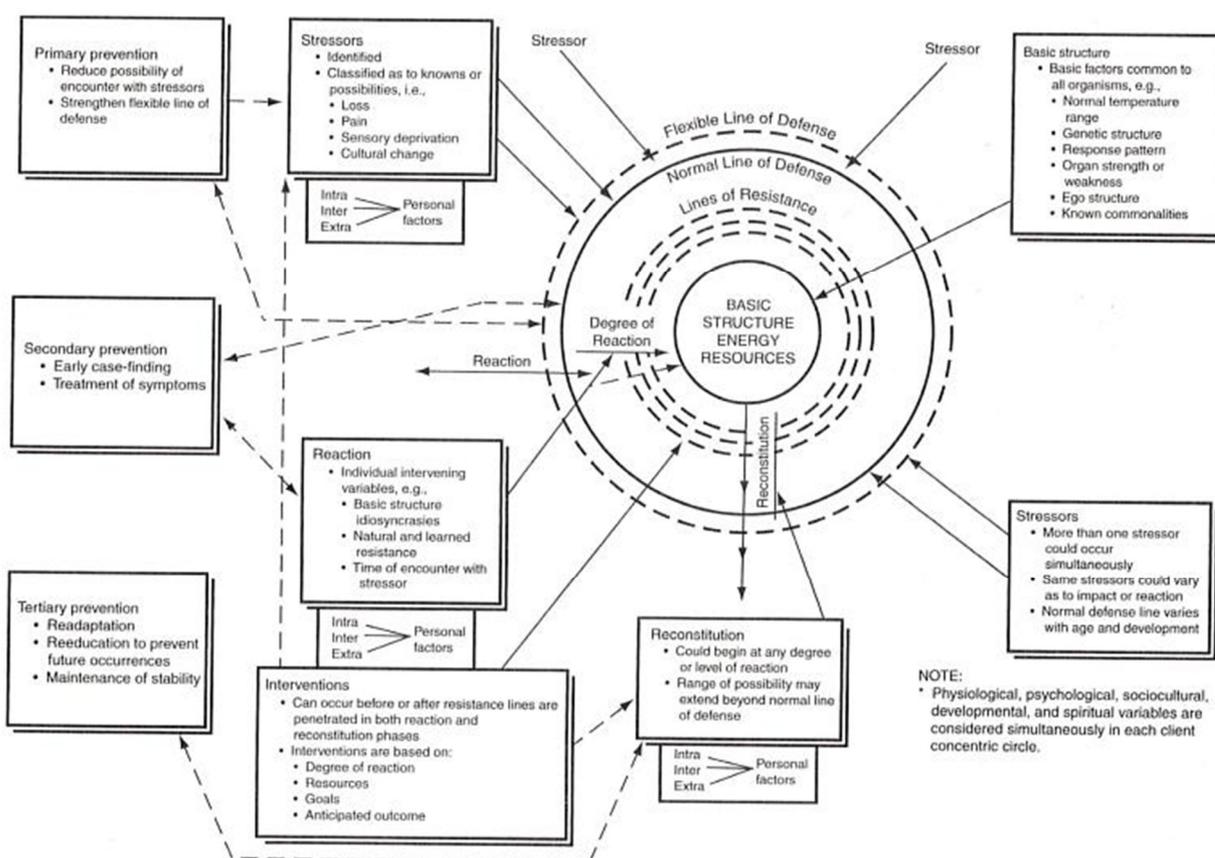


Figure 1 : Le modèle des système de Neumann (cité dans Freese & Lawson, 2010)

2.2. Question de recherche

La complexité qu'engendrent les effets du stress et du burnout sur la santé des personnes ainsi que les différents aspects qu'introduit la problématique ont été synthétisés en fonction du modèle PICO (population, intervention, contrôle, résultats (*Outcome*)) :

Population : Les personnes qui travaillent dans n'importe quel domaine et qui sont stressées

Intervention : *Mindfulness*

Contrôle : Comparé à d'autres thérapies

Résultats : Diminution de l'effet du stress et meilleure gestion

Par conséquent, la recherche de la littérature qui sera faite ci-après devra répondre à la question suivante :

« Le *mindfulness* pratiqué par l'infirmier a-t-il un effet bénéfique pour diminuer les effets du burnout engendrés par le stress ? »

3. Méthodologie

Dans cette partie, la méthode de recherche vous sera décrite. Elle permet de comprendre la démarche ainsi que les choix effectués comme les bases de données, les descripteurs, ainsi que les critères d'inclusion et d'exclusion d'articles.

Les critères d'inclusion retenus sont les suivants :

- Les articles doivent parler d'une intervention infirmière.
- Les résultats doivent porter sur des patients de tous milieux professionnels et non exclusivement sur des infirmières ou des soignants.
- Pour être pertinents avec la clinique actuelle, les articles vont de 2005 à 2015 sauf si un article plus ancien est jugé pertinent pour répondre à la question de recherche.

Les critères d'exclusion sont tous les articles ne répondant pas aux critères d'inclusion.

Thème	Mots en français	Mots en anglais	Descripteurs	
			PubMed	CINAHL
Burnout	Syndrome d'épuisement professionnel Epuisement professionnel	Burnout	Burnout	Burnout, Professional
Dépression	Dépression Etat dépressif	Depression Break down Depressive stable Depressive Symptoms Emotional Depression		Depression Depression reactive
Satisfaction au travail	Satisfaction au travail	Job satisfaction		Job Satisfaction
Stress	Stress	Stress	Stress	Stress Stress occupational Stress physiological Stress psychological
Intervention infirmière	Intervention infirmière	Intervention nurse	Nursing Process Nursing Care	Nursing process Nursing intervention
<i>Mindfulness</i>	Pleine conscience	<i>Mindfulness</i>	<i>Mindfulness</i>	<i>Mindfulness</i>
Prévention primaire/secondaire	Prévention primaire/ secondaire	Primary prevention Secondary prevention		Preventive health Care Primary Health Care Secondary health Care

Tableau 1 : Tableau des mots-clés et des descripteurs

Les bases de données employées pour la recherche des articles sont celles les plus régulièrement utilisées dans la recherche du domaine des soins infirmiers. Il s'agit de Medline-PubMed et CINAHL. Les mots-clés et les descripteurs ont été définis au même moment que les critères d'inclusion et d'exclusion. Dans les tableaux suivant se trouvent les équations de recherche effectuées sur CINAHL et PubMed.

Equation de recherche CINAHL	Article(s) trouvé (s) / retenu(s)
((MH "Job Satisfaction+") OR (MH "Burnout, Professional") OR (MH "Depression+") OR (MH "Depression, Reactive") OR (MH "Stress+") OR (MH "Stress, Occupational+") OR (MH "Stress, Physiological") OR (MH "Stress, Psychological+")) AND ((MH "Nursing Process+") OR (MH "Nursing Assessment") OR (MH "Nursing Practice+") OR (MH "Nursing Interventions") OR (MH "Mindfulness")) AND ((MH "Preventive Health Care+") OR (MH "Primary Health Care") OR (MH "Secondary Health Care")) Opérateurs de restriction : Date de publication: 20050101-20151231; Relu par un comité de lecture; Humain; Groupes d'âge: All Adult	74 / 1

Tableau 2 : Equation de recherche CINAHL

Equation de recherche PubMed	Article(s) trouvé (s) / retenu(s)
("mindfulness"[MeSH Terms] OR "mindfulness"[All Fields]) AND burnout; [All Fields] AND ("nursing"[Subheading] OR "nursing"[All Fields] OR "nursing"[MeSH Terms] AND "stress"[All Fields]) AND ("2006/02/07"[PDAT] : "2016/02/04"[PDAT])	27 / 0

Tableau 3 : Equation de recherche PubMed

D'autres tentatives d'équations de recherche ont été effectuées sur les deux bases de données. Malheureusement, aucune d'entre elles n'a donné satisfaction, notamment au niveau des critères d'inclusion. Dès lors, avec l'aide du directeur de Bachelor, du *cross-referencing* (Loiselle, Profetto-McGrath, Polit, & Tatano Beck, 2007, p. 140) a été réalisé à partir de l'étude trouvée grâce à l'équation. Après lecture de l'article et de sa bibliographie, cinq revues systématiques ou critiques de la littérature ou méta analyses ont été identifiées. Elles ont été analysées et sept articles ont pu être retenus. Ils respectent presque tous les différents critères et sont de nature quantitative. Seul l'article de Horner et al. (2014), ne respecte pas tous les critères, car centré sur les soignants, mais néanmoins on y retrouve un résultat sur les patients, raison pour laquelle il a été retenu. La qualité de chaque article a été évaluée par la suite à l'aide de la « grille de lecture critique de Fortin » (Fortin & Gagnon, 2010). Seuls cinq autres articles ont été sélectionnés. Un des articles exclu présentait par ailleurs des analyses statistiques trop faibles.

4. Résultats

4.1. Présentation des articles

Dans cette partie, chaque article sélectionné sera présenté selon l'ordre chronologique de l'année de parution. La présentation se composera premièrement d'un tableau composé du devis, de l'échantillon, des variables étudiées, du matériel, ainsi que des résultats. En dessous de celui-ci, un texte concernant l'article sera présenté au lecteur. S'y trouveront l'objectif de l'étude, un résumé des résultats, des considérations éthiques, les limites de l'étude, une critique personnelle ainsi que l'impact de l'article sur la pratique des soins infirmiers.

1. Roth, B., & Robbins, D. (2004). Mindfulness-Based Stress Reduction and Health-Related Quality of Life : Findings From a Bilingual Inner-City Patient Population. *Psychosomatic medicine*, 66, 113-123. doi: 10.1097/01.PSY.0000097337.00754.09

Devis	Echantillon et réglages	Variables étudiées	Matériel de mesure	Résultats
Etude quantitative contrôlée	68 personnes dans le groupe intervention, après sélection. Les données des patients proviennent des auto-évaluations et des dossiers patients. Il y a 48 patients qui parlent l'espagnol et 20 l'anglais. Les personnes bilingues peuvent choisir leur groupe. Le groupe témoin compte 18 personnes parlant espagnol. Elles ne bénéficient d'aucune d'intervention. Les mesures ont été faites 4 semaines pré puis post intervention.	Sociodémographique	SF-36 qui a été développé par John Ware en 1990 et traduit en 40 langues sur la Santé générale.	Moyenne d'âge de 51,24 ans, majorité de femmes (82%). Le groupe contrôle ne compte que des femmes parlant espagnol, et est plus jeune. Sinon les données sont équivalentes. La majorité des patients a plus d'un diagnostic médical. Au départ, le groupe témoin avait un score de fonctionnement physique et de rôle physique plus élevé, et les scores de santé mentale et de qualité de sommeil significativement plus bas que le groupe d'intervention. Il en va de même entre les groupes de langues. L'analyse complémentaire sur l'état de santé général est significativement plus basse dans le groupe parlant espagnol que celui parlant anglais. La santé mentale présente une amélioration dans le groupe parlant anglais par rapport à l'espagnol. Rien d'autre n'est significatif.
		Etat de santé général		Interactions significatives pré et post intervention (p=0.033).
		Fonctionnement physique		Interactions non significatives pré et post intervention (p=0.138).
		Rôle physique		Interactions significatives pré et post intervention (p=0.00).
		Douleurs du corps		Interactions non significatives pré et post intervention (p=0.08).
		Vitalité		Interactions significatives pré et post intervention (p=0.05).
		Fonctionnement social		Interactions significatives pré et post intervention (p=0.014).
		Rôle émotionnel		Interactions significatives pré et post intervention (p=0.05).
		Santé mentale		Interactions non significatives pré et post intervention (p=0.091).
		PCS (Physical Component Summary)		Interactions significatives pré et post intervention (p=0.003).



Ils ont participé à des cours de 2h/semaine. En plus, ils doivent pratiquer individuellement entre 30 et 45 min/jour.	MCS (Mental Summary)	Questions rédigées par les auteurs de l'étude	Interactions non significatives pré et post intervention (p=0.062).
	Qualité du sommeil		Pas d'amélioration statistiquement significative (p=0.59).
	Harmonie familiale		Pas d'amélioration statistiquement significative (p=0.137).

Objectif : Les auteurs de l'article ont pour but de comprendre comment un programme de prévention basé sur le MBSR a des effets sur la personne. **Résultats :** On retrouve des effets sur cinq mesures du SF-36, soit sur la santé en général, le rôle de limitation physique, la vitalité, le fonctionnement social et le rôle émotionnel. Il y a aussi un effet sur l'ensemble des composantes physiques lorsqu'elles sont mises en commun. La qualité de sommeil a été améliorée après l'intervention. **Ethique :** Il n'y a pas de soumission de l'étude à une commission d'éthique qui soit mentionnée dans l'article. **Limites :** Les auteurs indiquent que l'étude aurait pu se dérouler avec plus de participants et un devis randomisé, avec une plus grande rigueur dans les questions d'ordre administratif, avec des statistiques qui soient corrélées entre l'adhérence au *mindfulness* et la santé ; l'effet à long terme du MBSR aurait dû être investigué. **Critique :** L'étude répond à la grande majorité des critères de la lecture critique (Fortin & Gagnon, 2010). L'évaluation du stress pré puis post intervention n'a pas été effectuée par les auteurs.

Implication pour la pratique : L'infirmière utilise le *mindfulness* dans cette recherche. La conséquence de l'amélioration du rôle physique amène à un meilleur engagement au travail, même si le fonctionnement physique n'est pas amélioré. En post intervention, l'amélioration du fonctionnement social suggère que le MBSR aide les patients à accroître leur participation aux activités sociales avec moins d'interférences dues aux problèmes physiques ou émotionnels. Ainsi les personnes ont une meilleure santé générale, donc une diminution de la mortalité et une utilisation moins fréquente des soins, ce qui va diminuer les coûts de la santé. Les auteurs indiquent que seuls les bénéfices à court terme ont été évalués.

2. Moritz, S, Quan, H., Rickhi, B., Liu, M., Angen, M., Vintila, R., ... Toews, J. (2006). A home study – Based spirituality education program decreases emotional distress and increases quality of life – A randomized, controlled trial. *Alternative Therapies*, 12(6), 26-35.

Devis	Echantillon et réglages	Variante étudiée	Matériel de mesure	Résultats
Etude quantitative contrôlée randomisée	165 personnes ont été recrutées par affiches. 5 personnes/55 dans le groupe contrôle, 26/54 dans le <i>mindfulness</i> et 16/56 personnes dans le groupe spiritualité ont arrêté en cours d'étude. L'échantillon doit présenter un POMS de min 40 (degré moyen de perturbation de l'humeur) pour être enrôlé. Les personnes qui ont déjà pratiqué de la méditation ont été exclues. L'étude a été randomisée selon un ratio de 1-1-1 pour	Humour (échelle totale) Tension Dépression Colère Vitalité Fatigue Confusion Qualité de vie (échelle totale)	POMS (profile of mood states) pour la détresse émotionnelle Evaluations à la 8 ^e et à la 12 ^e semaine.	Le POMS est le même au départ. Après 8 semaines, il y a une diminution du score pour la spiritualité (plus important que pour les deux autres), pour le <i>mindfulness</i> (plus important que le contrôle) et pour le groupe contrôle. Après 12 semaines, en comparaison avec la 8 ^{ème} qui est la fin de l'intervention, le groupe spiritualité présente une réduction statistiquement significative ($p=0.003$), alors que pour les deux autres groupes ce n'est pas significatif : <i>mindfulness</i> ($p=0.891$). Les détresses émotionnelles ont donc pu être soulagées. Diminution significative au niveau du score total entre la spiritualité et le <i>mindfulness</i> ($p=0.007$). Diminution significative au niveau du score total entre la spiritualité et le <i>mindfulness</i> ($p=0.013$). Diminution du score mais non significatif, entre la spiritualité et le <i>mindfulness</i> ($p=0.652$) Augmentation du score, mais non significative, entre la spiritualité et le <i>mindfulness</i> ($p=0.53$). Diminution du score, mais non significative, entre la spiritualité et le <i>mindfulness</i> ($p=0.346$). Diminution du score, mais non significative, entre la spiritualité et le <i>mindfulness</i> ($p=0.152$). A la base, pas de différence entre les 3 groupes. Après 8 semaines, il y a une différence significative de l'amélioration de la qualité de vie pour la spiritualité par rapport au <i>mindfulness</i> ($p=0.029$) et par rapport au groupe contrôle ($p>0.001$). Etonnamment, le <i>mindfulness</i> améliore moins que la spiritualité. Les auteurs expliquent par une compliance moins bonne dans le groupe <i>mindfulness</i> , donc une motivation peut être moins grande. Après la 12 ^{ème} semaine, comparée à la 8 ^{ème} , le groupe spiritualité présente une réduction

<p>les groupes. La liste randomisée a été préparée par un biostatisticien qui a employé un générateur de nombre. Les participants doivent avoir plus de 18 ans. Le groupe de <i>mindfulness</i> a eu une formation du MBSR sur 8 semaines à la maison. Le groupe contrôle n'a rien eu. Les données ont été récoltées avant et à la fin de l'intervention ainsi que 12 semaines après le début de l'intervention. Evalué avec le Profile of Mood States (POMS) et le SF-36.</p>	<p>Etat de santé général</p> <p>Limitations physiques</p> <p>Limitation du rôle de l'activité</p> <p>Douleur du corps</p> <p>Vitalité</p> <p>Limitations des activités sociales</p> <p>Limitation du rôle émotionnel</p> <p>Santé mentale</p> <p>PCS (Physical Component Summary)</p> <p>MCS (Mental Component Summary)</p>	<p>statistiquement significative (p=0.038), alors que pour les deux autres groupes ce n'est pas significatif : <i>mindfulness</i> (p=0.985).</p>
		<p>Il n'y a pas de différence significative entre la spiritualité et le <i>mindfulness</i> (p=0.309).</p>
		<p>Augmentation du score, mais non significative, entre la spiritualité et le <i>mindfulness</i> (p=0.309).</p>
		<p>Augmentation du score, mais non significative, entre la spiritualité et le <i>mindfulness</i> (p=1).</p>
		<p>Augmentation du score, mais sans différence significative, entre la spiritualité et le <i>mindfulness</i>. (p=1).</p>
		<p>Augmentation du score, avec une différence significative, entre le groupe spiritualité comparé au <i>mindfulness</i> (p=0.024).</p>
		<p>Augmentation du score, mais non significative, entre la spiritualité et le <i>mindfulness</i> (p=0.33).</p>
		<p>Augmentation du score, mais non significative, entre la spiritualité et le <i>mindfulness</i> (p=1).</p>
		<p>Augmentation significative, entre la spiritualité et le <i>mindfulness</i> (p=0,34).</p>
		<p>Augmentation du score, mais pas statistiquement significative, entre la spiritualité et le <i>mindfulness</i> (p=1).</p>
		<p>Pour le <i>mindfulness</i>, après 8 semaines, en comparaison avec le score de départ, il y a une augmentation significativement plus basse entre la spiritualité et le <i>mindfulness</i> (p=0.029). Après 12 semaines par rapport à la semaine 8 (fin d'intervention), le score de la spiritualité baisse significativement alors que celui du <i>mindfulness</i> n'est pas modifié et, par conséquent, celui-ci n'est pas significatif (p=0.985).</p>

Objectifs : Le but est de savoir si la spiritualité peut-être utilisée comme intervention pour améliorer la santé mentale. Un autre but est d'évaluer l'efficacité d'un programme de spiritualité sur la perturbation de l'humeur dans la détresse émotionnelle par rapport au *mindfulness*. **Résultats :** Après 8 semaines, démonstration est faite d'une diminution du POMS au niveau de la spiritualité comparé aux autres groupes au niveau du score total, de la tension et de la dépression. Après 12 semaines, le score des composantes mentales est plus bas que dans le groupe *mindfulness*. Cela démontre que ces interventions ont des effets sur la santé mentale des personnes. **Ethique :** L'étude a été approuvée par un comité d'éthique qui a donné son aval. **Limites :** L'étude montre qu'il y a eu des données manquantes qu'il a fallu traiter de manière conservatrice, en l'occurrence le fait qu'il n'y avait pas de groupe sous placebo. **Critique :** L'étude répond à la grande majorité des critères de la lecture critique (Fortin & Gagnon, 2010). La critique principale est que l'article fait plus référence à la spiritualité (*outcome* numéro un) qu'au *mindfulness*. L'adhérence des participants aux programmes, surtout pour le *mindfulness*, n'a pas été très bonne et les auteurs ont pris les valeurs de départ pour les personnes qui ont arrêté en cours d'étude.

Implication pour la pratique : Les interventions de spiritualité et de *mindfulness* ont des effets sur le statut mental par rapport à un groupe sans intervention. Il y a un impact sur la qualité de vie à court terme. Cette étude suggère que 8 semaines d'éducation spirituelle diminuent la dépression, la tension, la colère et la fatigue. Cela peut être une ressource pour aider les patients en détresse émotionnelle.

3. Wolever, R. Q., McCabe, K., Fekete, E., Bobinet, K. J., Mackenzie, E. R., Kusnick, C. A., 5 Baime, M. (2012). Effective and Viable Mind-Body Stress Reduction in the Workplace : A Randomized Controlled Trial. *American Psychological Association, 17(2)*, 246-258. doi : 10.1037/a0027278

Devis	Echantillon et réglages	Variable étudiée	Matériel de mesure	Résultats
Etude quantitative randomisée – contrôlée.	Personnel volontaire d'une compagnie d'assurance (239) qui se trouve sur deux sites, en Californie (63) et au Connecticut (176). Rémunéré.	PSS (Perceived Stress Score)	<i>Echelle PSS</i>	Le <i>mindfulness</i> ($p < 0.001$) et le yoga ($p < 0.01$) par rapport au contrôle permettent une diminution significative du stress. Il n'y a pas de différence significative entre les deux méthodes. Démonstration d'une corrélation positive significative entre le PSS et les coûts de la santé ($p = 0.017$). L'efficacité des programmes contre le stress peut avoir un impact sur la santé et réduit les risques.
Facteurs d'exclusion : Personne PSS < 16 ; pratique du yoga et/ou de la méditation régulièrement 2 jours durant 5 dernières années ; problème d'arythmie ou pacemaker ; grossesse; fumée plus d'1 paquet/jour ou prise de gomme à la nicotine, médicaments qui affectent le cœur ; problèmes de santé majeurs.		Qualité du sommeil	<i>PSQI</i> (Pittsburgh Sleep Quality Index)	Meilleur endormissement avec le <i>mindfulness</i> et le yoga ($p < 0.05$), pas de différence entre les deux méthodes.
		<i>Mindfulness</i>	<i>CAMS-R</i> (Cognitive and affective <i>Mindfulness</i> Scale – Revised) de Feldman. Cronbach $\alpha = 0.74 - 0.89$	Le résultat du <i>mindfulness</i> in personne est meilleur que le contrôle en post intervention ($p < 0.10$).
		Humeur et douleur	<i>CES-D</i> (Center for Epidemiological Studies Depression Scale) qui mesure les changements affectifs.	Pas de différence entre les groupes pour la douleur et la dépression mais le groupe yoga signale des douleurs courantes inférieures au groupe contrôle ($p < 0.01$).
		Productivité	<i>WLQ</i> (Work Limitations Questionnaire) de Lerner, Amick, 2001	Pas de statistique significative, mais un gain.



<p>Rand : Les personnes de la Californie sont réparties en 3 groupes : yoga, <i>mindfulness</i> online, contrôle</p>	<p>Mesure biologique (pression, taux</p>	<p>Mesure du pouls au lobe de l'oreille et calcul des intervalles des battements puis mise en perspective de situation stressante.</p>	<p>Diminution post intervention significative du rythme de la respiration (p<0.05). Lors des multi variances, les auteurs ont déterminé que la variabilité de la fréquence cardiaque est diminuée de manière statistiquement significative (p<0.001). La variation des battements du cœur est plus grande avec le groupe in personne qu'en ligne (p<0.05).</p>
---	--	--	---

Objectifs : Il s'agit d'étudier si les programmes de gestion du stress sont économiquement durables et efficaces sur le stress, la santé, la productivité et le coût. Ils doivent être accessibles aux employés. Dans cette étude, il y a deux buts. Premièrement, comparer les deux méthodes (yoga et *mindfulness*) et identifier leurs avantages afin de les adapter à un milieu. Deuxièmement, savoir si le *mindfulness* via internet (*online*) est aussi efficace que via une personne qui l'administre. **Résultats :** Après l'intervention, le stress est diminué par le *mindfulness* et le yoga par rapport au groupe contrôle. Il y a un meilleur endormissement avec le *mindfulness* et le yoga par rapport au contrôle. **Éthique :** Il n'y a pas de soumission de l'étude à une commission d'éthique qui soit mentionnée dans l'article. **Limites :** L'étude montre certaines limites dans la mesure des variables biologiques. De plus, les mesures ont été faites à des moments précis et ne peuvent être généralisées. D'autre part, les auteurs ont choisi des critères d'inclusion très restrictifs. Pour finir, l'échantillon n'est pas assez grand et, de plus, l'étude s'est déroulée lors d'une période de restructuration dans l'entreprise, ce qui aurait pu causer une augmentation du stress. **Critique :** L'étude répond à la grande majorité des critères de la lecture critique (Fortin & Gagnon, 2010). Élément positif : la recherche est randomisée, contrôlée et l'ensemble des participants est représentatif de l'assurance. Élément négatif : les participants ont été rémunérés pour participer à l'étude, ce qui peut engendrer un biais.

Implication pour la pratique : Il y a une diminution de la perception du stress chez les participants et ils arrivent mieux à dormir suite aux interventions. La fréquence de respiration est diminuée, mais marginalement. Les participants ont une meilleure conscience des événements après la pratique du yoga ou du *mindfulness*, surtout si le cours est donné par une personne. Le rythme cardiaque a été amélioré chez les personnes pratiquant le *mindfulness* en ligne plutôt qu'avec une personne. Les participants effectuant du *mindfulness* en ligne se sont d'ailleurs mieux engagés dans l'étude.

4. Horner, J. K., Piercy, B. S., Eure, L., & Woodard, E. K. (2014). A pilot study to evaluate mindfulness as a strategy to improve inpatient nurse and patient experiences. *Applied Nursing Research*, 27, 198-201. doi : <http://dx.doi.org/10.1016/j.apnr.2014.01.003>

Devis	Echantillon et réglages	Variable étudiée	Matériel de mesure	Résultats
Etude quantitative quasi expérimentale	Une unité de chirurgie de charge moyenne. Il s'agit d'infirmières, d'aides infirmières, de secrétaires, de managers et de superviseurs de l'unité qui étaient libres de participer. Au final, 43 personnes ont fait la démarche. Elles proviennent de deux unités différentes dont une qui est le groupe contrôle.	Sociodémographique		Principalement des infirmières ayant 10 ans au moins de pratique. 60% des participants ont suivi 5 séances ou plus.
		<i>Mindfulness</i>	Le MAAS -> mindful attention awareness scale (développé par Katz, en 2005), où plus le niveau est haut, plus le niveau de <i>mindfulness</i> est élevé. Cronbach $\alpha = 0.8$ à 0.9	Il n'est pas ressorti de différence statistiquement significative. Le score du groupe contrôle est resté le même ($p=0.81$). Intervention ($p=0.37$).
		Burnout	Le ProQOL prend en considération : la satisfaction de compassion $\alpha = 0.8$; le burnout $\alpha = 0.75$, la compassion et la fatigue $\alpha = 0.81$. La moyenne est à 50. Plus le score est haut, plus la personne est satisfaite professionnellement. Le terme burnout veut dire qu'on n'est pas efficace dans sa profession.	Des différences statistiquement significatives ne sont pas ressorties malgré qu'il y ait une légère amélioration dans les deux groupes Intervention ($p=0.55$). Contrôle ($p=0.22$).
		Satisfaction de compassion		Pas significatif. Légère baisse du groupe intervention ($p=0.76$). Légère augmentation du groupe contrôle ($p=0.58$).



			Le niveau de stress a été mesuré par une échelle de 1 (pas de stress) à 10 (stress extrême). La satisfaction du patient a été mesurée avant, pendant et directement après l'intervention.	Il y a une réduction du stress qui est toute proche d'être significative au niveau statistique, après l'intervention pour le groupe intervention (p=0.1) et largement pas dans le groupe contrôle (p=0.9), ceci au niveau individuel.
	Stress			Les infirmières ont rapporté qu'il leur a été facile de diminuer le niveau de stress, que l'intervention permet le contrôle de son stress et de ses émotions, et permet aussi des comportements pour se libérer du stress.
	Aspect qualitatif		Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (HCAHPS)	Au niveau de la satisfaction des patients dans l'unité d'intervention, le niveau du score global a augmenté de 32 points et la communication avec les infirmières a augmenté de 17 points.
	Satisfaction des patients			

Objectif : Les auteurs ont voulu évaluer l'efficacité du *mindfulness* sur les soignants du point de vue du *mindfulness*, stress, burnout, satisfaction de compassion et l'impact de ceci sur la satisfaction des patients. **Méthode :** Cela s'est déroulé sur 10 semaines avec une fois par semaine durant 30 min. une éducation au *mindfulness* **Résultats :** La satisfaction globale du patient a augmenté. La communication a, elle aussi, augmenté, mais moins que la satisfaction globale. Le personnel rapporte une meilleure gestion du niveau de stress et un meilleur contrôle de ses émotions qui permet d'ajuster son comportement. Il y a une diminution, mais non significative, du burnout chez les personnes ayant reçu l'intervention. **Ethique :** Les auteurs ont soumis leur projet à une commission d'éthique. **Limites :** Plusieurs limites existent pour cette étude. Tout d'abord, le nombre restreint de personnes qui ont répondu au questionnaire. Ensuite, personne n'a suivi les 10 séances pour diverses raisons, notamment la priorité des soins requis par les patients. Certaines personnes sont venues voir ce que c'était par curiosité, mais n'étaient pas prêtes à faire l'exercice. De plus, il faudrait standardiser les outils utilisés. Une difficulté a été aussi le défi logistique de la mise en place du *mindfulness* dans l'hôpital. **Conclusion :** Les hôpitaux ont avantage à incorporer le *mindfulness* afin de réduire le stress du personnel. De plus, celui-ci a un impact sur la gestion des émotions de ses travailleurs. Les patients rapportent un impact de la technique en montrant une plus grande satisfaction. **Critique :** L'étude répond à la grande majorité des critères de la lecture critique (Fortin & Gagnon, 2010). Une critique est que seul un nombre



réduit d'infirmières a suivi l'entier des séances, une autre que le temps alloué à la pratique était faible (30 minutes). Les auteurs n'ont pas utilisé l'échelle la plus couramment utilisée pour évaluer le burnout (Maslach Burnout Inventory), ce qui a pu modifier la perception de l'état du burnout.

Intérêt pour la pratique : C'est un avantage pour les hôpitaux d'incorporer le *mindfulness* afin de réduire le stress. Il faudrait standardiser les outils utilisés, mais c'est un défi logistique pour la mise en place d'un tel projet. Le résultat est encourageant, avec ses effets sur les soignants et la satisfaction du patient.

5. Smith, B. Metzker, K., Waite, R., & Gerrity, P. (2015). Short-Form Mindfulness-Based Stress Reduction Reduces Anxiety and Improves Health-Related Quality of Life in an Inner-City Population. *Holistic Nursing Practice*, 29 (2), 70-77. doi: 10.1097/HNP.0000000000000075

Devis	Echantillon et réglages	Variable étudiée	Matériel de mesure	Résultats
Etude quantitative expérimentale	23 personnes ont participé à l'un des 4 cours proposés et sur 4 semaines. La durée des cours était de 120 minutes avec une personne, une fois par semaine. Les participants se sont engagés à pratiquer chez eux entre 15 à 25 minutes par jour en utilisant un CD.	Sociodémographique		Largement plus de femmes. La moyenne d'âge est de 54.9 ans. Les Afro-américaines sont les plus représentées. Beaucoup ont répondu souffrir d'anxiété, de dépression, de douleurs chroniques ou d'insomnie.
		Stress	PSS (perceived stress scale) à 14 items. Le score va de 0 à 16. Cronbach $\alpha = 0.72$.	Les résultats montrent une diminution du stress de 20% mais la différence n'est pas statistiquement significative (p=0.11).
		<i>Mindfulness</i>	Philadelphia <i>Mindfulness</i> Scale (PMS) qui a 10 items divisés en deux sous échelles : sensibilation et acceptation. Cronbach $\alpha > 0.8$.	<p><u>Quantitatif :</u> Le gain mais n'est pas significatif pour les deux échelles Sensibilisation : (p=0.1) Acceptation : (p=0.38).</p> <p><u>Qualitative :</u> Les mesures indiquent un bénéfice, notamment une plus profonde conscience de soi et des défis auxquels la personne est confrontée. La participation dans un groupe aide à réorienter le processus de pleine conscience.</p>
		Anxiété	GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder scale 7-item). L'échelle représente une anxiété faible (score de 5), moyenne : (10), élevée : (15). Cronbach $\alpha = 0.92$.	En utilisant les seuils de score de 5 points (légère anxiété), 10 points (anxiété modérée) et 15 points (anxiété élevée), les participants qui avaient un niveau d'anxiété dans le haut de la catégorie légère sont passés à un niveau qui ne déclencherait pas de préoccupations. Statistiquement significatif (p=0.005).



	Etat général de santé	Amélioration non significative (p=0.117).
	Fonction physique	Amélioration statistiquement significative (p=0.039).
	Douleur du corps	Amélioration non significative (p=0.119).
	Fonctionnement du rôle physique	Amélioration statistiquement significative (p=0.016).
	Vitalité	Amélioration statistiquement significative (p=0.001).
	Fonctionnement social	Amélioration statistiquement significative (p=0.003).
	Fonctionnement du rôle émotionnel	Amélioration non significative (p=0.087).
	Santé mentale	Amélioration statistiquement significative (p< 0.001).
	PCS (Physical Component Summary)	Amélioration non significative (p=0.092).
	MCS (Mental Component Summary)	Amélioration statistiquement significative (p=0.001).

Objetif : Il s'agit de connaître l'efficacité du MBSR pour réduire le stress, l'anxiété, et l'amélioration de la qualité de vie dans une population mal desservie médicalement. **Résultats :** Le MBSR montre une diminution du stress chez les personnes ayant suivi l'intervention. Néanmoins, il n'est pas statistiquement significatif. Cinq sous-échelles de la qualité de vie sont statistiquement significatives. Il s'agit du score moyen mental (MCS), de la santé mentale, du fonctionnement social, de la vitalité et de la fonction physique. **Ethique :** La commission d'éthique de l'université partenaire a donné son consentement. **Limites :** Il n'y a pas de groupe de contrôle dans cette étude. Par ailleurs, la taille de l'échantillon est petite. Pour finir, on ne sait pas si la sensibilité de l'échelle PMS peut influencer le MBSR dans la durée. **Critiques :** L'étude répond à la grande majorité des critères de la lecture critique (Fortin & Gagnon, 2010). Les auteurs ont utilisé une échelle du stress avec plus de points à évaluer ce qui, par conséquent, devrait apporter plus de précision. Les auteurs ont exclu beaucoup de personnes.

Intérêt pour la pratique : Le MBSR (sous sa forme réduite), a un impact sur l'anxiété et améliore certains aspects de la qualité de vie. Alors que le programme semble réduire le stress et améliorer la vigilance, ceci n'est pas statistiquement significatif.

6. Taylor, Z., & Millear, P. (2016). The contribution of mindfulness to predicting burnout in the workplace. *Personality and Individual Differences*, 89, 123-128. doi : 10.1016/j.paid.2015.10.005

Devis	Echantillon et réglages	Variable étudiée	Matériel de mesure	Résultats
Etude descriptive transversale	Personnes volontaires travaillant au moins 1 jour par semaine et ayant plus de 18 ans. 381 personnes ont répondu à un questionnaire en ligne. Les auteurs ont évalués le <i>mindfulness</i> , l'optimisme, l'efficacité de soi, les ressources de la place de travail ainsi que les demandes de la place de travail, avec chaque fois différentes échelles. Les trois items ont été analysés	Sociodémographique Les traits personnels Mindfulness	Five facet <i>mindfulness</i> questionnaire de Baer (2006) qui se compose de 39 items se répartissant en cinq sous échelles (observation, Cronbach $\alpha=0.84$; description, $\alpha= 0.89$; acte courant, $\alpha=0.88$; non jugement, $\alpha=0.92$; non réaction, $\alpha= 0.81$. Chaque échelle va de 1 à 6. LOT-R (Life orientation test-Revised Scale) de Scheier, 1994, qui comprend 6 items dont l'échelle va de 1 à 5; $\alpha=0.85$ GSE (General Self-Efficacy Scale) de Scholz, 2002. Il y a 10 items et l'échelle va de 1 (fortement en désaccord) à 5 (très d'accord); $\alpha= 0.89$	Sur 381 personnes 76% était des femmes. Les participants ont des temps de travail très variables : entre 3 et 76 h par semaine. Il n'y a pas de différences entre hommes et femmes au niveau de l'observation, des actes courants ou du non jugement. Les résultats des hommes sont significativement plus hauts que ceux des femmes pour la non réaction ($p<0.001$). Toutes les facettes du <i>mindfulness</i> sont négativement corrélées avec les éléments du burnout, à l'exception de l'observation et du non jugement. Ils sont significativement positifs pour ce qui est des traits de personnalité (optimisme, discrétion et efficacité de soi) Le <i>mindfulness</i> a un effet moyen sur l'épuisement professionnel, le cynisme et la perte d'efficacité professionnelle ($p<0.001$) L'optimisme est statistiquement significatif par rapport à l'épuisement émotionnel ($p<0.01$) ; effet petit à moyen sur le cynisme ($p<0.05$).
		Optimisme Efficacité de soi		L'efficacité de soi est statistiquement significative par rapport au cynisme ($p<0.05$) et aussi par rapport à la perte de l'efficacité professionnelle ($p<0.001$).



<p>Il est fortement prédictif avec la charge de travail ($p < 0.001$), de plus grandes exigences émotionnelles ($p < 0.001$). L'épuisement émotionnel est prédit lorsque la personne a de basses dimensions du <i>mindfulness</i> comme le non jugement ($p < 0.01$) ou la non réaction ($p < 0.05$). Cela est également influencé avec un bas niveau d'éducation ($p < 0.01$), avec un bas niveau d'optimisme ($p < 0.01$), de support social ($p < 0.01$) et la discrétion de compétences (capacité d'être discret/capacité de ne pas divulguer des informations si pas souhaité) ($p < 0.001$).</p>	<p>MIB-General (Maslach Burnout Inventory General), de Maslach, 1996. Il comprend 5 items. L'échelle va de 1 à 5; $\alpha = 0.86$</p>	<p>Épuisement émotionnel</p>
<p>Il est plus fortement prédit par le manque de discrétion de compétences ($p < 0.001$). Il a un petit effet causé par un bas niveau des dimensions du <i>mindfulness</i> comme le non jugement ($p < 0.05$) et l'interprétation ($p < 0.01$). Il est prédit par un pauvre climat de travail ($p < 0.01$), au niveau de l'optimisme ($p < 0.05$) et d'auto efficacité ($p < 0.05$). A un niveau inférieur mais qui contribue au cynisme, il y a une charge de travail importante ($p < 0.01$), et selon le genre ($p < 0.01$).</p>	<p>MIB-General. Il comprend 5 items. L'échelle va de 1 à 5; $\alpha = 0.86$</p>	<p>Cynisme</p>
<p>Il est plus fortement prédit par le manque de discrétion de compétences ($p < 0.001$) et d'autonomie de la personne ($p < 0.001$) ainsi qu'un manque général d'efficacité ($p < 0.001$). Une meilleure éducation prédit un effet moyen sur une plus grande perte d'efficacité ($p < 0.01$). Pour le <i>mindfulness</i>, il y a un petit effet avec l'observation ($p < 0.05$). Un climat de travail moins favorable contribue à une perte d'efficacité professionnelle ($p < 0.05$).</p>	<p>MIB-General. Il y a 6 items. L'échelle va de 1 à 5; $\alpha = 0.72$</p>	<p>Perte de l'efficacité professionnelle</p>

Objectif: Les auteurs ont voulu tester quelles facettes du *mindfulness* (l'observation, la description, la réaction, le non jugement et la non réaction) sont prédictrices sur les trois aspects du burnout (l'épuisement émotionnel, le cynisme et l'efficacité professionnelle). Ils souhaitent aussi connaître l'efficacité de prédiction du *mindfulness* par rapport à d'autres ressources. **Résultats:** Les résultats ont été principalement analysés selon les trois aspects du burnout. Les différentes facettes du *mindfulness* sont significativement prédictrices de la diminution des facettes du burnout, mais l'effet varie selon la composante de celui-ci. **Ethique:** L'étude a été approuvée par le Comité d'éthique de recherche de l'université. **Limites:** Premièrement, la causalité du *mindfulness* pour la prévention de l'épuisement professionnel ne peut être établie. Ensuite, il faut considérer l'âge pour le burnout, et les relations de la personne avec l'expérience de travail. **Critiques:** L'étude répond à la grande majorité des critères de la lecture critique (Fortin & Gagnon, 2010). Les critiques qu'il est possible de formuler sont les suivantes : cette étude n'est pas randomisée et l'influence des variables les unes sur les autres n'est pas toujours claire.

Intérêt pour la pratique: Les facettes distinctes du *mindfulness* sont restées significativement prédictrices pour réduire l'épuisement émotionnel (pas sur le non jugement et la non réaction), le cynisme (en restant conscient des environnements et du non jugement), et la prévention de la perte d'efficacité professionnelle (sauf pour l'observation). Il y a de petits et de moyens effets pour chacune des trois composantes du burnout. Les ressources de la personne sont importantes pour s'adapter. L'inclusion de la pratique du *mindfulness* dans un programme de prévention peut-être bénéfique (Cohen, 2005). Par ailleurs, les facettes du *mindfulness* sont prédictrices de l'épuisement professionnel dans les variables des ressources personnelles, au travail et ces exigences. Le rapport coût bénéfique entre la mise en place de la méthode et le coût que cela engendre est intéressant pour tous.

4.2. Synthèse des résultats

Echelles	Sous échelles	Roth & Robbins	Moritz et al.	Wolever et al.	Horner et al.	Smith, Metzker, Waite, & Gerrity	Taylor & Milllear	
Qualité de vie (SF-36)	Santé générale	□□	□□			□		
	Fonctionnement physique	□	□			□		
	Douleur du corps	□	□			□		
	Vitalité	□□	□□			□□		
	Fonctionnement social	□□	□			□□		
	Limite du rôle émotionnel	□□	□			□		
	Limite du rôle physique	□□	□			□□		
	PCS	□□	□			□		
	Santé mentale	□	□□			□□		
	MCS	□	□□			□□		
	Questions & PSQI	Qualité du sommeil	□		□□			
	POMS & CES-D	Humeur		□	□			
POMS	Tension		□□					
	Dépression		□□					
PSS & Echelle 1 à 10	Stress			□□	□	□		
	Burnout				□		□□	
GAD-7	Anxiété					□□		
	Mindfulness (pleine conscience)			□	□	□		
CAMS-R & MAAS & Philadelphia mindfulness scale	Mesures biologiques			□□				

Légende :

□□ = Résultats statistiquement significatifs

□ = Résultats non statistiquement significatifs et pas d'amélioration du score

□ = Résultats non statistiquement significatifs mais amélioration du score

Tableau 4 : Synthèse des résultats

Les résultats seront repris de manière narrative et de mise en lien avec le cadre théorique. Il y a cinq grandes thématiques qu'il est possible de faire ressortir.

Comme vu précédemment dans le cadre théorique, le stress pénètre les lignes de défenses, ce qui provoque des symptômes et déséquilibre le système. Afin de prévenir ou de diminuer l'effet de celui-ci sur la personne, le MBSR a un effet positif de réduction du stress (Horner et al., 2014 ; Smith et al., 2015 ; Wolever et al., 2012). Seul Wolever et al. (2012) mentionne une diminution significative et Smith (2015) montre une diminution de 20% du stress grâce à l'intervention.

Au niveau du burnout, seuls deux articles font ressortir cette notion. Ils démontrent également une diminution de la symptomatologie (Horner et al., 2014 ; Taylor & Milllear, 2016). Pour ce dernier, les différents aspects du *mindfulness* auraient un effet prédicteur du burnout. En effet, on retrouve un effet sur l'épuisement professionnel, le cynisme et la perte d'efficacité professionnelle (Taylor & Milllear, 2016).

Le *mindfulness* ou pleine conscience montre une amélioration des scores obtenus après l'intervention, mais ils ne sont pas significatifs (Horner et al., 2014 ; Smith et al., 2015 ; Wolever et al., 2012). La personne prend plus conscience de ce qui se passe et il y a un renforcement des lignes de défenses du système-client.

Une autre thématique qui ressort des articles sélectionnés est la qualité du sommeil. Le *mindfulness* a également un effet positif avec une amélioration des scores (Roth & Robbins, 2004 ; Wolever et al., 2012). Seul l'article de Wolever et al. (2012) mentionne que cela est statistiquement significatif.

Finalement, les articles sélectionnés ont fait émerger un autre thème qui n'avait pas été envisagé dans la problématique. Il s'agit de la qualité de vie. Ce thème comporte deux catégories générales qui regroupent plusieurs sous-catégories. De manière générale, l'intervention a un effet bénéfique pour la qualité de vie (Moritz et al., 2006 ; Roth & Robbins, 2004 ; Smith et al., 2015). En étudiant plus finement les articles mentionnés, il est possible de constater que l'intervention a un effet significatif au niveau de la vitalité (Moritz et al., 2006 ; Roth & Robbins, 2004 ; Smith et al., 2015). La santé générale est améliorée dans les trois études, mais ce n'est significatif que chez Moritz et al. (2006) et Roth et Robbins (2004). Le fonctionnement physique et les douleurs montrent une amélioration, mais non significative (Moritz et al., 2006 ; Roth & Robbins, 2004). A contrario, pour Smith et al. (2015), ces deux aspects sont statistiquement significatifs. Concernant le fonctionnement social, il a été amélioré (Moritz et al., 2006 ; Roth & Robbins, 2004 ; Smith et al., 2015), seule l'étude de Moritz et al. (2006) n'est pas statistiquement significative. Les problèmes émotionnels et le PCS (*Physical Component Summary*) présentent une amélioration des scores de manière significative (Roth &



Robbins, 2004) et non significative (Moritz et al., 2006 ; Smith et al., 2015). Le rôle physique de fonctionnement a également démontré une amélioration significative (Roth & Robbins, 2004 ; Smith et al., 2015). Une amélioration est également présente dans l'article de Moritz et al. (2006), mais de manière non significative. Pour finir, seule l'étude de (Moritz et al. (2006) et de Smith et al. (2015) montre une amélioration significative au niveau de la santé mentale et du MCS (*Mental Component Summary*). Quant à l'article de Roth et Robbins (2004), il présente certes une amélioration, mais non significative.

5. Discussion

Le burnout engendré par le stress est un phénomène complexe difficile à cerner. Grâce au modèle théorique exposé dans ce travail, il a été possible d'apercevoir comment il agit sur la personne et son impact sur les lignes de défense. Plus les ressources sont insuffisantes, plus le stress peut attaquer les réserves d'énergie. Par conséquent le système est déséquilibré, alors que le but de l'infirmier est d'essayer de le stabiliser pour atteindre une santé optimale. C'est pourquoi la prévention et même le traitement que représente le *mindfulness* sont intéressants. En effet, les différentes échelles d'évaluation permettent de s'apercevoir que l'intervention agit sur en tout cas 4 des 5 facteurs du « système-client » de Neuman. L'aspect physiologique a été démontré avec une perception moins grande du stress et une diminution de la fréquence cardiaque. Les aspects santé mentale et psychologique ont été améliorés, tout comme le fonctionnement social. Concernant l'aspect du développement, une échelle n'a pas spécifiquement été utilisée, mais il est possible de penser qu'une personne ayant une vitalité accrue et une meilleure satisfaction au travail aura par conséquent une amélioration de son développement. Le côté spirituel est difficile à mettre en avant. En effet, aucun article ne traite du *mindfulness* et de la spiritualité. Par ailleurs, on peut prendre l'aspect spirituel comme un concept en soi par ailleurs difficile à cerner car il est propre à chacun.

L'amélioration de ces différents aspects va probablement renforcer les lignes de défense et de résistance. Ainsi la personne pourra par la suite faire face, mais préservera également ses réserves d'énergie. Elle pourra gérer les différents stress intra personnels, interpersonnels et extrapersonnels qui peuvent perturber le « système-client ».

Les différentes sous échelles de la qualité de vie permettent de les catégoriser également dans quatre des cinq facteurs. Les variables, comme la vitalité, les douleurs du corps ou le fonctionnement physique qu'il est possible de classer dans la physiologie, sont améliorés. L'aspect psychologique est également meilleur car les composants de la santé mentale sont améliorés. Le fonctionnement social est amélioré et l'amélioration des limites qu'elles soient physiques ou émotionnelles fait penser que le *mindfulness* a permis un développement de la personne. Au travers de l'augmentation des différents aspects que compose la qualité de vie, cela va aider à avoir encore plus de ressources internes et renforcer les lignes de défenses. Seule la spiritualité reste difficile à prendre en considération, car l'échelle prise en compte pour la qualité de vie ne l'évalue pas.

Par ailleurs, le cadre théorique permet de mieux comprendre comment et à quelle étape, selon l'état de la personne, l'infirmier peut agir dans les différentes étapes de prévention. En effet, la profession infirmière est au plus proche des patients, elle identifie les symptômes, les besoins et procure les soins, tout en pouvant faire de la prévention au sein de la population.

Eclairons maintenant nos résultats avec la problématique et la question de recherche qui est, pour rappel la suivante : « Le *mindfulness* pratiqué par l’infirmier a-t-il un effet bénéfique pour diminuer les effets du burnout engendrés par le stress ? ».

Au vu des résultats retenus dans les articles sélectionnés, il est possible de déduire que le *mindfulness* a un impact positif pour diminuer le stress, et ce malgré que les résultats n’ont pas tous démontré des statistiques significatives. Cet impact positif permet ainsi de prévenir, voire de traiter les effets néfastes qu’engendre une mauvaise gestion du stress et notamment le burnout. Comme mentionné dans la problématique, la personne néglige son corps. Dès lors, une approche comme le *mindfulness*, qui intègre des aspects du corps et de l’esprit, se justifie et peut être utilisée comme une thérapie seule ou en complément à d’autres traitements. (Brühlmann, 2012). D’ailleurs, la méditation est de plus en plus utilisée (Robbe-Kernen & Kehtari, 2014). On sait aussi qu’enlever tous les facteurs nuisibles à la santé et les remplacer par des facteurs favorisant, ce n’est pas possible, mais apprendre à les gérer et en prendre conscience afin de les identifier pour y faire face est un bon début.

L’impact financier impressionnant qu’engendre le stress ou le burnout sur les différents acteurs que sont les patients et leur entourage, le système sanitaire, ainsi que l’économie privée, va devenir un enjeu majeur pour tous avec les nouvelles économies demandées par les décideurs. Le *mindfulness* peut faire partie d’un ensemble de mesures qui pourraient aider à réduire les coûts. En effet, la personne sera moins absente à son travail et il ne faudra donc pas la remplacer ou solliciter les autres employés qui à leur tour, peuvent s’épuiser. Le présentisme sera diminué et l’employé sera plus efficace et satisfait dans son travail. Cela aura un impact financier positif pour l’employé malade qui recevra son salaire en entier et pour les employeurs qui auront moins de frais dus l’absence du collaborateur ou à son manque de productivité. Les dépenses de l’assurance et de la collectivité seront moins élevées parce que le rétablissement pourra être raccourci grâce au *mindfulness*.

Par ailleurs, le rapport coût/bénéfice de cette méthode que révèle Horner et al. (2014) n’est pas à négliger pour les entreprises malgré de possibles difficultés de mise en place. De plus, la qualité de vie de la personne en sort renforcée et mieux maîtrisée, selon les résultats observés.

5.1. Limites du travail

Ce travail de Bachelor présente trois limites principales. La première est que la thématique traitée est récente dans la recherche en soins infirmiers. Il est par conséquent difficile de trouver des articles traitant du stress et ayant pour intervention des séances de *mindfulness* effectuées par un infirmier. De plus, peu d’infirmiers pratiquent eux-mêmes ou ont publié des écrits sur cette méthode, d’où une difficulté d’associer ce moyen de prévention avec la profession.

Une deuxième limite pourrait être trouvée au niveau des articles. En effet, certains articles ont un échantillon assez petit. Un plus grand nombre de personnes aurait peut-être permis de voir des relations significatives alors qu'on ne les retrouve pas. De plus, certains articles ont une méthodologie discutable, notamment au niveau éthique. En effet, dans un article, il est fait mention que les auteurs ont rétribué les participants, et cette même étude et une autre ne font même pas mention d'une validation par une commission d'éthique. Pourtant, il s'agit d'un élément essentiel de nos jours pour la recherche avec l'être humain. A la vue de la quantité très restreinte de recherches à disposition, il n'a pas été possible d'exclure ces articles.

Une troisième limite est le niveau de méthodologie dû au fait qu'un seul article a été trouvé grâce aux descripteurs, et que les autres articles proviennent de *cross-referencing*.

5.2. Implication pour la pratique et la recherche

Comme vu précédemment, le *mindfulness* a un impact positif dans la pratique. Le schéma de remplacement d'un collaborateur malade peut être observé dans de nombreuses sociétés des pays industrialisés, dont la Suisse et les pays européens font partie, malgré le fait que les recherches sont d'origine anglo-saxonne. Il est possible de mieux comprendre cette thématique, chez une population diverse, que cela soit fait en entreprise comme l'a fait Wolever et al. (2012) ou Horner et al. (2014), ou dans des cliniques avec une population à bas revenu. Ce dernier élément n'est pas transposable dans notre pays, car il n'existe pas. On peut voir que le burnout engendré par le stress peut toucher partout.

Il serait intéressant de poursuivre les recherches dans d'autres populations comme les enseignants ou dans le domaine psychiatrique par exemple, où stress, pression sociale et/ou violence sont présents au quotidien. Il serait judicieux de concentrer les recherches, plus particulièrement sur une population d'Européens qui diffère de celle d'outre-Atlantique. De plus, le système de santé n'est pas identique. Par ailleurs, les publications littéraires du *mindfulness* devraient d'avantage concerner les patients et non le métier d'infirmier, car un certain nombre d'articles ont ainsi été rejetés pour ce travail. Pour terminer, un autre aspect serait de continuer les recherches sur le *mindfulness* par rapport à un autre aspect du rôle autonome des soins infirmiers, comme par exemple une aide à la prise en charge des douleurs, afin de gagner en visibilité. Intégrer cette approche chez les infirmiers et dans leur recherche amènerait une plus value dans les soins et au patient, ceci dû au fait que l'infirmier est garant de la bienfaisance de la personne malade.

6. Conclusion

Ce travail de Bachelor est au cœur de l'actualité car le burnout est visible dans notre société, d'autant plus que les hospitalisations ont tendance à se raccourcir et que la pression des coûts est accrue. Par ailleurs, le *mindfulness* est de plus en plus pris en considération. La démarche effectuée lors de ce travail permet de s'apercevoir que l'intervention du *mindfulness* est efficace pour prendre conscience de ce se passe, et notamment des effets du stress ou de burnout sur le corps et ainsi de limiter ses effets.

Les articles sélectionnés pour ce travail démontrent tous une amélioration, soit du point de vue du stress, du burnout, de la qualité du sommeil ou encore de la qualité de vie, et cela malgré un manque d'études effectuées auprès des patients. Les futures recherches devront consolider la première vision que donne ce travail. De plus, la littérature qui liste les différentes formes de traitements possibles contre le stress ou le burnout commence à mentionner le *mindfulness*. Cela prouve que cette méthode est d'avantage prise en compte par les professionnels de la santé.

Par ailleurs, l'infirmier a entièrement sa place à prendre dans le cadre de la pratique du *mindfulness* auprès des patients souffrant de stress et de burnout. La profession a acquis au cours des ans, de l'évolution de la formation et des recherches, la capacité autonome de faire de la promotion et de la prévention, tout en réalisant des soins dans l'optique de « *wholistic* » pour la personne que nomme Betty Neuman.

Il serait alors possible d'utiliser le *mindfulness* et plus particulièrement le MBSR, pour réduire l'effet du stress et par la suite un potentiel burnout. Et dès lors, de prendre en compte et accroître la popularité de ce genre de méthodes, ce qui permettra aux patients d'avoir une ressource supplémentaire pour lutter contre des phénomènes qu'ils côtoient au quotidien.



Liste des figures

Figure 1 : Le modèle des système de Neumann (cité dans Freese & Lawson, 2010)9

Liste des tableaux

Tableau 1 : Tableau des mots-clés et des descripteurs11
Tableau 2 : Equation de recherche CINAHL12
Tableau 3 : Equation de recherche PubMed.....12
Tableau 4 : Synthèse des résultats29

Liste de références

- Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail. (2014). *Calcul des coûts du stress et des risques psychosociaux liés au travail - Analyse documentaire*. Luxembourg, Luxembourg : Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail. Repéré à <https://osha.europa.eu/sites/default/files/publications/documents/597%20calculating-the-cost-of-work-related-stress-and-psychosocial-risks%20-%20FR.pdf>.
- Alexandre, K. (2011). *Le stress chez l'aidant naturel dont le proche est en traitement initial d'un cancer du poumon*. Université de Lausanne, Suisse. Repéré à https://serval.unil.ch/resource/serval:BIB_13BD9E5FD7DA.P001/REF
- American Psychiatric Association. (2016). *DSM-5: manuel diagnostic et statistique des troubles mentaux* (5e éd.). Paris, France : Masson.
- Brühlmann, T. (2010). Burnout et dépression - Chevauchement, délimitation. *Revue Médicale Suisse*, 10(8), 148-151.
- Brühlmann, T. (2012). Diagnostic et traitement du burnout en pratique. *Revue Médicale Suisse*, 12(49), 955-960.
- Cotta, J. (2016). *Dans le secret du burnout* [Emission télévisée]. Paris, France : France Télévision.
- Delbrouck, M. (2008). Résumé du profil du candidat au burn-out. Dans *Le burn-out du soignant : Le syndrome d'épuisement professionnel* (2e éd., pp. 31-35). Bruxelles, Belgique : De Boeck Université.
- Delbrouck, M., Goulet, F., Ladouceur, R., & Vénara, P. (2011). *Comment traiter le burn-out : Principe de prise en charge du syndrome d'épuisement professionnel*. Bruxelles, Belgique : De Boeck Université.
- Fawcett, J. (1984). The Metapardim of Nursing: Present Status and Future Refinements. *The Journal of Nursing Scholarship*, 16(3), 84-89.
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche. Méthodes quantitatives et qualitatives* (2e éd.). Montréal, Canada : Chenelière éducation.
- Freese, B. T., & Lawson, T. G. (2010). System Model. Dans M. R. Alligood & A. M. Tomey (éds), *Nursing Theorists and Their Works* (7e éd., pp. 309-334). Maryland Heights, Etat-Unis : Elsevier.
- Geib, K. (2010). Neuman's Systems Model in Nursing Practice. Dans M. R. Alligood (éd.), *Nursing Theory: Utilization & Application* (5e éd., pp. 235-260). Maryland Heights, Etat-Unis : Elsevier.
- Gouvernement du Canada. (2009). *Stress perçu dans la vie 2008*. Repéré à <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-625-x/2010001/article/111108-fra.htm>
- Gouvernement du Canada. (2015). *Stress perçu dans la vie, 2014*. Repéré à

- <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-625-x/2015001/article/14188-fra.htm>
- Horner, J. K., Piercy, B. S., Eure, L., & Woodard, E. K. (2014). A pilot study to evaluate mindfulness as a strategy to improve inpatient nurse and patient experiences. *Applied Nursing Research*, 27, 198-201. doi :10.1016/j.apnr.2014.01.003
- Leka, S., Griffiths, A., & Cox, T. (2004). *Organisation du travail & stress: Approches systématiques du problème à l'intention des employeurs, des cadres dirigeants et des représentants syndicaux*. Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé. Repéré à http://www.who.int/occupational_health/publications/en/pwh3f.pdf?ua=1
- Logean, S. (2013). *Quand l'esprit guérit le corps*. Repéré à http://lapleineconscience.ch/wa_files/Pleine_20Conscience-Hebdo-28_20nov_2013.pdf
- Loiselle, C. G., Profetto-McGrath, J., Polit, D., & Tatano Beck, C. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières: Approches quantitatives et qualitatives*. Saint-Laurent, Canada : ERPI.
- Lupien, S. J. (2016). *Différencier le « Bournout » de la dépression: le rôle de la cortisol. Burnout vs Dépression: Centre d'études sur le stress humain (CESH)*. Repéré à <http://www.stresshumain.ca/stress-et-vous/stress-chez-les-travailleurs/burnout-vs-depression.html>
- Moritz, S., Rickhi, B., Liu, M., Angen, M., Vintila, R., Sawa, R., ... Toews, J. (2006). A Home Study-Based Spirituality Education Program Decreases Emotional Distress and Increases Quality Of Live. A Randomized, Controlled Trial. *Alternative Therapies*, 12(6), 26-35.
- Organisation Mondiale de la Santé. (1946). *La définition de la santé de l'OMS*. Repéré à <http://www.who.int/about/definition/fr/print.html>
- Quintard, B. (2001). Le concept de stress et ses méthodes d'évaluation. *Recherche en soins infirmiers*, 67, 46-67.
- Reynaert, C., Janne, P., & Zdanowicz, N. (2008). Le syndrome d'épuisement du soignant ou burn-out syndrome : Approche cognitivo-comportementaliste. Dans M. Delbrouck (éd.), *Le burn-out du soignant : Le syndrome d'épuisement professionnel* (2e éd.). Bruxelles, Belgique : De Boeck Université.
- Robbe-Kernen, M., & Kehtari, R. (2014). Les professionnels de la santé face au burnout: Facteurs de risque et mesures préventives. *Revue Médicale Suisse*, 10, 1787-1792.
- Rosch, P. J. (2001). The quandary of job stress compensation. *Health and Stress*, 3, 1-4.
- Roth, B., & Robbins, D. (2004). Mindfulness-Based Stress Reduction and Health-Related Quality of Life: Findings From a Bilingual Inner-City Patient Population. *Psychosomatic Medicine*, 66, 113-123. doi :10.1097/01.PSY.0000097337.00754.09
- Secrétariat d'Etat à l'économie. (2011). *Etude sur le stress 2010: le stress chez les personnes actives*

- occupées en Suisse.* Repéré à <http://www.seco.admin.ch/aktuell/00277/01164/01980/?lang=fr&msg-id=40970>
- Smith, B., Metzker, K., Waite, R., & Gerrity, P. (2015). Short-Form Mindfulness-Based Stress Reduction Reduces Anxiety and Improves Health-Related Quality of Life in an Inner-City Population. *Holistic Nursing Practice*, 29(2), 70-77. doi :10.1097/HNP.0000000000000075
- Staub, S. (n.d.). *La pleine conscience - origine*. Repéré à <http://lapleineconscience.ch/origines.html>
- Taylor, N. Z., & Millea, P. M. R. (2016). The contribution of mindfulness to predicting burnout in the workplace. *Personality and Individual Differences*, 89, 123-128.
- The American Institute of Stress. (2016). *What is Stress ?* Repéré à <http://www.stress.org/what-is-stress/>
- Vasey, C. (2013, 14 juin). *Des chiffres précis sur l'évolution du burn-out en Suisse*. Repéré à <http://www.hebdo.ch/les-blogs/vasey-catherine-noburnout/des-chiffres-pr%C3%A9cis-sur-1%E2%80%99%C3%A9volution-du-burn-out-en-suisse>
- von Bertalanffy, L. (1968). *Organismic Psychology and Systems Theory*. Barre, Etat-Unis : The Barre Publishing Company.
- Wolever, R. Q., McCabe, K., Fekete, E., Bobinet, K. J., Mackenzie, E. R., Kusnick, C. A., & Baime, M. (2012). Effective and Viable Mind-Body Stress Reduction in the Workplace: A Randomized Controlled Trial. *American Psychological Association*, 17(2), 246 - 248. doi :10.1037/a0027278

Bibliographie

- Glen, P. (2015). Using mindfulness to enhance nursing practice. *Kai Tiaki Nursing New Zealand*, 21(5), 32-33.
- Graf, M., Vanis, M., Semmer, N. K., & Krieger, R. (2011). *Le stress chez les personnes actives occupées en Suisse : Lien entre conditions de travail, caractéristiques personnelles, bien-être et santé* (2e éd.). Berne, Suisse : Secrétariat d'Etat à l'économie - SECO.
- Scialom, M., & Meichtry-Gonet, C. (2015, Septembre). Burn-out: L'épidémie touche la Suisse. *L'Illustré*, (36), 28-34.



Annexes

Annexe I : Grilles de lecture critique quantitative de Fortin

Annexe I : Grilles de lecture critique quantitative de Fortin

Roth, B., & Robbins, D. (2004). Mindfulness-Based Stress Reduction and Health-Related Quality of Life : Findings From a Bilingual Inner-City Patient Population. *Psychosomatic medicine*, 66, 113-123. doi: 10.1097/01.PSY.0000097337.00754.09

Eléments d'évaluation	Questions pour faire la lecture critique
Titre	<p>Le titre précise-t-il clairement les concepts clés et la population à l'étude ?</p> <p>Oui, il précise que c'est la technique du mindfulness pour réduire le stress et améliorer la qualité de vie des personnes de deux langues différentes qui est choisie.</p>
Résumé	<p>Le résumé synthétise-t-il clairement les grandes lignes de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?</p> <p>Oui, les auteurs synthétisent la démarche. Les objectifs, le matériel, la méthode, les résultats et la conclusion y figurent.</p>
Introduction	
Problème de recherche	<p>Le phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit ? Que s'agit-il d'étudier ?</p> <p>Il est clairement formulé : approfondir la compréhension des modifications dues à la pratique du MBSR sur une population cible à bas statut socio-économique.</p> <p>Le problème est-t-il justifié dans le contexte des connaissances actuelles ?</p> <p>Oui, l'étude prend en compte l'état actuel des connaissances chez une population précise et la raison du choix de cette population-là (moins bonne qualité de vie).</p> <p>Le problème a-t-il une signification particulière pour la discipline infirmière ?</p> <p>Il se déroule dans un centre de santé communautaire, à bas statut socio-économique</p>
Recension des écrits	<p>Les travaux de recherche antérieurs sont-ils rapportés de façon critique ? Les études montrent-elles la progression des idées ?</p> <p>Oui, les auteurs parlent d'abord de la maladie chronique dont le stress et des recherches qui ont été faits. Ensuite, les auteurs décrivent le MBSR qui démontre qu'il y a des effets sur ces maladies chroniques.</p> <p>La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ?</p> <p>Il y a une mini synthèse qui permet de savoir qu'une réduction du stress existe, mais que les études n'étaient souvent pas randomisées.</p>

	<p>La recension des écrits s'appuie-t-elle principalement sur des sources primaires ?</p> <p>Oui, ils proviennent d'écrits variés primaires, comme des recherches.</p>
Cadre de recherche	<p>Les concepts clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ?</p> <p>Le concept de mindfulness est décrit mais pas la qualité de vie, ni le stress.</p> <p>Le cadre théorique ou conceptuel est-il explicite ou incorporé à la recension des publications ? Est-il lié au but de l'étude ?</p> <p>Il n'y a pas de cadre théorique dans cette étude.</p> <p>Comment l'auteur justifie-t-il l'absence d'un cadre de recherche ?</p> <p>Il n'y a pas de justification.</p>
But, questions de recherche	<p>Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ?</p> <p>Oui, il est énoncé de façon claire et précise dans le résumé. Dans cette étude, le but est de comprendre comment un programme de prévention basé sur le MBSR a des effets sur des patients d'une population citadine.</p> <p>Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont-elles clairement énoncées ?</p> <p>La question de recherche n'est pas explicitée dans l'article</p> <p>Les variables reflètent-elles les concepts précisés dans le cadre de recherche ?</p> <p>Les variables (qualité de vie, sommeil, harmonie dans la famille) sont indiquées, mais pas développées.</p>
Méthode	
Population et échantillon	<p>La population de l'étude est-elle définie de façon précise ? L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ?</p> <p>Oui, il s'agit d'adultes d'un centre communautaire qui offre des soins de première nécessité. La population à bas revenu et bas statut socio-économique parle espagnol et anglais et se trouve sous stress chronique.</p> <p>Dans le plan d'échantillonnage, l'auteur a-t-il envisagé des moyens d'accroître la représentativité de l'échantillon ?</p> <p>Rien n'est écrit sur le sujet.</p> <p>Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle justifiée sur une base statistique ?</p> <p>Les auteurs ont pris un certain nombre de patients séparés selon leur langue (espagnol ou anglais). Le groupe contrôle n'est composé que de personnes parlant espagnol.</p>

<p>Considérations éthiques</p>	<p>Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ?</p> <p>Il n'y a pas de commission d'éthique mentionnée.</p> <p>L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ?</p> <p>Oui, les participants bénéficient d'une méthode pour gérer leur stress. Pour éviter que des personnes ne puissent pas suivre le programme pour des raisons financières, les factures ont été adressées aux assurances privées ou publiques. Pour les personnes non assurées, un arrangement a été trouvé, en lien avec leur revenu.</p>
<p>Devis de recherche</p>	<p>Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ?</p> <p>Il est quantitatif, contrôlé, mais pas randomisé.</p> <p>Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ?</p> <p>Oui, car plusieurs variables sont testées avec des échelles de mesure et des tests statistiques.</p>
<p>Mode de collecte des données</p>	<p>Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ?</p> <p>Oui, il y en a deux : le questionnaire SF 36 qui étudie la santé et l'efficacité des interventions dans 8 catégories (santé générale, fonctionnement physique, limitation physique, douleur, vitalité, fonctionnement social, limitation à cause de problème émotionnel et santé mentale).</p> <p>Les questions sur le sommeil et la famille ont été analysées en pré et en post intervention.</p> <p>L'auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ?</p> <p>Le SF-36 est très utilisé pour les enquêtes de santé et est très bien documenté. Pour le sommeil, les auteurs ont ajouté les deux questions figurant dans le document.</p> <p>La fidélité et la validité des outils de mesure sont-elles évaluées ? Les résultats sont-ils présentés ?</p> <p>Le SF-36 a beaucoup été investigué pour être validé. Les résultats ne sont pas indiqués, mais les références sont présentes.</p>
<p>Conduite de la recherche</p>	<p>Le processus de collecte des données est-il décrit clairement ?</p> <p>Oui, il est clairement défini. Les collectes de données traitent les aspects sociodémographiques puis le SF-36 est utilisé pour chaque variable.</p>

Analyse des données	<p>Les méthodes d'analyse statistique utilisées sont-elles précisées pour répondre à chaque question ou pour vérifier chaque hypothèse ?</p> <p>Ils ont employé des t-test, chi2 et ANOVA pour comparer les moyennes des données démographiques. Des tests ANOVA sont réalisés pour les variables du SF-36.</p>
Résultats	
Présentation des résultats	<p>Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures ?</p> <p>Oui, il y a plusieurs tableaux qui démontrent les résultats.</p> <p>Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif ?</p> <p>Oui, ils sont également mis sous forme narrative.</p>
Discussion	
Interprétation des résultats	<p>Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou hypothèses ?</p> <p>Oui, les résultats sont interprétés pour répondre aux buts.</p> <p>Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le sujet ?</p> <p>D'autres études sont mentionnées qui ont parfois montré les mêmes effets du mindfulness.</p> <p>L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses ?</p> <p>Oui, elles sont conformes et elles démontrent une efficacité sur certains aspects qu'on peut retrouver dans la littérature.</p> <p>Les limites de l'étude ont-elles été définies ?</p> <p>Oui, elles ont été définies. Il s'agirait de faire une étude randomisée avec un plus grand nombre de participants, de comparer avec un groupe contrôle, d'avoir une plus grande rigueur dans les récoltes des données administratives ; il est précisé que l'effet du MBSR n'a été étudié qu'à court terme.</p> <p>Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ?</p> <p>Oui, les résultats sont repris dans la conclusion et en découlent.</p>

Conséquences et recommandations	<p>Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ?</p> <p>On peut constater les effets de l'intervention sur certains aspects de la santé comme le fonctionnement social, le rôle émotionnel, la vitalité. L'intervention a été réalisée par une infirmière (p.114 sous la partie « Intervention »).</p> <p>L'auteur fait-il des recommandations pour les recherches futures ?</p> <p>Oui, notamment au niveau de la randomisation (question administrative), d'étudier les effets à long terme du MBSR. Les auteurs veulent savoir si le MBRS peut-être un moyen de prévention, de comprendre le degré d'interférence des problèmes mentaux sur le fonctionnement social et le fonctionnement émotionnel afin de voir l'efficacité du MBSR sur un patient qui ne peut pas effectuer une thérapie mentale. Les auteurs conseillent d'étudier s'il y a une corrélation significative au niveau de l'adhérence.</p>
---------------------------------	---

Moritz, S, Quan, H., Rickhi, B., Liu, M., Angen, M., Vintila, R., ... Toews, J. (2006). A home study – Based spirituality education program decreases emotional distress and increases quality of life – A randomized, controlled trial. *Alternative Therapies*, 12(6), 26-35.

Eléments d'évaluation	Questions pour faire la lecture critique
Titre	<p>Le titre précise-t-il clairement les concepts clés et la population à l'étude ?</p> <p>Oui, il précise qu'il traitera de la spiritualité pour diminuer la détresse émotionnelle et améliorer la qualité de vie. Par contre, la population n'est pas spécifiée.</p>
Résumé	<p>Le résumé synthétise-t-il clairement les grandes lignes de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?</p> <p>Le résumé fait clairement ressortir le contexte, les objectifs, la population, l'intervention, les mesures et les résultats. Il manque une discussion.</p>
Introduction	
Problème de recherche	<p>Le phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit ? Que s'agit-il d'étudier ?</p> <p>Oui, il est clairement formulé autour de la spiritualité et des difficultés à l'étudier, du bien-être et des impacts psychologiques. Les auteurs veulent savoir si la spiritualité peut-être utilisée comme intervention en vue d'améliorer la santé mentale.</p> <p>Le problème est-t-il justifié dans le contexte des connaissances actuelles ?</p> <p>Oui, car l'aspect spirituel est un élément important de la santé mentale.</p> <p>Le problème a-t-il une signification particulière pour la discipline infirmière ?</p> <p>Oui, cette dimension peut faire partie des personnes soignées et va peut-être influencer leur vie et sa qualité. Etant donné que ce sont les infirmières qui les accompagnent au quotidien, c'est un aspect à prendre en compte dans l'exercice de la profession.</p>
Recension des écrits	<p>Les travaux de recherche antérieurs sont-ils rapportés de façon critique ?</p> <p>Les études montrent-elles la progression des idées ?</p> <p>Oui, ils montrent que ce n'est pas facile de définir la spiritualité. Certaines études montrent un bénéfice sur le bien être et font un lien avec les impacts négatifs de la vie.</p> <p>La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ?</p> <p>Oui, les auteurs font un résumé qui amène ensuite à la question de recherche.</p>

	<p>La recension des écrits s'appuie-t-elle principalement sur des sources primaires ?</p> <p>Oui, les articles proviennent de recherches.</p>
Cadre de recherche	<p>Les concepts clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ?</p> <p>Oui, plusieurs publications permettent d'éclairer les concepts. Le concept de la spiritualité est décrit ainsi que le contenu des 8 séances. La spiritualité a été définie selon plusieurs points de vues. Il en va de même pour le mindfulness et le groupe contrôle.</p> <p>Le cadre théorique ou conceptuel est-il explicite ou incorporé à la recension des publications ? Est-il lié au but de l'étude ?</p> <p>Il n'y a pas de cadre théorique dans l'article.</p> <p>Comment l'auteur justifie-t-il l'absence d'un cadre de recherche ?</p> <p>Il n'y a pas de justification du manque de cadre de recherche.</p>
But, questions de recherche	<p>Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ?</p> <p>Oui, le but est de savoir si la spiritualité peut être utilisée comme intervention pour améliorer la santé mentale. Un autre but est d'évaluer l'efficacité d'un programme de spiritualité sur la perturbation de l'humeur dans la détresse émotionnelle par rapport au mindfulness.</p> <p>Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont-elles clairement énoncées ?</p> <p>Il n'y a pas de questions de recherche qui soient indiquées.</p> <p>Les variables reflètent-elles les concepts précisés dans le cadre de recherche ?</p> <p>Oui, elles sont expliquées dans le cadre de recherche dans les interventions, le recensement des écrits.</p>
Méthode	
Population et échantillon	<p>La population de l'étude est-elle définie de façon précise ? L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ?</p> <p>Oui, les auteurs définissent la population de façon précise. Les personnes ont été recrutées par des affiches dans des établissements de soins primaires. Les personnes intéressées ont appelé le centre d'étude et un mail leur a été envoyé.</p> <p>Exclusion : Toutes les personnes pratiquant la médiation et celle avec un POMS (Profile Of Moods States) inférieur à un score de 40.</p>

	<p>Dans le plan d'échantillonnage, l'auteur a-t-il envisagé des moyens d'accroître la représentativité de l'échantillon ?</p> <p>Oui, les auteurs ont fait deux groupes provenant de deux cliniques différentes. La randomisation a été faite par des biostatisticiens en utilisant un générateur de nombres.</p> <p>Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle justifiée sur une base statistique ?</p> <p>Cela a été fait par des calculs de puissance.</p>
Considérations éthiques	<p>Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ?</p> <p>Oui, à part un administrateur qui n'a pas pris part à l'étude. Un comité d'éthique a validé l'étude selon la Déclaration d'Helsinki.</p> <p>L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ?</p> <p>Rien n'indique ce point-là, mais l'intervention n'est pas dangereuse.</p>
Devis de recherche	<p>Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ?</p> <p>L'étude quantitative a été contrôlée et randomisée.</p> <p>Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ?</p> <p>Oui, il permet d'explorer toutes les hypothèses avec les échelles de mesure ainsi que l'enrôlement des participants.</p>
Mode de collecte des données	<p>Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ?</p> <p>Oui, les outils de mesure sont définis, en l'occurrence le SF-36 et le POMS.</p> <p>L'auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ?</p> <p>Les instruments ont été importés d'autres études et les références sont dans le texte.</p> <p>La fidélité et la validité des outils de mesure sont-elles évaluées ? Les résultats sont-ils présentés ?</p> <p>La validité a été démontrée par d'autres recherches.</p>
Conduite de la recherche	<p>Le processus de collecte des données est-il décrit clairement ?</p> <p>Oui, le processus de collecte des données permet de comprendre quels groupes ont eu quelle intervention et ce qui est recherché. Par ailleurs, un graphique montre comment la randomisation a été faite.</p>

Analyse des données	<p>Les méthodes d'analyse statistique utilisées sont-elles précisées pour répondre à chaque question ou pour vérifier chaque hypothèse ?</p> <p>Pour les abandons, les auteurs ont mis la valeur de base. Tous les participants sont pris en considération (même ceux qui ont abandonné). Un F-test a été fait pour comparer le POMS et le SF-36. Si c'est significatif, un t-test a été utilisé pour comparer les groupes. Des bilatéral tests t ont été utilisés pour comparer les paires de moyennes des moindres carrées. La correction de Bonferroni a été utilisée pour régler des comparaisons multiples. Des modèles linéaires généraux ont été utilisés pour le sexe, le statut matrimonial, l'emploi notamment.</p>
Résultats	
Présentation des résultats	<p>Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures ?</p> <p>Oui, les résultats complets figurent dans différents tableaux (sociodémographiques et selon les échelles, et avec leurs statistiques).</p> <p>Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif ?</p> <p>Un texte narratif résume les tableaux et les principaux résultats obtenus.</p>
Discussion	
Interprétation des résultats	<p>Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou hypothèses ?</p> <p>Oui, les auteurs font mention des deux échelles, celle de la spiritualité et celle de la qualité de vie. Les résultats répondent ainsi aux buts.</p> <p>Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le sujet ?</p> <p>Comparés aux autres études, les résultats se trouvent dans la même proportion soit entre 18% et 71%.</p> <p>L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses ?</p> <p>Oui, les éléments des tableaux qui sont significatifs sont repris. Leur interprétation est conforme.</p> <p>Les limites de l'étude ont-elles été définies ?</p> <p>Elles ont été définies. Dans cette étude, il y a eu des données manquantes qu'il a fallu traiter de manière conservatrice, notamment le fait qu'il n'y avait pas de groupe sous placebo, et l'absence du facteur motivationnel dans le groupe mindfulness.</p>

	<p>Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ?</p> <p>Elles permettent de faire le point après chaque aspect investigué, ce qui permet une logique dans les résultats et leur interprétation.</p>
Conséquences et recommandations	<p>Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ?</p> <p>La spiritualité ou le mindfulness peut-être une ressource pour aider les patients en détresse psychologique.</p> <p>L'auteur fait-il des recommandations pour les recherches futures ?</p> <p>Oui, les auteurs proposent d'utiliser un tel programme dans les premiers soins, d'investiguer à long terme et de voir si un effet sur la gestion de la dépression peut en être déduit.</p>

Wolever, R. Q., McCabe, K., Fekete, E., Bobinet, K. J., Mackenzie, E. R., Kusnick, C. A., Baime, M. (2012). Effective and Viable Mind-Body Stress Reduction in the Workplace : A Randomized Controlled Trial. *American Psychological Association*, 17(2), 246-258. doi : 10.1037/a0027278

Eléments d'évaluation	Questions pour faire la lecture critique
Titre	<p>Le titre précise-t-il clairement les concepts clés et la population à l'étude ?</p> <p>L'étude indique les concepts clés de la recherche avec le mindfulness et la réduction du stress sur le lieu de travail. Par contre la population n'est pas citée précisément.</p>
Résumé	<p>Le résumé synthétise-t-il clairement les grandes lignes de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?</p> <p>Oui, les auteurs synthétisent les grandes lignes. Il y a une problématique, la méthode avec la population retenue et les résultats obtenus. Pour moi, il n'y a pas vraiment de discussion.</p>
Introduction	
Problème de recherche	<p>Le phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit ? Que s'agit-il d'étudier ? Il s'agit d'étudier si les programmes de gestion du stress sont économiquement durables et efficaces sur le stress, la santé, la productivité et le coût. Ils doivent aussi être accessibles aux employés.</p> <p>Le problème est-t-il justifié dans le contexte des connaissances actuelles ?</p> <p>Oui, il se justifie car différents travaux ont été effectués sur divers points. Les auteurs essaient notamment de faire le point sur les mécanismes physiopathologiques.</p> <p>Le problème a-t-il une signification particulière pour la discipline infirmière ?</p> <p>Oui, car les infirmières sont confrontées par la suite à la population de l'étude qui a des problèmes psychiques ou somatiques. De plus, des interventions infirmières peuvent être centrées sur le yoga ou le mindfulness.</p>
Recension des écrits	<p>Les travaux de recherche antérieurs sont-ils rapportés de façon critique ? Les études montrent-elles la progression des idées ?</p> <p>Ils permettent d'éclairer les aspects qu'il faut faire ressortir, l'utilité du mindfulness/yoga. Ils mettent en comparaison des articles.</p> <p>La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ?</p> <p>Il n'y a une synthèse que pour le yoga mais nous comprenons dans quelle</p>

	<p>direction les auteurs veulent nous diriger.</p> <p>La recension des écrits s'appuie-t-elle principalement sur des sources primaires ?</p> <p>Oui, il y a beaucoup d'écrits différents qui sont mentionnés tout au long de cette partie.</p>
Cadre de recherche	<p>Les concepts clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ?</p> <p>Oui, les concepts principaux comme le mindfulness ou le yoga sont décrits et leurs déroulements sont explicités. D'autres, comme le stress, ne le sont pas.</p> <p>Le cadre théorique ou conceptuel est-il explicité ou incorporé à la recension des publications ? Est-il lié au but de l'étude ?</p> <p>Il n'y a pas de cadre théorique dans cette recherche.</p> <p>Comment l'auteur justifie-t-il l'absence d'un cadre de recherche ?</p> <p>Les auteurs ne justifient pas l'absence d'un cadre de recherche.</p>
But, questions de recherche	<p>Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ?</p> <p>Oui, les deux buts sont énoncés de façon claire et précise dans le résumé : a) comparer les deux méthodes (yoga et mindfulness) et identifier leurs avantages pour une appropriation par un milieu. b) savoir si le mindfulness via internet est aussi efficace que via une personne.</p> <p>Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont-elles clairement énoncées ?</p> <p>Non, les questions de recherche ne sont pas énoncées, mais les buts le sont clairement. Nous savons seulement qu'il s'agit d'une population de travailleurs d'une grande entreprise nationale d'assurance.</p> <p>Les variables reflètent-elles les concepts précisés dans le cadre de recherche ?</p> <p>Les auteurs reprennent ce qu'ils veulent étudier : est-ce qu'il y a une diminution du niveau de stress et est-ce que cela a un impact sur les indices de la santé et un impact positif sur la productivité.</p>
Méthode	
Population et échantillon	<p>La population de l'étude est-elle définie de façon précise ? L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ?</p> <p>Oui, ils disent d'où les participants viennent, le pourcentage d'hommes, leur race, leur ethnie, ainsi que leur revenu. Les personnes intéressées ont répondu à un questionnaire sur leur consommation de cigarettes et de drogues, leurs éventuels problèmes cardiaques et devaient avoir un score de plus de 16 au perceived stress scale (PSS).</p>

	<p>Dans le plan d'échantillonnage, l'auteur a-t-il envisagé des moyens d'accroître la représentativité de l'échantillon ?</p> <p>Non, la base est le volontariat mais avec une représentation dans toute l'assurance.</p> <p>Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle justifiée sur une base statistique ?</p> <p>La taille de l'échantillon n'a pas été déterminée. Les auteurs ont pris toutes les personnes qui voulaient participer à l'étude. Il n'y a pas de base statistique.</p>
Considérations éthiques	<p>Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ?</p> <p>Rien n'est mentionné dans l'article.</p> <p>L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ?</p> <p>Il n'y a pas d'indication sur cette question, mais je pense que oui, car la population cible apprend des techniques de relaxation pour diminuer le stress. Je ne vois pas de risque, seulement du bénéfice.</p>
Devis de recherche	<p>Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ?</p> <p>Etude quantitative randomisée – contrôlée.</p> <p>Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ?</p> <p>Oui, les auteurs décrivent les méthodes utilisées pour répondre aux questions et la manière dont ils évalueront les résultats.</p>
Mode de collecte des données	<p>Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ?</p> <p>Oui, ils sont clairement décrits. Les auteurs décrivent aussi la manière de les utiliser et à quel moment.</p> <p>L'auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ?</p> <p>Pour les échelles, il est indiqué d'où elles viennent et ce qu'elles mesurent. Les auteurs indiquent les Cronbach α de l'échelle du mindfulness.</p> <p>La fidélité et la validité des outils de mesure sont-elles évaluées ? Les résultats sont-ils présentés ?</p> <p>Les résultats ne sont pas présentés mais l'auteur indique si l'échelle a été validée et si elle est fiable. C'est présent pour la productivité, le mindfulness (cronbach 0,74-0,89), les mesures biologiques.</p>

Conduite de la recherche	<p>Le processus de collecte des données est-il décrit clairement ?</p> <p>Oui, dans un chapitre « Mesures ».</p>
Analyse des données	<p>Les méthodes d'analyse statistique utilisées sont-elles précisées pour répondre à chaque question ou pour vérifier chaque hypothèse ?</p> <p>Les auteurs indiquent dans le plan d'analyse le test statistique qu'ils emploient (test F sur tout). Pour la 2^e partie, ils ont employé un T-test + ANCOVA. De plus, ils font une analyse de variables multiples.</p>
Résultats	
Présentation des résultats	<p>Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures ?</p> <p>Oui, il sont présentés sous forme de tableaux qui répondent à la question 1 et 2 (chacune leur tableau).</p> <p>Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif ?</p> <p>Ils sont également décrits en texte narratif avec les différentes interactions entre les groupes.</p>
Discussion	
Interprétation des résultats	<p>Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou hypothèses ?</p> <p>Ils sont interprétés en fonction des concepts. Les auteurs étudient la réduction du stress selon la méthode utilisée ou selon les méthodes combinées, ainsi que la productivité. La réflexion est faite par rapport aux résultats comme le rythme cardiaque.</p> <p>Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le sujet ?</p> <p>Ils sont en concordance avec d'autres études que les auteurs nomment.</p> <p>L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses ?</p> <p>Oui, elles sont conformes aux résultats et mis en corrélation avec d'autres études sur le sujet.</p> <p>Les limites de l'étude ont-elles été définies ?</p> <p>Les limites sont définies. Les auteurs disent qu'il faut ne pas généraliser. Les mesures doivent être répétées concernant la pression. De plus, elles ont été faites à des moments précis et ne peuvent être généralisées.</p> <p>Les critères d'inclusion sont très restrictifs. Les participants ont été rémunérés. L'échantillon n'est pas assez grand et de plus l'étude s'est déroulée lors d'une période de restructuration, qui pourrait être la cause d'une augmentation du stress.</p>

	<p>Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ?</p> <p>Oui. L'analyse part des questions posées, des réponses obtenues, des résultats et d'un bénéfice.</p>
Conséquences et recommandations	<p>Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ?</p> <p>La conclusion de cette étude est que le yoga ou le mindfulness permettent de diminuer le stress et que c'est possible de les intégrer dans les programmes de prévention. Ce sont des moyens faciles d'accès. L'accès en ligne permet une pérennité du programme qui, de plus, peut être utilisé au moment où cela convient. A prendre en considération en terme d'utilité clinique, notamment sous l'angle « coût efficacité ».</p> <p>L'auteur fait-il des recommandations pour les recherches futures ?</p> <p>Oui, ils indiquent qu'il faut prendre d'autres indicateurs comme la mesure de l'attention et de la concentration.</p>

Horner, J. K., Piercy, B. S., Eure, L., & Woodard, E. K. (2014). A pilot study to evaluate mindfulness as a strategy to improve inpatient nurse and patient experiences. *Applied Nursing Research*, 27, 198-201. doi : <http://dx.doi.org/10.1016/j.apnr.2014.01.003>

Eléments d'évaluation	Questions pour faire la lecture critique
Titre	<p>Le titre précise-t-il clairement les concepts clés et la population à l'étude ?</p> <p>Oui, il précise le mindfulness, la population infirmière et l'expérience du patient.</p>
Résumé	<p>Le résumé synthétise-t-il clairement les grandes lignes de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?</p> <p>Pas vraiment. Oui pour le but recherché, mais pas complètement pour le problème. La méthode est globale, tout comme les résultats. Il n'y a pas de discussion, juste une recommandation à la fin du résumé.</p>
Introduction	
Problème de recherche	<p>Le phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit ? Que s'agit-il d'étudier ?</p> <p>Il s'agit d'étudier les niveaux du mindfulness, de la satisfaction de compassion, du burnout, du stress et, dans un second temps, l'impact que cela aura sur le patient.</p> <p>Le problème est-t-il justifié dans le contexte des connaissances actuelles ?</p> <p>Oui, car on demande de plus en plus aux infirmières d'être efficaces malgré les ressources de plus en plus limitées.</p> <p>Le problème a-t-il une signification particulière pour la discipline infirmière ?</p> <p>Oui, il impacte la pratique infirmière et par conséquent la satisfaction des patients.</p>
Recension des écrits	<p>Les travaux de recherche antérieurs sont-ils rapportés de façon critique ?</p> <p>Les études montrent-elles la progression des idées ?</p> <p>Oui, la progression, qui va de 2005 à 2009, le contexte, puis l'effet obtenu sont rapportés.</p> <p>La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ?</p> <p>Oui, il y a une synthèse des différents articles qui démontrent des éléments utiles pour cette recherche.</p>

	<p>La recension des écrits s'appuie-t-elle principalement sur des sources primaires ?</p> <p>Les auteurs s'appuient sur des recherches déjà effectuées qui datent parfois de plus de 10 ans.</p>
Cadre de recherche	<p>Les concepts clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ?</p> <p>Oui, le mindfulness est décrit. Les autres, tel le stress, ne sont pas définis.</p> <p>Le cadre théorique ou conceptuel est-il explicite ou incorporé à la recension des publications ? Est-il lié au but de l'étude ?</p> <p>Il n'y a pas de cadre théorique dans l'article.</p> <p>Comment l'auteur justifie-t-il l'absence d'un cadre de recherche ?</p> <p>Il n'y a pas de justificatif de ce manque de cadre de recherche.</p>
But, questions de recherche	<p>Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ?</p> <p>Le but de la recherche est d'évaluer l'efficacité du mindfulness sur les infirmières du point de vue du mindfulness, du stress, du burnout, de la satisfaction de compassion, et de comprendre quel est leur impact sur la satisfaction du patient.</p> <p>Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont-elles clairement énoncées ?</p> <p>Oui, les auteurs pensent que les participants ont une amélioration significative de leur qualité de vie professionnelle et de leur attention en comparaison avec le groupe de contrôle. La démarche augmenterait la satisfaction des patients.</p> <p>Les variables reflètent-elles les concepts précisés dans le cadre de recherche ?</p> <p>Oui, les variables sont précisées dans la recherche et reflètent les concepts comme le stress ou le mindfulness par exemple.</p>
Méthode	
Population et échantillon	<p>La population de l'étude est-elle définie de façon précise ? L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ?</p> <p>Oui, il s'agit d'infirmières, d'aides infirmières, de secrétaires, de managers et des superviseurs des unités (unités de chirurgie d'intensité moyenne).</p> <p>Dans le plan d'échantillonnage, l'auteur a-t-il envisagé des moyens d'accroître la représentativité de l'échantillon ?</p> <p>Les auteurs ont envoyé des mails pour rappeler les exercices avant-après les séances. L'intervention n'a duré que 30 min. à chaque fois pour ne pas surcharger l'équipe et pour permettre que le plus grand nombre de travailleurs puisse y participer.</p>

	<p>Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle justifiée sur une base statistique ?</p> <p>C'est un échantillon de convenance.</p>
Considérations éthiques	<p>Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ?</p> <p>Une commission d'éthique a donné son aval.</p> <p>L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ?</p> <p>La participation est volontaire.</p>
Devis de recherche	<p>Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ?</p> <p>C'est une étude quantitative quasi expérimentale.</p> <p>Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ?</p> <p>Oui, grâce au MAAS et au ProQOL pour les infirmières et par questionnaire de satisfaction pour les patients.</p>
Mode de collecte des données	<p>Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ?</p> <p>Oui, ils sont clairement décrits : Le MAAS (Mindful Attention Awareness Scale) développé par Katz, en 2005, est utilisé. Plus le score est haut, plus le niveau de mindfulness est élevé. Pour le ProQOL, sont pris en considération la satisfaction de compassion et le burnout. La moyenne est à 50, plus le score est haut, plus la personne est satisfaite professionnellement.</p> <p>Le niveau de stress a été mesuré par une échelle de 1 (pas de stress) à 10 (stress extrême).</p> <p>La satisfaction du patient a été mesurée avant, pendant et directement après les interventions.</p> <p>L'auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ?</p> <p>Ils indiquent que les instruments ont déjà été utilisés dans d'autres études comme le MAAS et le ProQOL. Le questionnaire de satisfaction des patients et l'échelle du stress proviennent d'eux-mêmes.</p> <p>La fidélité et la validité des outils de mesure sont-elles évaluées ? Les résultats sont-ils présentés ?</p> <p>La fidélité et la validité ont été démontrées par des études antérieures. Les auteurs indiquent les résultats Cronbach α des échelles et sous échelles.</p>

Conduite de la recherche	<p>Le processus de collecte des données est-il décrit clairement ?</p> <p>Il n'est pas clairement décrit.</p>
Analyse des données	<p>Les méthodes d'analyse statistique utilisées sont-elles précisées pour répondre à chaque question ou pour vérifier chaque hypothèse ?</p> <p>Pour analyser les statistiques, les auteurs ont employé le logiciel JMP. Ils ont comparé le groupe contrôle et l'intervention par un t-test bidirectionnel et un test ANOVA.</p>
Résultats	
Présentation des résultats	<p>Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures ?</p> <p>Les résultats sont présentés selon les échelles de mesures sous forme de tableaux. Pas de p value indiquée pour la satisfaction des patients</p> <p>Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif ?</p> <p>Ils sont décrits également avec les échelles selon les résultats obtenus.</p>
Discussion	
Interprétation des résultats	<p>Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou hypothèses ?</p> <p>Ils sont interprétés selon les hypothèses et le concept de recherche.</p> <p>Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le sujet ?</p> <p>Ils arrivent aux mêmes résultats que l'article de Mackenzie et al. (2006) qu'ils citent dans l'article. D'autres articles sont en référence pour les échelles.</p> <p>L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses ?</p> <p>Oui, elles reflètent les résultats obtenus au regard d'autres articles.</p> <p>Les limites de l'étude ont-elles été définies ?</p> <p>Oui, elles sont définies. Sont cités : le nombre restreint de personnes qui ont répondu au questionnaire, le fait que personne n'a suivi les 10 séances pour diverses raisons, notamment la priorité aux patients. Certaines personnes ne sont venues que par curiosité mais n'étaient pas prêtes à faire l'exercice. Une des limites de l'étude a été le défi logistique pour la mise en place d'un tel projet.</p> <p>Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ?</p> <p>Oui, elles montrent une diminution du stress et se confrontent à d'autres recherches.</p>

Conséquences et recommandations	<p>Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ?</p> <p>C'est un avantage pour les hôpitaux d'incorporer le mindfulness afin de réduire le stress. Il y a nécessité de standardiser les outils utilisés.</p> <p>L'auteur fait-il des recommandations pour les recherches futures ?</p> <p>Oui, ils proposent d'approfondir sur l'impact du mindfulness, du burnout et de la satisfaction du patient, de standardiser les échelles et de trouver une solution pour utiliser cette méthode durant le temps de travail en évitant que les soins prennent la priorité.</p>
---------------------------------	--

Smith, B. Metzker, K., Waite, R., & Gerrity, P. (2015). Short-form Mindfulness-Based Stress Reduction Reduces Anxiety and Improves Health-Related Quality of Life in an Inner-City Population. *Holistic Nursing Practice*, 29 (2), 70-77. doi: 10.1097/HNP.000000000000075

Eléments d'évaluation	Questions pour faire la lecture critique
Titre	<p>Le titre précise-t-il clairement les concepts clés et la population à l'étude ?</p> <p>Oui, il indique ce que c'est le mindfulness qui est choisi pour réduire l'anxiété et augmenter la qualité de vie.</p>
Résumé	<p>Le résumé synthétise-t-il clairement les grandes lignes de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?</p> <p>Le résumé ne synthétise pas clairement les grandes lignes car la discussion n'est pas clairement établie.</p>
Introduction	
Problème de recherche	<p>Le phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit ? Que s'agit-il d'étudier ?</p> <p>Il s'agit d'étudier l'efficacité du mindfulness pour réduire le stress et l'anxiété et de voir si l'attention et la qualité de vie dans une population mal desservie médicalement sont améliorées.</p> <p>Le problème est-t-il justifié dans le contexte des connaissances actuelles ?</p> <p>Oui, c'est important actuellement de savoir si le MBSR est également efficace dans une population urbaine mal desservie médicalement.</p> <p>Le problème a-t-il une signification particulière pour la discipline infirmière ?</p> <p>Ce sont les infirmières qui sont proches des patients de cette population-là, dans les centres de santé, et qui peuvent être amenées à dispenser la formation choisie.</p>
Recension des écrits	<p>Les travaux de recherche antérieurs sont-ils rapportés de façon critique ?</p> <p>Les études montrent-elles la progression des idées ?</p> <p>Oui, ils permettent de montrer qu'il y a différentes recherches qui disent l'efficacité de la méthode MBSR sur le stress et l'anxiété.</p> <p>La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ?</p> <p>Oui, elle indique l'état de la question au niveau du mindfulness et le justifie au niveau de la population.</p> <p>La recension des écrits s'appuie-t-elle principalement sur des sources primaires ?</p> <p>Les écrits recensés proviennent d'articles de recherches effectuées sur le sujet.</p>

Cadre de recherche	<p>Les concepts clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ?</p> <p>Oui, le mindfulness est clairement défini avec ses différents impacts sur le stress, l'anxiété et la qualité de vie. Par contre, ces derniers ne sont pas développés.</p> <p>Le cadre théorique ou conceptuel est-il explicite ou incorporé à la recension des publications ? Est-il lié au but de l'étude ?</p> <p>Il n'y a pas de cadre théorique dans cette étude.</p> <p>Comment l'auteur justifie-t-il l'absence d'un cadre de recherche ?</p> <p>Il n'y a pas de justification du manque de cadre théorique.</p>
But, questions de recherche	<p>Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ?</p> <p>Oui, il est clairement établi, à savoir si le MBSR réduit le stress et l'anxiété et améliore la qualité de vie d'une population mal desservie médicalement.</p> <p>Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont-elles clairement énoncées ?</p> <p>Oui, les auteurs veulent connaître l'efficacité du mindfulness sur le stress et l'anxiété. D'autres variables ne sont pas explicitées.</p> <p>Les variables reflètent-elles les concepts précisés dans le cadre de recherche ?</p> <p>Oui, la qualité de vie, l'effet du stress et l'anxiété sont nommés.</p>
Méthode	
Population et échantillon	<p>La population de l'étude est-elle définie de façon précise ? L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ?</p> <p>Les participants ont été recrutés par affiches, newsletters ou par l'intermédiaire d'un thérapeute. Le cours était gratuit et ouvert à tous les patients qui souhaitaient y participer. Il n'y a pas eu de diagnostic formel ou de score établi avec un outil psychologique qui permettait de participer.</p> <p>Dans le plan d'échantillonnage, l'auteur a-t-il envisagé des moyens d'accroître la représentativité de l'échantillon ?</p> <p>Rien n'indique cela dans l'étude.</p> <p>Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle justifiée sur une base statistique ?</p> <p>Une évaluation a été faite lors de la 1^{ère} et de la 4^e semaine de cours. Tous les participants qui ont fini les deux évaluations ont été pris. Il n'y a pas de base statistique.</p>
Considérations éthiques	<p>Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ?</p> <p>Oui, l'étude a été validée par l'autorisation d'une commission d'éthique de</p>

	<p>l'université partenaire du projet.</p> <p>L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ?</p> <p>Le cours était gratuit et ouvert à tous.</p>
Devis de recherche	<p>Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ?</p> <p>Il s'agit d'une recherche quantitative expérimentale.</p> <p>Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ?</p> <p>Oui, plusieurs échelles sont utilisées pour évaluer les différents <i>outcomes</i>.</p>
Mode de collecte des données	<p>Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ?</p> <p>Oui, ils sont clairement décrits et permettent de savoir quels sont les <i>outcomes</i> et quelle est l'échelle qui les évalue.</p> <p>L'auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ?</p> <p>Oui, ils proviennent tous d'autres études (une référence est mise dans la bibliographie pour pouvoir les retrouver).</p> <p>La fidélité et la validité des outils de mesure sont-elles évaluées ? Les résultats sont-ils présentés ?</p> <p>Les auteurs disent que les outils de mesures ont été validés et le démontrent avec les différents Cronbach α.</p>
Conduite de la recherche	<p>Le processus de collecte des données est-il décrit clairement ?</p> <p>On sait que ce sont des données rétrospectives et que les évaluations ont été faites à la 1^{ère} et à la 4^e semaine.</p>
Analyse des données	<p>Les méthodes d'analyse statistique utilisées sont-elles précisées pour répondre à chaque question ou pour vérifier chaque hypothèse ?</p> <p>Les auteurs ont utilisé des logiciels de statistiques. Pour la comparaison entre le début et la suite, ils ont fait un t-test. Pour la partie qualitative, l'approche de Burns and Grove a été employée.</p>
Résultats	
Présentation des résultats	<p>Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures ?</p> <p>Les résultats sont présentés sous forme de tableaux succincts.</p> <p>Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif ?</p> <p>Les résultats les plus significatifs sont mis en évidence dans l'écrit.</p>

Discussion	
Interprétation des résultats	<p>Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou hypothèses ?</p> <p>Non, mais les concepts sont repris.</p> <p>Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le sujet ?</p> <p>Ils concordent avec certaines études, mais pas avec d'autres.</p> <p>L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses ?</p> <p>Oui, elles font ressortir les principaux résultats et les comparent à d'autres études.</p> <p>Les limites de l'étude ont-elles été définies ?</p> <p>Les limites sont définies. Il y en a 3 : il n'y a pas de groupe de contrôle, la petite taille de l'échantillon à cause de l'effet drop out, et l'effet à long terme du MBSR qui peut varier à cause de la sensibilité des échelles.</p> <p>Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ?</p> <p>Oui, les auteurs ont pris par ordre d'importance les résultats principaux qui sont significatifs.</p>
Conséquences et recommandations	<p>Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ?</p> <p>Le MBSR est efficace dans certaines sous-échelles de la qualité de vie des participants. On constate une réduction de l'anxiété, et une certaine réduction du stress, mais pas significative.</p> <p>L'auteur fait-il des recommandations pour les recherches futures ?</p> <p>Oui, il serait utile de travailler dans une population similaire pour aider à identifier le sous-ensemble de personne pour qui le MBSR est le plus susceptible d'être efficace, et de déterminer combien de temps durent les bénéfices du MBSR.</p>

Taylor, Z. (2016). The contribution of mindfulness to predicting burnout in the workplace. *Personality and Individual Differences*, 89, 123-128. doi : 10.1016/j.paid.2015.10.005

Eléments d'évaluation	Questions pour faire la lecture critique
Titre	<p>Le titre précise-t-il clairement les concepts clés et la population à l'étude ?</p> <p>Oui, il précise qu'il va traiter du mindfulness et du burnout au travail, mais ne parle pas de la population cible.</p>
Résumé	<p>Le résumé synthétise-t-il clairement les grandes lignes de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?</p> <p>Le résumé synthétise en grande partie la recherche. L'aspect discussion n'est pas présent.</p>
Introduction	
Problème de recherche	<p>Le phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit ? Que s'agit-il d'étudier ?</p> <p>Il s'agit d'étudier si le mindfulness peut-être un prédicteur du burnout et quel aspect du mindfulness influence quelle composante du burnout.</p> <p>Le problème est-t-il justifié dans le contexte des connaissances actuelles ?</p> <p>Oui, car de nouvelles dimensions du mindfulness ont été rapportées et qu'aucune étude n'a été faite avec ces nouveaux aspects.</p> <p>Le problème a-t-il une signification particulière pour la discipline infirmière ?</p> <p>Etant donné qu'il s'agit de prévention, l'aspect est important pour la profession infirmière. La promotion de la santé fait partie de ses compétences.</p>
Recension des écrits	<p>Les travaux de recherche antérieurs sont-ils rapportés de façon critique ?</p> <p>Les études montrent-elles la progression des idées ?</p> <p>Oui, il y a une progression des idées, assez générales au début, progressivement plus spécifiques vers le sujet de l'étude. Les études antérieures montrent une réduction du burnout.</p> <p>La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ?</p> <p>Oui, l'auteur nous indique ce qui existe déjà concernant le mindfulness.</p> <p>La recension des écrits s'appuie-t-elle principalement sur des sources primaires ?</p> <p>Principalement sur des recherches.</p>
Cadre de recherche	<p>Les concepts clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ?</p> <p>Oui, ils sont définis pour le mindfulness et le burnout.</p>

	<p>Le cadre théorique ou conceptuel est-il explicite ou incorporé à la recension des publications ? Est-il lié au but de l'étude ?</p> <p>Il s'agit du Job Demands Resources Model (JD-R Model), qui parle des attributs du mindfulness. La démarche n'est pas complète.</p> <p>Comment l'auteur justifie-t-il l'absence d'un cadre de recherche ?</p> <p>Vu qu'il y a un cadre théorique, la question est non applicable.</p>
But, questions de recherche	<p>Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ?</p> <p>Oui, le but est clairement énoncé. Il s'agit de connaître l'efficacité de prédiction du burnout par le mindfulness. Ensuite de tester quels aspects du mindfulness sont prédictifs sur les trois aspects du burnout.</p> <p>Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont-elles clairement énoncées ?</p> <p>Oui, les hypothèses suivent les buts de l'étude.</p> <p>Les variables reflètent-elles les concepts précisés dans le cadre de recherche ?</p> <p>Oui, ils ont été définis avec l'aide du JD-R model, les traits personnels, les ressources de la place de travail et ses demandes. Les auteurs veulent étudier les différents aspects du burnout.</p>
Méthode	
Population et échantillon	<p>La population de l'étude est-elle définie de façon précise ? L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ?</p> <p>L'échantillon n'est pas vraiment bien décrit. Nous savons les différentes qualifications et le statut matrimonial de la population cible.</p> <p>Dans le plan d'échantillonnage, l'auteur a-t-il envisagé des moyens d'accroître la représentativité de l'échantillon ?</p> <p>Oui, il a employé 4 moyens pour recruter : par facebook, par email, par l'intermédiaire du psychologue local, par invitation aux élèves et au staff de l'université proche, et par newsletter au club local de yoga.</p> <p>Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle justifiée sur une base statistique ? Il n'y a pas de base statistique.</p>
Considérations éthiques	<p>Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ?</p> <p>Oui, un comité d'éthique (Human ethics committee of the researchers university) a donné son aval. Aucune incitation n'a été faite.</p>

	<p>L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ?</p> <p>La participation en elle-même apporte un bénéfice.</p>
Devis de recherche	<p>Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ?</p> <p>Il s'agit d'une étude descriptive transversale.</p> <p>Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ?</p> <p>Oui, plusieurs échelles permettent de mesurer toutes les variables.</p>
Mode de collecte des données	<p>Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ?</p> <p>Oui, ils sont clairement définis. Nous savons ce qui est recherché, l'échelle est graduée, et ce que signifie la plus haute et la plus basse des valeurs.</p> <p>L'auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ?</p> <p>Au vu des références, cela provient d'autres sources.</p> <p>La fidélité et la validité des outils de mesure sont-elles évaluées ? Les résultats sont-ils présentés ?</p> <p>Certaines échelles ont déjà été utilisées dans d'autres articles. Ils indiquent les valeurs des Cronbach α des échelles.</p>
Conduite de la recherche	<p>Le processus de collecte des données est-il décrit clairement ?</p> <p>Oui, les participants ont dû remplir un questionnaire en ligne, et sur la base du volontariat.</p> <p>Ils ont fourni leurs données sociodémographiques et ont été informés sur les différences facettes du mindfulness, puis du burnout. Puis les auteurs ont regardé la prédiction selon les composants du burnout. Pour finir, les différentes facettes sont explorées par blocs.</p>
Analyse des données	<p>Les méthodes d'analyse statistique utilisées sont-elles précisées pour répondre à chaque question ou pour vérifier chaque hypothèse ?</p> <p>Des t-test avec p différents et des régressions multiples ont été utilisés.</p>
Résultats	
Présentation des résultats	<p>Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures ?</p> <p>Oui, ils sont présentés sous forme de tableaux selon les différentes variables.</p> <p>Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif ?</p> <p>Les principaux résultats sont décrits selon les variables et par blocs.</p>

Discussion	
Interprétation des résultats	<p>Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou hypothèses ?</p> <p>Oui, ils sont interprétés selon les concepts du burnout et les composantes du mindfulness.</p> <p>Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le sujet ?</p> <p>Oui, surtout avec une recherche (Bakker & Demerouti, 2007) qui a été effectuée sur le même sujet.</p> <p>L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses ?</p> <p>Les conclusions sont éclairées par les écrits et reflètent les résultats obtenus.</p> <p>Les limites de l'étude ont-elles été définies ?</p> <p>Oui, les limites sont définies. Il s'agit de la causalité de l'attention pour la prévention de l'épuisement professionnel; de la considération de l'âge pour le burnout et ses relations avec l'expérience de travail. Le recrutement a été fait principalement par mail, donc les professions autres que celle de l'administration ne sont pas toutes représentées.</p> <p>Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ?</p> <p>Oui, elles découlent de tout ce qui précède avec une synthèse des résultats et ce qui peut être envisagé.</p>
Conséquences et recommandations	<p>Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ?</p> <p>Les facettes du mindfulness expliquent les petits et moyens effets pour chacune des trois composantes du burnout. Les facettes du mindfulness sont des prédicteurs significatifs de l'épuisement au travail et en dehors de la place de travail. Le rapport coût/bénéfice est intéressant pour tous : les personnes peuvent pratiquer quand elles le souhaitent (si possible 1x/jour).</p> <p>L'auteur fait-il des recommandations pour les recherches futures ?</p> <p>Oui, il propose de clarifier le rôle du niveau d'éducation dans la profession, ainsi que celui de l'interaction entre âge et mindfulness.</p>