

Ophélie TZAUT
Ariane VOLET

Volée Bachelor 06

Programme Bachelor of Sciences HES SO
en Soins Infirmiers

Quelles stratégies la littérature infirmière fournit-elle concernant la gestion des émotions chez les infirmières ?

Travail de Bachelor présenté à la
Haute école de la santé La Source

LAUSANNE

2009

Directrice du Travail de Bachelor Mme P. Wieringa

Remerciements

Nous tenons à remercier Mme Wieringa, Directrice de Travail de Bachelor et enseignante à la Haute école de la santé La Source, de nous avoir guidé tout au long de notre travail et pour tout le temps qu'elle a investi dans ce dernier. Ses conseils et son expérience nous ont permis d'avancer dans notre réflexion ainsi que de confronter notre perception de novices quant à la pratique infirmière.

Un grand merci à Mme Sereda, enseignante à la Haute école de la santé La Source et spécialisée dans la santé au travail, qui nous a reçu afin d'éclaircir notre problématique et donné des références pouvant nous être utiles pour la réalisation de notre travail. Nous remercions également Mme Stäublé, responsable PerSAM¹ du Centre Médico-Social de Vevey-Ouest, de nous avoir fourni des documents en lien avec notre question de recherche.

Nous souhaiterions également remercier Mme Volet et M. Barmes pour le temps accordé à la relecture de notre travail, leurs corrections orthographiques et leurs précieux conseils.

Merci d'avance à Mme Baldassarri, infirmière et praticienne formatrice travaillant dans le service de dialyse du CHUV², d'avoir accepté de participer en tant qu'experte lors de la soutenance orale de notre Travail de Bachelor.

¹ Personnel de Soins et d'Aide au Ménage

² Centre Hospitalier Universitaire Vaudois

Table des matières

Introduction.....	2
1. Argumentation du choix de la question	3
2. Méthode	6
3. Résultats.....	8
4. Analyse critique des articles.....	10
4.1. AKERJORDET, K. & SEVERINSSON, E. (2008) « Emotionally intelligent nurse leadership : a literature review study »	10
4.2. BEZERRA RODRIGUES, A. & CORREA CHAVES, E. (2008) « Stressing factors and coping strategies used by oncology nurses »	10
4.3. CRONIN, C. (2001) « How do nurses deal with their emotions on a burn unit ? Hermeneutic inquiry »	11
4.4. DELMAS, P. & DUQUETTE, A. (2000) « Hardiesse, stratégie de coping et qualité de vie au travail d’infirmières de réanimation »	11
4.5. GLASBERG, A. L., ERIKSON, S & NORBERG, A. (2007) « Burnout and ‘stress of conscience’ among healthcare personnel »	12
4.6. JACKSON, D., FIRTKO, A. & EDENBOROUGH, M. (2007) « Personal resilience as strategy for surviving and thriving in the face of workplace adversity : a literature review »	13
4.7. MANN, S. & COWBURN, J. (2005) « Emotional labour and stress within mental health nursing »	13
4.8. PAYNE, N. (2001) « Occupational stressors and coping as determinants of burnout in female hospice nurses »	14
4.9. YAM, B., CHIN ROSSITER, J. & CHEUNG, K. (2001) « Caring for dying infants : experiences of neonatal intensive care nurses in Hong Kong »	14
5. Comparaison des résultats	16
6. Discussion et perspectives.....	19
6.1. Éléments stressants et/ou générateurs d’émotions et leurs conséquences.....	19
6.2. Stratégies utilisées et recommandées pour gérer les stressseurs et les émotions	19
6.3. Limites et perspectives de recherches	22
Conclusion	23
Bibliographie	25
Annexes.....	28

Introduction

Les émotions font partie de la vie ... La profession d'infirmier mobilise chez chacun des affects d'autant plus forts qu'ils sont en interaction permanente avec tout ce qu'il y a, à la fois de difficilement acceptable et de terriblement humain dans la souffrance, la maladie, la mort ... et d'autant plus inattendu que chacun, de par son professionnalisme, est présumé capable de les canaliser. (Institut de Formation en Soins Infirmiers d'Aix-en-Provence, 2003, en ligne)

Cette citation est tirée d'un cours donné dans une école de soins infirmiers en France et elle résume bien notre problématique. En effet, notre travail se penche sur les émotions ressenties par les infirmières³. Car, comme relevé dans la citation, les soignants sont souvent confrontés à un environnement de travail stressant, comportant des situations de soins difficiles, ce qui suscite des émotions chez le personnel soignant. Afin de garder un bon niveau de santé au travail, les infirmières devraient maîtriser cette charge émotionnelle. Nous pouvons observer que certaines infirmières y arrivent très facilement, alors que d'autres n'y parviennent pas ou difficilement. Nous nous interrogeons donc sur comment font les infirmières pour que cela paraît naturel et que faire afin d'aider celles qui ont des difficultés.

Nous avons choisi de saisir l'opportunité que nous offrait le Travail de Bachelor pour développer cette réflexion, d'où notre question de recherche qui est :

*Quelles stratégies la littérature infirmière fournit-elle concernant
la gestion des émotions chez les infirmières ?*

Pour tenter de répondre à notre question, nous allons effectuer une revue de littérature infirmière. Nous allons commencer par argumenter le choix de notre question en regard de différents champs. Puis, nous viendrons sur notre méthodologie de recherche des articles et sur comment nous avons effectué cette revue de littérature. Ensuite, nous exposerons les résultats des différentes recherches que nous avons effectuées sur les différentes bases de données. Pour continuer, nous entreprendrons une analyse des différents articles retenus pour cette revue de littérature et un tableau comparatif reprendra les résultats trouvés. Nous terminerons notre travail par une discussion de ces mêmes résultats et des perspectives que ceux-ci peuvent amener à la profession infirmière.

³ Ce qui est écrit au féminin se lit aussi au masculin.

1. Argumentation du choix de la question

Nous avons débuté par un questionnement en lien avec l'impact d'une interruption médicale de grossesse sur la famille. Puis, en essayant de mettre ce sujet en corrélation avec notre pratique professionnelle, nous en sommes arrivées à nous interroger sur la charge émotionnelle que vivaient les infirmières accompagnant de telles situations. Nous avons alors commencé à faire des recherches sur les différentes bases de données, mais nous n'avons trouvé que très peu d'articles touchant à cette problématique. Au vu de ces résultats, nous avons choisi d'élargir le champ de notre question et nous avons commencé à nous questionner sur les moyens à disposition des infirmières pour les aider à gérer leurs émotions. Nous avons fait le choix de ne pas définir un contexte particulier afin de trouver une plus large palette de stratégies.

Ce questionnement est important en regard du champ clinique de la discipline infirmière. En effet, dans leur pratique, les infirmières sont souvent confrontées à des situations lourdes émotionnellement comme la souffrance, la mort et l'impuissance. Elles sont aussi confrontées à des plaies purulentes, des odeurs désagréables et selon Mercadier (2006) les perceptions sensorielles sont « indissociables d'un affect émotionnel » (p. 21). De plus, le contexte politique actuel, en lien avec la nécessité de réduire les coûts de la santé, amène une surcharge de travail chez les infirmières due notamment à un manque de personnel et à une réduction du temps d'hospitalisation. En effet, Loriol (2005), Docteur en sociologie, nous dit que :

Le travail émotionnel qui permet de supporter les pénibilités psychiques propres au métier d'infirmière est à la fois important et difficile à mettre en œuvre. C'est le cas notamment quand la charge de travail augmente sous l'effet conjugué des restrictions en termes d'effectifs et de l'intensification des soins liée au progrès technique et à la réduction des durées de séjours. (p. 42)

Selon Duquette & Delmas (2001), « le stress et les "stresseurs" liés au travail de l'infirmière semblent être les éléments déterminants de leur souffrance émotionnelle » (p. 65). Ivanov-Mazzucconi, Leyreloup, Cottureau & Digonnet (2005) donnent une définition intéressante du stress, c'est une « réaction non-spécifique de l'organisme à une agression (traumatique, toxique, infectieuse ou psychologique) et par extension, agent responsable de cette réaction » (en ligne). Selye (cité par Ivanov-Mazzucconi *et al.*, 2005) définit le syndrome général d'adaptation au stress « selon 3 phases : la réaction d'alarme (choc et contre-choc), phase de résistance ou d'adaptation, phase d'épuisement qui caractérise le moment où l'organisme cesse de pouvoir s'adapter au stimulus auquel il est soumis » (en ligne).

Nous pouvons donc dire que l'infirmière est confrontée à un grand nombre d'émotions qu'elle doit gérer. Si des stratégies ne sont pas mises en place, cela pourrait avoir des conséquences sur la santé de l'infirmière, sur la qualité des soins qu'elle prodigue et sur l'institution. Un des risques est le syndrome d'épuisement professionnel, nommé plus fréquemment par son nom anglais « burnout ». D'après Bédard & Duquette (1998), l'épuisement professionnel est « un état causé par l'utilisation excessive de son énergie, de ses ressources qui provoque un sentiment d'avoir échoué, d'être épuisé, exténué » (p. 18) ou encore « une incapacité de l'infirmière à s'adapter à un niveau de stress émotionnel continu causé par l'environnement du travail » (p. 19). Selon Maslach (1976, cité par Payne, 2001), il est composé d'un épuisement émotionnel, d'une dépersonnalisation et d'une baisse de l'accomplissement personnel. La fatigue occasionnée par une mauvaise gestion des émotions peut engendrer un taux d'absentéisme élevé. Etant donné que l'environnement a un impact important sur la charge émotionnelle, les infirmières vont essayer de le fuir en changeant fréquemment de service ce qui amène un taux de rotation du personnel élevé ou alors elles abandonnent la profession ce qui aggrave le manque de personnel infirmier. Il est important de relever que, vu les différentes conséquences possibles d'une mauvaise gestion des émotions, l'infirmière prodiguera des soins de moins bonne qualité.

Voici donc les différents éléments qui nous ont poussé à choisir cette problématique qui traite de la santé au travail des infirmières et donc de notre future santé. Mais les motivations principales qui nous ont amené à choisir cette question découlent de nos expériences en tant qu'étudiante infirmière, lors de nos différents stages.

En effet, nous avons été confrontées à certaines situations difficiles qui ont généré en nous des émotions. Nous pouvons en ressortir quelques-unes pour illustrer notre propos.

Lors d'un stage en EMS, une étudiante a reçu une gifle de la part d'une résidente en début de démence, car selon elle, elle n'avait pas les cheveux blancs et ne voulait pas que cette « incapable » s'occupe d'elle. Cette étudiante a été choquée par cette réaction. Elle en a donc parlé à l'équipe qui a donné des suites à cet incident. Cependant, l'équipe n'a pas abordé avec l'étudiante les émotions qu'avait provoqué en elle cette situation.

L'une d'entre nous a été confrontée, dans un service de chirurgie, à une situation compliquée. En effet, c'était une patiente en fin de vie qui demandait beaucoup de soins pour des plaies multiples et souffrait énormément. L'équipe était totalement submergée par cette situation, amenant alors à des conflits au sein de celle-ci et à son épuisement. Cependant, le sujet des émotions ressenties par les soignants n'a jamais été abordé et rien n'a été mis en place pour superviser cette équipe.

Durant son stage en psychiatrie, une étudiante s'est retrouvée envahie par les émotions que les patients anxieux et dépressifs lui faisaient ressentir. Cette difficulté ne lui permettait alors pas de prodiguer des soins de qualité. En effet, elle fuyait les personnes suscitant en elle trop d'émotions, l'empêchant alors de créer un lien avec celles-ci. L'étudiante en a moult fois parlé à son praticien formateur et ensemble ils ont beaucoup travaillé dessus. Or, il n'a pas pu lui donner de stratégies pour l'aider à gérer ses émotions.

Au travers de ces exemples nous pouvons voir que, dans les soins, les émotions sont sans cesse présentes et parfois difficiles à gérer. Nous avons pu remarquer que, suivant les milieux, elles ne sont pas abordées. Par contre en psychiatrie, elles sont mises en avant et travaillées. Étant donné que nous souhaitons toutes deux travailler en milieu somatique plus tard, nous nous interrogeons sur les stratégies relatives à la gestion des émotions mises en place par les infirmières. Plus précisément, nous nous questionnons sur comment faire face à ces situations alors que le contexte n'en donne pas les moyens, sur comment font les infirmières qui semblent aller bien, sur ce qu'elles peuvent mettre en place, sur ce qui existe déjà et sur comment trouver un espace-temps pour le travail émotionnel. Sont impliqués dans cette problématique, toutes les infirmières, les ICUS⁴ et autres managers de soins ainsi que les infirmières de santé au travail. Le but de notre travail est de trouver des moyens afin d'améliorer la qualité de vie au travail, de préserver la santé des infirmières, d'allonger la durée de vie des professionnels, d'améliorer la stabilité des équipes et de permettre une meilleure qualité des soins.

Le concept des émotions étant central dans notre question, nous l'avons défini. Du latin « motere » qui signifie mouvoir, avec le préfixe « é » qui signifie mouvement vers l'extérieur, ceci nous donne une première idée du sens du mot émotion « mouvoir vers l'extérieur » (Sadik, 2006). En effet, une émotion peut se communiquer sans parole. Sadik (2006) définit les émotions comme « une réponse à une stimulation qui mobilise nos sens et notre intellect, [...] elle est automatique, [...] indique le sens que l'on donne à une situation, à un stimuli, [...] incite à une attitude dans un contexte donné suite à une interaction ou un échange » (p. 7). On dénote cinq émotions dites primaires qui sont la colère, la peur, la tristesse, la honte et la joie (Le Breton, 1998 ; Montandon, 1996, cités par Mercadier 2006). Selon Mercadier (2006) « les données issues d'un raisonnement et celles issues d'une émotion se mêlent donc pour guider le travail à effectuer » (p. 43-44). L'émotion a comme but de donner des informations-clés sur soi, sur notre relation aux autres, sur une action à venir (Sadik, 2006).

⁴ ICUS : Infirmière Cheffe d'Unité de Soins

2. Méthode

Pour réaliser ce travail, nous avons principalement effectué nos recherches sur les bases de données de CINAHL, Medline et Health Source. La base de données de CINAHL couvre principalement les domaines des sciences infirmières, de la santé publique et de la médecine. Medline couvre un champ plus vaste comprenant les différents domaines de la médecine et des soins. La dernière base de données, Health Source, est axée essentiellement sur les soins infirmiers. Grâce à ces trois bases de données regroupant un large choix d'articles en sciences infirmières, nous avons pu trouver les articles nécessaires à notre revue de littérature.

Nous avons également effectué quelques recherches sur la Banque de Données en Santé Publique (BDSP) qui regroupe des références bibliographiques dans le domaine de la santé, et sur le catalogue SAPHIR qui regroupe les collections des bibliothèques et centres de documentations de Suisse romande spécialisés en santé publique.

Voici un tableau regroupant les différents mots-clés utilisés pour nos recherches :

Mot-clé	Explication
nurse / nurses / infirmier	Population concernée par notre problématique.
emotion / emotions / émotions	Concept principal de notre question.
self-control / control psychology / self induced / behavior control	Terme introduit dans la recherche afin de trouver des stratégies que les infirmières pourraient mettre en place elles-mêmes.
social control formal / unformal	Élément étant apparu dans un article de recherche.
coping / coping strategies / strategies	Concept fréquemment cité dans les articles. ⁵
psychological adaptation	Un des buts recherché à travers la gestion des émotions.
counseling / conseil / practice guidelines	Afin de chercher les suggestions de la littérature infirmière concernant la gestion des émotions.
resilience	Idée de concept suite à un travail réalisé en stage.
healthcare	Problématique touchant la santé des infirmières.
burnout	Conséquence possible d'une mauvaise gestion des émotions.
turnover / personal turnover / taux de rotation	Conséquence possible d'une mauvaise gestion des émotions.

⁵ Le coping est selon Lazarus & Folkman (1984, cité par Delmas & Duquette, 2000) un « ensemble d'efforts cognitifs et comportementaux destinés à maîtriser, réduire ou tolérer les exigences externes qui menacent ou dépassent les ressources d'un individu ».

stress	Concept ayant des liens avec la mauvaise gestion des émotions, l'épuisement émotionnel et le taux de rotation du personnel.
management	C'est à ce niveau que des stratégies peuvent être mises en place pour aider les infirmières.
emergency	Contexte sorti suite à une réflexion sur l'épuisement émotionnel lors d'un stage en urgence.

Afin de mieux cibler notre recherche nous avons fait différentes combinaisons entre ces mots-clés. Nous avons mis ensemble les mots « nurse » et « emotion », puis nous avons rajouté à tour de rôle « self induced » ; « strategies » ; « turnover » ; « burnout » ; « management » ; « counseling » ; « social control formal/unformal » ; « adaptation psychological » et « practice guideline » ; « adaptation psychological » et « behavior control ». Nous avons combiné « coping » et « emotions » avec différents autres mots-clés qui sont : « practice guideline », « burnout », « management », « turnover » et « counseling ». Nous avons fait de même avec « emotions » et « adaptation psychological » additionnés avec : « coping », « burnout » et « counseling ». Nous avons associé le mot « nurse » avec « self-control », « psychological adaptation », « resilience », « counseling », « turnover », « coping » (auquel on a rajouté « emotion ») et « burnout » (conjugué aussi avec le mot « emergency »). Le mot-clé « emotions » a été allié avec « burnout », « turnover », « control psychology », « adaptation psychological » et « counseling ». Une dernière combinaison a regroupé les mots « burnout », « stress » et « healthcare ». Lorsque l'on effectuait des recherches et que l'on avait des résultats trop importants, nous rajoutions un mot-clé afin de les réduire.

Lors de la lecture d'articles pertinents en relation avec notre sujet, nous recherchions de nouvelles références grâce aux citations et aux bibliographies, puis nous allions sur les bases de données rechercher les articles en question afin d'étoffer notre palette d'articles.

Afin de mieux définir notre problématique, nous avons pris rendez-vous avec Mme Sereda. Elle nous a expliqué les différents enjeux concernant notre problématique. Pour notre rencontre, elle avait préparé des articles qui pouvaient être utiles à la réalisation de notre travail. En parallèle, nous avons pris contact avec Mme Stäublé, responsable PerSAM du Centre Médico-Social de Vevey-Ouest, qui avait participé à un cours sur le soutien à apporter afin d'aider les collaborateurs à gérer leurs émotions. Nous sommes ensuite allées faire des recherches sur le catalogue du Centre de Documentation de l'école La Source (CEDOC) sur les différents articles dont nous avons obtenu les références lors de ces deux rencontres, pour en connaître l'origine et la pertinence. Nous avons commencé par entrer un auteur qui revenait

souvent dans les articles de Mme Sereda et dans des articles de recherche à savoir André Duquette. Nous avons donc trouvé plusieurs articles, principalement dans la revue « Soins Cadres », écrit par cet auteur en 2001, sur la santé mentale des infirmières au travail.

3. Résultats

Nous avons eu un total de deux mille cent vingt-deux articles. Ce nombre représente tous les résultats obtenus grâce aux combinaisons citées ci-dessus entrées dans les différentes bases de données. Ce résultat se départage en cent cinquante-neuf articles sur la base de données Health Source, mille deux cent nonante et un sur la base de données CINAHL, cent huitante-trois sur la base de données Medline, septante-huit sur celle de BDSP, trois sur SAPHIR, et cent huit au Centre de Documentation de La Source (CEDOC).

Ce nombre très important a été obtenu malgré les limites mises sur les différentes bases de données. En ce qui concerne la base de données Medline, nous nous sommes limitées à des articles publiés au cours des cinq dernières années dans des journaux infirmiers. Jusqu'en septembre 2008, nous avons aussi mis que nous voulions seulement des textes intégraux gratuits, mais à partir de cette date les Hautes Ecoles Spécialisées ont obtenu des accès aux textes intégraux d'un grand nombre de revues scientifiques nous permettant ainsi d'obtenir des articles autres que les textes intégraux gratuits. Sur CINAHL, les limites posées étaient que nous voulions des articles parus dans des journaux infirmiers après 2002 et des textes intégraux jusqu'en septembre 2008 pour les raisons exposées ci-dessus. Quant à Health Source, nous avons mis uniquement « texte intégral ». L'automne dernier, les bases de CINAHL et Health Source ont été regroupées sur un même site de recherche, ce qui a fait que les possibilités de limites ont changé. Les recherches que nous avons menées sur ces bases de données à partir de ce moment étaient limitées aux textes publiés dans la littérature infirmière et nous avons étendu notre recherche aux textes parus à partir de 1999. Sur la Banque de Données de la Santé Publique, au vu du peu de résultats nous n'avons pas mis de limite.

Les critères que nous avons utilisés afin de réduire ce nombre important d'articles sont en premier lieu la langue. En effet, nous avons gardé uniquement les articles rédigés en anglais et en français afin de garantir une meilleure compréhension. Le titre devait avoir un lien avec notre question de recherche ou avec un concept en lien avec celle-ci. Le résumé devait être présent, bien structuré et confirmer l'intérêt pour notre travail. En effet, un résumé bien construit, pour nous, signifie que l'auteur a envie d'être lu et nous renseigne sur la structure de l'article. Un des critères était aussi que le texte soit une recherche ou une revue de littérature et

que nous puissions accéder à l'article en format PDF⁶ soit par un lien direct sur la base de données soit par le site de la revue. Grâce à ces critères, nous avons retenus trente-six articles que nous avons téléchargés et imprimés.

Nous avons commencé par faire une lecture rapide des articles afin de délimiter ceux qui apportaient des éléments de réponse à notre questionnement. Nous avons également exclu les textes qui nous étaient difficilement compréhensibles. Ce qui nous a permis de sélectionner quinze articles.

Pour réduire encore d'avantage ce nombre, nous avons fait des grilles d'analyse. En effet, nous avons élaboré notre propre grille reprenant des éléments de la grille du BTEC⁷ (Côté, Mercure & Gagnon, 2005) et de celle de Loiselle & Profetto-McGrath (2007) afin que notre analyse soit la plus complète possible. Grâce à ce travail, nous avons pu relever la fiabilité de chaque article et sélectionner les plus pertinents en regard de notre question de recherche. Les neuf articles de recherche que nous avons sélectionnés sont :

- Emotionally intelligent nurse leadership : a literature review study (Akerjordet & Severinsson, 2008)
- Stressing factors and coping strategies used by oncology nurses (Bezerra Rodrigues & Corrêa Chaves, 2008)
- How do nurses deal with their emotions on a burn unit ? Hermeneutic inquiry (Cronin, 2001)
- Hardiesse, stratégie de coping et qualité de vie au travail d'infirmières de réanimation (Delmas & Duquette, 2000)
- Burnout and 'stress of conscience' among healthcare personnel (Glasberg, Eriksson & Norberg, 2007)
- Personal resilience as strategy for surviving and thriving in the face of workplace adversity : a literature review (Jackson, Firtko & Edenborough, 2007)
- Emotional labour and stress within mental health nursing (Mann & Cowburn, 2005)
- Occupational stressors and coping as determinants of burnout in female hospice nurses (Payne, 2001)
- Caring for dying infants : experiences of neonatal intensive care nurses in Hong Kong (Yam, Chin Rossiter & Cheung, 2001)

⁶ PDF : Portable Document Format

⁷ Bureau de Transfert et d'Échange de connaissances

4. Analyse critique des articles

4.1. AKERJORDET, K. & SEVERINSSON, E. (2008) « Emotionally intelligent nurse leadership : a literature review study »

La recherche a été écrite par Akerjordet et Severinsson. Akerjordet est un étudiant doctorant aux Départements des sciences sociales et des études sur la santé à l'Université de Stavanger en Norvège. Severinsson est professeure et directrice de recherches dans ces mêmes départements et dans la même université. Cette dernière s'intéresse tout particulièrement à la psychiatrie infirmière, la supervision clinique et aux soins de santé mentale. Cette recherche a été publiée en 2008 dans le Journal of Nursing Management. Ce journal a été lancé en 1993 et a une portée internationale. Il informe des progrès de la discipline infirmière, particulièrement en ce qui concerne le leadership. Il publie des questions actuelles sur l'évolution de la pratique sous la forme de recherche, de commentaires et d'analyses d'écrits. Cette revue de littérature a voulu établir une synthèse sur l'intelligence émotionnelle au travers d'écrits scientifiques. Elle s'axe principalement sur le bien-être et sur le développement professionnel. Elle met en évidence que l'intelligence émotionnelle peut être une stratégie permettant de mieux gérer ses émotions. En effet, cette stratégie n'avait jusqu'alors dans nos articles pas été soulevée, c'est pourquoi nous avons retenu cette revue de littérature.

4.2. BEZERRA RODRIGUES, A. & CORREA CHAVES, E. (2008) « Stressing factors and coping strategies used by oncology nurses »

Une recherche quantitative écrite par Bezerra Rodrigues et Corrêa Chaves. Bezerra Rodrigues a un Doctorat de l'Université de Sao Paulo et a de l'expérience dans le domaine des sciences infirmières principalement dans l'épuisement professionnel, l'adaptation et l'oncologie. Depuis 2003, elle est professeure à l'Université de Sao Paulo au Brésil. Corrêa Chaves a un Doctorat en psychologie sociale et a aussi de l'expérience en sciences infirmières et particulièrement dans les sujets du stress et de l'adaptation. Elle a intégré l'Université de Sao Paulo en 1980. Cet article a été publié dans la revue scientifique de l'Université de Sao Paulo⁸. La mission de cette revue est de publier dans différents pays, les résultats de recherches scientifiques en soins infirmiers ainsi que d'autres domaines concernant les professionnels de la santé. L'article a été publié en 2008, ce qui est très récent. Cela montre que la recherche ne cesse pas sur le sujet. Il énonce les différentes stratégies pour une meilleure gestion des émotions des

⁸ The Latin American Journal of Nursing, version abrégée Rev Latino-am Enfermagem

infirmières, tel que les stratégies de coping et les techniques de relaxation. Il prend en compte le vécu de septante-sept infirmières de l'hôpital de Sao Paulo. Il est important d'avoir en tête que cette étude a été réalisée au Brésil et que la culture de ce pays diffère de la nôtre. Nous avons constaté que l'échantillon de cette recherche d'ordre quantitative n'était pas très important, mais nous l'avons choisie tout de même pour avoir un autre regard sur notre problématique.

4.3. CRONIN, C. (2001) « How do nurses deal with their emotions on a burn unit ? Hermeneutic inquiry »

Cette recherche d'ordre qualitative a été écrite par Cronin, professeure à l'université d'Essex en Angleterre. Elle travaille au sein du Département de recherche infirmière dans l'Université d'Essex et est entrain de faire un Doctorat en soins infirmiers. Son article de recherche a été publié dans l'International Journal of Nursing Practice qui est une revue qui regroupe plusieurs pays. Elle se concentre sur la recherche et les documents de discussion entre professionnels avec des bases scientifiques, théoriques ou philosophiques. L'article de recherche a été publié en 2001 et comporte les principales caractéristiques d'un bon article de recherche. Il met en évidence une question-clé pour notre travail à savoir comment les infirmières gèrent leurs émotions au sein d'une unité de brûlés. Il est pertinent car il touche en plein cœur notre sujet à savoir les stratégies que peuvent mettre en place les infirmières afin de mieux gérer leurs émotions. On peut en ressortir notamment que les débriefings réguliers sont une stratégie où les cas cliniques et les incidents peuvent être revus et analysés. Il regroupe d'autres interventions qui pourraient être bénéfiques à la pratique infirmière et c'est principalement pour sa capacité à mettre en avant ces stratégies que nous l'avons sélectionné.

4.4. DELMAS, P. & DUQUETTE, A. (2000) « Hardiesse, stratégie de coping et qualité de vie au travail d'infirmières de réanimation »

Cet article a été écrit par Delmas et Duquette et publié en 2000. Delmas est un infirmier anesthésiste doctorant à la Faculté des Sciences Infirmières de Montréal et Duquette est un professeur titulaire de cette même faculté. Il a rédigé beaucoup de publications sur les infirmières et leurs émotions. La recherche susmentionnée a paru dans le journal Recherche en soins infirmiers qui est né en 1985. Cette revue est répertoriée dans toutes les bases de données notamment CINAHL, Medline, et BDSP. Cela lui donne un grand accès et un impact important car tout le monde peut la trouver. Cet article retrace les perceptions de cent trente-sept infirmières travaillant dans un service de réanimation en France. Il comporte nos

domaines de recherche à savoir les soins infirmiers et les stratégies que les infirmières peuvent mettre en place notamment celle du coping. Il donne aussi des stratégies afin que les infirmières gèrent mieux leurs émotions et elles peuvent aussi s'appliquer dans d'autres unités de soins, comme de développer des programmes de renforcement de la hardiesse. Tous ces éléments font que cet article est adéquat pour répondre à notre questionnement. Nous pouvons rajouter que cet article est le seul que l'on a trouvé en français et c'est pour cela aussi que nous l'avons retenu.

4.5. GLASBERG, A. L., ERIKSON, S & NORBERG, A. (2007) « Burnout and 'stress of conscience' among healthcare personnel »

Cette étude quantitative a été écrite par Glasberg, Erikson et Norberg en 2007. Glasberg est un étudiant candidat pour le Doctorat, Erikson, un professeur associé au Département de médecine et de réhabilitation à l'Université Umea en Suède, et Norberg, un professeur émérite du même département ainsi que de la même université. Cet article de recherche a été publié dans le Journal of Advanced Nursing. Cette revue scientifique, publiée depuis vingt-quatre ans, a une portée internationale et donc un grand facteur d'impact. Elle contribue à la promotion de la pratique basée sur des résultats probants par la publication de recherche de haute qualité ayant le potentiel de faire progresser les connaissances pour la pratique, l'éducation, la gestion ou la politique. C'est article est intéressant car, d'une part, il est centré sur la pratique infirmière et, d'autre part, il amène des pistes de réflexions et des stratégies pertinentes pour gérer les émotions dans le milieu des soins infirmiers, par exemple : être attentifs à soi-même, à ses propres sensations et perceptions. L'article comporte aussi un échantillon important à savoir composé de quatre cent vingt-trois infirmières. L'étude présente deux limites principales. Premièrement elle est basée sur une auto-évaluation des données et sur un devis transversal, ce qui peut amener à des inférences, à propos des relations de causalité, moins probable. Et deuxièmement le nombre de personnes dans les différentes catégories est inégal, notamment en ce qui concerne le sexe, la profession et le lieu de travail.

4.6. JACKSON, D., FIRTKO, A. & EDENBOROUGH, M. (2007) « Personal resilience as strategy for surviving and thriving in the face of workplace adversity : a literature review »

Nous avons choisi une revue de littérature nous venant d'Australie. Elle a été écrite par Jackson, enseignante à l'école de soins infirmiers de l'Université de l'Ouest de Sydney ayant publié plus de cent cinquante articles dans des revues renommées, de même que des livres et étant spécialement intéressée par la recherche sur le leadership, la formation des infirmières et la santé des familles, des adolescents et des femmes. Elle a été secondée par Firtko, infirmière éducatrice avec un Master en Sciences travaillant au service de santé de la zone sud-ouest de Sydney, et par Edenborough, chercheur senior de l'Université de l'ouest de Sydney, travaillant pour le groupe de recherche sur la santé des communautés et des familles. Cet article a été publié par le Journal of Advanced Nursing en 2007 qui a déjà présenté précédemment. Cette revue de littérature a pour but d'explorer le concept de résilience afin de trouver des stratégies pour permettre aux infirmières de le développer dans le dessein de diminuer la vulnérabilité et l'adversité au travail. Les résultats ont amené à plusieurs stratégies permettant d'accroître la capacité de résilience des infirmières. Cette dernière est définie comme étant la capacité de se déplacer vers une issue positive à partir d'expériences négatives, traumatisantes et stressantes, nous pensons alors que la résilience peut être vue comme une stratégie intéressante pour aider les infirmières à gérer leurs émotions issues d'expériences difficiles.

4.7. MANN, S. & COWBURN, J. (2005) « Emotional labour and stress within mental health nursing »

Cet article quantitatif a été écrit par Mann et Cowburn. Mann est professeure à l'Université du Central Lancashire, en Angleterre. Elle a rejoint l'équipe de recherche du Département de psychologie en 1998 en tant que maître de conférences en psychologie. Elle a fait un Doctorat et deux Masters dans ce domaine. Cowburn est un étudiant post-grade dans la recherche et a participé à cette recherche. Cet article a été publié dans le Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing. C'est un journal qui est axé sur la promotion de la psychiatrie et sur la pratique des soins infirmiers en santé mentale. Il publie des documents de pairs qui relatent l'évolution des connaissances, des compétences, les attitudes, les compétences et l'intégration de ces principes en pratique. Cet article de recherche a été publié en 2005. Il est récent et précis ce qui est un point positif. L'étude traite du travail émotionnel mis en place par les infirmières dans les unités de santé mentale. En effet, elle stipule que des « actes

superficiels » consistent à agir sur le comportement et que des « actes profonds » agissent sur le ressenti. Les « actes superficiels » sont un plus grand indice de travail émotionnel que les « actes profonds ». On peut relever que cette étude est exploratoire et que les participants devaient répondre à un questionnaire durant leurs heures de travail, ce qui a peut-être pu influencer leurs réponses. Cet article faisait déjà partie de notre projet de travail de Bachelor et comme il nous paraissait toujours pertinent, nous avons choisi de le conserver pour ce travail.

4.8. PAYNE, N. (2001) « Occupational stressors and coping as determinants of burnout in female hospice nurses »

Payne est un psychologue de la santé, actuellement étudiant en doctorat, travaillant à l'Université de Hertfordshire. Dans cet article publié par le Journal of Advanced Nursing en 2001, il aborde la question du stress au travail, du « coping » et de l'épuisement professionnel. À travers un devis de recherche quantitatif, il explore tout d'abord le stress en recherchant les stressors les plus fréquemment et le « coping » en relevant les stratégies les plus usitées. Ensuite il met en lien ces éléments avec l'épuisement professionnel afin d'identifier les facteurs qui y contribuent. Il est intéressant de relever que certaines stratégies de « coping » sont des éléments favorisant le syndrome d'épuisement professionnel. Payne suggère plusieurs recommandations pour la pratique comme la mise en place de formation sur les stratégies de « coping ». Les limites de cette étude sont un échantillon relativement petit ; le fait que les infirmières souffrant d'un haut niveau d'épuisement émotionnel ont déjà quitté leur travail ; la méthode d'auto-description peut également influencer les résultats, les infirmières répondant ce qui est socialement admis.

4.9. YAM, B., CHIN ROSSITER, J. & CHEUNG, K. (2001) « Caring for dying infants : experiences of neonatal intensive care nurses in Hong Kong »

Cette recherche qualitative a été menée à Hong Kong par Yam, actuellement professeur assistant du Département des soins infirmiers au sein de l'Université de Hong Kong et ayant été dans la pratique clinique et la formation des infirmières aussi bien en Chine et qu'en Australie, et Rossiter qui a été sage-femme et infirmière pendant vingt-deux ans et a fait son Doctorat, maintenant professeure associée également à l'Université chinoise de Hong Kong. Participe également à cette recherche, Cheung, infirmière spécialisée en soins intensifs de néonatalogie. Cet article est publié dans le Journal of Clinical Nursing qui est une revue à portée internationale publiant des articles de qualité dans le but d'améliorer les pratiques. La

principale limite de cette étude est la culture chinoise. En effet dans cette dernière la mort est un tabou et les gens ne partagent pas leurs émotions. Mais cet article amène des pistes intéressantes pour la pratique en proposant des espaces pour permettre aux infirmières d'exprimer leurs émotions comme des groupes de soutien constitués de collègues, une modification des politiques des services et la mise en place d'un environnement de travail plus favorable à un épanouissement professionnel.

5. Comparaison des résultats⁹

Titre et auteurs de l'article	Questions et but de la recherche	Résultats	Recommandations pour la pratique
Emotionally intelligent nurse leadership : a literature review (Akerjordet & Severinsson, 2008)	Établir une synthèse de la littérature sur l'intelligence émotionnelle, ceci sur un plan théorique et empirique ainsi que son importance pour la profession infirmière avec un accent particulier sur le bien-être et sur le développement professionnel.	L'intelligence émotionnelle chez les infirmières est caractérisée par la conscience de soi et la supervision positive du processus d'empowerment, créant ainsi un climat de travail favorable caractérisé par la résilience, l'innovation et le changement.	L'intelligence émotionnelle ne peut pas être considérée comme une panacée, mais elle offre de nouvelles pistes de réflexion et d'être pour les infirmières cheffes. L'intelligence des perceptions doit encore être sérieusement réfléchie, évaluée, improvisée et supervisée.
Stressing factors and coping strategies used by oncology nurses (Bezerra Rodrigues & Corrêa Chaves, 2008)	Identifier les facteurs stressants pour les infirmières travaillant en oncologie et vérifier quelles stratégies de coping elles utilisent.	Ils montrent que les facteurs les plus stressants pour les infirmières d'oncologie sont la mort d'un patient, les situations d'urgence, les conflits au sein de l'équipe soignante. La stratégie de coping la plus utilisée est la réévaluation positive.	Il est très important de respecter les caractéristiques personnelles des infirmières, car chacune d'elles aura sa stratégie de prédilection afin de gérer les facteurs stressants.
How do nurses deal with their emotions on a burn unit ? Hermeneutic inquiry (Cronin, 2001)	Comment les infirmières prennent soins des patients souffrants de brûlures ? Comment gèrent-elles leurs émotions ? Quels types de supports reçoivent-elles et de quels supports ont-elles besoin ?	Cette étude montre que les supports de soutien présents dans les services sont inefficaces et que les infirmières réalisent qu'elles ont des émotions. Elles reconnaissent le besoin de soutien afin de les gérer.	Il en ressort qu'il est important que les infirmières prennent du temps pour reconnaître leurs émotions et s'en occuper. En effet, si elles ne le font pas elles risquent d'être submergées par leurs émotions.
Hardiesse, stratégie de coping et qualité de vie au travail d'infirmières de réanimation (Delmas & Duquette, 2000)	Examiner les relations entre hardiesse, stratégies de coping et qualité de vie au travail d'infirmières françaises dans une unité de réanimation.	Les stratégies de coping, la réévaluation positive et la résolution de problèmes sont des clés pour améliorer la qualité de vie au travail des infirmières.	Les institutions de formation doivent développer des programmes de renforcements de la hardiesse, ainsi que des activités d'apprentissage sur l'adoption de stratégies actives, comme la réévaluation positive et la résolution de problème.

⁹ Rédigé d'après des traductions libres d'Ophélie Tzaut et Ariane Volet

Titre et auteurs de l'article	Questions et but de la recherche	Résultats	Recommandations pour la pratique
Burnout and 'stress of conscience' among healthcare personnel (Glasberg, Eriksson & Norberg, 2007)	Examiner les facteurs qui contribuent à l'épuisement professionnel chez les infirmières.	Les facteurs qui contribuent à la dépersonnalisation sont : calmer sa conscience, le stress de ne pas être en mesure de répondre aux attentes des autres, réduire ses aspirations à fournir de bons soins et le soutien social déficient de la part des collègues.	Il faut être attentif à nos perceptions et à celles des autres car le stress récurrent de la conscience semble être significatif de l'épuisement professionnel dans les soins à la santé. De plus, le personnel de soins a besoin d'opportunités pour réfléchir autour des troubles de leurs consciences.
Personal resilience as strategy for surviving and thriving in the face of workplace adversity : a literature review (Jackson, Firtko & Edenborough, 2007)	Explorer le concept de résilience personnel comme une stratégie pour répondre à l'adversité sur le lieu de travail et identifier les stratégies pour accroître la capacité de résilience chez les infirmières.	La résilience est l'habileté d'un individu de s'ajuster positivement face à l'adversité et peut être appliqué pour développer des forces personnelles chez les infirmières grâce à des stratégies comme ; la construction et l'entretien des relations professionnelles positives ; le maintien de la positivité ; le développement d'une perspicacité émotionnelle ; l'atteinte d'un équilibre et d'une spiritualité ; le développement de la réflexivité.	La construction de la capacité de résilience doit être intégrée dans la formation des infirmières et un soutien professionnel doit être encouragé à travers un programme de mentorat en dehors de l'environnement immédiat de travail de l'infirmière.
Emotional labour and stress within mental health nursing (Mann & Cowburn, 2005)	Quel travail émotionnel produit le plus de stress ? Les « actes superficiels » et les « actes profonds » ainsi que le travail émotionnel contribuent-ils à l'interaction quotidienne et au stress ? Les interactions de longues durées impliquent-elles davantage d'émotions, sont-elles génératrices de stress émotionnel et d'une augmentation de l'intensité des émotions ?	Le travail émotionnel est corrélé positivement avec le stress quotidien. Une grande variété d'émotions a été prouvée comme amenant à un plus grand travail émotionnel. Les « actes superficiels » demandent un plus grand travail émotionnel que les « actes profonds ».	Le travail émotionnel est un élément important chez l'infirmière durant toute la journée et à chaque interaction. Il est aussi positivement corrélé au stress qui est aussi un quotidien dans la pratique infirmière.

Titre et auteurs de l'article	Questions et but de la recherche	Résultats	Recommandations pour la pratique
Occupational stressors and coping as determinants of burnout in female hospice nurses (Payne, 2001)	Investiguer le niveau d'épuisement émotionnel chez les infirmières travaillant dans un établissement de soins palliatifs ; vérifier quels aspects du travail infirmier sont reliés positivement ou négativement à l'épuisement émotionnel ; examiner les contributions relatives à ses différentes variables ; suggérer des interventions individuelles et organisationnelles réduisant le niveau d'épuisement professionnel.	Le niveau d'épuisement professionnel a été relevé comme étant généralement bas. Grâce à de multiples analyses de régression, « la mort et les mourants », « les conflits avec l'équipe », « l'acceptation des responsabilités », et un « grade plus élevé » contribuent à l'épuisement émotionnel. « Les conflits avec l'équipe », « une préparation inadéquate », « la fuite » et « une résolution de problème » diminuée contribuent à la dépersonnalisation. « Une préparation inadéquate », « la fuite », « la réévaluation positive » diminuée et moins de qualifications contribuent à un bas niveau d'accomplissement personnel. Cependant, les stressors contribuent le plus à l'épuisement émotionnel et les facteurs démographiques le moins.	L'organisation de l'établissement de soins palliatifs doit superviser les conflits d'équipe de manière particulièrement étroite et promouvoir de bonnes relations au sein de l'équipe grâce à l'utilisation de supports et de groupes de parole et/ou de cours de suivi/conseils pour que les soignants puissent parler de leurs problèmes avec quelqu'un de neutre. La formation pourrait mettre davantage l'accent sur la préparation des infirmières à faire face aux besoins émotionnels des patients, ceci en se détachant de leurs préoccupations. Des formations sur le stress et les stratégies de coping pourrait être mises en œuvre. Les infirmières pourraient être formées dans le but de créer du sens à partir d'une réévaluation positive des situations difficiles, ceci afin d'apprendre et de grandir à partir de ces expériences.
Caring for dying infants : experiences of neonatal intensive care nurses in Hong Kong (Yam, Chin Rossiter & Cheung, 2001)	Explorer les expériences des infirmières travaillant aux soins intensifs de néonatalogie de Hong Kong et des soins aux nourrissons dont la maladie ne réagit pas au traitement curatif, découvrir leurs perceptions des soins palliatifs et identifier les facteurs influençant leurs soins.	Huit catégories sont ressorties de l'analyse du contenu des entretiens, ce sont : le scepticisme, le sentiment d'ambivalence et d'impuissance, la protection de ses propres émotions, prodiguer des soins physiques de qualité, le soutien émotionnel à la famille, l'expression de l'empathie, le manque de connaissances et de conseils, et les conflits de valeurs dans les soins.	Les administrateurs des hôpitaux et des infirmières doivent considérer différents moyens pour faciliter les soins palliatifs dans leur établissement de soins aigus. Par exemple : l'éducation d'une culture spécifique de la mort, des groupes de soutien constitués de collègues, des deuils d'équipe, une modification des politiques départementales et un environnement de travail favorable.

6. Discussion et perspectives

6.1. Éléments stressants et/ou générateurs d'émotions et leurs conséquences

A la lecture des différents articles de recherche, nous avons relevé que les infirmières étaient confrontées dans leur pratique à des éléments générateurs de stress qu'on appellera « stressseurs ». En premier lieu, nous pouvons relever la mort des patients (Bezerra & Corrêa, 2008) qui peut générer de la tristesse et de l'impuissance (Yam, Chin Rossiter & Cheung, 2001). Les conflits au sein de l'équipe soignante (Bezerra & Corrêa, 2008) et ceux de valeurs (Jacobson, 1978, cité par Yam *et al.*, 2001), les relations avec le médecin, le patient et sa famille (Bezerra & Corrêa, 2008) ainsi que le manque de soutien des collègues sont identifiés comme étant des stressseurs (Glasberg, Eriksson & Norberg, 2007). Payne (2001) y ajoute la préparation inadéquate à gérer les besoins émotionnels des patients et les incertitudes concernant le traitement qui jouent aussi un rôle dans l'épuisement professionnel. Jacobson (1978, cité par Yam *et al.*, 2001) note que le besoin de soutien de la part des proches et l'insuffisance des connaissances médicales et techniques sont aussi des stressseurs. Glasberg *et al.* (2007) mettent en évidence l'environnement de travail qui comporte des stimuli sensoriels comme les plaintes des patients, les bruits des moniteurs et aussi la défiguration chez les grands brûlés (Cronin, 2001), ce qui peut engendrer un fort ressenti émotionnel (Mercadier, 2006) et être un générateur de stress (Cronin, 2001). De plus, s'il existe une charge de travail excessive, un manque d'autonomie, une tyrannie, une violence, des difficultés ou changements organisationnels, une pénurie d'infirmières expérimentées, un vieillissement de la population active et une utilisation accrue des intérimaires, associés à l'adversité qui est état de souffrance et de difficulté, cela peut poser problème dans la pratique infirmière (Cline, Reilly & Moore, 2003 cités par Jackson, Firtko & Edenborough, 2007). En effet, Bezerra & Corrêa (2008) stipulent qu'un environnement stressant peut amener à une dépersonnalisation, un sentiment d'incompétence professionnelle, donc à un épuisement professionnel et à un départ de leur unité de soin. Cronin (2001) rajoute que trop d'émotions peut aussi engendrer un épuisement professionnel. Les conséquences de ce stress amènent aussi une baisse de la qualité des soins, des plaintes, un taux élevé de rotation du personnel, un absentéisme et donc à un coût pour l'institution (Mann & Cowburn, 2005).

6.2. Stratégies utilisées et recommandées pour gérer les stressseurs et les émotions

Yam *et al.* (2001) ont identifié dans leur étude que pour se protéger émotionnellement les infirmières mettent une distance entre elle, le patient et son entourage. Cette distance est mise

en place grâce à une minimisation des interactions sociales avec ces derniers et en mettant l'accent sur les soins techniques. Cronin (2001) relève aussi que les infirmières tentent de supprimer les émotions. Nous pensons que ces deux stratégies de protection ne sont pas adéquates car elles ne permettent pas de prodiguer des soins de qualité, mais nous avons pu les observer dans la pratique.

Il est ressorti dans différentes études que les infirmières pouvaient mettre en place des éléments en dehors du travail. En effet, elles nomment leur famille et amis comme étant d'un grand soutien et disent faire du sport (Cronin, 2001), de plus Bezerra et Corrêa (2008) relèvent qu'elles font de la relaxation afin de diminuer leur stress. Nous suggérons aux infirmières d'utiliser ces stratégies car ce sont des éléments qui nous paraissent efficaces et qu'elles peuvent appliquer de manière autonome. Ce que peuvent aussi faire les infirmières est d'identifier leurs émotions (Jackson *et al.*, 2007), grâce par exemple à un journal de bord, et d'identifier d'éventuels troubles de leur conscience (Glasberg *et al.*, 2007).

L'intelligence émotionnelle, qui permet d'accéder à ses propres ressources et qui est caractérisée par la conscience de soi et la capacité de se motiver soi-même afin d'effectuer des tâches, d'être créatif et performant (Akerjordet & Severinsson, 2008), peut être une compétence-clé chez les infirmières cheffes. En effet, les responsables ayant une bonne intelligence émotionnelle guide de manière positive les émotions et font ressortir le meilleur des personnes, donc les infirmières auront davantage de satisfaction au travail. L'intelligence émotionnelle peut être développée chez les infirmières cheffes grâce à une supervision et à un soutien de la part de professionnels formés dans ce domaine (Akerjordet & Severinsson, 2008). Au vu de cela, nous pensons que l'intelligence émotionnelle est un élément intéressant à intégrer dans la formation des cadres infirmières.

Le coping, qui est défini comme étant les efforts cognitifs et comportementaux mis en œuvre pour gérer une demande spécifique externe et/ou interne qui apparaît comme mettant à l'épreuve ou étant supérieur aux ressources d'une personne (Lazarus & Folkmann, 1984, cités par Payne, 2001), nous semble être un des éléments-clés de notre travail. Bezerra & Corrêa (2008) ont pu mettre en évidence que les infirmières utilisent les stratégies de coping afin de gérer les éléments stressants présents dans leur quotidien. Les stratégies de coping qu'elles utilisent le plus sont la réévaluation positive, qui consiste à reconstruire l'événement afin de réduire l'aspect stressant de celui-ci et de mettre en évidence ses aspects positifs, et la résolution de problème, qui tente de gérer ou de modifier le problème à l'origine de la détresse (Lazarus & Folkmann, 1984, cités par Payne, 2001). Payne (2001) met en avant que

les infirmières utilisent aussi la recherche de soutien et la maîtrise de soi, mais que les infirmières doivent pouvoir choisir la mieux adaptée à la situation, car, mal utilisées, certaines stratégies de coping peuvent contribuer à l'épuisement professionnel.

Delmas & Duquette (2000) mettent en avant la hardiesse afin d'amener à une meilleure qualité de vie au travail. La hardiesse comporte le sens de l'engagement, le sens de la maîtrise et le sens du défi. Pour mettre en lien avec le coping, les deux premiers éléments facilitent la mise en place d'une réévaluation positive et la résolution de problème, tandis que le dernier encourage la recherche de soutien. Cronin (2001) relève que les infirmières développent, entre autre, la hardiesse grâce à l'expérience.

Dans leur article Jackson *et al.* (2007) proposent l'utilisation de la résilience afin de faire face à l'adversité sur le lieu de travail. La résilience est la capacité de se déplacer vers une issue positive à partir d'expériences négatives traumatisantes et stressantes (Tugade & Fredrickson, 2004, cités par Jackson *et al.*, 2007). Les stratégies que proposent Jackson *et al.* (2007) afin de développer la résilience sont la mise en place de relations professionnelles positives ; la capacité à rester positif ; le développement d'une perspicacité émotionnelle ; l'atteinte d'un équilibre de vie et d'une spiritualité ; être réflexif. Certains de ces éléments peuvent être mis en lien avec le coping, comme la réévaluation positive et la résolution de problème.

Pour Mann & Cowburn (2005) le travail émotionnel peut aider les infirmières afin de gérer les émotions. C'est une régulation de ses propres émotions dans la tentative de répondre aux attentes spécifiques à son rôle. Il se compose d'actes superficiels qui consistent à gérer les manifestations des émotions dans le comportement, et les actes profonds qui sont le processus où la personne tente de ressentir les émotions souhaitées. Ces deux éléments peuvent être utilisés simultanément, mais l'accent doit être mis sur les actes profonds. D'après nous les infirmières font automatiquement un travail émotionnel, mais il est inconscient. Nous pensons que l'identification de celui-ci permettrait aux infirmières de le potentialiser.

Ces différentes stratégies devraient être intégrées à la formation des infirmières. Le programme devrait donc inclure la hardiesse; les stratégies de coping comme la réévaluation positive et de résolution de problème (Delmas & Duquette, 2000) grâce à l'étude de situations (Payne, 2001) ; l'apprentissage du travail émotionnel réalisé grâce aux actes profonds et superficiels (Mann & Cowburn, 2005) ; la capacité de résilience (Jackson *et al.*, 2007).

Une stratégie qui est apparue plusieurs fois dans les articles est la mise en place de groupe de soutien et cela nous paraît primordial. Le but est de permettre aux soignants d'exprimer leurs

émotions (Yam *et al.*, 2001). Cronin (2001) propose la mise sur pied de groupes de travail et de débriefing régulier afin de discuter des situations émotionnellement fortes, des problèmes rencontrés et des incidents ceci au travers d'un apprentissage réflexif et de jeux de rôle. Pour Jackson *et al.* (2007), un soutien professionnel doit être encouragé à travers un programme de mentorat en-dehors de l'environnement immédiat de travail de l'infirmière. Dans la pratique, des moments de partages lors des pauses cafés et en dehors du travail sont mis à profit par les infirmières afin de diminuer la charge émotionnelle (Cronin, 2001), cet élément est aussi relevé par Glasberg *et al.* (2007).

6.3. Limites et perspectives de recherches

La plus grande difficulté que nous avons rencontrée lors de notre travail est que les émotions sont un sujet qui n'est que peu abordé. En effet, Mercadier (2006) relève qu'il existe dans la société des normes concernant l'expression de nos émotions. Ces mêmes normes existent aussi à l'hôpital alors que la charge émotionnelle y est plus importante. Pour Stettler (2008) le rôle professionnel impose un savoir-être émotionnel. Dans les établissements de soins, il y a aussi un « silence autour de la vie émotionnelle des soignants dans leur relation aux soignés, ce silence impose une gestion et une maîtrise des émotions concernant avant tout le sexe et la mort, les deux tabous fondamentaux de la société » (Mercadier, 2006, p. 172), ce silence permet de ne pas rendre réelles les émotions. Cronin (2001) relève aussi qu'il est généralement ressenti par les infirmières que les émotions ne doivent pas être exprimées car cela les ferait passer comme étant faible et Mauranges (2007) souligne que les soignants n'ont pas le « droit » de se laisser abattre. Nous pensons que ces normes implicites ont aussi lieu dans la recherche, ce qui amène les scientifiques à ne pas nommer et aborder les émotions dans leurs travaux. Cependant, il y a une prise de conscience de l'importance des émotions dans la pratique infirmière qui commence à se faire. Il est aussi difficile d'utiliser des résultats de recherche abordant cette thématique car la façon de percevoir les émotions change beaucoup selon la culture. En raison de ces différents éléments, nous n'avons trouvé que peu d'articles en lien avec notre problématique, cependant chacun apporte un bout de réponse.

Nous suggérons de combler ce manque de recherche sur les émotions à proprement dites en faisant des enquêtes de terrain qui identifieraient les émotions, leurs origines, ainsi que les impacts qu'elles peuvent avoir. Il serait intéressant de savoir plus précisément ce que les infirmières mettent en place afin de les gérer et quelles stratégies sont les plus efficaces. Nous trouverions également intéressant une recherche cherchant à mettre en évidence le lien de causalité entre le stress et les émotions.

Conclusion

Ce travail nous a permis de développer plusieurs compétences. En effet, pour commencer, ce travail s'est déroulé sur une période d'environ une année et demie. Nous avons alors appris à travailler à deux, ce qui n'a pas été aisé tous les jours en lien avec le travail que cela imposait à chacune de par son ampleur, mais cela a été facilité par le fait que nous avons déjà travaillé ensemble auparavant. Au début nous ne nous sommes pas rendues compte de l'importance de ce travail, nous pensions avoir le temps de le rédiger. Mais au cours du dernier semestre, nous avons eu beaucoup à faire pour les cours et nous avons un peu mis de côté le Travail de Bachelor. Par conséquent, nous nous sommes retrouvées un peu juste au niveau du temps et donc stressées pour le terminer. Après réflexion, nous pouvons dire que nous aurions dû commencer plus tôt la rédaction afin d'être plus tranquilles à la fin, mais nous sommes tout de même arrivées à confronter nos idées de manière constructive jusqu'au bout.

Lors de la réalisation de nos recherches, nous avons tout d'abord appris à travailler sur les différentes bases de données. Nous avons ensuite appris à sélectionner les articles selon leur pertinence. Par ce biais, nous avons perfectionné notre anglais spécifique au domaine des soins infirmiers, car tous les articles, sauf un, étaient dans cette langue.

De par cette revue de littérature, nous avons pu mettre en avant une initiation à la recherche en soins infirmiers. En effet, ce travail nous a confronté à l'analyse critique d'articles, à la mise en évidence de résultats au travers d'une discussion, ce qui était nouveau pour nous. Grâce à ce document, nous avons aussi contribué, avec des savoirs fondés scientifiquement, au développement de la pratique infirmière. Nous avons pu mettre en lumière qu'il n'existait que peu d'articles de recherche centrés sur les émotions, et que celles-ci n'étaient pas clairement définies et nommées. Ces éléments illustrent la compétence cinq du référentiel de compétences qui est « Contribuer à la recherche en soins et en santé ».

Nous avons également développé la compétence neuf qui est « Exercer sa profession de manière responsable et autonome ». En effet, en contribuant à la recherche en soins infirmiers, nous avons intégré de nouvelles connaissances pour notre pratique en retenant les différentes stratégies évoquées plus haut et en les appliquant dans notre quotidien afin d'améliorer notre santé au travail. De plus, en ayant fait ce travail, nous nous rendons compte de l'importance de la visibilité du travail émotionnel de l'infirmière et qu'il sera de notre devoir, dans quelques mois, de le rendre visible et de trouver de nouvelles stratégies afin de gérer les émotions.

Grâce à ce travail, nous avons pris conscience de l'utilité potentielle de la recherche en soins infirmiers. Avant nous connaissions l'existence de la recherche de par les cours que nous avons reçus, mais nous ne savions pas les avantages que cela pouvait amener dans la pratique. En effet, étant une discipline relativement récente, elle n'est pas encore mise à profit dans nos établissements de soins et nous n'avons pas pu en observer les bénéfices.

Cette prise de conscience a eu lieu lorsque nous avons trouvé nos premiers éléments de réponse. Au début nous avons posé une question de recherche, cependant nous étions un peu sceptiques sur le fait que tous ces textes en anglais puissent nous aider à y répondre. Mais nous avons réalisé que nous n'étions pas les seules à nous demander comment faisaient les infirmières pour gérer leurs émotions et que la recherche en soins infirmiers permettait de trouver des réponses. Malheureusement, nous avons une problématique qui n'est encore que peu investiguée.

Pour nous, le futur des soins infirmiers se trouve dans la recherche en soins, car c'est grâce à la pratique se basant sur des résultats probants que la qualité des soins et la santé des infirmières au travail pourront être améliorées. Cependant, il va falloir du temps pour que cela entre dans les moeurs. Il y a, en effet, plusieurs obstacles comme l'accès aux bases de données et aux revues, la langue, la plupart des articles de recherche étant écrits en anglais et aussi le fait que cela nécessite du temps. C'est à nous, futures infirmières, ayant été formées à ces pratiques de faire évoluer la profession.

Pour conclure, nous pouvons retenir que le travail des infirmières est difficile émotionnellement, mais qu'il existe plusieurs stratégies. Nous retiendrons principalement le coping, au travers principalement de la réévaluation positive et la résolution de problème, la capacité de résilience, la hardiesse et le travail émotionnel. Ces différents éléments devraient être intégrés dans les formations de soins infirmiers. De même que l'intelligence émotionnelle pourrait être développée chez les cadres. Nous proposons aussi la mise sur pied de groupe de soutien dans les services afin de permettre aux infirmières, comme le disent Duquette & Carlier (2001), d'exprimer librement leurs idées, sentiments et émotions. Il est aussi important d'encourager les infirmières à pratiquer des activités en dehors du travail. Le développement de ces stratégies permettrait une meilleure qualité de vie au travail pour les infirmières et de prodiguer de meilleurs soins car, comme le dit Cronin (2001), il est important de pouvoir gérer ses propres émotions avant de pouvoir soigner les autres.

Bibliographie

Livres

LOISELLE, C. & PROFETTO-McGRATH, J. (2007) *Méthodes de recherche en sciences infirmières : Approches quantitatives et qualitatives*, Québec, Editions du Renouveau Pédagogique Inc.

MERCADIER, C. (2006) *Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital*, Paris, Editions Seli Arslan.

Articles

BEDARD, D. & DUQUETTE, A. (1998) « L'épuisement professionnel : un concept à préciser », in *L'infirmière du Québec*, septembre/octobre, p. 18-23.

DUQUETTE, A. & DELMAS, P. (2001) « Le travail menace-t-il la santé mentale des infirmières ? (3/3) », in *Soins Cadres*, n°40, p. 63-65.

DUQUETTE, A. & CARLIER, P. (2001) « Le soutien au travail, une importante ressource de santé de l'infirmière », in *Infirmière Canadienne*, n°2, p. 10-11.

LORIOU, M. (2005) « La fatigue, le stress et le travail émotionnel de l'infirmière », in *Santé Conjuguée*, n°32, p. 39-43.

MAURANGES, A. (2007) « Le syndrome d'épuisement professionnel, une réalité de plus en plus fréquente », in *Revue de l'infirmière*, n°128, p. 12-15.

STETTLER, R. (2008) « Ces émotions qu'il faut dompter ! », in *Soins Infirmiers*, n°5, p. 50-53.

Articles de recherche

AKERJORDET, K. & SEVERINSSON, E. (2008) « Emotionally intelligent nurse leadership : a literature review study », in *Journal of Nursing Management*, n°16, p. 565-577.

BEZERRA, A. & CORREA CHAVES, E. (2008) « Stressing factors and coping strategies used by oncology nurses », in *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, n°16, p. 24-28.

CRONIN, C. (2001) « How do nurses deal with their emotions on a burn unit ? Hermeneutic inquiry », in *International Journal of Nursing Practice*, n°7, p. 342-348.

DELMAS, P. & DUQUETTE, A. (2000) « Hardiesse, stratégie de coping et qualité de vie au travail d'infirmières de réanimation », in *Recherche en soins infirmiers*, n°60, p. 17-26.

GLASBERG, A. L., ERIKSSON, S. & NORBERG, A. (2007) « Burnout and “stress of conscience” among healthcare personnel », in *Journal of Advanced Nursing*, n°57, p. 392-403.

JACKSON, D., FIRTKO, A. & EDENBOROUGH, M. (2007) « Personal resilience as strategy for surviving and thriving in the face of workplace adversity : a literature review », in *Journal of Advanced Nursing*, n°60, p. 1-9.

MANN, S. & COWBURN, J. (2005) « Emotional labour and stress within mental health nursing », in *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, n°12, p. 154-162.

PAYNE, N. (2001) « Occupational stressors and coping as determinants of burnout in female hospice nurses », in *Journal of Advanced Nursing*, n°33, p. 396-405.

YAM, B., CHIN ROSSITER, J. & CHEUNG, K. (2001) « Caring for dying infants : experiences of neonatal intensive care nurses in Hong Kong », in *Journal of Clinical Nursing*, n°10, p. 651-659.

Cours

BURNAND, D. (2008) *Option choisir un sujet*, Cours donné à Lausanne, Haute école de la santé La Source.

OULEVEY-BACHMANN, A. (2008) *Séminaire de recherche*, Cours donné à Lausanne, Haute école de la santé La Source.

WOSINSKI, J. (2008 - 2009) *Séminaire de recherche*, Cours donné à Lausanne, Haute école de la santé La Source.

SADIK, F. (2006) *Emotion, transformation : Accueillir et traiter les émotions dans l'accompagnement des collaboratrices*, Cours donné à Lausanne, Organisme médico-social vaudois.

Ressources électroniques

COTE, F., MERCURE, S.-A. & GAGNON, J. « Guide de rédaction ». In BUREAU DE TRANSFERT ET D'ÉCHANGE DE CONNAISSANCES, UNIVERSITE LAVAL (En ligne). http://www.btec.fsi.ulaval.ca/fileadmin/btec.fsi/pdf/APA_BTEC_2005.pdf (Page consultée le 14 avril 2008).

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS D'AIX-EN-PROVENCE. « Les émotions : repérage, gestion dans les soins infirmiers / développement personnel ». In SYNDICAT INTER HOSPITALIER DU PAYS D'AIX (En ligne). http://www.sihpa-aix.fr/ifsi/pedago_dei_modul.htm (Page consultée le 17 juin 2009).

IVANOV-MAZZUCCONI, S., LEYRELOUP, A.-M., COTTEREAU, M.-J. & DIGONNET, E. « Dictionnaire infirmier de psychiatrie ». In GOOGLE LIVRES (En ligne). http://books.google.com/books?id=e9Kq07L2fkIC&pg=PA185&lpg=PA185&dq=dictionnaire+de+psychiatrie+définition+stress&source=bl&ots=Utz-LdynvJ&sig=YGUYbnt1w9gh-FAORN07j4r6F_Y&hl=fr&ei=1sRMSr_TeYaf_Abl_8G2BQ&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1 (Page consultée le 10 juin 2009).

Annexes

I.	Grille de lecture : Emotionally intelligent nurse leadership : a literature review study (Akerjordet & Severinsson, 2008)	29
II.	Grille de lecture : Stressing factors and coping strategies used by oncology nurses (Bezerra Rodrigues & Corrêa Chaves, 2008)	31
III.	Grille de lecture : How do nurses deal with their emotions on a burn unit ? Hermeneutic inquiry (Cronin, 2001).....	33
IV.	Grille de lecture : Hardiesse, stratégie de coping et qualité de vie au travail d'infirmières de réanimation (Delmas & Duquette, 2000)	35
V.	Grille de lecture : Burnout and 'stress of conscience' among healthcare personnel (Glasberg, Eriksson & Norberg, 2007)	37
VI.	Grille de lecture : Personal resilience as strategy for surviving and thriving in the face of workplace adversity : a literature review (Jackson, Firtko & Edenborough, 2007).....	40
VII.	Grille de lecture : Emotional labour and stress within mental health nursing (Mann & Cowburn, 2005)	43
VIII.	Grille de lecture : Occupational stressors and coping as determinants of burnout in female hospice nurses (Payne, 2001)	45
IX.	Grille de lecture : Caring for dying infants : experiences of neonatal intensive care nurses in Hong Kong (Yam, Chin Rossiter & Cheung, 2001)	49

I. Grille de lecture : Emotionally intelligent nurse leadership : a literature review study (Akerjordet & Severinsson, 2008)

Titre	Intelligence émotionnelle chez les infirmières cadres : une revue de littérature
Auteur	Akerjordet & Severinsson
Revue	Journal of Nursing Management
Type de recherche	Revue de littérature
Introduction	L'intelligence émotionnelle représente un ensemble de compétences pour identifier, analyser et gérer les émotions que les infirmières cheffes pour supporter les demandes quotidiennes. Jusqu'à présent les émotions ont été considérées comme trop personnelle ou inquantifiable pour en discuter significativement dans un but rationnel de leadership. Elle permet de donner l'accès à ses propres ressources, et elle est caractérisée par la conscience de soi et l'habileté de se motiver pour effectuer des tâches, être créatif et performant. L'intelligence émotionnelle dans le leadership infirmier est importante pour le bien-être et pour la qualité de vie au travail, qui implique une meilleure compréhension des situations complexes inhérentes à la condition humaine.
Questions de recherche ou hypothèse	Le but de cette étude est d'établir une synthèse de la littérature sur l'intelligence émotionnelle et les liens avec le leadership infirmier en mettant le focus sur le bien-être subjectif et le développement professionnel.
Méthodologie	Recherches sur les différentes bases de données.
Déroulement de l'étude	Articles publiés entre janvier 1997 et décembre 2007
Résultats	<p>Les leaders avec un haut niveau d'intelligence émotionnelle gèrent leur émotions positivement, ils mettent en évidence le meilleur des membres d'une organisation et connectent avec les autres un niveau émotionnel pour rendre le travail plus réfléchi en insufflant de la vitalité et de l'énergie dans le lieu de travail. Un haut niveau de compétence d'intelligence émotionnelle est associé à une bonne organisation, il permet de développer les autres, l'équipe de travail, la collaboration, l'organisation de sa conscience, le respect et la communication ouverte.</p> <p>L'intelligence émotionnelle dans le leadership infirmier est une réflexion d'un nouveau style de leadership en mettant l'accent sur les réflexions personnelles, le bien-être, les relations fortes et la poursuite des buts communs, aussi en mettant en évidence le besoin de coopération et l'équipe basée sur un climat de travail.</p> <p>Les infirmières chef qualifiées créent un réseau social mutuellement bénéfique pour les partenariats, clairement liées aux issues positives pour les patients, infirmières et organisations. L'intelligence émotionnelle chez les infirmières leader peut affecter la santé mentale et physique de quelqu'un. Les leaders en intelligence émotionnelle ont un impact positif sur le travail des infirmières au niveau de leur performances et de la satisfaction conformément à leur besoins. Elles reportent de manière significative moins d'épuisement émotionnel et de symptômes psychosomatiques, elles ont une meilleure santé émotionnelle, meilleure collaboration et travail d'équipe avec les médecins et plus de satisfaction avec la supervision dans leur travail ainsi que moins d'insatisfaction dans les soins donnés aux patients. Les infirmières avec un bas niveau d'intelligence émotionnelle peuvent causer un climat de peur, mécontentement, de maladie psychosociale et de mauvaises issues pour les patients. En addition, manquer d'intelligence émotionnelle peut mener à une baisse de pouvoir et réduire l'insatisfaction de la vie, et provoquer des émotions pas managées ce qui peut être dévastateur.</p> <p>En d'autres mots, les infirmières cheffes avec un haut niveau d'intelligence émotionnelle construisent leur résilience et font face aux périodes stressantes. Elles sont aussi plus capables de trouver un équilibre entre le travail et leur vie, prendre du temps pour nourrir leur propre santé, joie et subjectif bien-être. La conscience de soi et l'habileté de réfléchir sur leur propre empowerment où les infirmières cheffes prennent des responsabilités pour leur propre vie. Elles démontrent aussi une attitude de caring, nourrissant un plus grand sens de sécurité et promouvoir un meilleur management des performance. Il apparaît que la santé émotionnelle positive est influencée par nos propres habiletés de réguler nos émotions et d'établir des désirs qui sont congruent avec nos valeurs ou convictions personnelles, en améliorant la capacité spirituelle. Avec une haute maturité émotionnelle, les</p>

	<p>infirmières utilisent les comportements favorables et promeuvent la récompense qui est en regard des bénéfices psychologiques, elles sont plus sensibles à elles-mêmes, à leur perceptions et émotions. Elles facilitent un dialogue sain en étant un bon receveur en ayant pendant une équanimeté émotionnelle adéquate, l'exploitation et l'optimisation des relation interpersonnelles. La conscience de ses propres émotions est importante pour devenir plus intelligent émotionnellement et autoriser les infirmières chef et les suiveurs de connecter leur émotions, pensées et actions afin de promouvoir le sens du contrôle et de l'efficacité personnelle. la connaissance de soi est aussi importante pour son propre contrôle en donnant des opportunité de découvrir ses forces et ses faiblesses à travers une investigation introspective à travers l'intelligence émotionnelle.</p>
<p>Application recommandations pour la pratique</p>	<p>Les cadres doivent stimuler un dialogue ouvert et des réflexions créatives en faisant des critiques constructives et des retour qui mènerait à plus de confiance. Il ne fait aucun doute qu'il faudrait accorder plus d'attentions aux émotions dans les études et qu'étudier les émotions peut jouer un rôle dans les performances des études des infirmières cadres. L'étude des émotions et le processus de maturité sont centrales d'na le développement de la profession. L'intelligence émotionnelle chez les infirmières cheffes à mieux comprendre les émotions et les valeurs. Mais elle n'est pas une panacée, mais elle peut offrir de nouvelles façons de penser, pour les infirmières chef et de créer le travail interdisciplinaire. Les infirmières cheffes qui ont l'intelligence émotionnelle créent un environnement de soutien et facilitent l'empowerment et un bien-être subjectif.</p>
<p>Conclusion</p>	<p>L'intelligence émotionnelle est une méthode pédagogique importante de penser et d'être dans le monde.</p>

II. Grille de lecture : Stressing factors and coping strategies used by oncology nurses (Bezerra Rodrigues & Corrêa Chaves, 2008)

Titre	Les facteurs stressants et les stratégies de coping utilisées par les infirmières en oncologie
Auteur	Bezerra Rodrigues, Corrêa Chaves
Revue	Revue Latino-am Enfermagem 2008
Type de recherche	Quantitative
Introduction	La pratique infirmière en oncologie requiert un plus grand contrôle mental comparé aux autres services. Les infirmières avec de l'expérience professionnelle disent que les situations émotionnellement fortes peuvent être très fatigantes et peuvent causer du stress au travail.
Analyse documentaire/recension des écrits	Pour contrôler ces situations stressantes, les infirmières peuvent utiliser des stratégies de coping. Elles sont déterminées par nos propres ressources internes et externes ce qui inclut la santé, les croyances, la responsabilité, les supports, les habiletés sociales et les ressources matérielles. Le coping peut être séparé en deux catégories : les problèmes et les émotions. On cherche à définir le problème, chercher des alternatives, des solutions et choisir dans cette palette. Il y a 8 facteurs de coping : la confrontation, le contrôle de soi, le support social, la responsabilité de l'acceptation, l'évitement, l'affrontement, la solution de problème, et la réévaluation positive.
Cadre conceptuel ou théorique	Le coping qui est décrit ci-dessus.
Questions de recherche ou hypothèse	Le but de l'étude est identifier les facteurs stressants pour les infirmières travaillant en oncologie et de vérifier quelles stratégies de coping elles utilisent.
Méthodologie	Ils ont envoyé un 1 ^{er} questionnaire qui comporte des données démographiques établi par les auteurs. Et un 2 ^{ème} questionnaire de Lazarus et Folkman qui comporte les stratégies de coping (66 items au sujet de pensées et actions que les personnes utilisent pour gérer les demandes internes et externes) adaptée en portugais. L'auteur a dû obtenir le consentement écrit des participants.
Population ou échantillon	Recherche localisée à Sao Paulo, elle regroupe 77 infirmières qui ont au moins 1 an d'expérience.
Collecte et mesures	Les données ont été collectées par questionnaires (2 au total énumérés ci-dessus). Il a été demandé de relater une situation professionnelle type de leur travail qui leur a causé du stress et de l'inquiétude. Les données ont été analysées avec l'alpha de Cronbach.
Déroulement de l'étude	Pas de notion de temps dans l'étude.
Résultats	La population est majoritairement féminine à 94%, l'âge varie entre 31-40 ans. Le statut marital est prédominant. Dans les données, l'alpha de Cronbach a été approprié pour les facteurs suivants : évitement/responsabilité, la résolution de problème, et la réponse positive. Les infirmières côtoient le plus souvent des situations de mort qui sont les plus stressantes comme les arrêts cardiorespiratoires et chocs anaphylactiques, ensuite viennent les situations d'urgences et les relations entre les membres de l'équipe infirmière. Il est observé que la réponse positive est majoritairement utilisée, la résolution de problème qui suit à, et le contrôle personnel. La stratégie la moins utilisée est la responsabilité et l'acceptation.
Conclusion	Les infirmières interrogées n'ont pas fait de spécialisation en oncologie. Dans cette étude, beaucoup d'infirmières travaillant en oncologie n'ont pas eu de cours dans ce domaine. Ces infirmières ont probablement acquis les compétences durant leur travail. Il faut considérer que les infirmières ont une expérience d'environ 72 mois dans le service. Les situations stressantes reportées par les infirmières sont les relations avec les patients qui ont plus de traitements curatifs, la mort de patient, les imprévus, inadéquation du rôle qu'elles ont et ce pourquoi elles ont été formées, les conflits interpersonnels, la pénurie de personnel et le retard des soins médicaux. Les situations concernant la mort sont toujours les mêmes qui sont reportées par les soignants, il s'agit de la mort des enfants et des adolescents. 6 infirmières sur 20 relatent la même chose. C'est une interruption du cycle biologique, qui peut causer des sensations de frustrations, tristesse, détresse et de l'impuissance.

Les activités d'échanges d'expériences, peuvent offrir un espace pour identifier et réfléchir au sujet de situations. Il est important de considérer que le travail des infirmières en oncologie est un travail stressant ce qui peut être une cause possible du burnout, d'une détresse émotionnelle, d'une dépersonnalisation, et de sensations d'être professionnellement incompetent. Cela peut amener à abandonner l'oncologie. Il y a des conséquences du burnout sont les perceptions qu'ont les patients dans le soin qu'ils reçoivent. Le coping pourrait éviter le stress au travail. En utilisant les stratégies de la réponse positive, la personne essaie de reconstruire l'événement en définissant les aspects, la personne peut aussi se parler à soi-même pour réduire la sévérité de la situation et de se concentrer sur les aspects positifs. C'est aussi une manière de réduire le stress. Les stratégies de coping peuvent se travailler et être apprises. Actuellement, il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises stratégies de coping, elles sont soit efficaces ou non. Le choix d'une stratégie est personnel.

III. Grille de lecture : How do nurses deal with their emotions on a burn unit ? Hermeneutic inquiry (Cronin, 2001)

Titre	Comment les infirmières gèrent-elles leurs émotions dans une unité de brûlés ? Une enquête herméneutique
Auteurs	Cronin, département des études infirmières, Irlande
Revue	International Journal of Nursing Practice
Type de recherche	Qualitative
Introduction	Le but de cette étude est d'examiner comment les infirmières gèrent-elles leurs émotions en prenant soins des patients souffrant de brûlures. Il s'agit aussi d'investiguer quels types de supports les infirmières reçoivent et si elles ont en besoin de davantage.
Analyse documentaire/recension des écrits	Travailler dans une unité de brûlés peut évoquer beaucoup de stress et d'émotions. En effet, l'atmosphère autour et dans ce service est très intense. Ces unités sont remplies avec une foule de stimuli sensoriels et de bruits de machines (moniteurs). Quotidiennement, les infirmières rencontrent des événements stressants comme : les changements d'uniformes, la peine des autres et la défiguration du fait qu'elles sont les personnes centrales du soin au patient. Ces situations sont d'une grande intimité émotionnelle. Les infirmières suppriment leurs émotions en vue du soin, quelles que soient leurs attitudes envers le patient, les circonstances et les conditions. Par conséquent, les émotions sur le lieu du travail ont besoin d'être reconnues et supprimées des stéréotypes. Le travail émotionnel peut être visible car il a des effets sur les infirmières. La répression totale des émotions n'est pas possible.
Cadre conceptuel ou théorique	Pas de cadre théorique énoncé.
Questions de recherche ou hypothèse	La recherche suggère que les infirmières n'ont pas l'opportunité ou le temps pour faire face à leurs émotions, ainsi les infirmières ont besoin de temps pour réfléchir sur leurs expériences.
Méthodologie	La méthode utilisée a été la phénoménologie herméneutique. Elle ne valide pas des théories énoncées mais fourni des descriptions d'émotions et de phénomènes. Cela permet de partager les croyances et les valeurs que les gens ont dans l'ensemble et ce qu'ils ont comme propre signification.
Population ou échantillon	5 infirmières qui travaillent dans l'unité de brûlés ont été sélectionnées et interviewées pour obtenir leur récit. Leur expérience au sein du service varie entre 1-8 ans. Leur âge varie entre 25-40 ans. Chaque interview a duré entre 1-1,5 h et était enregistrée puis retranscrits.
Collecte et mesures	Les données ont été analysées avec une interprétation textuelle de Ricoeur, dans le but de clarifier le sens et de pouvoir l'utiliser comme un objet d'étude. Cela implique que les textes ont besoin d'être interprétés sous différents angles. Le texte est traité comme un tout où l'accent est mis sur les relations internes au sein de celui-ci.
Déroulement de l'étude	Pas de temps énoncé.
Résultats	Le service des brûlés apparaît comme étant un lieu isolé et très fort en émotion. Elles se manifestent par : un environnement très stressant dans lequel travailler. Les données suggèrent que les infirmières ont différentes interprétations de la signification des émotions. Être émotionnel ne signifie pas avoir un comportement irrationnel, mais représente une pure version des sentiments et des émotions. Cependant, bien que les infirmières soient affectées dans ce sens et ont des émotions et des sentiments, il est généralement ressenti que les émotions ne doivent pas être exprimées. L'invisibilité du travail émotionnel est peu discutée, mais elle a été effectuée dans le cadre de tâches physiques. Les infirmières acceptent que les émotions existent. Le stress est lié à la gestion des émotions. Elles qui sont impliquées dans le soin aux brûlés et savent que le stress fait partie intégrante de ce travail. Les résultats de cette étude sont compatibles avec une étude exploratrice sur ce que les infirmières perçoivent comme facteurs de stress dans une unité de brûlés. Pour certaines, le stress qui les affectent est dû seulement à l'intensité du travail.

	<p>Cette expérience accumule des stratégies et aide les infirmières à gérer leurs émotions. Certaines personnes sont des piliers dans l'unité, notamment de par leur expérience, ce qui inclut la confiance, le contrôle et la hardiesse. Il y a des fois où les émotions deviennent trop importantes et le personnel part en burnout. Beaucoup d'infirmières masquent leurs sensations/émotions car elles n'ont pas envie d'apparaître comme faibles devant leurs collègues et la peur d'être étiquetées.</p> <p>Les supports utilisés sont les moments informels avec les collègues (pauses-café, des vestiaires), ou pendant des discussions avec des amis en dehors de l'unité. Mais certaines disent que cette forme de support est malsaine. Il y a eu des services de soutien comme des conseillers psychologues, des cliniciens pour le personnel infirmier. Seulement, ces services pauvres et de par leurs faibles taux de fréquentation, ils sont supprimés. Les résultats de cette étude montrent fortement que les infirmières ont trouvé leurs propres sortes de supports. L'infirmière peut prendre la décision de regarder pour des supports et de trouver le temps pour donner le support aux autres.</p> <p>Des infirmières sont capables de quitter le travail et de tout ce qui c'est passé avant, mais certaines trouvent cela difficile. Par contre, elles peuvent gérer cela en discutant avec un partenaire, un ami en dehors du travail ou participer à un exercice physique. Les autres trouvent que les journées sont importantes du fait qu'il y a la journée professionnelle et familiale, les supports sont donc les moments de silence et pour ne penser à rien.</p>
Conclusion	<p>Les infirmières décrivent leur travail comme stressant et qui demande beaucoup au niveau émotionnel. Elles ressentent des émotions suite aux expériences vécues sur le lieu de travail. Certaines se disent capables de les gérer, mais d'autres n'y parviennent pas adéquatement. Les infirmières trouvent qu'il n'y a pas assez de temps pour exprimer leurs émotions. Les infirmières ont besoin de se relayer entre elles pour trouver un support formel. Les supports informels sont forts dans l'unité tel que trouver un réseau de collègues. Les infirmières en poste depuis plusieurs années ont déjà des supports au niveau des collègues tandis que les nouvelles n'ont pas de support pour commencer. Certaines suggèrent que leur support se situe à la maison avec leur partenaire et leurs amis en dehors du travail. Cela n'est pas applicable à tout le monde et les supports doivent être questionnés s'ils sont pertinents ou non.</p> <p>Les infirmières ont besoin de réaliser qu'elles ont des émotions et des sentiments et qu'il est temps de le reconnaître. L'étude montre qu'il est important de pouvoir gérer ses propres émotions avant de pouvoir soigner les autres personnes. Les infirmières suggèrent qu'il faut aller plus loin dans cette voie pour d'autres supports. Le support peut être renforcé et le stress allégé en incorporant des groupes de travail d'informations, pour ôter les tensions émotionnelles. Les infirmières ont besoin de temps hors du service des brûlés pour discuter des situations émotionnellement fortes et des problèmes. Les entretiens de débriefing réguliers ont montré que c'était une solution pour parler des cas cliniques et des incidents. À travers l'apprentissage réflexif, de discussions, de scénarii, d'assimilations. Cela permettrait aussi d'éduquer les nouvelles venues et aussi d'informer les recrues existantes. Cet aide peut prévenir le turnover de l'équipe, le traumatisme émotionnel, de réduire la maladie, l'absentéisme et le burnout. Les infirmières utilisent le coping parce qu'elles reconnaissent qu'elles ont besoin de supports.</p>

IV. Grille de lecture : Hardiesse, stratégie de coping et qualité de vie au travail d'infirmières de réanimation (Delmas & Duquette, 2000)

Titre	Hardiesse, stratégie de coping et qualité de vie au travail d'infirmières de réanimation
Auteur	Duquette & Delmas
Revue	Recherche en soins infirmiers
Type de recherche	Quantitatif
Introduction	Définition de la hardiesse. Elle se caractérise par 3 dimensions : le sens de l'engagement, de la maîtrise et du défi selon Maddi et Koasa (1984). Définition du coping selon Lazarus et Folkman. Il est l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux destinés à maîtriser, réduire ou tolérer les exigences externes qui menacent ou dépassent les ressources d'un individu. Ces stratégies sont soit centrées sur le problème ou sur les émotions.
Analyse documentaire/recension des écrits	Harrisson (1995) montre que la hardiesse est la principale ressource de l'infirmière qui demeure en santé, malgré un contexte de travail fort exigeant. La personne hardie par l'intermédiaire de l'utilisation des stratégies de coping actives, appréhende les situations problématiques de telle façon que le stress ressenti est moindre que chez la personne moins hardie. La hardiesse pourrait être une ressource de coping, ce qui implique que l'expression de la hardiesse se fait à travers les stratégies de coping utilisées par la personne. Il semble qu'elles pourraient jouer un rôle médiateur entre les dimensions de la hardiesse et de la santé de la personne. Des chercheurs (Boyle, Duquette, Ceslowitz, Rich) ont montré que les stratégies d'évitement et celles qui sont centrées sur les émotions sont positivement associées à l'épuisement professionnel.
Cadre conceptuel ou théorique	La hardiesse, le coping, la qualité de vie au travail et les caractéristiques socio-démographiques en page 18-20-21.
Questions de recherche ou hypothèse	Examiner les relations entre la hardiesse, les stratégies de coping et la qualité de vie au travail d'infirmières françaises œuvrant en service de réanimation, et d'autre part d'examiner l'effet médiateur des stratégies de coping entre les dimensions de la hardiesse et la qualité de vie au travail. Hypothèses : il est raisonnable de penser que les infirmières hardies auront une meilleure perception de leur qualité de vie au travail et ceci par l'adoption de stratégies de coping actives.
Méthodologie	Analyse avec les tests t student.
Population ou échantillon	86% sont des femmes âgées en moyenne de 33 ans. 3/4 vivent avec un conjoint et 1/2 n'ont pas d'enfants, tandis que l'autre moitié a le plus souvent 1 à 2 enfants. Elles travaillent en grande majorité à 100%. Leur expérience moyenne est de 9 ans dans les soins et de 6 ans en réanimation.
Collecte et mesures	Questionnaire regroupant 3 échelles de mesure ainsi qu'un questionnaire socio-démographique. Anonymat, confidentialité des répondants et liberté de participation.
Déroulement de l'étude	Collecte des données fixée à un mois.
Résultats	La majorité des répondantes montre un niveau élevé de hardiesse et plus spécifiquement dans le sens de l'engagement et le sens de la maîtrise. Les infirmières préfèrent utiliser des stratégies de réévaluation positive et la résolution de problème. Elles montrent aussi un niveau peu élevé de bonne qualité de vie au travail. Par contre, on peut penser que les politiques de management et de gestion actuelle laissent peu de place à la créativité et à l'intuition, ce qui peut expliquer que le sens du défi soit moins exprimé chez les infirmières. La formation des infirmières en France a mis l'accent sur l'apprentissage de la démarche de soin ainsi que sur l'enseignement du diagnostic infirmier, tous deux faisant appel à des stratégies de résolution de problème. De plus, les infirmières de réanimation sont responsables individuellement des problèmes qui peuvent survenir pendant leur travail. Il est pratiquement impossible de fuir une situation de travail problématique ou de repousser l'échéance de la résolution au risque de l'amplifier. Le niveau de qualité de vie au travail est peu élevé. Mais il est important de dire que le contexte de travail est peu propice à développer une qualité de vie au travail. Ces deux constats peuvent expliquer l'adoption prioritaire des stratégies actives et de l'utilisation moindre des stratégies d'évitement. En effet, les restructurations

	<p>hospitalières qui sont faites sans tenir compte de la dimension humaine, et ses multiples responsabilités des infirmières avec une reconnaissance moindre de leur travail, sont autant de facteurs qui peuvent expliquer ce niveau peu élevé de qualité de vie au travail.</p> <p>Il apparaît de façon générale que les dimensions de la hardiesse exercent une certaine influence sur les stratégies de coping. En effet, le sens de l'engagement et de la maîtrise semble promouvoir l'utilisation par l'infirmière de réanimation de stratégies actives de réévaluation positive et la résolution de problème. Par contre le sens du défi semble réduire chez les infirmières de réanimation l'utilisation de stratégies centrées sur la recherche de soutien social.</p> <p>Deux types de stratégies de coping favorisent une meilleure perception de la qualité de vie au travail par l'infirmière de réanimation. Par contre, au niveau des analyses de régression, il apparaît que ce sont les stratégies de réévaluation positive et de résolution de problème qui exercent le plus d'influence sur la qualité de vie au travail des infirmières de réanimation. Elles perçoivent un niveau élevé de qualité au travail utilisant en priorité en priorité les stratégies de réévaluation positive et de résolution de problème. Les stratégies de coping exercent un rôle médiateur entre des dimensions de la hardiesse et la qualité de vie au travail. Il apparaît que les infirmières de réanimation qui développent un sens élevé de l'engagement et de la maîtrise utilisent de façon préférentielle des stratégies de coping centrées sur a réévaluation positive et résolution de problème, ce qui leur permet de percevoir une meilleure qualité de vie au travail. La hardiesse est donc une ressource de coping.</p>
Application recommandations pour la pratique	<p>Il est important de renforcer ce type de stratégies chez les infirmières de réanimation afin de maintenir et de développer un haut niveau de qualité de vie au travail. Il faudrait développer dans les formations des programmes de renforcement de la hardiesse ainsi que des activités d'apprentissage sur l'adoption de stratégies actives et ceci dans le but de préparer au mieux la future diplômée à un univers de travail fort exigeant. Il est aussi important d'optimiser la qualité de vie au travail des infirmières afin qu'elles assurent des soins de qualité auprès des personnes soignées, mais aussi dans une dimension de cohérence sociale.</p>
Conclusion	<p>L'infirmière qui manifeste un haut niveau de qualité de vie au travail aura plus d'enthousiasme et de motivation à l'égard d'un travail qui lui permet de se réaliser et de s'épanouir. De plus, il apparaît que certaines dimensions de la hardiesse par l'intermédiaire des stratégies de coping agissent comme des facteurs prédictifs de la qualité de vie au travail. Il apparaît incongru qu'une institution de soins engendre par des stratégies de management ou économiques un épuisement de son personnel soignant.</p>

V. Grille de lecture : Burnout and 'stress of conscience' among healthcare personnel (Glasberg, Eriksson & Norberg, 2007)

Titre	Épuisement professionnel et stress de la conscience chez le personnel soignant
Auteur	Glasberg, Eriksson & Norberg
Revue	Journal Advanced Nursing
Type de recherche	Devis de recherche quantitatif
Introduction	La prévalence des maladies liées au stress telles que l'épuisement est augmenté de façon spectaculaire dans le monde occidental au cours de la dernière décennie. Les études sur les causes et les conséquences de l'épuisement ont mis l'accent sur des facteurs tels que les caractéristiques de la personnalité, liés au travail des attitudes, de stress et de travail. L'épuisement professionnel est en particulier un problème parmi le personnel qui travaillera en étroite relation avec les gens (Schaufeli & Enzmann 1998).
Analyse documentaire/recension des écrits	Le travail est lié à l'épuisement professionnel par les différents stressors : le travail élevée et la pression du temps (Janssen et al., 1999a), le rôle et l'ambiguïté des conflits (Kilfedder et al. 2001); les conflits personnel et entre personnel (Payne 2001) et la perte d'autonomie ou de la perte de contrôle (Schmitz et al. 2000). Néanmoins, existe des exceptions; Payne (2001) a identifié «la mort» comme principal stressor à l'épuisement émotionnel chez les infirmières. Duquette et al. (1994) disent que l'infirmière l'épuisement et ont constaté que la charge de travail, rôle de l'ambiguïté, et la baisse l'âge ont été les principaux fondements de l'épuisement, tandis que le soutien social a été le principal élément qui favorisait le bien-être. Le sexe est également associée à l'épuisement, car il est principalement les femmes qui sont touchées. L'âge est également équivoque, mais il semble que l'expérience des employés plus jeunes sont plus sujets à l'épuisement que leur aînés. (Brewer et Shapard 2004). Burnout a également été associé à des attributs de la personnalité tels que la résilience, une sorte d'élasticité qui a été décrit comme «une personnalité caractéristique qui améliore d'adaptation individuelle »(Wagnild & Young, 1993, p. 167), ou la capacité à rebondir de l'adversité (Wagnild 2003). Des facteurs similaires, tels que l'estime de soi (Janssen et al. 1999), la rusticité (Duquette et al. 1995), et un sentiment de cohérence (Soderfeldt et al. 2000), ont également été trouvés comme facteurs importants dans l'épuisement.
Cadre conceptuel ou théorique	Les déterminants de l'épuisement professionnel sont multiples et complexes. Maslach et Leiter (1997) le modèle de l'épuisement professionnel se concentre sur les décalages entre la personne et du travail en termes de de travail, une récompense, de la communauté, d'équité et de valeurs. Le burnout a été considérée comme un syndrome de l'épuisement émotionnel, c'est-à-dire le sentiment d'être émotionnellement surchargé et épuisé, la dépersonnalisation, c'est-à-dire cynisme ou attitude cynique envers les autres, et personnel accomplissement, c'est-à-dire une appréciation négative de la compétence de les réalisations et le travail. L'épuisement émotionnel semble être fortement corrélée avec le travail général de stress ou de demandes tels que la charge de travail (Lee & Ashforth 1996), tandis que la «dépersonnalisation» semble plus en corrélation avec le patient et les facteurs (Prosser et al. 1997), et «l'accomplissement personnel» avec et des facteurs de personnalité individuel (Janssen et al., 1999a; Payne 2001).
Questions de recherche ou hypothèse	Bien que de nombreuses études ont porté sur l'épuisement professionnel, à notre connaissance, aucune étude n'a examiné l'impact d'un troubles de conscience sur l'épuisement professionnel. Comme les soins de santé représente un travail unique de tension émotionnelle et de nombreux problèmes éthiques et dilemmes, il est surprenant de constater que relativement peu d'études ont d'une enquête approfondie de l'impact des tensions sur l'épuisement moral. Hypothèses : <ul style="list-style-type: none"> • L'épuisement émotionnel et la dépersonnalisation peuvent s'expliquer par les niveaux de stress de la conscience " • L'épuisement émotionnel et la dépersonnalisation peuvent également être expliquées par des variables personnelles et de travail, le soutien social et de la résilience.
Méthodologie	Considération éthique l'étude a été approuvée par le Comité d'éthique du Faculté de

	Médecine, Université d'Umea. L'achèvement et le retour de le questionnaire ont été considérés comme un consentement éclairé. Dans le lettre de présentation, la confidentialité et le caractère volontaire de participation ont été assurés.
Population ou échantillon	L'âge moyen était d'environ 45 ans, et 84% étaient des femmes. Près de 86% étaient mariées ou vivant en concubinage, et la majorité (57%) avaient des enfants. Près de la moitié étaient des infirmières et infirmiers, 113 infirmières et infirmiers ont été inscrites, y compris une aide-infirmière, 45 médecins et 54 avaient d'autres professions (principalement des kinésithérapeutes, des ergothérapeutes et des travailleurs sociaux). La durée moyenne du temps de travail dans soins de santé était de 21 ans, dont 11 années sont sur le lieu actuel de travail. La majorité du temps de travail était irréguliers (58%) et à temps plein (55%).
Collecte et mesures	Les données ont été analysées en utilisant le logiciel de statistiques pour la Sciences sociales. Le t-Test, analyse de variance a été utilisé pour évaluer les différences.
Déroulement de l'étude	Pas de laps de temps mentionné.
Résultats	<p>Les principaux résultats de cette étude indiquent que l'épuisement émotionnel et la dépersonnalisation peuvent s'expliquer par le stress de conscience ». Des hauts niveaux d'épuisement émotionnel ont été signalés par l'échantillon, tandis que seulement quelque 'uns ont rapporté des niveaux élevés de dépersonnalisation. Les faibles niveaux d'accomplissement personnel ont été signalés.</p> <p>L'épuisement émotionnel est clairement et positivement liée au «stress de conscience ». En outre, le personnel a signalé des niveaux plus élevés de épuisement émotionnel quand ils ont reçu peu de soutien de supérieurs, collègues et amis / famille, ont une faible résistance, et étaient plus âgés, alors que la dépersonnalisation semble être liés à des niveaux élevés de stress de la conscience ", en travaillant plus d'heures par semaine, le faible niveau de soutien de la part des supérieurs et des collègues de travail, et une faible résistance. Le personnel sans enfants vivant à la maison et de travail de jour a seulement montré dans l'épuisement émotionnel, de même que des médecins par rapport aux infirmières. En outre, l'épuisement émotionnel chez le personnel travaillant dans la médecine, les soins aux personnes âgées, et dans les centres de soins de santé a été plus élevé que parmi le personnel travaillant dans les soins d'urgence. En ce qui concerne la dépersonnalisation, les hommes sont moins élevé que les femmes, de même que des médecins par rapport aux infirmières. Pour établir la relation entre les perceptions de conscience et le stress de la conscience, d'éliminer et de définir les éléments pertinents, une corrélation canonique menée. Ainsi, ayant à amortir sa conscience afin de continuer à travailler dans les soins de santé, il y a un stress produit par le manque de temps pour fournir les soins nécessaires, son travail est si exigeant qu'il influe sur la maison la vie, ne pas être capable de vivre à d'autres attentes dans le travail ont été associés à l'épuisement émotionnel.</p> <p>Sur les les variables démographiques, épuisement émotionnel a été expliqué par une femme, un médecin, d'autres en cours de soins de santé professionnel, et travailler dans les soins aux personnes âgées ou les soins de santé primaires centres. En outre, le faible soutien social des collègues et de faibles niveaux de résistance ont été tous deux associés à émotionnel l'épuisement. Encore une fois, d'avoir à amortir la conscience a été associés à la dépersonnalisation, de même que le stress de conscience de ne pas être capable de vivre à d'autres attentes et d'avoir à réduire ses aspirations à fournir de bons soins.</p> <p>Limites : le nombre de personnes dans différentes groupes est inégale, surtout en ce qui concerne le sexe, la profession et lieu de travail actuel, ce qui est une faiblesse car inégale entre les catégories sont problématiques dans l'analyse multivariée (Tabachnick et Fidell 2001). L'étude a été menée dans une région rurale, un fait qui doit être pris en considération lors de l'interprétation des résultats, depuis les zones rurales pourrait avoir des difficultés. Iversen et al. (2002) indiquent que les tensions entre le personnel dans les zones rurales découlent de difficultés à prendre des congés, de longues périodes de garde, et ayant un grand rôle et les sentiments de responsabilité. Toutefois, Hannigan et al. (2000) a constaté que le personnel les zones urbaines sont plus épuisés émotionnellement que ceux travaillant dans les zones rurales. L'analyse suggère fortement que le personnel qui doit amortir sa conscience, afin de continuer à travailler dans les soins de santé, ainsi que ceux qui vivent le stress de la conscience. Le manque de temps de fournir les soins</p>

	<p>nécessaires, n'est pas en mesure de répondre aux autres attentes de leur travail, et d'avoir un travail si exigeant qu'elle influe sur leur vie, ont des niveaux plus élevés de épuisement émotionnel. Ce n'est pas étonnant, car faire le bien et avoir un sentiment de fierté à propos de son travail sont des valeurs intrinsèques dans les soins de santé. Le manque de temps est inhérent à la culture d'aujourd'hui. Néanmoins, la plupart des gens ne font pas brûler la corde aux deux bouts, ce qui pourrait avoir à avec la définition des priorités et des possibilités de perception (Vanheule & Verhaeghe 2004). L'épuisement émotionnel est lié au stress de la conscience du travail qui influe sur la vie de famille, et modérément associés au fait d'être femme. L'influence de retombées négatives entre le travail et la famille est bien documenté (par exemple Tummers et al. 2001). L'impact du travail les conflits familiaux de l'épuisement est susceptible d'être parmi les principaux les femmes, en raison de la femme une plus grande responsabilité pour la maison et famille (Lundberg et al. 1994). La dépersonnalisation se manifeste souvent comme un retrait des autres et de son travail, ce qui diminue l'aspiration à donner de bons soins. Sans surprise, certains répondants indiquent qu'ils doivent amortir leur conscience afin de continuer à travailler dans les soins de santé. Kelly (1998) soutient que les infirmières tentent souvent de répondre aux exigences du travail et sacrifient leurs propres normes de soins et de donner à la pression sociale. L'importance de suffisamment de soutien social a été démontré dans de nombreuses études (par exemple, Bourbonnais et al. 1999). Dans cette étude, le manque de soutien de collègues de travail semble contribuer à l'épuisement. Janssen et al. (1999a) a conclu que l'épuisement est principalement déterminé par la charge de travail et limite soutien social des collègues. Dans une étude qualitative des stratégies utilisées par le personnel de santé mentale pour gérer les demandes de leur travail, de parler à des collègues a été le plus souvent mentionné manière de faire face (Reid et al. 1999). Selon Kivimaki et al. (2001), le travail d'équipe est un mauvais prédicteur plus de congé de maladie de surcharge et le faible contrôle du travail, tandis que Bultmann et al. (2004) a constaté que l'appui de collègues de travail protégés contre la fatigue chez les femmes mais pas chez les hommes. Il en résulte que les variables démographiques ne contribuent que sur 6% de l'ensemble de la variance est compatible avec des recherches antérieures, même si la variance expliquée de la démographie a été plus élevé que pour les co-travailleurs de soutien à la dépersonnalisation. En plus de l'occupation et lieu de travail actuel, seul le sexe féminin était statistiquement significative liée à l'épuisement émotionnel. Schaufeli et Greenglass (2001) les raisons pour lesquelles les hommes sont plus enclins à dépersonnalisation en termes de notre point de vue sur la masculinité, étant donné que notre culture met l'accent sur la force, l'indépendance et succès. Les résultats pour les médecins pourraient aussi refléter le contexte rural, avec son manque de médecins et de long distances. En outre, certains médecins travaillent plus souvent seul que les infirmières, et ainsi peut-être pas le même soutien social de leurs collègues. Burnout est un problème international, et bien que certains Il existe des différences entre les différentes cultures (Thomsen et al. 1999), il y a aussi beaucoup de similitudes. Le trouble de la conscience est un phénomène qui a été décrit à travers l'histoire et dans de nombreuses cultures (Langston 2001). Néanmoins, cette étude représente une vue occidentale protestante de conscience et une culture individualiste. Peu d'études ont été menée explicitement dans les zones rurales, et même si le milieu rural n'est pas l'objectif principal de cette étude, et les zones rurales la culture en Suède pourrait poser certains problèmes, nos travail apportent une contribution précieuse à cet égard.</p>
Application recommandations pour la pratique	Ces résultats montrent l'importance d'être attentif à notre propres et d'autres sentiments de trouble de conscience, car récurrents stress de la conscience semble être une statistique facteur important pour l'explication de l'épuisement professionnel des soins de santé.
Conclusion	Le personnel semble avoir besoin de réfléchir sur les possibilités de leur difficulté consciences. Une question importante pour de plus amples recherches sont comment un trouble de conscience peuvent être assouplies. «Le stress de la conscience" sont dépendants du contexte, c'est-à-dire à charge sur les valeurs et les priorités qui existent, explicitement ou implicitement dans le système, ce qui en fait un question de l'environnement de travail.

VI. Grille de lecture : Personal resilience as strategy for surviving and thriving in the face of workplace adversity : a literature review (Jackson, Firtko & Edenborough, 2007)

Titre	La résilience personnelle comme une stratégie pour la survie et la croissance de la santé face à l'adversité sur le lieu de travail : une revue de la littérature
Auteur	<ul style="list-style-type: none"> • Debra Jackson (BHSc, MN, PhD, RN, membre du corps enseignant de l'École de soins infirmiers, Collège de la santé et de la science, Université de l'Ouest de Sydney, Australie) A publié plus de 150 articles (publiés dans des revues de renommées), livres... A supervisé des thèses de Doctorat. Intéressée par la recherche sur le leadership et la formation des infirmières. • Angela Firtko (MSc, (Ed), DipAppSci, RN, infirmière éducatrice, Service de santé de la zone sud-ouest de Sydney, Australie) • Michel Edenborough (BA, BSS, chercheur senior, Ecole de soins infirmiers, Collège de la santé et de la science, Université de l'ouest de Sydney, Australie) Travail pour le groupe de recherche sur la santé des communautés et des familles.
Revue	Journal of Advanced Nursing, 2007 (accepté pour la publication en 2007) Le Journal of Advanced Nursing (JAN) est une organisation internationale et une revue scientifique. JAN contribue à la promotion de l'Evidence-Based Nursing dans les soins infirmiers, et sages-femmes, et les soins de santé par la diffusion de recherche de haute qualité, pertinente et ayant le potentiel de faire progresser les connaissances pour la pratique, l'éducation, la gestion ou la politique.
Type de recherche	Revue de littérature
Problématique	<p>L'adversité sur le lieu de travail est un défi auquel sont confrontées les infirmières dans de nombreuses parties du monde. Quand elles vont au travail, elles doivent faire face à toute une série de problèmes et de challenges.</p> <p>L'adversité sur le lieu de travail dans les soins infirmiers est associée à un travail excessif, un manque d'autonomie, une tyrannie, la violence et des questions organisationnelles, comme la restructuration. Ces difficultés incluent aussi une pénurie d'infirmière expérimentée, un vieillissement de la population active, une utilisation accrue des intérimaires (Jackson et al., 2001 ; Cline et al., 2003 ; Strachota et al., 2003). Ceci est associé au problème de retenir les infirmières dans la poursuite de leur profession. Cependant, malgré ces difficultés, plusieurs infirmières choisissent de rester dans la profession, survivent et prospèrent même malgré les adversités sur le lieu de travail.</p> <p>La problématique de recherche est clairement définie et l'importance pour les soins infirmiers est décrite.</p>
Analyse documentaire/recension des écrits	Tout au cours de la revue de littérature, les connaissances sur le sujet sont bien expliquées et les références sont récentes. Il y a une utilisation d'articles de recherche et de sources primaires.
Cadre conceptuel ou théorique	Les différents concepts sont bien décrits (résilience, intelligence émotionnelle,...)
Questions de recherche ou hypothèse	<p>Explorer le concept de résilience personnel comme une stratégie pour répondre à l'adversité sur le lieu de travail et identifier les stratégies afin d'accroître la capacité de résilience chez les infirmières. Pourquoi certaines infirmières arrivent à prospérer et à continuer à trouver de la satisfaction dans leur carrière, malgré les problèmes et challenges actuels, alors que d'autre n'y arrivent pas ?</p> <p>Le but et les questions de recherches sont explicités clairement.</p>
Méthodologie	Recherche sur CINAHL, EBSCO, Medline et Pubmed. Mots-clés utilisés : « resilience », « resilience in nursing », « workplace adversity » combiné avec « nursing ». Critères de sélection : en lien avec le but de l'étude, en anglais, publié entre 1996 et 2006. Ceci a amené à 70 articles et 6 supplémentaires ont été obtenus grâce aux références des articles précédemment obtenus. Les articles ont été lus et les idées clés ont été relevées. Des rencontres régulières ont permis aux chercheurs de discuter des idées émergentes, des thèmes communs, afin de voir comment ils pourraient être appliqués en lien avec l'adversité sur le lieu de travail. Plusieurs stratégies de résilience personnelle ont été identifiées. 50 articles sélectionnés au final grâce à leur fiabilité, leur intérêt et la fiabilité de leurs outils.

	<p>Étudier le phénomène à travers une revue de la littérature permet d'avoir une vue d'ensemble et de bien comprendre le concept de résilience. Les articles utilisés pour la revue sont nombreux et récents. Ils sont comparés, analysés et se complètent.</p>
Collecte et mesures	<p>La méthodologie est bien décrite et les auteurs ont discuté et confronté leurs compréhensions des résultats des articles pour en faire ressortir des stratégies. Au sein des chercheurs, il y a une infirmière encore dans la pratique, ce qui amène un regard de la réalité du terrain.</p>
Résultats	<p>La résilience est l'habileté d'un individu de s'ajuster positivement face à l'adversité, de maintenir son équilibre, de conserver un sens du contrôle sur son environnement et de continuer à évoluer positivement. Elle peut être appliquée pour développer des forces personnelles chez les infirmières grâce à des stratégies comme ; la construction et l'entretien des relations professionnelles positives ; le maintien de la positivité ; le développement d'une perspicacité émotionnelle ; l'atteinte d'un équilibre et d'une spiritualité ; le développement de la réflexivité.</p> <p>Exploration du concept de résilience : La résilience psychologique peut être définie comme la capacité de se déplacer vers une issue positive à partir d'expériences négatives, traumatisantes et stressantes (Tugade & Fredrickson, 2004). La résilience est parfois définie en fonction de traits ou de qualités caractéristiques. Giordano (1997) relève des qualités associées à la résilience comme la débrouillardise, la confiance en soi, la curiosité, la discipline personnelle, la pondération, la flexibilité, l'endurance émotionnelle et la résolution de problème. Jacelon (1997) relève aussi l'intelligence.</p> <p>Vulnérabilité et adversité au travail : La vulnérabilité/susceptibilité et la résilience peuvent être vu au sein d'un continuum. L'adversité est l'état de souffrance ou de difficulté associé à la malchance, un traumatisme, une détresse, des difficultés, ou un événement tragique. L'adversité au travail peut être vue comme tous ce qui est négatif, stressant ou toute situation et épisode rencontré dans le travail.</p> <p>Usage antérieur du concept : Le concept de résilience a beaucoup été investigué chez les enfants et aussi chez les adolescents en lien avec le risque de problèmes psychologiques. Ahern (2006) a trouvé que la résilience chez les adolescents est construite comme un ensemble d'attributs qui incluent les caractéristiques personnels, les sources de soutien social et les ressources disponibles. La résilience a aussi été discutée dans la perspective de renforcer une famille (Darbyshire & Jackson 2005). Joinking (2003) met l'accent sur le fait de fournir des services et de promouvoir la résilience pour renforcer les individus et les communautés et de soutenir leurs capacités à s'aider eux-mêmes. Les infirmières ont un intérêt particulier par rapport à la résilience car elles aident les gens et les familles confrontées à des situations défavorables.</p> <p>La résilience chez les infirmières : Les infirmières témoignent que la tragédie, la souffrance et la détresse humaine font partie de leur travail quotidien et, parce que les stressés sont associés au fait d'aider les autres à surmonter l'adversité, la résilience a été identifiée comme essentiel pour les infirmières dans leur travail quotidien (Tusaie & Dyer, 2004). Hodges et al (2005) relèvent que les enseignants en soins infirmiers doivent mieux préparer les infirmières afin de soutenir la résilience professionnelle ceci grâce à un enseignement des stratégies d'apprentissage et de pratique réflexive. Bright (1997) a relevé que bien que les infirmières passent beaucoup de temps et mettent beaucoup d'efforts pour soigner les autres, il y a peu d'élément sur leur propre santé ; donc Bright propose de promouvoir une approche d'auto-soins afin de construire des capacités de résilience personnelle.</p> <p>La résilience et le maintien du personnel infirmier : Hodges et al (2005) avancent que la résilience doit être développée et peut aider à retenir les infirmières au sein de la profession, plutôt que d'abandonner leur carrière lorsque la complexité des soins semble écrasante.</p> <p>Stratégies pour renforcer la résilience personnelle chez les infirmières : Les auteurs de l'étude pensent que les individus peuvent développer et renforcer leur résilience personnelle à travers des stratégies afin de réduire leur propre vulnérabilité et l'impact de l'adversité sur leur lieu de travail. Tugade et</p>

	<p>Fredrickson (2004) suggèrent que chacun à un potentiel de résilience, mais que son niveau dépend des expériences de l'individu, de ses qualités, de son environnement et de l'équilibre de chaque personne entre les facteurs de risque et ceux de protection.</p> <p>La hardiesse, définie comme étant le fait d'être engagé à trouver un but dans la vie, la croyance que l'on peut influencer sur son environnement et l'issue des événements, de même que la conviction que l'on peut apprendre et grandir à la fois des expériences de la vie positives et négatives (Bonnano, 2004), est un élément permettant d'aider à neutraliser les événements stressants et les adversités extrêmes et elle peut être apprise. Tugade et Fredrickson (2004) suggèrent que l'habileté à trouver un sens positif aux situations défavorables et à réguler les émotions négatives contribuent à la résilience. Éléments de la résilience : optimisme, autonomie, empowerment, conscience de ses émotions, auto-soins (Bright, 1997), émotions positives (Tugade et Fredrickson, 2004), développement personnel (Giordano, 1997), partage d'expérience de vulnérabilité et de résilience, utilisation d'un journal de bord, discussion afin de favoriser la croissance et le partage (McGee, 2006). L'adversité au travail implique des difficultés interpersonnelles comme se sentir intimidé ou opprimé, blâmé, bouc émissaire ou dévalué de n'importe quelle manière (Jackson et al, 2001, Hutchinson, 2006). Les auteurs proposent des stratégies de développement personnels spécifiques qui peuvent aider les personnes à construire leur résilience, surtout face aux difficultés interpersonnelles. Construire et entretenir des relations professionnelles positives et des réseaux (l'entretien des relations permet un meilleur support social qui conduit à une meilleure résilience (Tusaie & Fredrickson, 2004). Il est important de développer un réseau avec des personnes en dehors de l'environnement immédiat de travail et de créer des relations de soutien, comme, par exemple un mentorat). Rester positif (les difficultés ont souvent un aspect positif et les personnes résilientes ont la capacité de voir les aspects positifs et les bénéfices possibles d'une situation. Les émotions positives et le rire sont associés à des résultats de bénéfices physiques et émotionnels, ce qui amène à une réduction des émotions négatives et fait baisser le stress causé par l'adversité). Développer une perspicacité émotionnelle (L'intelligence émotionnelle est la capacité à comprendre ses propres besoins affectifs et avoir un aperçu des besoins affectifs de ceux rencontrés sur le lieu de travail (Daly et al, 2004). Ceci est possible grâce à un journal de bord ou à une auto-réflexion). Atteindre un équilibre de vie et une spiritualité (Là se situe l'importance de se sentir en connexion, d'atteindre un équilibre de vie et d'avoir une « force d'ancrage » dans la vie (Giordano, 1997). En regard des besoins spirituels, il est important de participer à des activités saines à l'extérieur de la vie professionnelle, de nature physique, émotionnel et spirituel). Devenir davantage réflexif (La réflexion pour apprendre, dans le but de développer des connaissances et de comprendre dans l'expérience à travers des situations concrètes à travers un journal de bord et l'écriture sur une expérience (Jackson, 2000) est très important).</p> <p>Des catégories ont été créées afin de bien comprendre le concept et d'en faire émerger des stratégies. L'article est bien structuré avec à chaque fois l'importance et des pistes pour la pratique.</p>
<p>Application recommandations pour la pratique</p>	<p>La construction de la capacité de résilience doit être intégrée dans la formation des infirmières et un soutien professionnel doit être encouragé à travers un programme de mentorat en dehors de l'environnement immédiat de travail de l'infirmière.</p> <p>Les auteurs proposent des stratégies de développement personnels spécifiques qui peuvent aider les personnes à construire leur résilience, surtout face aux difficultés interpersonnelles (voir résultats)</p>
<p>Conclusion</p>	<p>Les infirmières peuvent construire la résilience afin de stabiliser et peut-être inverser la tendance actuelle des infirmières qui quittent le système de santé à cause de l'adversité au travail. Les avantages de développer la résilience sont l'abaissement de la vulnérabilité face à l'adversité, l'amélioration du bien-être et de meilleurs résultats des soins. Des stratégies comme l'instauration de relations de mentorat, la réalisation d'un équilibre de vie et de la spiritualité, les émotions positives, la croissance personnelle et la réflexion sont des facteurs de protection qui peuvent aider les individus à atteindre des résultats positifs personnels.</p>

VII. Grille de lecture : Emotional labour and stress within mental health nursing (Mann & Cowburn, 2005)

Titre	Travail émotionnel et stress chez les infirmières en santé mentale
Auteur	Mann et Cowburn
Revue	Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 2005
Type de recherche	Quantitative
Introduction	Beaucoup d'employés voudraient représenter leurs émotions conformément aux règles d'affichage, car elles se soucient de leurs clients. Il y a parfois des émotions qui ne sont pas en accord avec ce qui est désiré.
Analyse documentaire/recension des écrits	<p>Selon Smith et Gray, dans les soins infirmiers, la longueur et l'incertitude de certains traitements sont souvent exprimés avec des sentiments. Ainsi l'infirmière doit inévitablement adopter des stratégies pour gérer ses émotions. Ils soulignent aussi que le travail émotionnel est une stratégie qui permet aux infirmières de présenter une approche impersonnelle de la médecine, notamment quand il s'agit de situations difficiles comme la mort. On le retrouve dans les expériences de douleurs, de peur, d'anxiété ou de panique. Il permet de gérer la réaction du patient et d'avoir une emprise sur les émotions propres au soignant, ce qui influence directement les facteurs psychologiques et le bien-être. Les infirmières qui ont utilisé le travail émotionnel rendent les patients secure et procure un bien-être.</p> <p>Edwards et Burnard ont souligné que dans leur recherché que les infirmières ont un niveau excessif de stress notamment pour celles en santé mentale qui doivent travailler étroitement avec les patients sur une longue période. Il y a des conséquences de stress vécu par ces infirmières, il s'agit de : l'épuisement émotionnel, le stress au travail, les plaintes multiples, le turnover du personnel, un coût monétaire et l'absentéisme. Le stress émotionnel met en péril la capacité à fournir des soins de haute qualité aux patients, cela a donc aussi un effet sur l'organisation du travail et sur l'employé.</p>
Cadre conceptuel ou théorique	Le travail émotionnel est défini comme une régulation de l'affichage de ses propres émotions dans la tentative de répondre à l'organisation qui est fondée sur les attentes spécifiques de son propre rôle. Les attentes spécifiques peuvent être formelles ou informelles, mais elles devraient être supprimées. Le travail émotionnel s'effectue selon deux modes : par des actes superficiels ou profonds. En superficie signifie gérer les émotions du comportement plutôt que les ressentis. C'est une analyse du verbal et du non-verbal. En profondeur signifie que l'acteur tente de se sentir réellement dans l'expérience ou de ressentir l'émotion qu'il ou elle veut mettre en lumière.
Questions de recherche ou hypothèse	<p>En dépit de la preuve présentée en suggérant un lien entre le stress émotionnel et mental au sein de la main-d'œuvre des soins infirmiers. Il est constant que les infirmières en santé mentale souffrent de stress, mais la contribution à ce stress reste peu clair. Cette étude vise à combler cette lacune, afin que la gestion du stress, les interventions et les ressources peuvent être adressées directement vers les exigences émotionnelles du travail. Les hypothèses suivantes sont faites:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Comme le travail émotionnel a déjà été associé à l'augmentation du stress, il serait prévu dans l'étude que le travail émotionnel qui produit le plus de stress sera communiqué. 2. Il est prévu que le niveau de surface or deep acting seront associés au travail émotionnel, et que ces facteurs sont les moyens d'exécuter le travail émotionnel. Il est donc émis l'hypothèse que les deux contribueront à l'interaction quotidienne et au stress. 3. Il est prévu que les interactions impliquant plus intenses émotions et celles de plus longue durée entraînera des niveaux plus élevés de la main-d'œuvre et le stress émotionnel. 4. Il est proposé que les interactions de plus longue durée entraînent une augmentation de l'intensité des émotions.
Méthodologie	Les 35 infirmières ont complété un total de 122 questionnaires (chaque participant a reçu un paquet contenant cinq questionnaires). Le questionnaire comprenait une série de questions et des échelles. L'intensité des émotions de l'expérience de chaque client a été évaluée avec l'utilisation de Échelle du Travail (Brotheridge &

	<p>Lee 1988). Les actes profonds ou de surface ont été évalués à l'aide de 5 autres items de l'échelle élaborée par Brotheridge & Lee (1988). Avant que la recherche soit effectuée à l'Université d'Ethique le comité a approuvé l'étude, et si le consentement a été obtenu auprès de l'Institut National de la Santé Mentale.</p>
Population ou échantillon	<p>3 unités psychiatriques dans le nord-ouest de l'Angleterre ont été contactées en 2003 pour prendre part à l'étude. 94 infirmières en psychiatrie et 28 infirmières auxiliaires ont été invitées à y prendre part. 35 infirmières de la santé mentale ont consenti à répondre aux questionnaires, soit un taux de réponse de 29%.</p>
Collecte et mesures	<p>Le questionnaire comprenait une série de questions et des échelles.</p>
Déroulement de l'étude	<p>Faite en 2003 et publiée en 2005.</p>
Résultats	<p>Les resultants montrent que le travail émotionnel est une caractéristique de l'interaction quotidienne de la santé mentale chez les infirmières. Seulement 18% des interactions montrent un faible niveau de travail émotionnel, 67% sont moyen, 15% sont élevés. Si la santé mentale des infirmières n'est pas à «haut niveau de travail émotionnel», leur travail est émotionnellement plus dût et donc les infirmières ont un taux moyen ou élevé de stress quotidien. Les stressseurs du travail émotionnel sont : les surfaces de travail en (25%), l'intensité (16%) et l'interaction de stress (12%).</p> <p>Les infirmières de cette étude ont entrepris de s'acquitter de leurs travail émotionnel avec les actes superficiels et profonds. Les résultats montrent clairement que les 2 techniques peuvent être prises dans une interaction, et que ce n'est pas une alternative à la situation. À la fois les actes profonds et superficiels sont des composantes du travail émotionnel.</p> <p>En surface c'est plus onéreux que d'agir en de profondeur. L'étude montre que le travail émotionnel est l'une des fonction de l'infirmière et du rôle des décideurs politiques car il faudrait agir : au niveau de la formation professionnelle pour l'exercice émotionnel, explorer activement des moyens de minimiser les effets du stress chronique sur le travail.</p> <p>L'une des implications de cette étude est de proposer des moyens pour les infirmières en santé mentale pouvant réduire le stress associé aux éléments émotionnels de leur travail. L'étude montre que le travail et le stress émotionnel sont corrélées positivement et que les actes superficiels sont les plus importants mettant à contribution le travail émotionnel. Ces propositions sont des implications pour l'éducation car, ils exigent que les infirmières soient formées à la connaissance de soi, des stratégies qu'ils entreprennent lors de l'exécution du travail émotionnel. La formation à un role dans l'enseignement des compétences afin qu'elles puissent les utiliser en agissant de préférence avec des actes superficiels lorsque le travail émotionnel est nécessaire.</p>
Conclusion	<p>L'étude présentée suggère que le travail émotionnel est une caractéristique de l'interaction de tous les jours. Les infirmières en santé mentale font que ce travail est positivement corrélé avec le niveau élevé de stress. Il est recommandé que les différentes manières de travailler doivent être explorées dans le cadre de la formation des infirmières, en mettant particulièrement l'accent sur les avantages pour la réduction du stress de en profondeur en utilisant les actes de surface. Il est également recommandé que les futurs programmes de gestion du stress donnés pour la santé mentale des infirmières considèrent que le rôle joué par le travail dans le stress émotionnel et donnent des moyens de minimiser ce stress tout en reconnaissant l'importance d'effectuer ce travail.</p>

VIII. Grille de lecture : Occupational stressors and coping as determinants of burnout in female hospice nurses (Payne, 2001)

Titre	Stress professionnel et coping comme déterminant de l'épuisement professionnel chez les infirmières de soins palliatifs. Le titre reprend les variables principales de l'étude et sous-entend la question de recherche.
Auteur	Nicola Payne (Bachelor et Master en Science, Etudiante en doctorat, Département de Psychologie, Université de Hertfordshire, Grande-Bretagne)
Revue	Journal of Advanced Nursing, 2001 (Soumis à la publication en mars 2000) Journal international, qui publie des recherches de qualités.
Problématique	Il est probable que certains facteurs contribuent au développement et/ou à la maintenance de l'épuisement émotionnel (comme les stressors) et que d'autres facteurs sont protecteurs (comme le coping). Identifier ces facteurs est important pour les soins infirmiers en termes de sélection du personnel, de formation et de conditions de travail. Le problème est assez facile à identifier, il est de savoir ce qui favorise ou défavorise l'épuisement professionnel. Les différents concepts sont clairement définis et la problématique est mise en lien avec les infirmières travaillant au sein d'un établissement de soins palliatifs. Il s'agit d'un problème important en lien avec la gravité de l'épuisement professionnel. Une méthode quantitative est appropriée afin de pouvoir quantifier les différents éléments.
Analyse documentaire/recension des écrits	Il y a davantage de stress chez les infirmières dans les établissements de soins palliatifs (selon Munley, 1985 et Gray-Toft & Anderson, 1986-1987), cependant Mallett (1991) a relevé le contraire (moins de stress et moins d'épuisement professionnel). Identification des différents liens entre les stratégies de coping et l'épuisement professionnel. L'analyse documentaire amène des comparaisons entre des études similaires et en ressort les divergences. Elle résume bien les connaissances sur les différentes variables. Les sources sont assez anciennes, mais ce ne sont pas des éléments qui se sont modifiés avec le temps.
Cadre conceptuel ou théorique	Stress : Lazarus et Folkmann (1984) définissent le processus de stress comme une relation particulière entre la personne et son environnement, il est évalué par la personne comme mettant à l'épreuve ou étant supérieur à ses ressources et mettant en péril son bien-être. L'épuisement professionnel : Affect la santé physique et mentale des infirmières et comporte un coût pour les employeurs à travers un absentéisme, des conflits au sein des équipes et une rapide rotation des employés (Maslach, 1976). Il affect aussi la qualité des soins infirmiers prodigué au patient et à sa famille (Revans, 1976). La conceptualisation de l'épuisement professionnel de Maslach (1976) implique trois composantes distinctes : un épuisement émotionnel (EE), une dépersonnalisation (DP) et une réduction de l'accomplissement personnel (PA). Dans sa revue de la littérature, Duquette (1994) a identifié trois groupes d facteurs qui apparaissent en lien avec l'épuisement professionnel dans les soins infirmiers : les facteurs organisationnels (stress professionnel), les facteurs « tampons » (coping) et les facteurs démographiques (âge, niveau de formation et expérience). Stresseurs professionnels (Gray-Toft & Anderson, 1986-1987) : Se présente dans l'environnement physique (charge de travail), l'environnement social (conflit dans l'équipe), l'environnement psychologique (mort). Le manque de soutien de l'équipe, l'incertitude concernant les traitements, la préparation inadéquate pour gérer les besoins émotionnels des patients et de leur famille peuvent être des stressors. Coping : selon Lazarus et Folkmann (1984) « efforts cognitifs et comportementaux pour gérer une demande spécifique externe et/ou interne qui apparaît comme mettant à l'épreuve ou supérieure aux ressources d'une personne. » Il existe deux types de coping : le coping axé sur l'émotionnel (soulage la détresse émotionnelle) et le coping axé sur le problème (tente de gérer ou de modifier le problème à l'origine de la détresse).

	Le chercheur est allé chercher différentes définitions afin de définir clairement les concepts de sa problématique.
Questions de recherche ou hypothèse et but	Le but de cette étude est d'investiguer le niveau d'épuisement professionnel chez les infirmières travaillant dans un établissement de soins palliatifs ; de vérifier quels aspects du travail infirmier sont reliés positivement ou négativement à l'épuisement professionnel ; d'examiner les contributions relatives à ses différentes variables ; de suggérer des interventions individuelles et organisationnelles réduisant le niveau d'épuisement professionnel. Le but est clairement énoncé et des questions en découlent.
Type et devis de recherche	Recherche quantitative. Devis non-expérimental, transversal et rétrospectif. Le devis de recherche est adapté à la problématique. L'auteur a ressorti les résultats d'autres recherches afin de les comparer aux siens.
Population ou échantillon	89 participants (72 infirmières, incluant des membres de la direction, et 17 infirmières assistante) travaillant dans un établissement de soins palliatifs. Ages moyens de 39 ans (entre 23 et 62). Travaillant depuis 5.7 ans dans l'établissement (entre 0,5 et 20 ans). 18% sans qualification, 15% avec une qualification, 36% deux qualifications (diplôme, spécialisation,...), 20% trois qualifications, 11% quatre et plus. Échantillon bien décrit avec ses spécificités. Peut-être un peu trop petit pour une étude quantitative.
Collecte et mesures	Les infirmières ont complété un questionnaire basé sur le « Malach Burnout Inventory », le « Nursing Stress Scale », le « Ways of Coping Scale » et comportant des informations de type démographique. Des statistiques descriptives, des corrélations de Pearson et des analyses de régression linéaire multiple ont été effectuées en utilisant le logiciel de statistiques pour les sciences sociales. Les questionnaires sont décrits et référencés. Les méthodes d'analyses sont décrites. Cependant, il n'y a pas de test de vérifications des données.
Déroulement de l'étude	Les directeurs des soins infirmiers de 9 hôpitaux locaux ont été contactés. Les 9 ont été d'accord de participer. Les enveloppes distribuées aux infirmières comportaient une lettre expliquant l'étude, le questionnaire et une enveloppe affranchie afin de retourner le questionnaire. Quatre à six semaines après une demande a été faite à chaque infirmière responsable des questionnaires dans les 9 hôpitaux de faire un rappel. Sur les 174 questionnaires distribués, 89 ont été complétés. Aucun renseignement sur l'anonymisation des données.
Résultats	Niveau d'épuisement professionnel chez les infirmières en fonction de ses différentes composantes : EE et DP niveau moyen basse, PA niveau moyen modéré. Stresseurs professionnels (du plus fréquent au moins fréquent) : 1- la mort et les mourants, 2- préparation inadéquate, 3- charge de travail, 4- conflits avec les médecins, 5- conflits avec les infirmières, 6- manque de soutien, 7- incertitude concernant de traitement. Coping (de la stratégie la plus utilisée à la moins utilisée) : 1- résolution de problème, 2- recherche de soutien, 3- contrôle de soi, 4- acceptation des responsabilités, 5- recherche du positif, 6- distanciation, 7- confrontation, 8- fuite. Toutes les variables réunies correspondent au 47% de la variance du score d' épuisement émotionnel (22% stresseurs, 16% coping et 9% les données démographiques). Seulement 4 variables expliquent le 36% : Dans les stresseurs, la mort et les mourants (13%), les conflits avec les autres infirmières (6%), dans le coping, l'acceptation des responsabilités (11%), et dans les données démographiques, un haut grade infirmier (6%). (La mort et les mourants a le plus grand rôle, mais c'est aussi le stresser le plus fréquemment reporté). Toutes les variables réunies correspondent au 49% de la variance du score de dépersonnalisation (23% stresseurs, 18% coping, 8% données démographiques). 4 variables seules expliquent le 41% : dans les stresseurs, les conflits avec les autres infirmières (21%), la préparation inadéquat à gérer les besoins émotionnelles des patients (5%), dans le coping, la fuite (10%), le manque de résolution de problème (5%), et de rôle des variables démographiques. Les conflits avec l'équipe est le stresser le moins rapporté et la fuite idem avec le coping. La résolution de problème est la plus souvent cité et elle prévient la DP.

	<p>Toutes les variables réunies correspondent au 36% de la variance du score de réduction de l'accomplissement personnel (13% données démographiques, 14% coping, 9% stressseurs). 4 variables expliquent le 25% : dans les stressseurs, la préparation inadéquate pour gérer les besoins émotionnels des patientes et de leur famille (6%), dans le coping, la fuite (7%), le manque de réévaluation positive (4%), et dans les données démographiques, moins de qualifications (8%).</p> <p>EE et DP montre un modèle similaire (stressseurs influence le plus et données démographiques le moins) et l'on peut observer une corrélation positive. Cependant le PA montre un modèle un peu différent (coping influence le plus et stressseurs le moins) et pas de corrélation. Son intégration dans le concept de coping peut donc être discutée. PA est davantage influencé par les caractéristiques de la personne que de l'environnement.</p> <p>Les stratégies de coping les plus à risque de contribuer à l'épuisement professionnel ne sont pas les plus rapportées. La stratégie la plus utilisée est la planification de solutions et prévient le burnout. La stratégie à utiliser dépend de la situation. Un bon « copier » est quelqu'un qui sait choisir la bonne stratégie en fonction de la situation. Le coping centré sur le problème est lié positivement à l'épuisement professionnel et le coping centré sur les émotions est relié négativement (Ceslowitz, 1989).</p> <p>Limites : Echantillons relativement petit. Les résultats peuvent-être faussés de part le fait que les infirmières souffrant d'un niveau d'épuisement élevé n'ont peut-être pas répondu au questionnaire ou déjà quitté l'institution. L'échantillon comportant des infirmières de niveau d'étude différents a peut-être pu modifier le résultat car des différences ont pu être observées. L'utilisation d'une méthode auto-descriptive peut influencer les résultats, les infirmières répondant ce qu'il est socialement admis.</p> <p>Des tableaux clairs montrent les résultats des questionnaires, bien que celui qui est sur les résultats des analyses de régression n'est pas clair. Par rapport à l'analyse de régression, le texte est compliqué à lire et l'on s'y perd un peu. Toutes les variables ont été analysées et les liens entre elles ont été définis dans la mesure du possible.</p> <p>Les limites de l'étude relèvent bien les différentes « failles » de cette étude.</p> <p>Les résultats ont été mis en lien avec les résultats d'étude antérieure, des comparaisons ont été faites et des hypothèses d'explication ont été posées pour essayer d'expliquer les différences.</p>
Application recommandations pour la pratique	<p>L'organisation de l'établissement de soins palliatifs doit superviser les conflits d'équipe de manière particulièrement étroite et promouvoir de bonnes relations au sein de l'équipe grâce à l'utilisation de support et de groupes de parole et/ou des cours de suivi/conseil pour que les soignants puissent parler de leurs problèmes avec quelqu'un de neutre. La formation pourrait mettre davantage l'accent sur la préparation des infirmières à faire face aux besoins émotionnels du patient, ceci en se détachant de leurs préoccupations. Ce sera essentiellement un travail de formation avant d'entrer comme l'infirmière dans l'établissement de soins palliatifs, mais l'institution pourra prendre des mesures pour remédier à l'insuffisance de préparation en incorporant une plus grande discussion sur les problèmes dans ce domaine grâce à des cours de formation et / ou des groupes de soutien. Des formations sur le stress et les stratégies de coping pourraient être mis en œuvre. Un programme sur la base des conclusions de cette étude concernant l'enseignement infirmier tenterait de formuler des solutions aux difficultés que les infirmières rencontrent sur leur lieu de travail, plutôt que d'éviter les problèmes et de se livrer à des pensées utopiques. Toutefois, il est parfois impossible de «faire les choses justes», et au lieu de vivre des sentiments d'échec et de culpabilité, une réévaluation positive serait une stratégie plus appropriée. Alors, les infirmières pourraient être formés afin de créer du sens à partir d'une réévaluation positive des situations difficiles, afin d'apprendre à partir de ces expériences.</p> <p>L'étude amène des pistes intéressante pour la pratique, celles-ci sont réalistes, bien qu'il faudrait les compléter par d'autres études afin de bien comprendre ce qu'il est judicieux de faire ou pas.</p>
Conclusion	<p>Proposition de recherches futures afin de découvrir le sens de la causalité et comprendre le modèle et le développement de l'épuisement professionnel, pour mettre en place des éléments afin de diminuer le stress.</p>

Malgré la difficulté du travail dans un établissement de soins palliatifs, le niveau d'épuisement professionnel est bas. L'atmosphère positive, l'approche holistique des soins, l'équipe interdisciplinaire et le bas niveau de conflit au sein de l'équipe font des établissements de soins palliatifs un environnement positif où travailler.

IX. Grille de lecture : Caring for dying infants : experiences of neonatal intensive care nurses in Hong Kong (Yam, Chin Rossiter & Cheung, 2001)

Titre	Prendre soins de nourrissons mourants : les expériences des infirmières de soins intensifs néonatalogie à Hong Kong Le titre soulève le contexte et la population mais pas la problématique en elle-même
Auteur	<ul style="list-style-type: none"> • Bernard M. C. Yam (BappSc, BA, MA, RN, professeur assistant, Département des soins infirmiers, Faculté de médecine, Université chinoise de Hong Kong, Chine) • Joh Chin Rossiter (ADNE, BSc, PhD, RN, RM, professeur associé, Département des soins infirmiers, Faculté de médecine, Université chinoise de Hong Kong, Chine) • Karen Y. S. Cheung (BN, MN, RN, infirmière spécialisée, Unité de soins intensifs de néonatalogie, Hôpital Prince de Galle, Hong Kong, Chine) Une infirmière spécialisée dans le domaine a été intégrée dans l'équipe de chercheur ce qui est positif car cela permet d'amener un regard de la pratique.
Revue	Journal of Clinical Nursing, 2001 (accepté pour la publication en 2001) Portée internationale. Vise l'amélioration des pratiques. Publie des articles de qualité.
Type de recherche	Article de recherche qualitative
Introduction	Les professionnels de la santé trouvent de la satisfaction dans leur travail grâce aux patients qui guérissent de leur maladie. Ceci peut sans doute aussi s'appliquer aux infirmières de soins intensifs de néonatalogie (NICU) où l'attention est mise sur les mesures sauvant la vie des nourrissons. Cependant malgré les progrès de la technologie et des traitements certains nourrissons ne peuvent pas être sauvés. Bien que l'arrêt ou le refus des traitements fassent partie des pratiques de néonatalogie (Royal College of Paediatrics and Child Health, 1997), il n'en est pas moins une question sensible. Les soignants ont de la difficulté à faire la transition entre les soins palliatifs et curatifs (Prior & Poulton, 1996).
Analyse documentaire/recension des écrits	Chez les NICU Jacobson (1978) a identifié plusieurs facteurs qui génèrent significativement un stress : l'âge des patients, la mort et le pronostic, le besoin de soutien de la part des parents, les conditions de travail en lien avec les dotations de personnel et l'insuffisance de connaissances médicales et techniques. Des différences entre les infirmières novices (stress : manque de compétences, non-maîtrise des équipements, gestion de la famille et de la mort du patient. Stratégie : parler avec des personnes extérieures à l'unité) et les infirmières plus anciennes (stratégies : parler de leurs soucis avec d'autres infirmières et voir le psychothérapeute, établissent des priorités, confrontation et utilisation de l'humour) ont été soulevées par Gribbins & Marshall (1982). Les sources sont assez anciennes, mais permettent de bien cerner le problème.
Cadre conceptuel ou théorique	Un haut niveau de stress professionnel contribue à l'épuisement professionnel (Oehler et al, 1991), à l'anxiété, à l'inadéquation, au doute personnel, à une basse estime de soi, à l'irritabilité, à la dépression et à un mauvais état de santé (Lewis & Robinson, 1992 ; Downey et al., 1995). Cela amène à compromettre la qualité des soins auprès du patient et de sa famille à travers un absentéisme, un moral bas chez le personnel et une rapide rotation de celui-ci (Small et al., 1991 ; Bernica et al., 1992 ; Oehler & Davidson, 1992 ; Downey et al., 1995). Des recherches qualitatives ont révélé que les infirmières vivent un chagrin et une détresse morale quand la mort d'un patient devient inévitable (Davies & Oberle, 1990). Afin de faire face à ces situations, les infirmières développent des stratégies pour gérer leur détresse. Les infirmières choisissent parfois d'éviter le patient afin de réduire la charge émotionnelle (Davies et al., 1996 ; Quint, 1976 ; Rashotte et al., 1997). Celles qui ne peuvent pas l'éviter se focalisent sur les soins physiques (Davies et al, 1996). L'article se base sur des recherches plus anciennes pour poser le cadre de sa recherche.
Questions de recherche ou hypothèse	But : explorer l'expérience, des infirmières travaillant aux soins intensifs de néonatalogie de Hong Kong et des soins aux nourrissons (moins de 12 mois) dont

	<p>la maladie ne réagit pas au traitement curatif, leurs perceptions des soins palliatifs, et les facteurs influençant leurs soins.</p> <p>Le but est clair et l'on comprend ce que les chercheurs recherchent. Le domaine est très spécifique, mais il peut amener à des éléments généralisables et à une meilleure compréhension du phénomène.</p>
Devis de recherche	<p>Étude qualitative et exploratoire.</p> <p>La méthode est en adéquation avec le but de la recherche. On cherche à explorer et identifier des phénomènes. Au préalable, une étude pilote a été menée afin d'affiner les outils.</p>
Population ou échantillon	<p>L'échantillon a été choisi à la convenance des chercheurs. 10 infirmières travaillant aux soins intensifs de néonatalogie de Hong Kong ou dans l'unité spécial de néonatalogie (SCBU). Les critères de sélection étaient : travaille actuellement à plein temps au NCIU ou au SCBU et durant les trois dernières années, a suivi au moins un enfant en phase terminal qui est éventuellement décédé sur l'unité et doit être prête à formuler ses sentiments et expériences.</p> <p>Toutes des femmes entre 26 et 40 ans, travaillant sur l'unité depuis 4 ou 11 ans. Toutes ont la formation de base en soins infirmiers et deux ont un Bachelor.</p> <p>L'échantillon est bien décrit mais assez petit.</p>
Collecte et mesures	<p>Interviews : des questions semi-structurées et ouvertes en lien avec le but de l'étude ont été posées. Les questions ont été développées à partir de la revue de littérature et approuvées par une infirmière spécialisée en néonatalogie et par une infirmière expérimentée du RCIU extérieur à l'étude. L'étude a été approuvée par le comité d'éthique de l'université et de l'hôpital. De plus une étude pilote a été menée auprès de deux infirmières.</p> <p>Les questions sont bien construites et la méthodologie amène à une bonne fiabilité.</p> <p>Difficulté de la traduction du cantonais à l'anglais.</p>
Déroulement de l'étude	<p>Les infirmières ont été mises au courant du contenu et de la procédure de l'étude et leur confidentialité et leur anonymat ont été assurés. Les interviews individuelles ont été menées en cantonais et ont été enregistrées avec leur consentement. Les interviews ont duré entre 1h et 1h30. Les interviews ont ensuite été retranscrites en anglais par les auteurs de l'étude. Une analyse du contenu a été faite d'après la méthode de Morse & Field (1995) et les informations ont été groupées en différentes catégories.</p> <p>Le contact avec les participants a été suffisamment long pour leur permettre de s'exprimer. Les données ont été recueillies de manière correcte et des mesures, afin d'optimiser la fiabilité, ont été mises en place. L'anonymat et l'éthique ont été respectés.</p>
Résultats	<p>Huit catégories sont ressorties de l'analyse du contenu des entretiens, ce sont :</p> <p>Scepticisme : les infirmières développent une relation étroite avec l'enfant et sont tout d'abord réticentes à croire qu'il va mourir, elles espèrent avec les parents qu'un traitement va le sauver, mais elles apprennent à l'accepter quand il y a une détérioration.</p> <p>Le sentiment d'ambivalence et d'impuissance : quand les soignants réalisent qu'ils ne pourront plus aider longtemps l'enfant, ils ressentent de la tristesse, de l'ambivalence et de l'impuissance. Ils ne savent pas comment gérer le dilemme de prodiguer des soins palliatifs/curatifs. Parfois les médecins prescrivent des soins invasifs inutiles et les infirmières se sentent en colère, frustrées et pleines de ressentiments. Elles souhaitent assurer le confort maximum pour le patient. Mais elles sont confrontées à leur obligation de préserver la vie en même temps que d'assurer une mort paisible.</p> <p>La protection de ses propres émotions : quand le pronostic est connu, les infirmières réalisent qu'elles vont souffrir émotionnellement de la fin de la relation avec le patient et sa famille. Elles essaient alors de mettre une distance, ceci grâce à un accent mis sur les soins physiques et en minimisant les interactions sociales avec l'enfant et ses parents.</p> <p>Prodiguer des soins physiques de qualité : les infirmières mettent davantage l'accent sur les soins de confort en période de soins palliatifs.</p> <p>Le soutien émotionnel à la famille : les soignants relèvent l'importance de fournir un soutien émotionnel aux parents. (bien informer les parents sur l'état de santé de leur enfant, créer des opportunités de dialogue avec les membres de l'équipe,</p>

	<p>encourager les parents à verbaliser leur stress et leurs préoccupations, donner des opportunités de moment d'intimité entre les parents et l'enfant) Cependant les infirmières ont peu confiance en elles en lien avec ces interventions et pensent que le médecin est plus approprié.</p> <p>L'expression de l'empathie : Envers les parents (les écouter, les encourager à s'exprimer et les rassurer).</p> <p>Le manque de connaissances et de conseils : La plupart des répondants pensent ne pas avoir les connaissances, l'expertise et les compétences pour soutenir les parents dans leur deuil. Elles ont peurs de dire quelque chose d'inapproprié.</p> <p>Les conflits de valeurs dans les soins : Manque de support pour les soins palliatifs. Attention davantage portée sur soins curatifs. Peu d'attention sur le soutien psychologique des parents. Les infirmières souhaiteraient une politique de soins plus humanistes.</p> <p>La subtile éducation culturelle et sociale dans la formation en soins infirmiers et dans l'environnement de travail contribue aussi à leur détresse morale. La culture chinoise influence la perception des infirmières. La mort est un tabou, les gens ne veulent pas en parler car ils pensent que cela va maudire la personne malade et précipiter la mort. Et comme la famille est au centre de la culture chinoise, il faut respecter ses volontés. Les chinois essayent aussi d'éviter de montrer leurs émotions ou de discuter de leurs sentiments, spécialement avec les personnes en dehors de la famille (Hsu, 1985 ; Gao et al., 1996), l'infirmière doit donc observer le non-verbal, ce qu'elles développent avec l'expérience.</p> <p>Les infirmières ne sont pas préparées à affronter la mort. Elles ont peur d'être blessées émotionnellement. Elles doivent apprendre à reconnaître et confronter leur peur de la vulnérabilité. Il est difficile de concilier les besoins émotionnels des parents avec le peu de ressources dont disposent les infirmières.</p> <p>Limites : Petit échantillon. Difficulté à traduire le cantonais en anglais.</p> <p>Les limites sont bien décrites, mais il est important de relever la différence de culture qui influence les éléments.</p> <p>Les données sont correctement analysées et leurs classifications me semblent pertinentes, de plus elles suscitent une réflexion pouvant être transposée dans notre pratique.</p>
Application recommandations pour la pratique	<p>Les administrateurs des hôpitaux et des infirmières doivent considérer différents moyens pour faciliter les soins palliatifs dans leurs établissements de soins aigus. Par exemple : l'éducation d'une culture spécifique de la mort (mettre en place de stratégies sur mesure en lien avec les expériences des participants, Hurtig & Stewin, 1990 ; Copp, 1994 ; Boyle & Carter, 1998 et permettre aux soignants d'exprimer leurs émotions face à la mort), des groupes de soutien constitué de collègues, des deuils d'équipe (réduire la détresse émotionnelle en lien avec les pertes et le deuil), une modification des politiques départementales (horaires de visite plus flexibles, chambre pour les familles), et un environnement de travail favorable (plus de temps pour l'accompagnement des familles).</p> <p>Les recherches futures devraient inclure l'identification des besoins de la famille et des stratégies d'adaptation (coping) aussi bien que la prise de décision éthique chez les infirmières.</p> <p>Les chercheurs amènent plusieurs suggestions pour la pratique qui peuvent également être transférées à d'autres domaines de soins.</p>
Conclusion	<p>Le texte est bien structuré et les méthodes sont bien décrites. Les limites sont correctement relevées et les résultats me semblent crédibles et transférables.</p>