

Université de Montréal

La résilience d'infirmières en soins palliatifs: bénéfices et risques en termes de santé
mentale au travail

par :
Camille Boivin-Desrochers

Faculté des sciences infirmières

Travail dirigé présenté à la faculté des sciences infirmières
en vue de l'obtention du grade de Maître ès sciences (M. Sc.)
en sciences infirmières
option administration des services infirmiers

Mai 2015

© Camille Boivin-Desrochers, 2015

Université de Montréal

Faculté des sciences infirmières

Ce travail dirigé intitulé :

La résilience d'infirmières en soins palliatifs: bénéfices et risques en termes de santé
mentale au travail

présenté par :
Camille Boivin-Desrochers

au jury composé des membres suivants :

Madame Marie Alderson, inf., Ph.D., directrice de maîtrise
Madame Chantal Caux, Ph.D., membre du comité

Mai 2015

Résumé

La profession infirmière est source de souffrances et de difficultés considérables susceptibles de nuire à la santé mentale de ses travailleurs (Boivin-Desrochers & Alderson, 2014). Certains environnements et organisations du travail infirmier peuvent engendrer, d'une part, un épuisement chez le personnel expert ainsi qu'un découragement chez le personnel novice (Baumann et al., 2001) et, d'autre part, une tension psychologique susceptible d'entraîner de la détresse psychologique (Bourbonnais et al., 2000). Les infirmières qui œuvrent en soins palliatifs sont exposées à un contexte de fin de vie où la souffrance humaine et la mort sont très présentes (Cherny, 2007). Elles risquent ainsi de se retrouver confrontées à un contexte de travail exigeant sur le plan émotionnel (Twycross, 2002). Divers auteurs appuient la souffrance au travail que peuvent rencontrer les infirmières en soins palliatifs (Colombat, Mitaine & Gaudron, 2001; Ferrell & Coyle, 2008; Gremaud, 2013; Jacquemin, 2005), laquelle les porte à déployer des stratégies défensives dont, entre autres, la résilience (Ablett & Jones, 2007). La résilience, bien qu'elle soit, dans son ensemble, salutaire pour le bien-être (Jackson, Firtko & Edenborough, 2007), ne comporte pas que des bénéfices pour la santé mentale (Anaut, 2005; Anaut, 2008; Bellenger, 2010; Hanus, 2001; Lecomte, 2010; Lighezzolo & De Tyche, 2004; Rousseau, 2010; Tisseron, 2008; Tisseron, 2011; Tomkiewicz, 2001; Tomkiewicz, 2005; Vermeiren, 2012). Cette recension intégrative des écrits vise à documenter la souffrance au travail vécue par les infirmières œuvrant en soins palliatifs, les stratégies défensives déployées par celles-ci ainsi que les bénéfices et risques associés au processus de résilience afin d'émettre une proposition à l'endroit des

questionnaires en soins palliatifs visant à conscientiser et outiller ceux-ci au regard d'un usage salutogénique de la résilience des infirmières. De cette recension intégrative des écrits, balisée par l'approche théorique de la psychodynamique du travail, il ressort que la souffrance au travail d'infirmières œuvrant en soins palliatifs est réelle et que s'il y a des bénéfices associés à la résilience, ses risques doivent être considérés et minimisés. Dans cette perspective est émise une proposition d'intervention organisationnelle pertinente à l'attention des infirmières-chefs en soins palliatifs ayant pour visée finale de contribuer à rehausser la santé mentale au travail des infirmières.

Mots-clés : résilience, profession infirmière, soins palliatifs, infirmières, souffrance, psychodynamique du travail, stratégies défensives et environnement de travail.

Abstract

The nursing profession is a source of considerable suffering and hardship that can affect the mental health of its workers (Boivin-Desrochers & Alderson, 2014). Some environments and organizations within which nurses work can result first, in burnout among expert staff and discouragement among novice staff (Baumann et al., 2001) and second, psychological stress that may result in psychological distress (Bourbonnais et al., 2000). Nurses working in palliative care are exposed to an environment of end of life where human suffering and death are very present (Cherny, 2007). They are thus likely to work in an environment which is emotionally demanding (Twycross, 2002). Various authors support the suffering that nurses working in palliative care may encounter (Colombat, Mitaine & Gaudron, 2001; Ferrell & Coyle, 2008; Gremaud, 2013; Jacquemin, 2005), which leads them to deploy defensive strategies including, among others, resilience (Ablett & Jones, 2007). Resilience, while as a whole beneficial to wellbeing (Jackson, Firtko & Edenborough, 2007), does not only provide benefits for mental health (Anaut, 2005; Anaut, 2008; Bellenger, 2010; Hanus, 2001; Lecomte, 2010; Lighezzolo & De Tyche, 2004; Rousseau, 2010; Tisseron, 2008; Tisseron, 2011; Tomkiewicz, 2001; Tomkiewicz, 2005; Vermeiren, 2012). This integrative literature review aims to document the suffering experienced by nurses working in palliative care, the defensive strategies used by them as well as the benefits and risks associated with the resilience process in order to make a proposal to managers in palliative care that raises their awareness and heightens their understanding of the healthy use of resilience by nurses. Based on this integrative literature review, marked by the theoretical approach

to the psychodynamic of work, it appears that the suffering of nurses working in palliative care is real and if there are benefits associated with resilience, its risks must also be considered and minimized. In this context, an organizational intervention addressed to managers in palliative care is proposed, the final aim of which is to improve the mental health of nurses.

Keywords: *resilience, nursing profession, palliative care, nurses, suffering, psychodynamic of work, defensive strategies and work environment.*

Table des matières

Résumé	iii
<i>Abstract</i>	v
Liste des figures et tableau	x
Remerciements	xi
Introduction	1
But du travail dirigé	3
Objectifs de recherche du travail dirigé et objectifs d'apprentissage.....	4
Cadre théorique	5
Méthode de recherche documentaire	7
Manuscrit	11
Introduction	13
Problématique et contexte	13
Démarche de recherche documentaire	16
Cadre théorique : la psychodynamique du travail.....	17
Souffrance au travail d'infirmières œuvrant en soins palliatifs	18
Contact avec la souffrance des patients	18
Confrontation à des deuils multiples et répétitifs.....	18
Impression de devoir tout solutionner.....	18
Sentiment d'impuissance	19
Facteurs de stress au niveau organisationnel, professionnel et émotionnel	19

Stratégies défensives d’infirmières œuvrant en soins palliatifs	21
Définition du concept de résilience	22
La résilience au travail chez les infirmières	22
La résilience organisationnelle	23
Bénéfices de la résilience	23
Conceptualisation de la résilience : les avis divergent	24
Risques éventuels d’un usage inapproprié de la résilience	25
Fragilité de la résilience	25
Prix à payer pour l’individu résilient	26
Tableur sur la résilience du travailleur souffrant	26
Discussion	26
Proposition à l’endroit des infirmières-chefs en soins palliatifs portant sur l’usage salutogénique de la résilience	29
Développement d’une pratique réflexive chez les infirmières-chefs en soins palliatifs sur l’usage de la résilience des infirmières	29
Conclusion	31
Résumé	31
Discussion	32
Regard critique sur le travail dirigé	33
Regard critique sur la proposition d’intervention organisationnelle	34
Évaluation de l’atteinte des objectifs de recherche	38

Évaluation de l'atteinte des objectifs d'apprentissage	39
Conclusion	40
Références	43
Appendice A. Directives aux auteurs de la revue <i>Le Travail Humain</i>	55
Appendice B. Diagramme de flux	61
Appendice C. Tableau de classification des études empiriques retenues	63
Appendice D. Schématisation du phénomène exploré sous l'angle de la psychodynamique du travail	75

Liste des figures et tableau

Figure

1. Démarche de sélection des écrits recensés 62
2. Illustration de l'expérience de travail, de la résilience et de ses effets sur la santé mentale d'infirmières œuvrant en soins palliatifs sous l'angle de la psychodynamique du travail 76

Tableau

1. Classification des études empiriques retenues 64

Remerciements

Ma passion et mon intérêt grandissant pour l'administration de la profession infirmière et pour la santé mentale du personnel infirmier m'ont amenée à entreprendre des études à la maîtrise. Certaines personnes de mon entourage ont fait de ce parcours académique une expérience enrichissante et inoubliable. La réalisation de ce travail dirigé n'aurait été possible sans l'encadrement, la collaboration et le soutien de celles-ci.

Tout d'abord, je tiens à remercier ma directrice, Madame Marie Alderson, pour sa rigueur, ses précieux conseils, son expertise et les opportunités de développement personnel et professionnel qu'elle m'a apportées. Merci d'avoir cru en moi.

Merci à Madame Chantal Caux, pour sa participation au comité d'approbation et au comité du jury de mon travail dirigé ainsi que pour l'aide compétente apportée.

Merci à Madame Marie-Thérèse Cocullo, pour la révision linguistique de ce travail dirigé. Merci également à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal et au Ministère de l'Éducation, de l'Enseignement supérieur et de la recherche scientifique, pour l'aide financière qui m'a été octroyée lors de mon parcours universitaire au deuxième cycle.

Merci à mes collègues et amis qui m'ont soutenue tout au long de mes études à la maîtrise, que ce soit par votre présence, vos mots ou vos pensées.

Enfin, un merci particulier à Maman, Papa, Diletta, Marie-Pier, Marc-André, Zachary, Alexis et Maxime, pour votre écoute attentive, vos précieux conseils et votre présence si importante dans ma vie. Merci de m'avoir soutenue sans relâche au cours des dernières années. Ce succès est également le vôtre.

Introduction

Les infirmières sont susceptibles d'être exposées, dans le cadre de leur travail, à de maintes sources de souffrance, au regard desquelles elles peuvent être portées à déployer des stratégies défensives individuelles ou collectives afin de demeurer en santé (Boivin-Desrochers & Alderson, 2014). Lorsqu'un milieu de travail devient source de souffrance pour le travailleur, des problèmes de santé mentale au travail sont susceptibles de survenir et engendrer des impacts non seulement sur l'individu, mais également sur les établissements (Gouvernement du Québec, 2015). La santé des organisations est donc également affectée; « elle est tributaire de celle des employés » (Joron & Couturier, 2008, p.1). La recension intégrative des écrits réalisée par Boivin-Desrochers et Alderson (2014) souligne, entre autres, que l'environnement de travail malsain, la charge de travail trop élevée, la faible reconnaissance de la part des supérieurs ou des collègues, la violence au travail, les tensions psychiques et le déséquilibre entre la vie professionnelle et la vie personnelle des infirmières constituent des sources de fragilisation et de détérioration de la santé mentale de ces dernières. À cet égard, la résilience fait office de stratégie de défense déployée par les infirmières afin de persévérer et survivre dans leur milieu de travail (Boivin-Desrochers & Alderson, 2014). Bien que la résilience semble, dans son ensemble, bénéfique en termes de santé mentale, aborder cette stratégie défensive avec un optimisme inconditionnel pourrait entraîner une omission des risques qu'elle implique (Bellenger, 2010). Divers auteurs remettent en effet en question le bien-être associé à la résilience (Anaut, 2005; Anaut, 2008; Bellenger, 2010; Hanus, 2001; Lecomte, 2010; Lighezzolo

& De Tychey, 2004; Rousseau, 2010; Tisseron, 2008; Tisseron, 2011; Tomkiewicz, 2001; Tomkiewicz, 2005; Vermeiren, 2012). Afin de documenter tantôt les bénéfices, tantôt les risques de la résilience, le contexte de travail des soins infirmiers palliatifs de fin de vie est retenu. Divers auteurs s'entendent pour souligner que ce contexte de travail est sujet à engendrer de la souffrance chez le personnel infirmier (Colombat et al., 2001; Ferrell & Coyle, 2008; Gremaud, 2013; Jacquemin, 2005) et qu'il sollicite considérablement ce dernier au niveau de sa résilience (Ablett & Jones, 2007).

But du travail dirigé

Ce travail dirigé permettra, dans un premier temps, d'établir l'état des connaissances sur la souffrance au travail d'infirmières œuvrant en soins palliatifs, les stratégies de défense déployées par ces dernières ainsi que les bénéfices et les risques associés à la résilience. En second lieu, ce travail dirigé permettra d'émettre une proposition à l'attention des gestionnaires, plus particulièrement des infirmières-chefs, en soins palliatifs visant à conscientiser ceux-ci aux risques de la résilience et les outiller au regard du développement et de l'utilisation salutogéniques de ce processus humain chez les infirmières.

Afin de rehausser la visibilité des résultats qui émergeront de ce travail dirigé, la rédaction selon le mode de présentation par article a été privilégiée. Le manuscrit présenté au troisième chapitre de ce présent travail dirigé sera soumis pour publication à la revue *Le Travail Humain* avec comité de pairs. Cette revue comprend des directives spécifiques aux auteurs (voir Appendice A), lesquelles ont été prises en considération au long de la rédaction.

Objectifs de recherche du travail dirigé et objectifs d'apprentissage

Ce travail dirigé est guidé par la volonté d'atteindre des objectifs de recherche et des objectifs d'apprentissage établis en amont de la recension intégrative des écrits effectuée.

Les objectifs de recherche du travail dirigé sont :

1. Documenter les sources de souffrance au travail chez les infirmières œuvrant en soins palliatifs,
2. Documenter le processus de résilience,
3. Documenter les bénéfices et les risques associés à la résilience en termes de santé mentale au travail pour les infirmières et en termes de santé organisationnelle,
4. Élaborer une proposition à l'attention des infirmières-chefs en soins palliatifs visant à conscientiser celles-ci aux risques de la résilience et les outiller dans le développement et l'utilisation salutogéniques de la résilience des infirmières,
5. Diffuser, auprès des organisations, par le biais de la publication, les connaissances dégagées par la recension intégrative des écrits.

Les objectifs d'apprentissage de l'étudiante sont :

1. Connaître les sources de souffrance au travail d'infirmières œuvrant en soins palliatifs,
2. Se familiariser avec le processus de résilience,
3. Connaître les bénéfices et les risques associés à la résilience, et ce, tant pour les infirmières que pour les organisations de la santé,
4. Consolider ses habiletés liées au processus de recherche en sciences infirmières, telles que sa capacité de recherche documentaire et d'analyse des écrits,

5. Mettre en pratique ses aptitudes de communication orale par la participation à divers congrès ou colloques.

Cadre théorique

La psychodynamique du travail a été privilégiée afin de contribuer à l'analyse des écrits et à la structuration de la recension intégrative des écrits. Cette approche interdisciplinaire a été développée par Christophe Dejourné, en France, au cours des années 1970 (Alderson, 2004) et présente, parmi d'autres aspects, le travail comme source potentielle de souffrance (Goffart, 2004). Elle offre un éclairage intéressant et pertinent au regard du phénomène étudié (la résilience chez les infirmières) dans la mesure où elle prend appui sur les concepts de souffrance au travail, des stratégies défensives et de construction identitaire du travailleur (Alderson, 2004). Cette auteure note que la compréhension de la santé mentale en lien avec l'organisation du travail est une finalité de la psychodynamique du travail. En ce sens, cette approche théorique a servi de toile de fond à la présente recension intégrative des écrits afin d'en faire ressortir, dans un premier temps, les sources de souffrance et les stratégies de défense des infirmières œuvrant en soins palliatifs, et, dans un second temps, les risques de la résilience comme stratégie défensive. La proposition émise à l'attention des infirmières-chefs en soins palliatifs prend appui sur l'approche de la psychodynamique du travail afin d'en asseoir la visée salutogénique de la résilience chez les infirmières et, ainsi, contribuer à leur santé mentale au travail.

La méthode de recherche documentaire utilisée lors de la recension intégrative des écrits sera illustrée au sein du prochain chapitre. Par la suite, le troisième chapitre sera

réservé au manuscrit, et le quatrième chapitre du présent travail dirigé, soit la discussion, offrira un regard critique sur la proposition émise à l'attention des infirmières-chefs en soins palliatifs, une discussion des forces et limites du travail dirigé ainsi qu'une évaluation de l'atteinte des objectifs de recherche et des objectifs d'apprentissage sous-jacents au présent travail dirigé et mentionnés ci-avant.

Méthode de recherche documentaire

Ce second chapitre présente la méthode de recherche documentaire retenue pour mener à terme ce présent travail dirigé. Il aborde les bases de données, les mots-clés, les critères d'inclusion ainsi que les critères d'exclusion utilisés et présente le nombre d'écrits théoriques, d'études empiriques et de manuels retenus.

Une revue intégrative des écrits a été réalisée dans le cadre de ce travail dirigé. Celle-ci consiste à un exercice de recherche permettant de recenser, critiquer et synthétiser les écrits au sein de la littérature (Torraco, 2005) afin de contribuer à établir l'état des connaissances entourant un sujet particulier (Whittemore & Knafl, 2005). La revue intégrative des écrits menée dans le cadre de ce présent travail dirigé est inspirée de la méthode de Whittemore et Knafl (2005), laquelle vise, en premier lieu, à identifier le problème : déterminer les concepts d'intérêts, la population visée, l'importance du problème ainsi que le but et les objectifs de la recension intégrative des écrits. La seconde étape, celle de la recherche d'articles, consiste tout d'abord à identifier la stratégie de recherche utilisée incluant les mots-clés, les critères d'inclusion et d'exclusion ainsi que les bases de données. La troisième étape de la méthode de Whittemore et Knafl (2005), celle de l'évaluation de la qualité des écrits théoriques et empiriques recensés, s'effectue par la critique de la méthode sous-jacente à ceux-ci et de leur pertinence. La quatrième étape, celle de l'analyse des données, contribue à structurer et comparer les écrits recensés tandis que la dernière étape, celle de la présentation des résultats, permet de synthétiser les résultats de la recension intégrative des écrits.

La recherche d'écrits empiriques et théoriques a été effectuée par l'interrogation de diverses bases de données, soit *CINAHL*, *PubMed*, *PsycInfo* et *Atrium*. Les mots-clés utilisés pour interroger les bases de données ont été : résilience (*resilience*), profession infirmière (*nursing profession*), soins palliatifs (*palliative care*), infirmières (*nurses*), souffrance (*suffering*), psychodynamique du travail (*psychodynamic of work*), stratégies défensives (*defensive strategies*) et environnement de travail (*work environment*). En raison de la non pertinence des écrits issus de l'utilisation isolée de chacun de ces mots-clés, diverses combinaisons de mots-clés ont été réalisées, notamment : a) résilience (*resilience*) - profession infirmière (*nursing profession*); b) résilience (*resilience*) – infirmières (*nurses*); c) soins palliatifs (*palliative care*) – infirmières (*nurses*); d) soins palliatifs (*palliative care*) – souffrance (*suffering*). Les critères d'inclusion établis ont été : a) écrits publiés entre 1990 et 2015; b) écrits de langue française ou anglaise; c) écrits traitant, au sein de leur titre ou résumé, des sources de souffrance rencontrées par les infirmières œuvrant en soins palliatifs, des stratégies de défense déployées par ces infirmières, de la résilience, de la résilience au travail, de la résilience des infirmières œuvrant en soins palliatifs et des concepts d'intérêt liés à la psychodynamique du travail : la souffrance au travail, les stratégies défensives et l'identité du travailleur. Les années de publication ont été établies en fonction de l'émergence du concept de la résilience dans les écrits en psychologie au cours des années 1990 (Anaut, 2008). Les critères d'exclusions ont été : a) écrits traitant de la souffrance et des sources de souffrance au travail rencontrées par d'autres professionnels que les infirmières; b) écrits

traitant d'infirmières œuvrant dans d'autres secteurs que les soins palliatifs et dont les résultats ne peuvent être transférables à ces derniers.

Au total, à l'aide des bases de données retenues et des mots-clés établis, 1 825 écrits ont tout d'abord été identifiés. Par le biais d'une lecture attentive du titre et du résumé de chacun d'entre eux et l'application des critères d'inclusion et d'exclusion, une première sélection a permis d'en répertorier 72. Cette première lecture ciblait les titres ou les résumés pertinents au thème traité. Par ailleurs, la consultation des références citées à la fin des écrits et la lecture du titre et du résumé de celles-ci ont permis d'identifier 14 écrits supplémentaires. Par la suite, la lecture approfondie des écrits retenus a permis de conserver 30 écrits théoriques, 21 manuels et 8 études empiriques, publiés entre 1990 et 2014. L'évaluation de la qualité, de la rigueur et de la pertinence de chaque étude empirique a été réalisée par le biais d'une fiche de lecture. Ces fiches de lecture ont contribué à documenter les études empiriques retenues pour développer la proposition constituant la visée du présent travail dirigé. La démarche de sélection des écrits est illustrée par un diagramme de flux (voir Appendice B) et un tableau des éléments centraux des études empiriques retenues est présenté à l'Appendice C.

Le prochain chapitre présente le manuscrit rédigé dans le cadre de ce travail dirigé. Ce manuscrit aborde, tout d'abord, la problématique et le contexte. Il présente ensuite la démarche de recherche documentaire et le cadre de référence de la psychodynamique du travail. Finalement, la recension intégrative des écrits effectuée, la discussion des résultats obtenus ainsi que l'énoncé de la proposition à l'attention des infirmières-chefs en soins palliatifs sont offertes.

Manuscrit

SYNTHÈSE

TITRE : LA RÉSILIENCE D'INFIRMIÈRES EN SOINS PALLIATIFS: BÉNÉFICES ET RISQUES EN TERMES DE SANTÉ MENTALE AU TRAVAIL
TITRE COURT: BÉNÉFICES ET RISQUES DE LA RÉSILIENCE

PAR

C. Boivin-Desrochers^a, M. Alderson^b et C. Caux^c

ABSTRACT

RESILIENCE OF NURSES IN PALLIATIVE CARE: BENEFITS AND RISKS IN TERMS OF MENTAL HEALTH AT WORK

All work may at some point become a source of suffering for employees. In regards to the nursing profession, the work environment can generate suffering, work overload, imbalance between personal and professional life, lack of support from superiors and colleagues, physical and psychological violence as well as mental stress at work. Nurses working in palliative care are exposed to an environment where human suffering is central and where death can occur at any time. This work context requires the highest personal and professional commitment and exposes nurses to many sources of suffering at work. The framework for this integrative literature review is the psychodynamic of work, which points out that faced with suffering experienced at work, the employee does not remain passive; on the contrary, he/she deploys defensive strategies to mitigate the perception of pain encountered and thus remain healthy. The resilience required of nurses working in palliative care is similar to a defensive strategy in that it protects the health of nurses and allows them to continue to practice in their work environment. However, it raises questions because its associated well-being is questioned by various authors. This integrative literature review will establish the state of knowledge about the suffering at work of nurses working in palliative care, and the benefits as well as the risks of resilience with regard to the mental health of these nurses. As a result of this review, a proposal will emerge for palliative care managers to raise their awareness of, as well as to provide them with tools for, the healthy development of nurses' resilience.

Keywords: *Resilience, nursing profession, palliative care, nurses, suffering, psychodynamic of work, defensive strategies, work environment.*

^a Camille Boivin-Desrochers, Infirmière, B. Sc., Étudiante à la maîtrise en Administration des services infirmiers, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal, Québec, Canada.

^b Marie Alderson, Infirmière, Ph. D., Professeure titulaire, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal, Québec, Canada.

^c Chantal Caux, Ph. D. (santé publique), Professeure agrégée, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal, Québec, Canada.

I. Introduction

Le travail est susceptible de générer de la souffrance (Debout & Vasquez, 2014); le travail infirmier ne fait pas exception à ce constat (Boivin-Desrochers & Alderson, 2014). La recension intégrative des écrits menée par ces auteures souligne, entre autres, que l'environnement de travail malsain, la surcharge de travail, la faible reconnaissance de la part des supérieurs ou des collègues et les tensions psychiques associées au travail infirmier constituent des sources de fragilisation et de détérioration de la santé mentale des infirmières. Au cours des prochaines décennies, un développement considérable du secteur des soins palliatifs de fin de vie est à entrevoir au Québec en raison du vieillissement de la population et, ainsi, de l'augmentation du nombre de maladies requérant des soins palliatifs de fin de vie (Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS) du Québec, 2010). Divers auteurs constatent la souffrance que peuvent rencontrer les infirmières œuvrant en soins palliatifs (Colombat, Mitaine, & Gaudron, 2001; Ferrell & Coyle, 2008; Gremaud, 2013; Jacquemin, 2005), ce qui souligne le besoin d'investiguer leur santé mentale. En regard à cette souffrance rencontrée dans le cadre de leur travail, ces infirmières peuvent être sollicitées à développer la résilience (Ablett & Jones, 2007), leur permettant de faire face aux difficultés rencontrées dans le travail et d'éprouver un certain bien-être (Gillman et al., 2012). Des mises en garde quant aux effets à plus ou moins long terme de la résilience sur le bien-être sont cependant soulevées par des auteurs (Anaut, 2005; Anaut, 2008; Bellenger, 2010; Hanus, 2001; Lecomte, 2010; Lighezzolo & De Tyche, 2004; Rousseau, 2010; Tisseron, 2008; Tisseron, 2011; Tomkiewicz, 2001; Tomkiewicz, 2005; Vermeiren, 2012). Cette ambiguïté au regard des effets de la résilience sur la santé mentale requiert donc de faire état des bénéfices et des risques de ce processus en termes de santé mentale chez les infirmières et en termes de santé organisationnelle afin d'émettre une proposition à l'endroit des infirmières-chefs en soins palliatifs susceptible de les conscientiser et de les outiller à un usage salutogénique de la résilience des infirmières.

II. Problématique et contexte

Des problèmes de santé mentale au travail surviennent lorsque le milieu dans lequel œuvre le travailleur est source de souffrance (Gouvernement du Québec, 2015). Semblable contexte est préoccupant et malheureusement actuel (Cavanaugh, 2014; Dagenais-Desmarais, 2012). La prévalence des problèmes de santé mentale au travail, notamment la dépression et l'anxiété, est en hausse (Bilsker & Gilbert, 2011). Environ le quart des travailleurs canadiens présente un problème de santé mentale relié au travail (Commission de la santé mentale du Canada, 2015). Non seulement ces problèmes ont des impacts sur les individus, pouvant aller jusqu'au suicide, ils retentissent aussi sur les établissements par des taux élevés d'absentéisme et de roulement du personnel ainsi que par une diminution de la productivité des employés (Gouvernement du Québec, 2015). La santé organisationnelle est donc également affectée; « elle est tributaire de celle des employés » (Joron & Couturier, 2008, p.1). En effet, une organisation en santé se définit, entre autres, par l'atteinte et le maintien d'un état de bien-être chez ses employés (Programme santé des organisations et des individus, 2012). La souffrance des soignants, leur efficacité, leur rétention et leur rigueur de travail peuvent présenter des interrelations (Canouï, 2003). La qualité des soins prodigués par des infirmières épuisées physiquement et psychologiquement s'en trouve altérée, de même que leur qualité de vie au travail (Berry & Curry, 2012). Si aucune profession n'est protégée au regard du

risque de problèmes de santé mentale au travail (Commission de la santé mentale du Canada, 2015), les professionnels de la santé, dont le personnel infirmier, présentent un risque accru d'y être exposés (Bourbonnais, Comeau, Dion, & Vézina, 1997). En effet, à la lumière de leur étude d'approche mixte (quantitative et qualitative) réalisée auprès de 2 000 infirmières québécoises œuvrant dans six centres hospitaliers différents, Bourbonnais et al. (1997) soutiennent que la demande psychologique élevée associée au travail, la faible latitude décisionnelle et le manque de soutien hiérarchique sont des composantes de l'organisation du travail contribuant à l'exigence du travail infirmier et au risque accru de problèmes de santé mentale au travail. Ces conditions de travail génèrent, chez le personnel infirmier, une tension psychologique susceptible d'entraîner de la détresse psychologique (Bourbonnais et al., 2000).

Un sondage effectué auprès de 6 312 infirmières œuvrant dans divers contextes de soins au Canada démontre que l'exigence psychologique de la profession est ressentie et partagée par 90% d'entre elles; elles se disent fatiguées au travail (Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIC) & Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (RNAO), 2010). Les infirmières sont exposées à la douleur, à la détresse et quelquefois à la mort des patients dont elles prennent soin, les amenant à devoir affronter les demandes émotionnelles que ces situations impliquent (Gray, 2012). La préoccupation associée à la santé mentale au travail et, plus spécifiquement, à la santé mentale des infirmières n'est pas uniquement actuelle. Il apparaît, en effet, à travers les écrits, qu'elle constitue un sujet alarmant depuis plus d'une décennie (Alderson, 2009; Bayet-Papin & Héritier, 2006; Boivin-Desrochers & Alderson, 2014; Canouï, 2003; Lorient, 2001). La Commission de la santé mentale du Canada (2015) soutient que les individus consacrent un temps important à leur emploi : en 1976, les Canadiens consacraient 8,7% de leur temps à leur travail tandis qu'en 2012, ce chiffre est grimpé à 10% (Gouvernement du Canada, 2015). En raison de la place importante qu'occupe le travail dans la vie quotidienne d'un individu, la santé mentale au travail constitue un enjeu significatif requérant une attention et des interventions adéquates afin de la maintenir (Commission de la santé mentale du Canada, 2015). Partant du fait que seulement 23% des travailleurs canadiens se disent confortables avec l'idée de discuter avec leur employeur des problèmes de santé mentale éprouvés, il y a lieu de penser que le nombre effectif de travailleurs souffrants dépasse les chiffres publiés (Commission de la santé mentale du Canada, 2015). Force est de constater que la souffrance des soignants, bien qu'elle soit fréquente, demeure un « tabou » (Phaneuf, 2012, p.6); elle perdure ainsi, quelques fois pendant de longs moments, jusqu'à atteindre un niveau préjudiciable (Phaneuf, 2012).

Cette préoccupation au regard de la santé mentale des infirmières est notamment présente au sein du contexte de travail en soins palliatifs de fin de vie, lequel est susceptible de générer de la souffrance (Colombat et al., 2001; Ferrell & Coyle, 2008; Gremaud, 2013; Jacquemin, 2005), laquelle sera étayée ultérieurement, et d'ainsi porter le personnel infirmier à déployer diverses attitudes, comportements ou stratégies défensives dont, entre autres, la résilience (Ablett & Jones, 2007). Celle-ci s'apparente, à certains égards, à une stratégie défensive individuelle (Boivin-Desrochers & Alderson, 2014; Davydov, Stewart, Ritchie & Chaudieu, 2010) protégeant la santé mentale des infirmières et permettant à celles-ci de poursuivre leur travail de manière à demeurer à l'emploi et dans la profession (Boivin-Desrochers & Alderson, 2014). La résilience se

définit comme un « processus dynamique dans lequel les individus présentent une adaptation positive malgré les expériences d'adversité et de traumatismes importants » [Traduction libre] (Luthar & Cicchetti, 2000, p.2). En d'autres termes, la résilience permet ou amène les infirmières à persévérer dans la profession malgré les adversités rencontrées (Tusaie & Dyer, 2004). L'adversité correspond à un état de souffrance (Jackson, Firtko, & Edenborough, 2007) associé aux circonstances négatives de la vie (Luthar & Cicchetti, 2000), tels que les événements tragiques ou les difficultés (Jackson et al., 2007).

Dans le cadre de la présente recension intégrative des écrits, bien que la notion de soins palliatifs puisse englober tous les soins offerts aux individus atteints d'une maladie pouvant éventuellement mener à la mort (Shang & Jancarik, 2013), le secteur des soins palliatifs de fin de vie a été retenu. Ces soins sont destinés aux « personnes rendues à l'étape pré-terminale ou terminale d'une maladie » (MSSS du Québec, 2010, p.17) : la phase pré-terminale correspond au moment où les traitements curatifs ont été cessés, tandis que la phase terminale réfère au moment où la condition du patient présente une instabilité susceptible de restreindre de plus en plus son autonomie (MSSS du Québec, 2010). Si les soins palliatifs de fin de vie sont prodigués aux individus atteints d'une maladie dont l'impact sur la survie est critique, une attention significative est également assurée aux proches (Foucault, 2004 ; Lambert & Lecompte, 2000, MSSS, 2010). Les soins et services prodigués par une infirmière en contexte de fin de vie sont ainsi multidimensionnels et comprennent, parmi d'autres, la gestion de la douleur et des autres symptômes néfastes, la promotion du confort, l'apprivoisement de la fin de vie et le moment venu, l'accompagnement des proches dans leur processus de deuil (De Montigny, 2010). En résumé, la finalité des soins palliatifs de fin de vie est l'offre d'un soutien physique, psychologique et spirituel aux patients ainsi qu'à leurs proches (De Montigny, 2010). Auparavant considérés comme des soins généraux, les soins palliatifs ont été reconnus, en 2003, en tant que spécialité, par l'AIC (Comité des normes en soins infirmiers de l'Association canadienne de soins palliatifs (ACSP), 2009). Dans ledit contexte de soins, les infirmières agissent tant selon le Code de déontologie de leur profession et les normes provinciales que selon des normes spécifiques aux soins infirmiers palliatifs (Comité des normes en soins infirmiers de l'ACSP, 2009). Ces normes, considérées comme des lignes directrices de la pratique infirmière en soins palliatifs (Comité des normes en soins infirmiers de l'ACSP, 2009), ont été établies afin d'orienter les soins infirmiers palliatifs vers une perspective *caring* plutôt que *curing* et ainsi mettre à l'avant-plan l'humanisme des soins et services infirmiers dispensés à l'individu en fin de vie (Foucault, 2004). Elles encouragent également une vision des soins palliatifs en tant que spécialité (Comité des normes en soins infirmiers de l'ACSP, 2009) et impliquent : une approche holistique de l'individu, le respect des croyances des patients et de leurs proches, la promotion de soins et de services de fin de vie de qualité, l'accompagnement dans les diverses transitions, le confort du patient lors de l'expérience de la mort, ainsi que la reconnaissance, par l'infirmière, de sa propre vision et expérience de la mort de patients ou de proches tout comme de ses besoins singuliers dans ce contexte particulier (Comité des normes en soins infirmiers de l'ACSP, 2009). Tel que le notent Boissier et Censin (1987, cité dans Foucault, 2004), un soignant qui s'engage dans une relation avec un individu en fin de vie est invité à s'impliquer personnellement : « la plus importante des choses à donner à un mourant, ce n'est pas le

médicament, c'est nous-mêmes » (p. 8). Ce contexte spécifique de travail implique de la part des infirmières, certes des connaissances scientifiques, mais également des compétences et habiletés humaines; la composante expressive des soins étant aussi importante que la composante instrumentale (Foucault, 2004). Le contexte de travail des infirmières œuvrant en soins palliatifs de fin de vie ayant été présenté, la résilience que ces professionnels sont susceptibles de déployer sera à présent discutée.

La résilience chez les infirmières œuvrant en soins palliatifs contribue au maintien d'un bien-être et à l'atténuation des risques de présenter de l'épuisement professionnel ou de la détresse psychologique (Gillman et al., 2012). À son origine, le concept de résilience appartenait au domaine de la physique des matériaux (Kouamékan, 2014), au sein duquel il correspondait à « l'aptitude d'un corps à résister à un choc » (Cyrulnik, 2002, p.8). Ce concept a par la suite été interpellé différemment au début des années 1980 (Koninckx & Teneau, 2010; Tomkiewicz, 2005) lorsque le rôle des caractéristiques et de l'environnement d'un individu sur sa résistance aux événements difficiles et nuisibles fut questionné (Koninckx & Teneau, 2010). Le début des années 1980 a en effet été marqué par plusieurs incertitudes et crises: pauvreté, chômage, perte d'emploi, inondations, séismes, etc (Kouamékan, 2014). Depuis ce temps, plusieurs disciplines ont emprunté le concept de la résilience dont, entre autres, l'informatique, la psychologie et l'écologie (Koninckx & Teneau, 2010). En psychologie, le concept de résilience est né au cours des années 1990 (Anaut, 2008) : il référerait alors à la reconstruction positive malgré la présence d'adversité (Rousseau, 2010). Si la résilience constitue un sujet de plus en plus évoqué au sein de la discipline infirmière (Genest, 2013) et que son développement est prôné afin de protéger la santé mentale des infirmières et permettre à celles-ci de poursuivre leur travail (Boivin-Desrochers & Alderson, 2014), elle suscite également des mises en garde (Cyrulnik, 2005).

Lighezzolo et De Tychev (2004) notent qu'il convient ainsi d'être réaliste quant à la capacité d'un individu à surmonter les difficultés rencontrées. Aborder ou appréhender la résilience avec un optimisme absolu peut faire oublier les risques qu'elle comporte (Bellenger, 2010). Ainsi, la présente recension intégrative des écrits fera état, après avoir noté la souffrance d'infirmières œuvrant en soins palliatifs ainsi que les stratégies défensives que ces dernières déploient, des bénéfices et des risques de la résilience au regard de leur santé mentale et de la santé des organisations.

III. Démarche de recherche documentaire

La recension intégrative des écrits, qui sera présentée ci-après, a été effectuée par l'interrogation des bases de données *CINAHL*, *PubMed*, *PsycInfo* et *Atrium*. Les mots-clés utilisés pour interroger ces bases de données ont été: résilience (*resilience*), profession infirmière (*nursing profession*), soins palliatifs (*palliative care*), infirmières (*nurses*), souffrance (*suffering*), psychodynamique du travail (*psychodynamic of work*), stratégies défensives (*defensive strategies*) et environnement de travail (*work environment*). Les critères d'inclusion établis ont été : a) écrits publiés entre 1990 et 2015; b) écrits de langue française ou anglaise; c) écrits traitant, au sein de leur titre ou résumé, de la souffrance vécue par les infirmières en soins palliatifs, des stratégies de défense déployées par ces infirmières, de la résilience, de la résilience au travail, de la résilience des infirmières œuvrant en soins palliatifs et des concepts d'intérêt liés à la psychodynamique du travail : la souffrance au travail, les stratégies défensives et l'identité du travailleur. Les années de publication des écrits recensés ont été établies en

fonction de l'émergence du concept de la résilience dans les écrits en psychologie; soit en 1990 (Anaut, 2008). Les écrits abordant le concept de la résilience au sein du domaine de la physique des matériaux, tel que mentionné ci-haut, ne présentaient pas d'intérêt pour la présente recension intégrative des écrits. Les critères d'exclusion utilisés ont été : a) les écrits traitant de la souffrance et des sources de souffrance au travail rencontrées par d'autres professionnels que les infirmières; b) les écrits traitant d'infirmières œuvrant dans d'autres secteurs que celui des soins palliatifs et dont les résultats ne peuvent être transférés à ces derniers. La langue de recherche documentaire a été ajustée selon la base de données interrogée. En premier lieu, par le biais des diverses bases de données et des mots-clés utilisés, 1 825 écrits ont été répertoriés. Après la lecture des titres et résumés de ceux-ci et l'application des critères d'inclusion et d'exclusion, une première sélection a permis de retenir 72 écrits. La consultation des références citées à la fin de ces écrits faisait partie de la stratégie de recherche documentaire et a permis d'identifier 14 écrits supplémentaires. À la lumière de la lecture approfondie des écrits retenus, 30 écrits théoriques, 21 manuels et 8 études empiriques, publiés entre 1990 et 2014, ont été conservés, pour un total de 59 écrits. Ceux-ci ont par la suite été analysés en fonction des concepts de la souffrance au travail et des stratégies défensives, tel que soutenu par le cadre théorique de la psychodynamique du travail.

IV. Cadre théorique: la psychodynamique du travail

Le cadre théorique retenu pour analyser et structurer les écrits recensés est celui de la psychodynamique du travail. Cette approche a été développée en France par Christophe Dejours au cours des années 1970 (Alderson, 2004). Elle présente, entre autres, le travail comme source de souffrance pour le travailleur (Davezies, 1993; Dejours, 1993; Goffart, 2004) et s'intéresse aux stratégies défensives déployées par celui-ci afin de protéger sa santé mentale et persévérer au travail (Alderson, 2004). Selon cette auteur, la psychodynamique du travail s'inscrit dans le paradigme subjectiviste d'approche compréhensive et vise à comprendre, à partir de l'expérience subjective des travailleurs, ce qui, en lien avec l'organisation du travail, fortifie ou affaiblit leur santé mentale au travail (Alderson, 2013). L'étymologie du terme psychodynamique provient tout d'abord du mot « psycho », qui réfère à l'analyse du psychique des travailleurs, et du mot « dynamique », lequel fait référence au déploiement de processus actifs par le travailleur lorsqu'il est confronté à des situations difficiles au travail (Alderson, 2013). Parmi les principaux concepts associés à la psychodynamique du travail se trouvent le plaisir et la souffrance au travail ainsi que les stratégies défensives (Alderson, 2004). Cette approche théorique aborde également le concept de l'identité : elle considère le jugement d'utilité (reconnaissance), notamment des supérieurs, sur le travail effectué comme étant nécessaire à la construction identitaire du travailleur (Dejours, 1993). À la lumière de la psychodynamique du travail, l'identité est centrale à la santé mentale (Dejours, 1993): une identité fragilisée affecterait ainsi la santé mentale (Alderson, 2013). L'utilisation de ce cadre de référence dans l'exploration de l'objet de la présente recension intégrative des écrits est pertinente dans la mesure où elle permet de mettre en lumière l'interrelation entre la souffrance vécue au travail par les infirmières œuvrant en soins palliatifs, les stratégies défensives utilisées par celles-ci et leur santé mentale. Le cadre théorique de la psychodynamique du travail a premièrement été utilisé à titre de grille de lecture et d'analyse des écrits. En second lieu, cette approche a contribué à la

structuration de la revue intégrative des écrits en vue de développer une proposition à l'attention des infirmières-chefs en soins palliatifs de fin de vie.

V. Souffrance au travail d'infirmières œuvrant en soins palliatifs

Selon l'approche de la psychodynamique du travail, le travail peut être source de plaisir lorsque le travailleur reçoit et perçoit une reconnaissance de son travail contribuant, dès lors, à la construction de son identité (Alderson, 2004). Toutefois, à partir du moment où la construction identitaire du travailleur est entravée par une organisation du travail qui n'ouvre pas sur une reconnaissance du travail accompli, le travail est susceptible de devenir une source de souffrance psychique (Alderson, 2013). Cette souffrance au travail est décrite, selon l'approche de la psychodynamique du travail, comme un « état de lutte que vivent les travailleurs pour demeurer dans la normalité et ne pas sombrer dans la maladie » (Alderson, 2004, p.249). Le fait que les sources de souffrance au travail soient souvent minimisées (Saint-Jean, Saint-Arnaud, Rhéaume, Therriault, & Desrosiers, 2006) rehausse la pertinence de les recenser.

V.1 Contact avec la souffrance des patients

Les infirmières œuvrant en soins palliatifs sont susceptibles d'éprouver « une souffrance aux multiples facettes » (Jacquemin, 2005, p.7). Selon cet auteur, cette souffrance peut tout d'abord être reliée à la rencontre avec les patients en fin de vie ; celle-ci est décrite par Castra (2004) comme étant difficile et perturbante. Bien que tout soignant est susceptible d'être confronté à la souffrance des patients, la souffrance vécue par les patients en fin de vie renferme une intensité et une lourdeur particulières étant donné sa proximité avec la mort, et induit une charge émotionnelle significative chez les soignants lorsque ceux-ci y sont confrontés de manière répétitive (Jacquemin, 2005). La souffrance des patients en fin de vie réfère donc principalement à l'omniprésence de la mort tandis que celle des soignants survient lorsqu'ils ont à se positionner en tant que professionnel, c'est-à-dire entre la souffrance que rencontre le patient en fin de vie et la nécessité d'agir (Jacquemin, 2005).

V.2 Confrontation à des deuils multiples et répétitifs

Une fragilisation émotionnelle des infirmières travaillant en soins palliatifs peut survenir lorsque celles-ci sont confrontées à des deuils consécutifs de patients (Gremaud, 2013) : elles s'engagent émotionnellement dans la relation d'aide et éprouvent dès lors de la souffrance lorsqu'elles sont confrontées de manière répétitive à la mort de patients (Maubon, 2011). Selon cette auteure, la tristesse et la souffrance reliées à la séparation ou à la perte du patient dépendent de l'engagement du soignant au sein de la relation d'aide. Cet engagement, bien qu'il puisse être fort, nécessitera un désinvestissement rapide et une souplesse lors du décès du patient (Jouteau-Neves, Malaquin-Pavan, & Nectoux-Lannebere, 2013). Le personnel infirmier, en contexte palliatif, est ainsi confronté quotidiennement à la construction de relations et à la perte de celles-ci (Jouteau-Neves et al., 2013). Certains facteurs contribuent à la souffrance des soignants face aux deuils vécus en contexte de soins palliatifs de fin de vie, notamment la première confrontation à la mort d'un patient, la nature du décès, l'âge du patient, le doute du soignant au regard de ses compétences professionnelles, le fait de s'identifier au patient mourant et l'accumulation de deuils consécutifs et fréquents (Maubon, 2011).

V.3 Impression de devoir tout solutionner

Jacquemin (2005) note que la vision holistique du patient que prône la pratique

en soins palliatifs (De Montigny, 2010) peut être néfaste à la santé mentale des infirmières dans la mesure où celles-ci sont susceptibles de ressentir une obligation de soigner ou de trouver une solution à tous les problèmes rencontrés par les patients (Jacquemin, 2005). Les soignants peuvent également être confrontés au dilemme qu'est celui de vouloir répondre aux divers besoins des patients tout en évitant que ces derniers perçoivent l'attention reçue de la part des soignants comme une atteinte à leur vie privée (Jacquemin, 2005).

V.4 Sentiment d'impuissance

Les infirmières œuvrant en soins palliatifs sont susceptibles d'éprouver de l'impuissance lorsque l'aspect technique de leur travail ne parvient pas à atténuer ou soulager la souffrance des patients (Colombat et al., 2001; Jacquemin, 2005). Les deuils auxquels est confronté le soignant en contexte palliatif ne résident pas uniquement en la mort des patients, mais également au fait d'accepter que les soins curatifs ne donnent plus les résultats escomptés, ce qui peut être perçu comme un échec (Maubon, 2011). Les infirmières ressentent en effet de la souffrance lorsque les soins prodigués ne soulagent plus le patient et que la mort de ce dernier devient ainsi synonyme d'inachèvement et de frustration (Jouteau-Neves et al., 2013). La formation des soignants ne considère pas suffisamment les possibilités de rencontrer un échec ; elle met principalement l'accent sur l'importance de l'efficacité de leurs interventions pour soulager le patient (Jacquemin, 2005 ; Phaneuf, 2012).

V.5 Facteurs de stress au niveau organisationnel, professionnel et émotionnel

Un stress chronique au travail peut être la cause de tensions psychiques négatives, lesquelles sont considérées comme une souffrance au travail (Canoui, 2003). Une étude à devis descriptif, d'approche mixte (quantitative et qualitative), a été réalisée auprès de 351 infirmières travaillant au Québec, en centres hospitaliers, sur une unité de soins palliatifs ou offrant des soins palliatifs à domicile (Fillion & Saint-Laurent, 2003). Les chercheuses notent que cette étude visait à déterminer les facteurs de stress associés au travail de ces infirmières et à comparer ceux-ci selon que les infirmières œuvrent en centre hospitalier ou à domicile. À la lumière de l'analyse, des facteurs de stress au niveau organisationnel, professionnel et émotionnel ont été mis de l'avant (Fillion & Saint-Laurent, 2003). Au niveau organisationnel, le fait d'avoir à défendre la dignité et le respect des patients au sein d'un système de santé fragile et quelques fois désorganisé engendre un stress chez le personnel infirmier œuvrant en soins palliatifs: ce facteur est ressenti autant chez les infirmières œuvrant en centre hospitalier qu'à domicile (Fillion & Saint-Laurent, 2003). Colombat et al. (2001) ajoutent qu'au niveau organisationnel, un manque de reconnaissance de la part des supérieurs quant au travail complexe réalisé par les employés, un manque d'opportunités d'expression des sentiments des soignants, une communication difficile entre les employés et les supérieurs ainsi que la charge de travail trop élevée peuvent être des sources de souffrance chez les soignants travaillant en soins palliatifs. La charge de travail trop élevée chez le personnel infirmier affecte la santé mentale (Santé Canada, 2007) dans la mesure où elle entraîne de la fatigue, de l'épuisement, de l'insatisfaction (Berry & Curry, 2012) et du stress psychologique au travail (La Bonté, 2009). Sous l'angle de la psychodynamique du travail, il peut être postulé que le manque de reconnaissance des supérieurs au regard de l'exigence du travail accompli par les infirmières en soins palliatifs est, quant à lui, susceptible de nuire à la construction identitaire de celles-ci (Molinier, 2008) et d'ainsi interpeller et

fragiliser leur santé mentale (Alderson, 2004). Les facteurs de stress au niveau organisationnel ressentis par les infirmières œuvrant en soins palliatifs sont prépondérants : ils ont une plus grande incidence aux yeux de ces infirmières que les facteurs de stress aux niveaux professionnel et émotionnel (Fillion & Saint-Laurent, 2003). L'organisation du travail des infirmières œuvrant en soins palliatifs a donc, à la lumière de ce constat, un impact déterminant sur leur santé mentale au travail.

Au niveau professionnel, certains conflits de valeurs peuvent survenir entre le soignant en soins palliatifs et le patient ainsi que ses proches et engendrer un stress chez les infirmières, autant à domicile qu'en centre hospitalier (Fillion & Saint-Laurent, 2003); ces conflits de valeurs portent également le nom de dilemmes éthiques ou moraux (Commission de l'éthique en science et en technologie du Québec, 2013). Les conflits de valeurs vécus par les infirmières œuvrant en soins palliatifs peuvent s'expliquer par le fait que les principes éthiques qui encadrent toute pratique clinique, soit le respect de l'autonomie du patient, la bienfaisance, la non-malfaisance et la justice, sont appliqués, dans ce contexte précis de travail, à travers le désir de respecter la vie du patient et l'acceptation que la mort surviendra (Twycross, 2002). Une étude à devis descriptif d'approche mixte (quantitative et qualitative) réalisée auprès de 53 infirmières œuvrant en soins palliatifs gériatriques, en Angleterre, avait pour objectif de déterminer les dilemmes éthiques éprouvés par ces infirmières dans le cadre de leur travail (Enes & de Vries, 2004). Les résultats issus de cette étude empirique soutiennent que les dilemmes éthiques gravitent d'abord autour de l'incertitude quant à l'efficacité de la médication analgésique et à la pertinence des traitements visant à prolonger la vie des patients (Enes & de Vries, 2004). Les infirmières qui sont amenées à prodiguer des soins qu'elles perçoivent « excessivement interventionnistes et/ou invasifs » (Alderson, 2013, p.39) à des résidents âgés ressentent un conflit de valeurs entre la philosophie des soins de longue durée et le degré d'intervention au niveau des soins (Alderson, 2013). Les dilemmes éthiques vécus par les infirmières œuvrant en soins palliatifs peuvent également émerger des attentes parfois irréalistes de la famille du patient en fin de vie ainsi que des différences quant aux intérêts du patient et ceux des membres de son entourage (Enes & de Vries, 2004). Les infirmières ayant participé à l'étude d'Enes et de Vries (2004) qualifient de dilemme éthique les situations où les membres de l'entourage du patient âgé en fin de vie refusent d'accepter que leur proche est mourant et que, dès lors, cet espoir qu'un « miracle » [Traduction libre] (Enes & de Vries, 2004, p.157) survienne les porte à vouloir entamer des procédures invasives. Colombat et al. (2001) ajoutent qu'une formation professionnelle inadéquate et insuffisante au regard des soins palliatifs peut générer de la souffrance (Colombat et al., 2001) : le manque de formation à l'égard de la cessation des traitements ou de la sédation en phase terminale est un exemple (Fillion & Lavoie, 2010).

Au niveau émotionnel, les facteurs de stress en soins palliatifs sont liés à l'expérience individuelle qu'un soignant vit au regard de la mort et de la souffrance : ce dernier est confronté, de façon répétitive, à des deuils et ressent une impuissance ainsi qu'une angoisse au regard de la souffrance d'autrui (Fillion & Saint-Laurent, 2003). Colombat et al. (2001) soutiennent que la souffrance des soignants en soins palliatifs peut également naître de la possibilité que d'anciens souvenirs personnels reliés à des deuils refassent surface.

Il apparaît donc, à la lumière de la situation analysée sous l'angle du cadre

théorique de la psychodynamique du travail, que le phénomène de la souffrance vécue par les infirmières œuvrant en soins palliatifs est reconnu et que celui-ci peut être lié à l'organisation du travail. Il est intéressant à présent de constater que la psychodynamique du travail réfère à des stratégies de défense permettant à l'individu de composer avec les contraintes du travail, et d'ainsi maintenir une santé au travail (Alderson, 2004).

VI. Stratégies défensives d'infirmières œuvrant en soins palliatifs

Sous l'angle de la psychodynamique du travail, il est à noter que le travailleur n'est pas passif devant la souffrance éprouvée au travail : il déploie des stratégies défensives afin d'atténuer la perception de cette souffrance (Molinier & Flottes, 2012). Les stratégies de défense constituent des comportements ou des attitudes contribuant à protéger la santé mentale (Alderson, 2004). Il est à noter que lorsque l'individu n'est plus en mesure de mobiliser ces stratégies défensives, sa performance au travail est susceptible de se détériorer et l'épuisement peut survenir (Morin & Gagné, 2009). Un inconvénient de ces stratégies de défense réside dans le fait que l'individu qui les déploie ne se questionne plus nécessairement sur sa souffrance et ses sources dans la mesure où il la perçoit moins (Alderson, 2013). Si, à court terme, les stratégies de défense contribuent à atténuer la perception de la souffrance, elles sont susceptibles, à plus long terme, d'affecter la santé de l'individu (Alderson, 2004).

La création d'un soutien informel ou formel au sein de leur milieu de travail ou en dehors de celui-ci, par la participation à des ateliers de gestion du stress ou à des groupes d'échange, contribue à exprimer, à métaboliser et à atténuer la possible souffrance vécue par les infirmières œuvrant en soins palliatifs (Fillion & Saint-Laurent, 2003). Ces discussions qu'ont les infirmières entre elles au regard de leurs sentiments et inquiétudes peuvent être apparentées à une stratégie de défense visant à accroître la cohésion au sein de l'équipe en vue d'un soutien accru et, dès lors, une santé mentale au travail renforcée (Molinier, 2008). La démission peut constituer une autre forme de défense utilisée lorsque la résistance ou la rébellion ont connu un échec (Molinier, 2008); il arrive qu'elle soit déployée par des infirmières œuvrant en soins palliatifs (Vachon, 1995). L'humour (Ablett & Jones, 2007), l'évitement, la minimisation de la souffrance éprouvée et le détachement (Gremaud, 2013) peuvent, selon les cas, constituer des stratégies défensives déployées par les infirmières en soins palliatifs. Tel que mentionné ci-haut, ces professionnels de la santé attestent aussi de résilience au travail (Ablett & Jones, 2007). En effet, les résultats d'une étude à devis phénoménologique d'approche qualitative réalisée auprès de 10 infirmières travaillant en soins palliatifs en Angleterre, plus précisément en institutions spécialisées, ont démontré que ces professionnels témoignent de résilience au regard des facteurs stressants de leur travail (Ablett & Jones, 2007). Ces auteurs notent que malgré la provenance spécifique de l'échantillon, les résultats peuvent être généralisés à d'autres groupes d'infirmières travaillant en soins palliatifs. La résilience soulève toutefois, depuis quelques années, des questionnements de premier plan mettant ou remettant en question le sentiment de bien-être associé à plus ou moins long terme à celle-ci (Anaut, 2005; Anaut, 2008; Bellenger, 2010; Hanus, 2001; Lecomte, 2010; Lighezzolo & De Tyche, 2004; Rousseau, 2010; Tisseron, 2008; Tisseron, 2011; Tomkiewicz, 2001; Tomkiewicz, 2005; Vermeiren, 2012). Une attention particulière doit ainsi être portée aux diverses dimensions de cette stratégie défensive, en débutant tout d'abord par la définition de

celle-ci.

VI.1 Définition du concept de résilience

Étayer une définition de la résilience est une activité complexe (Lecomte, 2005a) et les diverses tentatives visant à définir ce concept ont engendré une certaine confusion (Zacharyas, 2010). Lecomte (2010) définit la résilience comme « le fait de rebondir, de se reconstruire après un ou des traumatismes » (p.5). Malgré l'ambiguïté entourant la définition de la résilience, un élément fait, pour sa part, l'objet d'un consensus auprès des auteurs (Stephens, 2013) : la résilience implique une notion de récupération (Atkinson, Martin, & Rankin, 2009) et de développement (Anaut, 2008) après une période d'adversité ou de stress. Elle diffère ainsi du *coping*, lequel se définit comme un processus où l'individu s'adapte à une situation problématique (Koninckx & Teneau, 2010). Le *coping* peut être considéré comme la première étape de la résilience, alors que la seconde tient compte du concept de reconstruction de l'individu (Anaut, 2008). Tugade et Fredrickson (2004) soulignent que certains individus, lorsqu'exposés à des émotions négatives ou difficiles, rebondissent efficacement. D'autres, quant à eux, n'y arrivent pas et se retrouvent piégés à l'intérieur d'un cercle vicieux d'évènements difficiles au niveau émotif (Tugade & Fredrickson, 2004). Comme le notent ces derniers, les individus qui parviennent à s'en sortir le font grâce, non pas à de la chance, mais à la résilience.

N'étant pas uniquement déployée lors d'évènements extrêmes, la résilience intervient également dans le quotidien des individus (Rousseau, 2010; Vanistendael, 2001) : elle est considérée comme une « réalité humaine » (Psiuk, 2005, p.13). La résilience au quotidien, contrairement à celle déployée en situations extrêmes, semble toutefois plus discrète et moins documentée (Vanistendael, 2001). La résilience peut naître de situations difficiles diverses, notamment d'un décès, de situations à haut risque, de traumatismes répétés (Vanistendael, 2001), d'épreuves, de coups durs et de conditions de vie difficiles (Rousseau, 2010). Le processus de résilience qui peut être déployé par l'individu confronté à une situation pénible est enclenché par l'adversité présente au sein de ces diverses situations (Detraux, 2002). Partant du fait que la résilience peut intervenir dans divers contextes ainsi que dans le quotidien d'un individu (Vanistendael, 2001), la présente recension intégrative des écrits s'intéresse particulièrement à la résilience déployée dans le cadre du travail par les infirmières.

VI.2 La résilience au travail chez les infirmières

Le développement de la résilience peut contribuer à maintenir une intégrité personnelle en situation de crise, à trouver un sens au travail et à composer avec l'environnement dans lequel l'individu œuvre (Morin & Gagné, 2009). Tout comme pour la vie en générale, dans le cadre du travail, la résilience aide les infirmières à travailler malgré l'adversité susceptible d'émaner de leur environnement de travail (Jackson et al., 2007; Stephens, 2013); elle est considérée essentielle (Giordano, 1997). Divers facteurs peuvent solliciter la résilience des infirmières : l'environnement de travail exigeant et constamment en changement, la difficulté à dissocier les demandes associées au travail et leur vie personnelle ainsi que l'épuisement professionnel qui peut en découler, puis, finalement, le manque d'harmonie au travail chez les infirmières novices lorsque celles-ci perçoivent l'écart entre leur formation académique et la réalité des milieux cliniques (Hart, Brannan, & De Chesnay, 2014). Tandis que ces divers facteurs sollicitent la résilience des infirmières, d'autres peuvent, quant à eux, contribuer

au développement de celle-ci. Les résultats d'une étude à devis corrélationnel d'approche quantitative réalisée auprès de 772 infirmières œuvrant en salle d'opération en Australie démontre que l'espoir et le sentiment d'auto-efficacité sont fortement liés au développement de la résilience de ces infirmières (Gillespie, Chaboyer, Wallis, & Grimbeek, 2007). L'espoir, défini comme la croyance que les objectifs fixés peuvent être atteints, contribue à la résilience dans la mesure où il atténue l'effet du stress (Gillespie et al., 2007). L'auto-efficacité, quant à elle, contribue au développement de la résilience par l'expérience du succès que vit un individu qui accomplit une tâche demandée (Gillespie et al., 2007). Ces auteurs sont d'avis que, bien que cette étude ait été réalisée auprès d'infirmières œuvrant en salle d'opération, les résultats présentent un caractère généralisable.

La résilience ne se situe pas uniquement au niveau de l'individu; elle peut aussi être observée au niveau organisationnel (Koninckx & Teneau, 2010). La résilience des organisations sera traitée ci-après.

VI.3 La résilience organisationnelle

La résilience organisationnelle s'inspire de la résilience en psychologie (Pinel, 2009) et se définit comme la « capacité d'un groupe à vivre et à se projeter malgré la survenance de chocs organisationnels déstabilisants » (Koninckx & Teneau, 2010, p.276). La résilience d'une organisation dépend de la résilience de ses membres : une organisation en elle-même ne peut être résiliente, seuls les individus qui la constituent peuvent l'être (Koninckx & Teneau, 2010). Une telle organisation, en s'ajustant aux changements et aux bouleversements, parvient à évoluer à travers ceux-ci : elle possède ainsi une « capacité évolutive » (Dentz & Bailli, 2005, p.45). Les organisations de la santé qui encouragent et soutiennent le développement de la résilience des infirmières témoignent notamment d'une qualité accrue des soins (Gillman et al., 2012). Toutefois, partant du fait que les organisations peuvent être portées à tirer profit des stratégies défensives déployées par les travailleurs lorsque celles-ci vont dans le sens des intérêts organisationnels (Dejours & Abdoucheli, 1990), le risque existe que les organisations n'en arrivent à exploiter la résilience de leurs employés. Ci-après, les bénéfices, la conceptualisation ainsi que les risques en termes de santé mentale de la résilience seront traités.

VI.4 Bénéfices de la résilience

Le premier bénéfice associé à la résilience est le fait qu'elle présente la possibilité de se développer (Anaut, 2005; Lecomte, 2010; McAllister & Lowe, 2011) et qu'elle soit accessible à toute personne (Anaut, 2005; Lecomte, 2010). Toutefois, tous ne la développent pas. Les individus qui développent la résilience possèdent une estime d'eux-mêmes manifestée par leur capacité à reconnaître leur propre valeur (Anaut, 2008). Cette auteure soutient également que les individus résilients ont conscience de leur auto-efficacité et de leur capacité à résoudre les difficultés rencontrées. L'individu résilient est aussi en mesure de s'appuyer sur ses expériences positives antérieures pour trouver des solutions aux difficultés rencontrées (Anaut, 2008). Il est à noter que certains individus résilients attestent d'optimisme, notamment en ayant une vision positive de la vie (McAllister & Lowe, 2011; Tugade & Fredrickson, 2004), présentent de l'ouverture et de l'enthousiasme face à la nouveauté (Tugade & Fredrickson, 2004) et détiennent un sens de l'humour développé (McAllister & Lowe, 2011; Tugade & Fredrickson, 2004). Les individus résilients possèdent également une souplesse cognitive, dans la mesure où

ils parviennent à s'adapter aux changements et à vivre ces derniers de manière plus détendue (McAllister & Lowe, 2011).

L'utilisation salutogénique de la résilience par les décideurs se voit appuyée par le fait que ce comportement humain ne se développe pas seul et qu'une aide est nécessaire afin qu'un individu puisse parvenir à exprimer et déployer sa résilience (Tomkiewicz, 2001). Développer sa résilience nécessite en effet la rencontre d'un tuteur de résilience (Tomkiewicz, 2001). Ces tuteurs de résilience, présents lors de situations difficiles, ont des caractéristiques communes: sont empathiques et authentiques au regard de la souffrance d'autrui afin de faciliter le développement de sa résilience, sont à l'écoute, présentent un respect pour le parcours que l'individu choisit dans le développement de sa résilience, croient au potentiel de l'individu, promeuvent l'estime de l'autre en lui démontrant sa valeur aux yeux d'autrui et, devant un échec, ils ne se découragent pas et considèrent les moments difficiles comme des étapes du processus de résilience (Lecomte, 2005a; Lecomte, 2005b).

Le concept de résilience connaît une popularité (Bellenger, 2010). Selon cet auteur, ce succès peut s'expliquer par l'importance accordée à ce qui contribue à rassurer les êtres humains : envisager qu'il est possible de parvenir à surmonter une difficulté et poursuivre sa route malgré celle-ci est effectivement rassurant pour les individus. Selon une étude à devis corrélationnel d'approche quantitative réalisée auprès d'étudiants à l'Université du Nouveau-Mexique, la résilience contribue à la santé mentale de l'individu de diverses façons : la confrontation de ce dernier au stress est de moins longue durée, l'individu résilient peut dès lors consacrer davantage de temps et d'énergie à ses activités quotidiennes, l'individu résilient relève plus facilement les défis et connaît une vie heureuse (Smith, Tooley, Christopher, & Kay, 2010). Bien que ces auteurs mentionnent que les résultats de leur étude sont limités par leur faible potentiel de généralisation, ils notent toutefois qu'il est possible d'établir un lien entre la résilience et une santé mentale rehaussée. Les résultats d'une étude d'approche quantitative réalisée par Poulsen et al. (2014) auprès de 28 infirmières travaillant en soins palliatifs, dans des hôpitaux d'Australie, démontrent, quant à eux, que la résilience contribue à améliorer le bien-être psychologique au travail. Bien que la résilience puisse retenir l'attention par l'idée qu'elle permet, comme le note Hanus (2001), de « transformer le malheur en bonheur, ou plutôt en force » (p.9), les individus qui la développent ne sont pas nécessairement qu'heureux (Hanus, 2001). Il est également à noter que la résilience présente des risques et que la conceptualisation de ce comportement humain diverge selon les auteurs.

VI.5 Conceptualisation de la résilience : les avis divergent

Tel que mentionné ci-haut, la définition de la résilience ne fait pas l'objet d'un consensus auprès des auteurs (Tisseron, 2011; Zacharyas, 2010). Aux yeux de certains, elle peut être conçue à titre de qualité individuelle, tandis que pour d'autres, la résilience est susceptible d'être envisagée comme un processus (Tisseron, 2011). Cet auteur note que la conceptualisation de la résilience en tant que qualité individuelle mérite d'être critiquée : elle constitue une limite qu'il importe de ne pas franchir (Vermeiren, 2012). Concevoir la résilience comme une qualité individuelle contribue à la division de la société entre individus résilients et non-résilients (Tisseron, 2011), ce qui peut engendrer un jugement de valeur en laissant croire que les individus résilients sont forts et que les individus non-résilients sont faibles (Vermeiren, 2012). Le blâme d'une situation

difficile serait ainsi susceptible d'être porté sur les individus non-résilients, alors considérés inadéquats (Tomkiewicz, 2005). Concevoir la résilience en tant que qualité individuelle peut également laisser présager qu'une fois déployée, la résilience est acquise pour toujours (Tisseron, 2011). En effet, la métaphore de la perle dans l'huître, connue dans le domaine de la résilience, porte à penser que la résilience est acquise et attribuée à l'individu résilient le fait d'être en mesure de développer sa résilience à chaque difficulté rencontrée, tout comme l'huître fabrique la perle chaque fois qu'elle est attaquée (Tisseron, 2011). Toutefois, une conception de la résilience en tant que processus dynamique (Lighezzolo & De Tychey, 2004; Luthar & Cicchetti, 2000) et non en tant que qualité individuelle indique qu'elle n'est jamais acquise de façon définitive (Anaut, 2005; Anaut, 2008; Bellenger, 2010; Rousseau, 2010; Tisseron, 2011), qu'elle n'est pas statique (Anaut, 2005) et que chacun peut devenir résilient (Tisseron, 2011). Un individu est susceptible d'être résilient face à une difficulté précise et ne pas l'être face à une autre (Rousseau, 2010; Tisseron, 2011). La résilience implique une notion d'évolution dans le temps (Anaut, 2005; Anaut, 2008; Lighezzolo & De Tychey, 2004; Rousseau, 2010) dans la mesure où elle se développe au cours de la vie d'un individu (McAllister & Lowe, 2011). Cette évolution dynamique diffère d'un individu à l'autre (Anaut, 2005) selon les relations entretenues avec l'entourage (Anaut, 2008), la nature des adversités rencontrées ainsi que les circonstances de celles-ci (Manciaux, Vanistendael, Lecomte, & Cyrulnik, 2001), ce qui souligne le caractère complexe du processus de résilience.

Une distinction importante doit ainsi être réalisée entre une conception de la résilience comme qualité individuelle ou comme processus (Lecomte, 2005a). Approcher la résilience en tant que qualité individuelle apparaît réducteur : un individu ne possédant pas cette qualité ne serait pas en mesure de surmonter des difficultés (Zacharyas, 2010). Selon cette auteure, la conception de la résilience comme qualité individuelle est à proscrire : la résilience est bel et bien un processus et « la limite entre résilience et non-résilience n'est pas facile à définir » (p. 12). Il est alors possible de concevoir que des moments soient caractérisés par une « haute résilience » (Lecomte, 2005a, p.12) alors que d'autres soient associés à une « moindre résilience » (Lecomte, 2005a, p.12). Au sein de la présente recension intégrative des écrits, concevoir la résilience comme un processus apparaît bénéfique dans la mesure où celle-ci n'est pas acquise une fois pour toutes et où les infirmières sont susceptibles ou non de la déployer.

VI.6 Risques éventuels d'un usage inapproprié de la résilience

VI.6.A Fragilité de la résilience. La notion de risque renferme un dommage, un danger ou une blessure et est considérée pathogène (Anaut, 2008). Si le fait de survivre et de se reconstruire après une adversité n'affecte pas en soi la santé de l'individu, bien au contraire, les moyens utilisés par lui pour y parvenir peuvent présenter, quant à eux, des risques à la santé mentale (Bellenger, 2010). Il importe tout d'abord d'être à l'affût de la fragilité associée au phénomène de la résilience, laquelle s'illustre par une métaphore connue dans le domaine de ce concept: celle du tricot (Tisseron, 2011). À l'instar d'un tricot, la résilience peut être perçue comme confortable et solide et ainsi devenir un concept attrayant (Tisseron, 2011). Toutefois, des ruptures ou des failles de résilience sont susceptibles de survenir chez un individu résilient lorsque ce dernier est confronté à un stress ou des traumatismes répétés et mener à la dépression ou au suicide (Anaut, 2005). La résilience peut ainsi, du jour au lendemain, s'effondrer (Tisseron, 2011).

VI.6.B Prix à payer pour l'individu résilient. La résilience est coûteuse : le prix à payer pour l'individu résilient s'explique, entre autres, par le fait qu'après tout traumatisme, une partie de cet événement, considérée comme un « corps étranger » (Tisseron, 2008, p.524), demeure chez l'individu résilient (Tisseron, 2008). La blessure risque donc d'être dissimulée sous le comportement résilient (Anaut, 2005). La résilience peut être présentée comme un moyen permettant de libérer l'individu de sa souffrance tandis qu'en réalité, elle ne fait qu'enterrer cette souffrance (Bellenger, 2010). Il est inexact de considérer qu'être résilient signifie oublier (Bellenger, 2010 ; Lecomte, 2010). Le coût de la résilience en termes de santé mentale a été étudié par Spaccarelli et Kim (1995) auprès de 43 jeunes filles victimes d'abus sexuels dans la ville de Phoenix en Arizona. Les résultats de cette étude à devis corrélationnel d'approche quantitative ont démontré que, même si un individu est perçu résilient, il est susceptible d'être confronté à la dépression et l'anxiété (Spaccarelli & Kim, 1995). Boris Cyrulnik, le principal promoteur de la résilience en France, est d'avis qu'un individu blessé et éprouvé peut développer un processus de résilience, mais que la blessure, quoique transformée, ne disparaît jamais entièrement (Bellenger, 2010) : une cicatrice perdue (Bellenger, 2010 ; Rousseau, 2010). Il importe donc de considérer le coût que la résilience est susceptible de représenter pour l'individu (Bellenger, 2010; Tisseron, 2008).

En somme, considérer que la résilience est solide, confortable et non coûteuse, tout comme le tricot, est une représentation inadéquate de ce processus humain étant donné le danger à la santé qu'elle comporte.

VI.6.C Tabler sur la résilience du travailleur souffrant. Les organisations qui abordent la résilience comme une qualité individuelle et qui omettent le caractère dynamique de celle-ci sont à risque, tout d'abord, d'être amenées à repérer les travailleurs résilients parmi l'ensemble des employés et, dans un second lieu, de tabler sur la résilience du travailleur lorsque celui-ci est exposé à une souffrance au travail (Debout & Vasquez, 2014). Selon ces auteurs, les organisations peuvent aussi être susceptibles d'embaucher des individus résilients ou de congédier les non-résilients et, dès lors, miser sur le caractère résilient de chaque travailleur. Debout et Vasquez (2014) soutiennent que lorsqu'un travailleur souffre au travail, sa souffrance risque tout d'abord d'être désignée comme négative par l'organisation, laquelle considère qu'elle n'est fautive en aucun point de la souffrance exprimée par l'employé : l'organisation se détache alors de toute relation d'aide avec lui (Debout & Vasquez, 2014). Selon ces auteurs, ce comportement organisationnel, soit celui de se soustraire de sa responsabilité au regard de la souffrance que vit un travailleur, illustre un usage inadéquat de la résilience des travailleurs par l'organisation : celle-ci est amenée à se fier à la résilience de l'employé en souffrance. Le danger d'exploitation de la résilience des travailleurs est donc ici soulevé.

VII. Discussion

Cette recension intégrative des écrits a permis, tout d'abord, de constater que la souffrance vécue par les infirmières travaillant en soins palliatifs est considérable. Un contact répétitif avec la souffrance des patients en fin de vie (Castra, 2004 ; Jacquemin, 2005), une confrontation à des deuils de manière consécutive (Gremaud, 2013), l'impuissance ressentie dans leur travail (Colombat et al., 2001 ; Jacquemin, 2005) et l'impression de devoir tout solutionner (Jacquemin, 2005) sont des exemples de sources

de souffrance vécues par ces professionnels. Les infirmières en soins palliatifs ne sont pas différentes des autres professionnels et vivent, elles aussi, de la souffrance au travail (Jacquemin, 2005). Même si elles peuvent travailler dans ce contexte de soins par choix, leur souffrance se doit d'être divulguée et reconnue (Fillion & Saint-Laurent, 2003 ; Jacquemin, 2005). La pertinence du thème traité se construit par l'impact de cette souffrance sur la santé mentale du personnel infirmier et sur la capacité de ce dernier à prodiguer des soins de qualité (Berry & Curry, 2012). Non seulement la souffrance au travail a des conséquences sur la santé des travailleurs, mais sur celle des gestionnaires également : les coûts reliés à l'absentéisme et aux prestations d'invalidité des travailleurs sont considérables (Girard, 2009).

Dans un second temps, cette recension intégrative des écrits invite à concevoir la résilience de façon nuancée. Tout d'abord, les avis entourant la conceptualisation de cette stratégie défensive divergent : certains appréhendent la résilience comme qualité tandis que d'autres la considèrent en tant que processus. Toutefois, à la lumière des écrits recensés à ce sujet, il apparaît que de concevoir la résilience comme qualité individuelle ne permet pas de mettre de l'avant son caractère évolutif et non acquis. Cette stratégie défensive renferme également des risques pour l'individu : la fragilité de la résilience et le coût associé à celle-ci ne peuvent être négligés. Les organisations, quant à elles, risquent d'exploiter la résilience des travailleurs lors de difficultés. L'élément central qui émerge des écrits recensés est l'importance d'utiliser et de prôner la résilience adéquatement. Les risques de la résilience ne sont connus de tous. Comme le mentionne Hanus (2001), la résilience « émerveille » (Hanus, 2001, p.9) ceux qui la rencontrent. Toutefois, lorsque la réalité l'emporte et que l'effet charmant de la résilience s'estompe, les questionnements entourant le processus de résilience apparaissent (Hanus, 2001).

Le cadre théorique de la psychodynamique du travail a servi de toile de fond à cette recension intégrative des écrits. Il a permis de mettre en avant-plan la souffrance vécue par les infirmières œuvrant en soins palliatifs et d'identifier les stratégies défensives utilisées par celles-ci en regard à cette souffrance. Ce cadre théorique s'est avéré être un précieux outil d'analyse des écrits recensés et a permis de structurer la recension intégrative des écrits. Cette approche théorique permet de mieux comprendre les actions et les attitudes des travailleurs (Alderson, 2004). Ce que les gestionnaires ont à retenir de la psychodynamique du travail est l'importance de reconnaître le travail réalisé par les employés pour persévérer et contrer les difficultés rencontrées (Alderson, 2013). Tel que mentionné ci-haut, un risque d'exploitation des stratégies défensives du travailleur de la part de l'organisation peut toutefois survenir lorsque ces défenses agissent dans les intérêts organisationnels (Dejours & Abdoucheli, 1990), ce qui justifie l'attention portée à l'ambiguïté entourant les effets de la résilience sur la santé mentale.

La profession infirmière en est une de changements et les demandes d'adaptation reçues par le personnel infirmier ne semblent pas aller en diminuant: les changements entourant l'organisation du réseau de santé au Québec et la gouvernance de celui-ci (Barrette, 2014) constituent un exemple parmi tant d'autres. Tel que mentionné ci-haut, les changements qui ocurrent au sein des milieux de travail infirmiers et les demandes psychologiques associées à ceux-ci interpellent la résilience des infirmières (Hart et al., 2014). Partant du fait que le projet de loi 10 présenté par le ministre Gaétan Barrette (Barrette, 2014) constitue une importante restructuration du système de santé, il peut être

postulé que le personnel infirmier aura à attester de sa résilience au cours des prochaines années. Sachant que les infirmières résilientes sont un levier considérable au regard des changements qui occurred au sein du système de santé (Hodges, Keeley, & Grier, 2005), il apparaît nécessaire et primordial d'outiller et de conscientiser les gestionnaires, ici les infirmières-chefs en soins palliatifs de fin de vie, à l'usage prudent et adéquat de la résilience des infirmières. Les gestionnaires ont effectivement un rôle déterminant à jouer au regard du développement de la résilience de leurs employés (Homewood Solutions Humaines, 2013) et, par le fait même, d'une organisation résiliente (Koninckx & Teneau, 2010). Toutefois, aborder la résilience comme une qualité et non comme un processus dynamique est non seulement une critique associée à la conceptualisation de la résilience, documentée ci-haut, mais peut également se traduire par un comportement non souhaité de la part des gestionnaires, celui de « s'endormir » (Tomkiewicz, 2005, p.63) en considérant que les individus non-résilients n'ont pas droit à leur soutien et que les individus résilients peuvent s'en sortir seuls (Tomkiewicz, 2005). Il pourrait être tentant pour les gestionnaires de se réfugier derrière la résilience des travailleurs et ne pas s'impliquer activement pour que les sources de souffrance dans le travail s'amenuisent (Lighezzolo & De Tychey, 2004). La résilience n'a pas comme rôle de tout régler et ne doit pas être perçue comme unique solution aux difficultés rencontrées par les soignants (Anaut, 2006). Le risque pour les organisations de se fier à la résilience des travailleurs, présenté ci-haut par Debout et Vasquez (2014), appuie l'importance d'agir avec précaution lorsqu'il est question de la résilience et sous-entend un risque d'utilisation abusive ou d'exploitation de la résilience des employés par les organisations. Ces dernières ont bien entendu un rôle à jouer dans la promotion d'environnement de travail sain pour le personnel infirmier (RNAO, 2007). Elles sont sommées de favoriser la promotion d'un bien-être au travail ou du moins de minimiser les facteurs fragilisant la santé mentale de leurs employés (Dagenais-Desmarais, 2012). Tabler seulement sur la résilience des infirmières pour pallier les difficultés organisationnelles, aux souffrances et aux changements ne semble pas, à la lumière de la présente recension intégrative des écrits, être une voie à privilégier sans autres interventions, aménagements et réorganisations. Il apparaît que le concept de tuteur de résilience pourrait être octroyé aux gestionnaires, lesquels sont susceptibles d'accompagner le travailleur à travers la souffrance vécue au travail pour ainsi stabiliser et modifier celle-ci (Debout & Vasquez, 2014). Selon ces auteurs, les organisations ont à s'engager par le biais d'actions concrètes auprès du travailleur souffrant afin de transformer la souffrance de ce dernier.

Partant du fait que les infirmières œuvrant en soins palliatifs sont particulièrement susceptibles d'être confrontées à de maintes sources de souffrance au travail, tel que documenté ci-haut, et que le projet de loi 10 sera source d'une importante restructuration du système de santé au Québec au cours des prochaines années, la prudence associée à l'utilisation de la résilience des infirmières, par les infirmières-chefs en soins palliatifs, mérite d'être rehaussée. À la lumière des éléments qui émergent de cette analyse des écrits recensés, une proposition à l'attention des infirmières-chefs en soins palliatifs sera à présent émise afin de conscientiser ces dernières aux risques associés à la résilience et les outiller au regard de l'usage adéquat et bienveillant de la résilience des infirmières.

VIII. Proposition à l'endroit des infirmières-chefs en soins palliatifs portant sur l'usage salutogénique de la résilience des infirmières

Le concept des stratégies défensives et celui de la construction identitaire qui sous-tendent l'approche théorique de la psychodynamique du travail ont guidé la proposition invitant les infirmières-chefs à solliciter, de manière bienveillante, la résilience des infirmières en soins palliatifs. Les stratégies défensives sont susceptibles de fragiliser à moyen ou long terme la santé mentale des travailleurs (Saint-Jean et al., 2006). Les risques de la résilience, comme stratégie défensive, ont ainsi été documentés dans le cadre de la présente recension intégrative des écrits à l'attention des gestionnaires en soins palliatifs afin de contribuer à une pratique organisationnelle salutogénique.

VIII.1 Développement d'une pratique réflexive chez les infirmières-chefs en soins palliatifs sur l'usage de la résilience des infirmières

Il pourrait être bénéfique, pour les organisations de la santé, de promouvoir, auprès des infirmières-chefs en soins palliatifs de fin de vie, une pratique réflexive sur l'usage de la résilience des infirmières. La pratique réflexive a tout d'abord été déployée au sein de la profession infirmière et de l'enseignement (Moon, 2004) et gagne à présent en popularité auprès des autres professionnels (Moon, 2004; Ouellet & Thibault, 2012). Vince et Reynolds (2004) recommandent que la pratique réflexive soit introduite de manière centrale au sein de la pratique professionnelle quotidienne des gestionnaires. Partant du fait que la pratique réflexive fait partie des compétences à développer en pratique infirmière avancée (Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal, 2014), elle est ainsi susceptible de contribuer aux décisions que prennent les gestionnaires (Vince & Reynolds, 2004), d'où sa pertinence au regard du phénomène exploré dans le cadre de la présente recension intégrative des écrits. Ayant pour finalités l'apport d'ajustements à la pratique et l'optimisation de la qualité de celle-ci, cette approche propose l'utilisation de la réflexion et du questionnement (Buteau, Garand-Rochette, Thibault & Tremblay, 2009) dans le but de modifier la réponse de l'individu à une situation (Reid, 1993). Elle vise tout d'abord à porter une attention particulière aux situations pour lesquelles des interrogations surviennent, puis à analyser celles-ci dans le but d'en faire émerger les éléments nécessitant une action d'amélioration (Ouellet & Thibault, 2012). La pratique réflexive contribue donc à éviter la routine et l'habitude (Reid, 1993), ce qui permettrait d'atténuer le risque, pour les organisations, de se fier ou d'exploiter la résilience des infirmières (Debout & Vasquez, 2014). Le développement de cette pratique réflexive chez les infirmières-chefs en soins palliatifs pourrait être généré par le biais d'une formation à l'attention de ces gestionnaires permettant de les conscientiser et outiller à l'usage salutogénique de la résilience des infirmières. La formation en groupe constitue une stratégie de transfert des connaissances (Robertson & Jochelson, 2006), laquelle contribuerait à diffuser les résultats issus de la présente recension intégrative des écrits auprès des infirmières-chefs en soins palliatifs. Utilisée à large spectre, la formation s'avère moins efficace en termes de transfert des connaissances que lorsqu'elle est utilisée à plus petite échelle : l'interaction entre les participants permet alors à ceux-ci d'apprendre tout en ne demeurant pas passifs devant l'enseignement reçu (Robertson & Jochelson, 2006). Toutefois, ces auteurs mentionnent que les écrits ne relatent pas de consensus sur les caractéristiques optimales des formations, notamment la durée de celles-ci. Cette proposition de formation gagnerait

ainsi à être concrétisée auprès d'un public limité afin de rehausser le potentiel de transfert de connaissances : environ cinq infirmières-chefs en soins palliatifs pourraient ainsi être présentes lors de chaque formation. La première partie de cette formation aborderait la définition du concept de résilience, les critiques entourant la conceptualisation de la résilience ainsi que les bénéfices et risques associés à ce comportement humain. La seconde partie, quant à elle, offrirait une opportunité de pratique réflexive aux infirmières-chefs au regard de l'usage de la résilience des infirmières : elle serait interactive et favoriserait la réflexion et le questionnement sur l'utilisation du concept de résilience des infirmières au sein de leur pratique professionnelle. Les infirmières-chefs bénéficieraient alors d'un temps d'échange pour partager des situations professionnelles où les infirmières ont attesté de résilience au regard de souffrances ou difficultés éprouvées dans le cadre de leur travail. En réponse à ces échanges, les participants détermineraient, en premier lieu, les situations où la résilience a été utilisée de manière salutogénique et, en second lieu, les situations où des risques associés à la résilience ou des divergences au regard de la conceptualisation de celle-ci peuvent être soulevés. Les participants échangeraient ensuite sur l'identification de solutions à apporter afin qu'un usage adéquat de la résilience puisse être valorisé et appliqué.

La Conseillère-cadre^a en formation, développement organisationnel (DO) et projets spéciaux (PS) de chaque établissement agirait à titre de responsable de ce projet : elle collaborerait dans la préparation et dans l'offre de la formation proposée. Relevant directement du secteur de la direction des ressources humaines, cette conseillère-cadre constitue une personne-ressource pour les gestionnaires, justifiant et appuyant ainsi la pertinence de sa participation au sein de la proposition d'intervention émise ci-avant. Elle pourrait également collaborer avec la Chef du bureau de santé et mieux être de son établissement afin d'assurer un suivi à moyen ou long terme de l'impact de la formation sur la santé mentale des infirmières, et ainsi contribuer à la pérennité du projet.

Le développement de la résilience est facilité par « le regard que l'on porte sur les sujets blessés » (Anaut, 2005, p.11). En d'autres termes, la vision portée sur les individus confrontés à l'adversité influence le développement de leur résilience (Anaut, 2005). À la lumière de l'approche théorique de la psychodynamique du travail, le jugement d'utilité des supérieurs, soit leur reconnaissance, sur le travail effectué par l'employé joue un rôle important dans la fortification de l'identité personnelle de ce dernier (Molinier, 2008). Il peut ainsi être postulé que la reconnaissance de la part des infirmières-chefs des risques associés à la résilience des infirmières et des divergences associées à la conceptualisation de celle-ci favoriserait une construction identitaire de ces travailleurs. Des gestionnaires à l'affût des risques de la résilience porteront un regard salutaire sur le développement de celle-ci chez les infirmières. Cette formation aurait pour donc finalités de conscientiser les infirmières-chefs à l'usage salutogénique de la résilience des infirmières, de les outiller au regard du développement adéquat de celle-ci, et d'ainsi promouvoir une santé mentale au travail rehaussée chez les infirmières.

^a Au Québec, une conseillère-cadre détient la responsabilité d'aider et d'assister les cadres hiérarchiques par le biais de propositions, d'outils et de soutien (Beaulieu, 2010). Elle agit à titre d'expert ou de spécialiste. Ce terme est utilisé principalement au sein des établissements de santé et de services sociaux. En Europe, une conseillère-cadre est synonyme de cadre-expert ou de cadre-spécialiste (Office québécois de la langue française, 2013).

IX. Conclusion

À la lumière de l'exploration du concept de résilience et dans une perspective salutogénique, il apparaît que, s'il y a des bénéfices à la résilience, ses risques doivent être minimisés. L'approche théorique de la psychodynamique du travail a permis une approche structurante et approfondie de la souffrance vécue par les infirmières en soins palliatifs de fin de vie et du concept de la résilience en guise de stratégie défensive. Sous la lentille de ce cadre théorique, le contexte de travail en soins palliatifs représente un lieu d'émergence et de sollicitation de la résilience chez les infirmières. À la lumière des écrits recensés, l'offre d'une proposition de formation favorisant une pratique réflexive des infirmières-chefs en soins palliatifs au regard de l'usage adéquat de la résilience des infirmières souligne l'importance du rôle de ces gestionnaires dans le développement de la résilience des travailleurs (Homewood Solutions Humaines, 2013) et dans la promotion d'un environnement de travail sain pour les infirmières (RNAO, 2007). Partant du fait que la résilience des infirmières, peu importe leur contexte de travail, risque d'être sollicitée au cours des prochaines années par le projet de loi 10 (Barrette, 2014) et que ce comportement humain présente la possibilité d'être développé par tous (Anaut, 2005; Lecomte, 2010; McAllister & Lowe, 2011), il pourrait être pertinent d'offrir la formation proposée à l'ensemble des infirmières-chefs. En définitive, cette proposition offre une opportunité de développement et de rehaussement des connaissances propres à l'administration de la profession infirmière. Cette prise de conscience au regard des risques associés à la résilience et des différentes conceptualisations de cette dernière est un pas de plus vers la promotion de la santé mentale des infirmières. Il est souhaitable que la recension intégrative des écrits présentée invite à des recherches empiriques ultérieures entourant le processus de résilience et que la proposition d'intervention organisationnelle énoncée déclenche la mise en œuvre d'initiatives concrètes auprès d'infirmières-chefs afin de concourir à une pratique organisationnelle véritablement salutogénique.

X. Résumé

Les infirmières travaillant en soins palliatifs œuvrent dans un environnement où la souffrance humaine et la mort sont très présentes (Cherny, 2007). Le travail infirmier dans ce contexte nécessite un engagement personnel et professionnel significatif (Cherny, 2007). La résilience occupe une place prépondérante dans le travail infirmier (McAllister & Lowe, 2011; Stephens, 2013). Si elle est globalement salutaire en termes de bien-être au travail (Boivin-Desrochers & Alderson, 2014; Jackson et al., 2007), elle n'est cependant pas sans risque à plus ou moins long terme pour la santé mentale des infirmières. Encadrée par l'approche théorique de la psychodynamique du travail, cette recension intégrative des écrits a pour finalité l'énoncé d'une proposition invitant les infirmières-chefs en soins palliatifs à concourir au développement d'une résilience salutogénique des infirmières.

Mots-clés : résilience, profession infirmière, soins palliatifs, infirmières, souffrance, psychodynamique du travail, stratégies défensives et environnement de travail.

Discussion

La discussion des résultats issus de la recension intégrative des écrits a principalement été effectuée au sein du manuscrit, tel que présenté ci-avant. Les forces et limites du travail dirigé et de la proposition énoncée ainsi que l'évaluation de l'atteinte des objectifs de recherche et d'apprentissage n'ont cependant pas été discutées. Ce prochain chapitre est donc dédié, en premier lieu, à l'apport d'un regard critique sur le travail dirigé et sur la proposition d'intervention organisationnelle offerte en aval de la recension intégrative des écrits. En second lieu, une analyse réflexive quant à l'atteinte des objectifs énoncés au sein de la première étape de la méthode proposée par Whittemore et Knafl (2005) sera présentée.

Regard critique sur le travail dirigé

Le peu d'études empiriques traitant de la résilience des infirmières, des risques associées à celle-ci ainsi que des sources de souffrance que ces professionnels de la santé rencontrent, dans un contexte de soins palliatifs de fin de vie, est une limite considérable du travail dirigé. En effet, uniquement huit études empiriques, qualitatives ou quantitatives, ont pu être répertoriées lors de la démarche de recherche documentaire, et deux d'entre elles ont été menées au Québec. Cette rareté d'études sur le sujet implique des avenues importantes pour la recherche : elle invite les chercheurs à investiguer davantage le processus de résilience chez les infirmières québécoises, à comparer la sollicitation de cette stratégie défensive en fonction des divers contextes de

soins et à s'intéresser à la perception des infirmières québécoises quant au rôle qu'occupera la résilience au regard des changements à venir au sein du système de santé québécois. Certes, ce manque d'études empiriques, bien qu'il constitue une limite du présent travail dirigé, représente un coup d'envoi intéressant à des initiatives de recherches ultérieures.

L'utilisation du cadre théorique de la psychodynamique du travail et la transparence de ce dernier au sein de la recension intégrative des écrits constituent une force du travail dirigé. Les concepts de souffrance au travail, des stratégies défensives et de construction identitaire ont guidé l'analyse des écrits, la structuration de ceux-ci et la proposition offerte aux infirmières-chefs en soins palliatifs. La cohérence entre ces principaux concepts qui émergent de cette approche théorique et la recension intégrative des écrits est illustrée à l'Appendice D.

Regard critique sur la proposition d'intervention organisationnelle

La proposition qui émerge des résultats de la recension intégrative des écrits se résume à l'offre d'une formation visant le développement d'une pratique réflexive chez les infirmières-chefs en soins palliatifs au regard de l'usage bienveillant de la résilience des infirmières. Partant du fait que Robertson et Jochelson (2006) soutiennent qu'une formation déployée à large spectre est susceptible d'être peu efficace en termes de changement de comportement, la mise en œuvre de la formation à petite échelle, c'est-à-dire auprès d'un nombre limité de gestionnaires, constitue une condition favorable à l'implantation de la proposition. Le potentiel de transfert des connaissances issues de la recension intégrative des écrits aux infirmières-chefs en soins palliatifs est ainsi

rehaussé. La préoccupation au regard de la santé mentale au travail des infirmières (Alderson, 2009; Bayet-Papin & Héritier, 2006; Canouï, 2003; Loriol, 2001) et le rôle qu'ont les gestionnaires dans l'offre d'un milieu de travail sain pour le personnel infirmier (RNAO, 2007) constituent des leviers à considérer au regard de la proposition émise. Effectivement, cette dernière a pour finalités de contribuer à une santé mentale au travail rehaussée chez le personnel infirmier ainsi que de conscientiser et outiller les infirmières-chefs en soins palliatifs au regard de l'usage salutogénique de la résilience.

La résistance que certaines infirmières-chefs en soins palliatifs seraient susceptibles de présenter au regard de la formation proposée constitue, quant à elle, une limite à la prise en compte et à l'implantation de la proposition d'intervention organisationnelle. Cette limite s'explique par le fait que la réussite de la diffusion d'une innovation au sein des services de santé est influencée par la courbe de Rogers (Berwick, 2003). À la première extrémité de cette courbe se trouvent les individus qui adoptent une proposition rapidement : les innovateurs [Traduction libre] (Berwick, 2003, p.1972). À l'autre extrémité de cette courbe se retrouvent les « retardataires » [Traduction libre] (Berwick, 2003, p.1972). Dans le cadre de la proposition émise, cette résistance pourrait s'expliquer, entre autres, par le manque d'études empiriques abordant les risques de la résilience : les infirmières-chefs seraient ainsi susceptibles d'être moins promptes à adhérer à la proposition de formation et aux recommandations émises dans le cadre de celle-ci, par exemple. Les principaux coûts associés à cette proposition sont la rémunération des Conseillères-cadre en formation, DO et PS qui développeront et offriront la formation ainsi que celle des Chefs des bureaux de santé et mieux être,

lesquels collaboreront au projet. L'impression, si besoin, de documents résumant le contenu de la formation pour les participants est également un coût à envisager, de même que la possibilité de devoir retarder d'autres obligations ou activités pour prodiguer cette formation. Bien que ces coûts soient simples et raisonnables, ils constituent un obstacle à considérer puisque l'aspect financier agit à titre de barrière organisationnelle lorsqu'il est question d'un changement (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2007). La disponibilité des ressources humaines nécessaires à l'implantation de cette proposition, notamment les Conseillères-cadre en formation, DO et PS et les Chefs des bureaux de santé et mieux être, est un obstacle à envisager. Celles-ci devront être libérées afin de pouvoir s'impliquer dans l'offre de la formation proposée aux infirmières-chefs en soins palliatifs. Il importe aussi de considérer l'importante modification du réseau de la santé et des services sociaux du Québec (Barrette, 2014) et l'incertitude que cette restructuration amène au regard, notamment, de l'avenir du poste de la Conseillère-cadre en formation, DO et PS au sein des établissements de santé. Toutefois, cette limite est susceptible d'être contrôlée : dans une perspective où ce poste pourrait être transformé, l'individu responsable du développement professionnel du personnel d'encadrement, dont fait partie les gestionnaires, agirait à titre de personne-ressource pour la proposition émise. Finalement, l'efficacité de la pratique réflexive, spécifiquement auprès des gestionnaires en soins infirmiers, n'ayant pas été évaluée par le biais d'études empiriques constitue une limite à la prise en compte de la proposition émise. Toutefois, puisque Vince et Reynolds (2004) mentionnent que la pratique réflexive gagnerait à être intégrée dans le quotidien des gestionnaires pour ainsi

contribuer aux décisions prises par ces derniers, il peut être postulé que d'y avoir recours dans le cadre de la présente proposition contribuera à un usage salutogénique de la résilience des infirmières par les gestionnaires en soins palliatifs.

L'offre d'une formation visant le développement d'une pratique réflexive chez les infirmières-chefs en soins palliatifs au regard de l'usage bienveillant de la résilience des infirmières est congruente avec les objectifs de recherche du travail dirigé. Ces gestionnaires, par le biais de cette formation, seront conscientisés à la souffrance au travail des infirmières, aux bénéfices et risques associés au processus de résilience ainsi qu'aux divergences au regard de la conceptualisation de ce comportement humain. Cette proposition constitue une pratique novatrice dans le domaine de l'administration des services infirmiers. Le projet de loi 10 sera, tel que mentionné ci-haut, synonyme de changements au regard de l'organisation du réseau de la santé au Québec (Barrette, 2014) et, par conséquent, au regard de l'environnement de travail du personnel infirmier. Face à un changement au sein d'une organisation, plusieurs difficultés peuvent survenir (Champagne, 2002) et le concept de résilience est susceptible d'être interpellé (Poirot, 2007). La résilience des infirmières risque donc d'être sollicitée au regard des nombreux changements associés à cette restructuration du système de santé québécois, d'où la pertinence de généraliser la proposition émise à l'ensemble des infirmières-chefs, tel qu'énoncé au sein du manuscrit. Le bien-fondé de la proposition s'articule de lui-même par l'ampleur des risques associés à la résilience et des critiques associées à la conceptualisation de celle-ci. Les infirmières-chefs, à la lumière des connaissances

acquises dans le cadre de la formation proposée, contribueront à l'usage salutogénique de la résilience des infirmières.

Évaluation de l'atteinte des objectifs de recherche

Le premier objectif de recherche du présent travail dirigé, celui visant à documenter les sources de souffrance au travail chez les infirmières œuvrant en soins palliatifs, a été atteint. À la lumière de l'utilisation de l'approche théorique de la psychodynamique du travail, les sources de souffrance au travail d'infirmières en soins palliatifs ont pu être documentées à travers les écrits recensés. Ces infirmières éprouvent une souffrance reliée au fait d'être confrontées de manière récurrente à des deuils (Gremaud, 2013), au fait d'être en contact avec la souffrance des patients mourants (Castra, 2004 ; Jacquemin, 2005), à l'impuissance au regard de l'aspect technique de leur travail (Colombat et al., 2001 ; Jacquemin, 2005), à l'impression de devoir tout solutionner (Jacquemin, 2005) ainsi qu'à des facteurs de stress au niveau organisationnel, professionnel et émotionnel (Fillion & Saint-Laurent, 2003). Le second objectif de recherche, celui visant à documenter le processus de résilience, ainsi que le troisième, visant à documenter les bénéfices et les risques associés à la résilience, ont également été atteints. En effet, le cadre théorique retenu a permis, entre autres, l'analyse et la structuration des écrits recensés selon le thème des stratégies défensives. De ce thème est émergée la résilience ainsi que l'ambiguïté entourant la posture de cette stratégie de défense au regard de la santé mentale. L'atteinte du quatrième objectif de recherche, celui visant à élaborer une proposition à l'attention des infirmières-chefs en soins palliatifs, a été réalisée par l'énoncé de la proposition émise au sein du manuscrit.

Bien que celle-ci n'ait pas encore été mise à l'essai, elle semble pouvoir contribuer à minimiser les risques associés à la résilience des infirmières et ainsi favoriser leur santé mentale au travail. Finalement, l'atteinte du dernier objectif de recherche, qui est de diffuser, auprès des organisations, par le biais de la publication, les connaissances dégagées par la recension intégrative des écrits, sera réalisée lors de l'acceptation, s'il y a lieu, du manuscrit soumis à la revue *Le Travail Humain*.

Évaluation de l'atteinte des objectifs d'apprentissage

Les trois premiers objectifs d'apprentissages, liés aux trois premiers objectifs de recherche, ont été atteints par la recension intégrative des écrits. Le quatrième objectif d'apprentissage de l'étudiante, qui était de consolider ses habiletés liées au processus de recherche en sciences infirmières, a été atteint par la recension, l'interprétation et l'analyse des études empiriques et des écrits théoriques. L'étudiante reconnaît toutefois que ses habiletés en recherche continueront de s'approfondir et de se développer au cours des prochaines années par la lecture et l'analyse d'autres écrits scientifiques. La participation de l'étudiante au congrès de l'Association francophone pour le savoir en mai 2015, au 6^e congrès mondial des infirmières et infirmiers francophones en juin 2015 et au Colloque Alice-Girard de la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal en mai 2015 contribuera à l'atteinte du dernier objectif d'apprentissage de l'étudiante, celui visant à mettre en pratique ses aptitudes de communication orale.

Conclusion

En conclusion, cette recension intégrative des écrits offre une synthèse actuelle de l'état des connaissances entourant la santé mentale d'infirmières œuvrant en soins palliatifs et les côtés plus sombres de la résilience en guise de stratégie défensive. Les infirmières œuvrant dans ce contexte particulier de travail apparaissent sujettes à être confrontées à de maintes sources de souffrance et ainsi, selon l'approche de la psychodynamique du travail, à déployer des stratégies défensives contribuant à préserver une santé mentale au travail. L'analyse des écrits recensés sous l'angle de la psychodynamique du travail a contribué à une nouvelle approche du processus de résilience. Bien que les risques de ce concept émergent de la littérature, aucun écrit ne permettait, en amont de la recension réalisée, de regrouper ces sombres côtés de la résilience. Le manuscrit rédigé contribue ainsi à combler ce manque au niveau de la littérature. Toutefois, un manque d'écrits empiriques portant sur les risques de la résilience est à considérer. Partant du fait que, peu importe leur domaine de pratique, les infirmières sont susceptibles d'être exposées à de la souffrance au travail (Boivin-Desrochers & Alderson, 2014) et que la résilience peut être développée (Anaut, 2005; Lecomte, 2010; McAllister & Lowe, 2011) par tous les individus (Anaut, 2005; Lecomte, 2010), l'offre de la proposition de formation énoncée au sein du manuscrit à l'ensemble des infirmières-chefs au Québec ainsi qu'à divers niveaux de gestion, notamment à la direction des soins infirmiers, à la direction de programmes et à la direction des ressources humaines, est pertinente. La conscientisation de ces

gestionnaires au regard d'un usage bienveillant de la résilience des infirmières serait bénéfique dans le contexte actuel de changements et de restructuration du réseau de la santé québécois. Ce travail dirigé, par le biais de la proposition énoncée, contribue ainsi à offrir aux infirmières-chefs une opportunité d'interaction et de réflexion au regard de l'usage de la résilience des infirmières, et donc, une occasion de perfectionnement professionnel. Il est souhaité que cette recension intégrative des écrits déclenche la mise en œuvre de recherches ultérieures, contribuant ainsi à combler le manque d'études empiriques soulevé précédemment.

Références

- Ablett, J.R., & Jones, R.S.P. (2007). Resilience and well-being in palliative care staff : A qualitative study of hospice nurses' experience of work. *Psycho-Oncology*, 16, 733-740.
- Alderson, M. (2004). La psychodynamique du travail : objet, considérations épistémologiques, concepts et prémisses théoriques. *Santé mentale au Québec*, 29 (1), 243-260.
- Alderson, M. (2009). Les relations de travail d'infirmières œuvrant en soins de longue durée : source de souffrance et de fragilisation de leur santé mentale. *L'infirmière clinicienne*, 6 (1), 1-10.
- Alderson, M. (2013). Face aux réalités éprouvantes en soins palliatifs : l'éclairage de la psychodynamique du travail. Repéré le 12 décembre 2014 à http://www.aqsp.org/wp-content/uploads/2013/06/P2_Marie-Alderson.pdf
- Anaut, M. (2005). Le concept de résilience et ses applications cliniques. *Recherche en soins infirmiers*, 82, 4-11.
- Anaut, M. (2006). La résilience au risque de la psychanalyse, ou la psychanalyse au risque de la résilience? Dans Cyrulnik, N. & Duval, P. *Psychanalyse et résilience* (p.77-104). Paris : Éditions Odile Jacob.
- Anaut, M. (2008). *La résilience. Surmonter les traumatismes* (2^e éd.). Barcelone : Éditions Armand Colin.
- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. (2007). *Milieus de travail sains. Lignes directrices sur les pratiques exemplaires. Professionnalisme en soins infirmiers*. Toronto : auteur.
- Association des infirmières et infirmiers du Canada, & Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. (2010). La fatigue des infirmières et la sécurité des patients. Rapport de recherche. [PDF]. Repéré le 12 décembre 2014 à http://www.cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-fr/fatigue_safety_2010_report_f.pdf?la=fr
- Atkinson, P.A., Martin, C.R., & Rankin, J. (2009). Resilience revisited. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16, 137-145.

- Barrette, G. (2014). Projet de loi n 10: Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales. [PDF]. Repéré le 20 mars 2015 à <http://www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/projets-loi/projet-loi-10-41-1.html>
- Baumann, A., O'Brien-Pallas, L., Armstrong-Stassen, M., Blythe, J., Bourbonnais, R., Cameron, S., Doran, D.I., Kerr, M., McGillis Hall, L., Vézina, M., Butt, M., & Ryan, L. (2001). Engagement et soins : les avantages d'un milieu de travail sain pour le personnel infirmier, leurs patients et le système. [PDF]. Repéré le 19 février 2015 à http://www.fcass-cfhi.ca/Migrated/PDF/ResearchReports/CommissionedResearch/pscomcare_f.pdf
- Bayet-Papin, B., & Héritier, C. (2006). La souffrance des médecins, des infirmières et des aides soignantes dans l'accomplissement de fin de vie à l'hôpital. *Médecine & Hygiène*, 21, 35-36.
- Beaulieu, P. (2010). Cadre de référence. Démarche de révision du rôle des cadres de premier niveau dans les établissements. Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. Repéré le 28 mai 2015 à http://publications.santemontreal.qc.ca/uploads/tx_assmpublications/pdf/publications/isbn978-2-89510-735-4.pdf
- Bellenger, L. (2010). *À chacun sa résilience. Savoir saisir sa chance*. Italie : ESF Éditeur.
- Berry, L., & Curry, P. (2012). Charge de travail du personnel infirmier et soins aux patients. Comprendre la valeur du personnel infirmier, les répercussions des charges de travail excessives, et comment les ratios infirmière-patients et les modèles dynamiques de dotation peuvent aider. [PDF]. Repéré le 22 février 2015 à https://fcsii.ca/sites/default/files/workload_french_0.pdf
- Berwick, D.M. (2003). Disseminating innovations in health care. *JAMA*, 289 (15), 1969-1975.
- Bilsker, D., & Gilbert, M. (2011). Amélioration de la santé et de la sécurité psychologiques en milieu de travail : Analyse critique et options pragmatiques. [PDF]. Repéré le 12 décembre 2014 à http://www.mentalhealthcommission.ca/Francais/system/files/private/document/Workforce_Integrated_Approach_Framework%20_FRE.pdf
- Boivin-Desrochers, C., & Alderson, M. (2014). Les difficultés/souffrances vécues par les infirmières : stratégies permettant de préserver leur santé mentale, leur sens au travail et leur performance au travail. *Recherche en soins infirmiers*, 118, 85-96.

- Bourbonnais, R., Comeau, M., Dion, G., & Vézina, M. (1997). Impact de l'environnement psychosocial de travail sur la santé mentale des infirmières en centre hospitalier au Québec. [PDF]. Repéré le 11 février 2015 à <http://www.csssvc.qc.ca/telechargement.php?id=34>
- Bourbonnais, R., Malenfant, R., Viens, C., Vézina, M., Brisson, C., Laliberté, D., & Sarmiento, J. (2000). Les impacts positifs et négatifs de la transformation du réseau de la santé sur la vie professionnelle, la vie familiale et la santé des infirmières et des infirmiers de l'agglomération de Québec. [PDF]. Repéré le 19 février 2015 à <http://www.csssvc.qc.ca/telechargement.php?id=35>
- Buteau, R.-A., Garand-Rochette, S., Thibault, M., & Tremblay, J. (2009). Les ateliers de pratique réflexive lieu d'intégration des données probantes, moteur de changement de la pratique. [PDF]. Repéré le 21 mars 2015 à http://www.oiiq.org/congres2009/pdf/a28_atelier_pratique_reflexive_lieu_integration_donnees_probantes_moteur_changement_pratique.pdf
- Canouï, P. (2003). La souffrance des soignants : un risque humain, des enjeux éthiques. *Médecine & Hygiène*, 18 (2), 101-104.
- Castra, M. (2004). Faire face à la mort : réguler la « bonne distance » soignants-malades en unité de soins palliatifs. *Travail et Emploi*, 97, 53-64.
- Cavanaugh, S. (2014). Améliorer la santé psychologique au travail. [PDF]. Repéré le 12 décembre 2014 à <http://www.canadian-nurse.com/fr/articles/issues/2014/avril2014/ameliorer-la-sante-psychologique-au-travail>
- Champagne, F. (2002). La capacité de gérer le changement dans les organisations de santé. [PDF]. Repéré le 20 mars 2015 à <http://www.publications.gc.ca/collections/Collection/CP32-79-39-2002F.pdf>
- Cherny, N. (2007). Foreword. Dans B. Monroe & D. Oliviere, *Resilience in Palliative Care. Achievement in adversity* (v-vi). Oxford : Oxford University Press.
- Colombat, P., Mitaine, L., & Gaudron, S. (2001). Une solution à la souffrance des soignants face à la mort : la démarche palliative. *Hématologie*, 7 (1), 54-59.
- Comité des normes en soins infirmiers de l'Association canadienne de soins palliatifs. (2009). Normes de pratique canadiennes en soins infirmiers palliatifs. [PDF]. Repéré le 8 décembre 2014 à http://acsp.net/media/34575/Normes_de_pratique_Canadiennes_en_soins_infirmiers_palliatifs_2009.pdf

- Commission de la santé mentale du Canada. (2015). Enjeu: santé mentale en milieu de travail. [PDF]. Repéré le 11 février 2015 à <http://www.mentalhealthcommission.ca/Francais/issues/workplace>
- Commission de l'éthique en science et en technologie. (2013). Qu'est-ce qu'un dilemme éthique? [PDF]. Repéré le 17 mars 2015 à <http://www.ethique.gouv.qc.ca/fr/ethique/quest-ce-que-lethique/quest-ce-quun-dilemme-ethique.html>
- Cyrulnik, B. (2002). *Un merveilleux malheur*. Paris : Éditions Odile Jacob.
- Cyrulnik, B. (2005). *Vivre devant soi : être résilient, et après?* Paris : Les Éditions du Journal des Psychologues.
- Dagenais-Desmarais, V. (2012). Pourquoi parler de santé organisationnelle? *Info Adm.A. Bulletin de l'Ordre des administrateurs agréés du Québec*, 2 (3). Repéré le 13 décembre 2014 à <http://www.adma.qc.ca/Publications/Info-ADMA/InfoADMA-Avril-2012/Veronique%20Dagenais%20Desmarais.aspx>
- Davezies, P. (1993). Éléments de psychodynamique du travail. *Éducation Permanente*, 116, 33-46.
- Davydov, D.M., Stewart, R., Ritchie, K. & Chaudieu, I. (2010). Resilience and mental health. *Clinical Psychology Review*, 479-495.
- Debout, M., & Vasquez, L. (2014). Du bon (ou du mauvais) usage de la résilience au travail. Dans Coutanceau, R., & Bennegadi, R. *Résilience et relations humaines : Couple, Famille, Institution, Entreprise, Cultures* (p. 97-106). Paris : Éditions Dunod.
- Dejours, C. (1993). *Travail : usure mentale. De la psychopathologie à la psychodynamique du travail*. Nouvelle édition augmentée. Paris : Bayard.
- Dejours, C. & Abdoucheli, E. (1990). Itinéraire théorique en psychopathologie du travail. *Prévenir*, 20, 127-151.
- De Montigny, F. (2010). Offrir du soutien au cours d'un processus de deuil. Dans Potter, P.A. & Perry, A.G. *Soins infirmiers. Fondements généraux. Tome 1* (p. 422-455). Montréal, Québec : Chenelière Éducation.
- Dentz, E., & Bailli, G. (2005). *La résilience dans l'entreprise. Après le choc, disparaître ou rebondir*. Paris : Éditions Lavoisier.

- Detraux, J.-J. (2002). De la résilience à la bienfaisance de l'enfant handicapé et de sa famille : essai d'articulation de divers concepts. *Pratiques Psychologiques, 1*, 29-40.
- Enes, S.P.D. & de Vries, K. (2004). A survey of ethical issues experienced by nurses caring for terminally ill elderly people. *Nursing Ethics, 11* (2), 150-164.
- Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal. (2014). Référentiel des compétences à la maîtrise. Montréal : Université de Montréal, Vice-décanat aux études supérieures.
- Ferrell, B.R., & Coyle, N. (2008). The Nature of Suffering and the Goals of Nursing. *Oncology Nursing Forum, 35* (2), 241-247.
- Fillion, L., & Lavoie, M. (2010). Rôle changeant de l'infirmière : à la recherche de la dignité, de l'autonomie et du sens. 18^e Congrès International sur les soins palliatifs. [PDF]. Repéré le 22 janvier 2015 à http://www.recherchesoinspalliatifs.ca/fra/documents/FillionetLavoie_2010_soinspall_000.pdf
- Fillion, L., & Saint-Laurent, L. (2003). Stresseurs liés au travail infirmier en soins palliatifs : l'importance du soutien organisationnel, professionnel et émotionnel. [PDF]. Repéré le 8 décembre 2014 à http://www.fcass-cfhi.ca/Migrated/PDF/ResearchReports/OGC/fillion_final.pdf
- Foucault, C. (2004). *L'art de soigner en soins palliatifs. Perspectives infirmières* (2^e éd.). Canada : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Genest, C. (2013). *La résilience des familles endeuillées par le suicide d'un adolescent : Émerger malgré la blessure indélébile*. (Thèse de doctorat, Faculté des études supérieures de l'Université de Montréal). [PDF]. Repéré le 20 février 2015 à https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/9740/Genest_Christine_2012_these.pdf?sequence=4
- Gillespie, B.M., Chaboyer, W., Wallis, M., & Grimbeek, P. (2007). Resilience in the operating room: developing and testing of a resilience model. *Journal of Advanced Nursing, 59* (4), 427-438.
- Gillman, L., Adams, J., Watts, R., Kovac, R., Kilculien, A., Barratt, C., Panizza, N., Doyle, C., & Petrie, A. (2012). Strategies to promote coping and resilience in oncology and palliative care nurses caring for adult patients with malignancy: a systematic review. *JBIC Library of Systematic Reviews, 10* (56), 1-16.

- Giordano, B.P. (1997). Resilience – a survival tool for the nineties. *AORN Journal - Editorial*, 65 (6), 1032 – 1034.
- Girard, D. (2009). Conflits de valeurs et souffrance au travail. *Éthique publique*, 11 (2), 129-138.
- Goffart, I. (2004). *Organisation du travail, action syndicale et épuisement professionnel : étude des stratégies défensives de métier masculines et féminines*. Mémoire de maîtrise : Faculté des études supérieures, Université de Montréal, 278 p.
- Gouvernement du Canada. (2015). Travail – Nombre d’heures travaillées par semaine. Repéré le 13 avril 2015 à http://www4.rhdcc.gc.ca/.3ndic.1t.4r@-fra.jsp?iid=19#M_1
- Gouvernement du Québec. (2015). Santé mentale au travail. [PDF]. Repéré le 11 février 2015 à http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/sante_mentale/index.php?sante_mentale_au_travail
- Gray, J. (2012). Building resilience in the nursing workforce. *Nursing standard*, 26 (32), 1.
- Gremaud, G. (2013). La souffrance des soignants en soins palliatifs. *Revue internationale de soins palliatifs*, 28 (2), 151-152.
- Hanus, M. (2001). *La résilience, à quel prix? Survivre et rebondir*. Paris : Éditions Maloine.
- Hart, P.L., Brannan, J.D., & De Chesnay, M. (2014). Resilience in nurses: an integrative review. *Journal of Nursing Management*, 22, 720-734.
- Hodges, H.F., Keeley, A.C., & Grier, E.C. (2005). Professional resilience, practice longevity, and Parse’s theory for baccalaureate education. *Journal of Nursing Education*, 44 (12), 548-554.
- Homewood Solutions Humaines. (2013). Favoriser la résilience au travail. *Vitalité*, 3 (4), 1-4.
- Jackson, D., Firtko, A., & Edenborough, M. (2007). Personal resilience as a strategy for surviving and thriving in the face of workplace adversity: a literature review. *Journal of advanced nursing*, 60 (1), 1-9.
- Jacquemin, D. (2005). La souffrance des soignants en soins palliatifs. *Frontières*, 17 (2).

- Joron, P., & Couturier, Y. (2008). La santé organisationnelle : tendances et défis. Dossier spécial – Santé au travail. *Effectif*, 11 (4). Repéré le 13 décembre 2014 à http://www.portailrh.org/effectif/fiche_campusrh.aspx?p=410426
- Jouteau-Neves, C., Malaquin-Pavan, É., & Nectoux-Lannebere, M. (2013). *L'infirmier(e) et les soins palliatifs. Prendre soin : éthique et pratiques*. France : Éditions Elsevier Masson.
- Koninckx, G., & Teneau, G. (2010). *Résilience organisationnelle. Rebondir face aux turbulences*. Bruxelles : Éditions de Boeck.
- Kouamékan, J.M.K. (2014). Résilience et sociétés : concepts et applications. *Éthique et économique*, 11 (1), 1-15.
- La Bonté, L. (2009). Employés stressés, entreprises malades. [PDF]. Repéré le 22 février 2015 à <http://archives.contact.ulaval.ca/articles/employes-stresses-entreprises-malades-982.html>
- Lambert, P., & Lecomte, M. (2000). Le citoyen : une personne du début à la fin de sa vie. [PDF]. Repéré le 12 décembre 2014 à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/00-805/rappprinc.pdf>
- Lecomte, J. (2005a). Qu'est-ce que la résilience? Dans B. Cyrulnik, *Vivre devant soi : être résilient, et après?* (p.9-21). Paris : Les Éditions du Journal des Psychologues.
- Lecomte, J. (2005b). Les caractéristiques des tuteurs de résilience. *Recherche en soins infirmiers*, 82, 22-25.
- Lecomte, J. (2010). *La résilience. Se reconstruire après un traumatisme*. Paris : Éditions Rue d'Ulm/Presses de l'École normale supérieure.
- Lighezzolo, J., & De Tychev, C. (2004). *La résilience. Se (re)construire après le traumatisme*. France : Éditions In Press.
- Loriol, M. (2001). La fatigue, le stress et le travail émotionnel de l'infirmière. *Prévenir*, 183-188.
- Luthar, S.S., & Cicchetti, D. (2000). The construct of resilience: Implications for interventions and social policies. *Dev Psychopathol*, 12 (4), 857-885.
- Manciaux, M., Vanistendael, S., Lecomte, J., & Cyrulnik, B. (2001). La résilience: état des lieux. Dans M. Manciaux, *La résilience. Résister et se construire* (p.13-20), Genève : Éditions Médecine et Hygiène.

- Maubon, M. (2011). Deuils de soignants: une souffrance à penser. [PDF]. Repéré le 22 janvier 2015 à http://vigipallia.soin-palliatif.org/Documents/SYN_Maubon_201104.pdf
- McAllister, M., & Lowe, J.B. (2011). Preparing for practice: becoming resilient. Dans McAllister, M. & Lowe, J.B., *The resilient nurse. Empowering your practice* (p.1-22). New-York : Springer Publishing Company.
- Ministère de la santé et des services sociaux du Québec. (2010). Politique en soins palliatifs de fin de vie. Repéré le 20 février 2015 à <http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/organisation/mourir-dans-la-dignite/documents/politique-en-soins-palliatifs-de-fin-de-vie.pdf>
- Molinier, P. (2008). *Les enjeux psychiques du travail*. Paris : Payot & Rivages.
- Molinier, P., & Flottes, A. (2012). Travail et santé mentale : approches cliniques. *Travail et emploi*, 129, 51-66.
- Moon, J.-A. (2004). *A Handbook of Reflective and Experiential Learning*. London: RoutledgeFalmer.
- Morin, E.M., & Gagné, C. (2009). Donner un sens au travail. Promouvoir le bien-être psychologique. [PDF]. Repéré le 8 décembre 2014 à <http://www.irsst.qc.ca/media/documents/PubIRSST/R-624.pdf>
- National Institute for Health and Clinical Excellence. (2007). How to change practice: Understand, identify and overcome barriers to change. [PDF]. Repéré le 20 mars 2015 à <http://www.nice.org.uk/Media/Default/About/what-we-do/Into-practice/Support-for-service-improvement-and-audit/How-to-change-practice-barriers-to-change.pdf>
- Office québécois de la langue française. (2013). Cadre fonctionnel. Repéré le 28 mai 2015 à https://www.oqlf.gouv.qc.ca/ressources/bibliotheque/dictionnaires/terminologie_relations_professionnelles/cadre_fonctionnel.html
- Ouellet, J., & Thibault, C. Amélioration continue de sa compétence professionnelle en quatre étapes. [PDF]. Repéré le 21 mars 2015 à https://www.oiiq.org/sites/default/files/0386_AmeliorationContinue.pdf
- Pinel, W. (2009). *La résilience organisationnelle : concepts et activités de formation*. (Mémoire, École Polytechnique de Montréal). Repéré le 16 février 2015 à http://www.polymtl.ca/crp/doc/memoire_william_pinel_2009.pdf

- Phaneuf, M. (2012). La souffrance des soignants un mal invisible...Jalons pour une réflexion. [PDF]. Repéré le 20 mars 2015 à <http://www.prendresoin.org/wp-content/uploads/2012/12/La-souffrance-des-soignantes-.pdf>
- Poirot, M. (2007). L'organisant de la résilience individuelle au travail : premiers éléments d'analyse. *Cahiers du CEREN*, 20, 12-26.
- Poulsen, M.G., Poulsen, A.A., Baumann, K.C., McQuitty, S., Cert Mgt, G., & Sharpley, C.F. (2014). A cross-sectional study of stressors and coping mechanisms used by radiation therapists and oncology nurses: Resilience in Cancer Care Study. *Journal of Medical Radiation Sciences*, 61, 225-232.
- Programme santé des organisations et des individus. (2012). Entreprise en santé. Pour prendre soin de ceux qui prennent soin. Repéré le 11 avril 2015 à <http://www.cqaqualite.ca/images/colloque/documents/Jean-Pier-Rodrigue.pdf>
- Psiuk, T. (2005). La résilience, un atout pour la qualité des soins. *Recherche en soins infirmiers*, 82, 12-21.
- Reid, B. (1993). But we're doing it already! "Exploring a response to the concept of Reflective Practice in order to improve its facilitation. *Nurse Education Today*, 13, 305-309.
- Robertson, R., & Jochelson, K. (2006). Interventions that change clinician behaviour: mapping the literature. [PDF]. Repéré le 27 décembre 2015 à <https://www.nice.org.uk/Media/Default/About/what-we-do/Into-practice/Support-for-service-improvement-and-audit/Kings-Fund-literature-review.pdf>
- Rousseau, S. (2010). *Développer et renforcer sa résilience. Vivre heureux même si ...*. Montréal : Éditions Quebecor.
- Saint-Jean, M., Saint-Arnaud, L., Rhéaume, J., Therriault, P.-Y., & Desrosiers, L. (2006). Rudesse en usine : une stratégie défensive. Dans *Espace de réflexion, espace d'action en santé mentale au travail* (p.37-63). Institut de psychodynamique du travail du Québec : Les Presses de l'Université Laval.
- Santé Canada. (2007). Conditions de travail des infirmières et infirmiers : Comment relever le défi? [PDF]. Repéré le 21 février 2015 à http://www.hc-sc.gc.ca/sr-sr/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/hpr-rps/bull/2007-nurses-infirmieres/2007-nurses-infirmieres-fra.pdf
- Shang, M. & Jancarik, A. (2013). Soins palliatifs et de fin de vie. [PDF]. Repéré le 20 avril 2015 à http://extranet.santemonteregie.qc.ca/depot/document/3592/Recension_SP_VF.pdf

- Smith, B.W., Tooley, E.M., Christopher, P.J., & Kay, V.S. (2010). Resilience as the ability to bounce back from stress: A neglected personal resource? *The Journal of Positive Psychology*, 5 (3), 166-176.
- Spaccarelli, S. & Kim, S. (1995). Resilience criteria and factors associated with resilience in sexuality abused girls. *Child Abuse & Neglect*, 19 (9), 1171-1182.
- Stephens, T.M. (2013). Nursing student resilience: A concept clarification. *Nursing Forum*, 48 (2), 125-133.
- Tisseron, S. (2008). La résilience, à quel prix? *Médecine des maladies métaboliques*, 2 (5), 524-527.
- Tisseron, S. (2011). *Que sais-je? La résilience* (4^e éd.). Paris : Presses Universitaires de France.
- Tomkiewicz, S. (2001). Du bon usage de la résilience. Quand la résilience se substitue à la fatalité. Dans M. Manciaux, *La résilience. Résister et se construire* (p.229-239). Genève : Éditions Médecine et Hygiène.
- Tomkiewicz, S. (2005). L'émergence du concept. Dans Cyrulnik, B. et al., *La résilience : le réalisme de l'espérance* (p.45-66). France: Éditions ÉRÈS.
- Torraco, R.J. (2005). Writing Integrative Literature Reviews: Guidelines and Examples. *Human Resource Development Review*, 4 (3), 356-367.
- Tugade, M.M., & Fredrickson, B.L. (2004). Resilient individuals use positive emotions to bounce back from negative emotional experiences. *Journal of Personality and Social Psychology*, 86 (2), 320-333.
- Tusaie, K., & Dyer, J. (2004). Resilience: A historical review of the construct. *Holistic Nursing Practice*, 18 (1), 3-8.
- Twycross, R.G. (2002). The challenge of palliative care. *International Journal of Clinical Oncology*, 7, 271-278.
- Vachon, M.L.S. (1995). Staff stress in hospice/palliative care : a review. *Palliative Medicine*, 9, 91-122.
- Vanistendael, S. (2001). La résilience au quotidien. Dans M. Manciaux, *La résilience. Résister et se construire* (p. 179-187). Genève : Éditions Médecine et Hygiène.

- Vermeiren, É. (2012). Analyse critique du concept de résilience. Dans R. Coutanceau, J. Smith & S. Lemitre, *Trauma et résilience. Victimes et auteurs* (p.15-22), Paris : Éditions Dunod.
- Vince, R. and M. Reynolds. 2004. Organizing reflective practice. *Management & Learning*, 33 (1), 63–78.
- Whittemore, R. & Knafl, K. (2005). The integrative review : updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*, 52 (5), 546-553.
- Zacharyas, C. (2010). *La résilience sous l'angle de l'autodétermination pour une meilleure santé psychologique des enseignants : déterminer des types de résilience*. Mémoire de maîtrise. Université de Montréal, Faculté des études supérieures.

Appendice A
Directives aux auteurs de la revue *Le Travail Humain*

Instructions aux auteurs

1. CHOISIR VOTRE RUBRIQUE

1) Théories et Méthodologies.

On y présente un cadre théorique original ou une méthodologie associée à ce cadre, susceptibles d'orienter certaines recherches et pratiques dans un domaine. On précise les apports de l'article en référence aux travaux connexes. Si ce cadre ou cette méthodologie ont été construits à partir de recherches empiriques, des données empiriques servent à illustrer la pertinence et la faisabilité de la mise en œuvre. Il peut aussi s'agir de directions futures, mais alors on s'efforce de justifier leur intérêt, en montrant qu'elles sont susceptibles d'éclairer l'interprétation de données empiriques, éventuellement recueillies dans une autre perspective. On précise le domaine de validité du cadre théorique ou de la méthodologie, en particulier dans l'analyse des situations de travail.

2) Synthèses

Il s'agit ici du style classique des revues de question. On évite une présentation trop dirigée par les travaux cités. L'exposé est critique, en proposant des évaluations des différentes perspectives sous lesquelles le thème choisi a été traité et en montrant les articulations entre ces perspectives. On ne se limite pas à des travaux d'une communauté scientifique trop restreinte. Lorsqu'il s'agit d'un thème traité par des disciplines différentes, une synthèse pluridisciplinaire est souhaitée. Dans tous les cas, une grande attention est accordée à l'exhaustivité et à l'actualité de la synthèse, ainsi qu'à la mise en évidence des apports de l'article par rapport aux synthèses antérieures sur le même thème.

3) Recherches empiriques

On trouve ici les articles de recherche qui présentent en détail des analyses de données recueillies dans une perspective théorique et méthodologique qui est brièvement, mais explicitement, rappelée. En ce qui concerne les travaux expérimentaux, on insiste sur la prise en considération explicite de la validité écologique des résultats. Pour les recherches menées sur le terrain, on accorde une attention particulière à la qualité de la méthodologie et à la portée de généralité des résultats, en élargissant le cadre au-delà des situations spécifiques examinées.

4) Réalisations et Pratiques

On présente des réalisations menées dans la perspective, propre à l'Ergonomie, de

l'amélioration des conditions de travail. Dans la mesure du possible, on fait état des validations de ces réalisations et de leurs apports en relation à d'autres réalisations dans le même domaine. S'agissant de pratiques « en avance » sur la recherche, on en retire des questions posées à la recherche. S'agissant d'applications de résultats de recherche, on présente explicitement les cadres qui ont guidé les mises en œuvre, ainsi que les adaptations et les modifications qu'il a fallu aménager, en renvoyant également des questions vers la recherche.

5) Techniques

On présente des techniques utilisables, soit dans l'analyse du travail (ex: outils de recueil de données), soit dans la conception des situations de travail (ex: interfaces, systèmes experts, etc.). On justifie de leur pertinence, soit par rapport à des résultats de recherche sur le travail, soit à partir de validations empiriques.

6) Documents pédagogiques

Il s'agit de la publication de supports de cours concernant le champ couvert par la revue.

2. LONGUEUR DES MANUSCRITS

La revue accepte des manuscrits en Français et en Anglais. Un manuscrit soumis à la revue ne devrait pas excéder 25 pages, *tout compris*.

Comment calculer : 1 page comprenant uniquement du texte = entre 3800 et 4000 signes (espaces compris). La place dédiée aux figures et tableaux doit être comprise dans ce volume.

Pour les figures et tableaux, appliquer le calcul suivant :

- 1/3 page de figure ou tableau = 1300 signes
- - 1/2 page de figure ou tableau = 2000 signes

3. MISE EN PAGE

Vous pouvez :

- vous reporter à un exemplaire de la revue pour reproduire la mise en page
- suivre les consignes ci-dessous
- ou télécharger le gabarit suivant. (à venir)

Consignes : l'indication de la rubrique souhaitée pour l'insertion de l'article dans

la revue et l'adoption des critères d'évaluation appropriés ; • le titre complet et un titre court pour insertion en tête des pages ; • les initiales et les noms des auteurs, avec leurs adresses en notes de bas de page ; un résumé d'une page dans l'autre langue (25 lignes minimum : l'auteur est invité à faire vérifier sa traduction par un spécialiste de la langue et du domaine), mettant précisément en évidence les résultats, les apports de l'article à son domaine et son intérêt pour l'étude du travail (le résumé commence par la traduction du titre en majuscules et se termine par la traduction des mots-clés) ; • les doubles légendes des tableaux et des figures dans les deux langues, intégrées au texte et indiquant les positions d'insertion des tableaux et des figures (présentés à part) ; les traductions doivent être plus explicites que les légendes originales, pour que les tableaux et les figures soient compréhensibles, en particulier quand des textes y apparaissent ; tous les tableaux et toutes les figures doivent faire l'objet de renvois dans le texte et doivent comporter des légendes ; les originaux des illustrations doivent être conçus de sorte que leur réduction dans la revue reste lisible et la moins encombrante possible (espace maximal de 11cmx18cm) ; • numérotation des paragraphes : I, II, III, etc I.1, I.2, I.3, etc I.1.A., I.1.B, I.1.C, etc. ; si des subdivisions supplémentaires sont nécessaires, on se contentera de titres en italiques, avec retrait ; • les références bibliographiques sont regroupées en fin d'article et présentées selon les normes de l'APA (American Psychological Association) dont certaines sont rappelées sur ce site ; • un résumé de 5 à 10 lignes et une liste de mots-clés, dans la langue de l'article. Un manuscrit soumis à la revue ne doit être, ni publié, ni soumis par ailleurs. Lorsqu'il est accepté, la revue se réserve l'exclusivité de sa publication.

4. NORMES POUR LES RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

La revue applique les normes de l'APA (*American Psychological Association*) aux références bibliographiques, dans la mesure où elles sont les plus répandues. Ainsi, les auteurs qui soumettent leurs manuscrits selon ces normes pourront voir leurs références publiées sous cette forme. Toutefois, une certaine souplesse est admise dans la revue, à l'exception des points suivants :

1) Dans le texte

– Un renvoi bibliographique dans le texte doit mentionner l'ensemble des noms

des auteurs signataires (jusqu'à cinq) et l'année de la publication qui devra nécessairement apparaître dans la bibliographie en fin d'article. Si la même référence est à nouveau utilisée par la suite (ou s'il y a plus de cinq auteurs), il suffit de mentionner le nom du premier auteur, suivi de la mention « et al. », et la date. ex. : Klahr & Dunbar (1988) (2 auteurs concernés) mais Rasmussen, Brehmer, & Leplat (1991) (si 3, ou 4 auteurs : insérer une virgule devant le signe « & »). - Toute citation, dans le texte, doit être présentée entre guillemets et on fera mention de la pagination de l'ouvrage dont elle est extraite. ex. : « Compte tenu de ses caractéristiques, cette méthode peut être appliquée aussi bien sur des systèmes en conception que sur des systèmes en fonctionnement. » (p. 53) ou (Fadier, 1990, p. 53).

La présentation des citations de références bibliographiques dans une phrase avec un verbe conjugué, varient selon qu'il s'agit d'1, 2 ou de 3, voire de plus d'auteurs, à savoir : Comme l'indique Leplat (1989)... Les travaux de Lazarus et Folkman (1984) nous indiquent L'article de Tendjaoui, Kolski et Millot (1991) montre que....

2) Dans la bibliographie (noter l'utilisation de la virgule)

- Article de revue : Tendjaoui, M., Kolski, C., & Millot, P. (1991). An approach towards the design of intelligent man-machine interfaces used in process control. *International Journal of Industrial Ergonomics*, 8, 345-361.

- Livre : Goodstein, L.P., Anderson, H.B., & Olsen, S.E. (Eds.). (1988). *Tasks, errors, and mental models*. London: Taylor & Francis.

- Chapitre de livre : Kahn, R.L., & Byosière, P. (1992). Stress in organizations. In M.D. Dunnette & L.M. Hough (Eds.), *Handbook of industrial and organizational psychology* (pp. 571-650). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press. **(2 auteurs)**. Bainbridge, L. (1987). The ironies of automation. In J. Rasmussen, K. Duncan, & J. Leplat (Eds.), *New technology and human error* (pp. 271-283). Chichester, UK: Wiley. **(3 auteurs et plus)**.

Sur les points suivants, une certaine souplesse est possible par rapport aux normes. L'objectif essentiel est de faciliter au lecteur l'accès aux documents. Quand les mêmes idées ou les mêmes données sont présentées dans des textes faciles à atteindre (cf. supra) et dans des textes plus difficiles d'accès (cf. infra), on donnera la préférence à la citation des premiers.

- Communications : Si la communication est publiée dans des Actes disponibles chez un éditeur, la référence est donnée comme celle d'un chapitre de livre. Si elle est publiée dans des Actes réguliers, considérés comme une revue, la référence est donnée comme celle d'un article de revue. Si les Actes ne sont pas diffusés au titre d'une publication répertoriée (ISBN ou ISSN), la référence sera présentée de la façon suivante : Guillermain, H. (1988). *Aide logicielle au*

diagnostic sur processus robotisé et évolution possible vers une extraction automatique des connaissances de base des experts. Communication présentée à ERGOIA'88. Biarritz, France, Oct. Brajnik, G., Chittaro, L., Guida, G., Tasso, C., & Toppano, E. (1989). *The use of many diverse models of an artifact in the design of cognitive aids.* Paper presented at the 2nd European Meeting on Cognitive Science Approaches to Process Control. Siena, Italy, Sept.

– Rapport : Lind, M. (1990). *Representing goals and functions of complex systems: an introduction to Multi Flow Modelling* (Report No. 90-D-381). Copenhagen: Technical University of Denmark, Institute of Automatic Control Systems.

- Mémoire : Bressolle, M.C. (1993). *Contribution à l'étude de la perception de l'intention et de la coopération.* Mémoire de DEA, Université de Toulouse-le-Mirail. Ryerson, J.F. (1983). *Effective management training: two models.*

Master's thesis, Clarkson College of Technology, Potsdam, NY.

– Thèse : Sénach, B. (1984). *Assistance à la résolution d'incident dans les systèmes dynamiques : réduction de l'espace-problème et routines cognitives.*

Thèse, Université René-Descartes, Paris. Brazier, F.M.T. (1991). *Design and evaluation of a user interface for information retrieval.* Doctoral dissertation, Vrije Universiteit, Amsterdam.

– Textes ayant fait l'objet de traduction : Luria, A.R. (1969). *The mind of a mnemonist* (L. Solotaroff, Trans.). New York: Avon Books. (Original work published 1965). Reason, J. (1993). *L'erreur humaine* (J.M. Hoc, Trad.). Paris: Presses Universitaires de France. (Édition originale, 1990).

Manuel de référence de l'APA : *Publication Manual of the American Psychological Association* (Fourth Edition: 1994). Washington, DC: American Psychological Association.

Adresse Internet de l'APA pour consultation du détail des normes:

http://webster.comnet.edu/apa/apa_index.htm

Rapatriement automatique des normes:

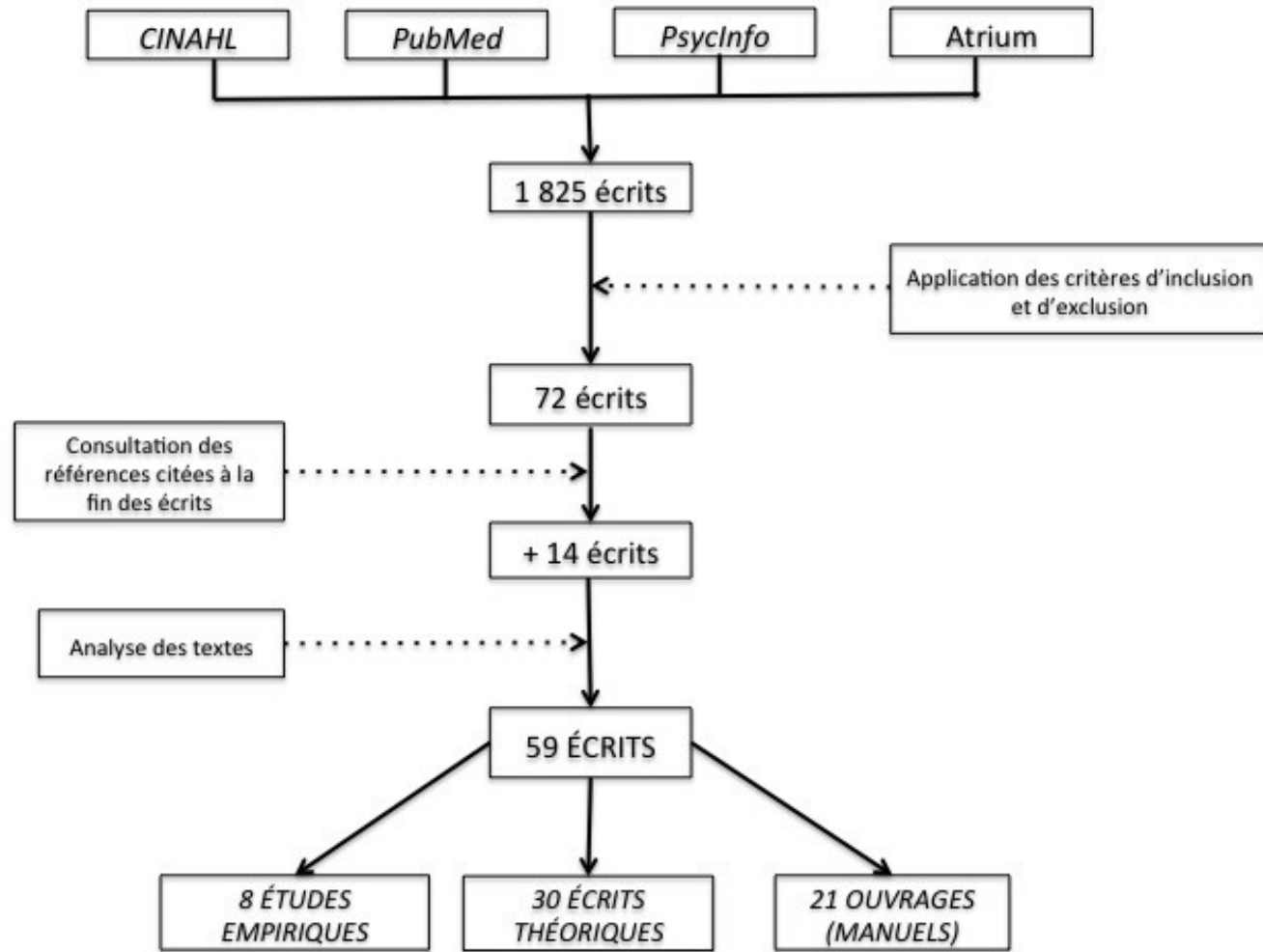
http://uiarchive.cso.uiuc.edu/pubindex/info-mac/_Education/apa-style-guide.hqx.abs.html

- Les normes de l'APA (adaptées au Français) s'appliquent aussi aux statistiques :

Par exemple : $M = 4,63$ $t(22) = 2,62$; $p < .02$ $Chi^2(4, N = 90) = 10,51$
 ; $p < .05$ (utiliser la lettre grecque en italique et l'exposant) $F(1;34) = 123,07$; $p < .001$

Appendice B
Diagramme de flux

Figure 1. Démarche de sélection des écrits recensés



Appendice C

Tableau de classification des études empiriques retenues

Tableau 1. Classification des études empiriques retenues

ÉTUDES QUANTITATIVES ET QUALITATIVES AU SEIN DE LA RECENSION INTÉGRATIVE DES ÉCRITS				
Références	But(s)/Type(s) d'étude/Devis	Échantillon/Milieu/Cadre de référence	Intervention(s) réalisée(s)	Résultats/Limite(s) mentionnée(s) par les auteurs
Fillion & Saint-Laurent (2003)	<p><u>BUTS :</u></p> <ol style="list-style-type: none"> Déterminer les facteurs de stress associés au travail infirmier en soins palliatifs. Comparer ces stressors selon le milieu de pratique (domicile ou institution). Déterminer les conditions favorables ou les ressources susceptibles d'améliorer la satisfaction et la qualité de vie des infirmières en soins palliatifs. Déterminer les relations entre les stressors ou les demandes, les ressources perçues, la qualité de vie et la satisfaction au travail. 	<p><u>Première phase:</u> Volet qualitatif: 110 infirmières travaillant au Québec en soins palliatifs dans des centres hospitaliers, des institutions spécialisées ou à domicile.</p> <p>Volet quantitatif: 241 infirmières provenant de trois centres hospitaliers universitaires ou de CLSC au Québec.</p> <p><u>Seconde phase:</u> Volet qualitatif : 20 décideurs et gestionnaires</p> <p><u>CADRE :</u> non mentionné</p>	<p><u>Première phase:</u> Volet qualitatif: Neuf groupes de discussion (60 infirmières) d'une durée de 2h et des entrevues téléphoniques individuelles (50 infirmières) d'une durée de 20 minutes.</p> <p>Volet quantitatif: questionnaires visant à décrire les relations entre le soutien au travail (organisationnel, professionnel et émotionnel), les demandes associées au travail (demandes psychologiques et émotionnelles) et les ressources (latitude décisionnelle,</p>	<p><u>Première phase:</u> Volet qualitatif:</p> <ul style="list-style-type: none"> Les infirmières ont identifié davantage de stressors organisationnels que professionnels et émotionnels. Plusieurs sources de stress associées aux conditions de travail difficiles et au manque de reconnaissance et de soutien des supérieurs ont été identifiées. Les sources de stress associées à la pratique des infirmières, à la charge émotionnelle face à la souffrance et à l'angoisse de la mort se sont avérées moindres. Au niveau organisationnel : Devoir se battre pour la dignité et le respect des patients est le facteur qui amène le plus de stress au travail et ce, tant pour les infirmières œuvrant en centre hospitalier que celles œuvrant en CLSC. Les infirmières œuvrant en CLSC ou en centre hospitalier déplorent le manque de reconnaissance de la spécificité des soins palliatifs au

	<p><u>TYPE:</u> Étude d'approche mixte (volets quantitatif et qualitatif)</p> <p><u>DEVIS :</u> descriptif</p>		<p>récompenses, sentiment de compétence).</p> <p><u>Seconde phase:</u> Volet qualitatif : Les résultats de la collecte de données auprès des infirmières lors de la première phase ont été présentés aux décideurs et gestionnaires et analysés par ceux-ci lors de deux groupes de discussion.</p>	<p>sein de la culture organisationnelle.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Au niveau professionnel: exigences du rôle de l'infirmière, principes éthiques, rapports de pouvoir et conflits de valeurs lors de l'interaction entre les soignants et le malade ou ses proches. - Au niveau émotionnel: expérience des soignants face à la souffrance et la mort (angoisse, impuissance, confrontation à des deuils multiples). <p>Volet quantitatif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les charges psychologiques sont élevées dans ce contexte de soins. - Le niveau de stress au travail dans ce secteur de soins équivaut à celui du reste des travailleurs : les infirmières en soins palliatifs savent mobiliser leurs ressources et obtenir le soutien nécessaire. - Les infirmières en soins palliatifs sont plus fatiguées que les infirmières œuvrant dans d'autres secteurs. - Les infirmières sont satisfaites au travail. En CLSC, le travail est moins stressant et plus satisfaisant qu'en centre hospitalier. - Le niveau de stress est plus élevé en centre hospitalier (38%) qu'en CLSC (15%) car plus de demandes émotionnelles et moins de latitude décisionnelle. <p><u>Seconde phase :</u> Volet qualitatif :</p>
--	--	--	--	--

				<ul style="list-style-type: none"> - Les décideurs sont d'avis que les résultats obtenus appuient les résultats d'autres études qu'ils ont lues. - Les gestionnaires ont observé dans leurs milieux de soins les stresseurs mentionnés par les infirmières. - Des pistes de solutions ont été proposées par les décideurs et gestionnaires (ex : promouvoir la spécialité des soins palliatifs, prévoir un budget pour la formation continue). - Le soutien organisationnel, professionnel et émotionnel apparaît primordial à la lumière des résultats (émotionnel : favoriser une prise de conscience des enjeux affectifs liés à l'expérience de la mort, favoriser l'expression des émotions éprouvantes // professionnel : promouvoir la collaboration interdisciplinaire centrée sur le patients/proches, définir le rôle de chacun // organisationnel : définir la mission, les objectifs et le plan d'action organisationnels).
Enes & de Vries (2004)	<p><u>BUTS</u> :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Examiner l'expérience des infirmières œuvrant auprès de personnes âgées. 2. Déterminer les dilemmes éthiques que vivent ces infirmières lorsqu'elles s'occupent 	<p>Échantillon de convenance</p> <p><u>N</u> = 53 (48 infirmières et 5 infirmiers) œuvrant auprès de personnes âgées en fin de vie en centres hospitaliers ou à domicile</p>	<p>Un questionnaire semi-structuré a été envoyé à chaque participant et a été rempli de façon anonyme. Ces questionnaires comportaient des questions fermées et ouvertes au regard de</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Les infirmières sont d'avis que certains professionnels mentent à certains patients à l'égard de leur condition de santé. - 90,6% des infirmières sont d'avis que les patients savent lorsqu'ils sont en train de mourir et ce, même si les professionnels ne leur disent pas. - 32% des infirmières sont d'avis qu'il est adéquat de dire la vérité aux

	<p>de patients âgés en phase terminale.</p> <p>3. Examiner les dilemmes éthiques recensés avec la perspective des besoins des patients en soins palliatifs.</p> <p><u>TYPE</u> : Approche mixte (volet quantitatif et volet qualitatif)</p> <p><u>DEVIS</u> : non expérimental descriptif (quantitatif)</p>	<p><u>MILIEU</u> : sud-est de l'Angleterre</p>	<p>l'expérience de travail des infirmières.</p>	<p>familles mais de mentir aux patients.</p> <ul style="list-style-type: none"> - 96,2% des infirmières disent qu'elles voudraient être mises au courant de leur condition de santé si elles étaient atteintes d'un diagnostic grave. - Les dilemmes éthiques identifiés sont : qualité de la mort, besoins des professionnels, besoins des familles, besoins de la société. - Limites : la validité de l'outil utilisé, soit le questionnaire, n'a pas été déterminée, ce qui implique que nous ne pouvons être assurés que le questionnaire mesurait ce qu'il était censé mesurer. Ce questionnaire a été développé à l'attention d'infirmières japonaises et tenait compte de leur culture spécifique. De plus, les chercheurs provenaient d'une unité de soins palliatifs, ce qui peut avoir influencé les réponses de certaines infirmières.
<p>Ablett & Jones (2007)</p>	<p><u>BUTS</u> :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Décrire l'expérience de travail d'infirmières œuvrant dans des institutions spécialisées afin de comprendre les facteurs qui contribuent à promouvoir la résilience et atténuer les effets du stress au travail. 2. Explorer le processus 	<p><u>N</u> = 10 (9 infirmières et 1 infirmier) travaillant en soins palliatifs dans des institutions spécialisées</p> <p><u>MILIEU</u> : nord-ouest de l'Angleterre</p>	<p>Des entrevues semi-structurées ont été effectuées par le biais de questions ouvertes (durée d'environ 1 heure). La première question était : Parlez-nous de votre expérience de travail en soins palliatifs. À la fin de chaque entrevue, les participants pouvaient revenir sur certains</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Les infirmières ont choisi de travailler dans ce secteur de soins, sont engagées dans leur travail et sont d'avis qu'elles peuvent faire une différence dans la vie des patients en phase terminale. - Les infirmières ont fait ressortir 10 thèmes afin de décrire leur expérience de travail en soins palliatifs : travailler en soins palliatifs est un choix, les expériences personnelles antérieures influencent les soins prodigués, les attitudes personnelles au regard des

	<p>par lequel les infirmières continuent de travailler en soins palliatifs et maintiennent un bien-être au travail.</p> <p><u>TYPE</u> : approche qualitative</p> <p><u>DEVIS</u> : phénoménologique</p>		<p>aspects discutés. Les entrevues ont été enregistrées et transcrites.</p>	<p>soins prodigués, les attitudes personnelles au regard de la vie et de la mort, la conscience de sa propre spiritualité, les attitudes personnelles au regard du travail, les facteurs de satisfaction au travail, les facteurs de stress au travail, les moyens d'adaptation, les défis personnels et professionnels.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les infirmières attestent de résilience au regard des facteurs stressants de leur travail en soins palliatifs. - Les 10 thèmes ont été comparés à deux aspects de la résilience : <i>hardiness</i> et sens de cohérence. <p><i>Hardiness</i> : Les infirmières présentent un degré élevé d'engagement au travail, de contrôle sur leur travail et d'autonomie. Certaines perçoivent les défis associés à leur travail comme un levier de satisfaction et d'accomplissement au travail. Certaines n'aiment pas les changements au travail et préfèrent la stabilité.</p> <p>Sens de cohérence : Les infirmières trouvent un sens et une signification à leur travail. Elles désirent répondre aux besoins des patients et améliorer leur qualité de vie. La conscience de leur propre spiritualité leur permet de comprendre certains aspects de leur travail.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les auteurs mentionnent que les
--	--	--	---	---

				résultats obtenus sont généralisables à d'autres groupes d'infirmières travaillant en soins palliatifs.
Spaccarelli & Kim (1995)	<p><u>BUT</u> : Examiner la résilience d'un échantillon de filles débutant des séances de psychothérapie en lien avec un abus sexuel.</p> <p><u>TYPE</u> : Approche quantitative</p> <p><u>DEVIS</u> : non expérimental corrélationnel</p>	<p><u>N</u> = 43 filles âgées de 10 à 17 ans, 34 mères, 7 pères, 1 belle-mère, 1 mère adoptive</p> <p><u>MILIEU</u> : Phoenix</p> <p><u>CADRE</u> : non mentionné</p>	Des entrevues ont été réalisées auprès des participants sous la supervision d'un assistant de recherche.	<ul style="list-style-type: none"> - La résilience n'empêche pas les participantes de souffrir d'anxiété ou de dépression. - Limite : l'échantillon a été sélectionné auprès des jeunes en thérapie, ce qui limite la représentativité de l'échantillon à d'autres jeunes filles victimes d'abus sexuel.
Poulsen et al. (2014)	<p><u>BUT</u> : Décrire la fréquence et la sévérité des stressseurs et l'efficacité des mécanismes de <i>coping</i> des thérapeutes en radiologie et des infirmières en soins palliatifs.</p> <p><u>TYPE</u> : Approche quantitative</p> <p><u>DEVIS</u> : non expérimental descriptif</p>	<p><u>N</u>= 71 participants (43 thérapeutes en radiologie et 28 infirmières en soins palliatifs travaillant dans des centres hospitaliers)</p> <p><u>MILIEU</u> : Australie</p> <p><u>CADRE</u> : non mentionné</p>	Un questionnaire a été distribué aux thérapeutes en radiologie et aux infirmières en soins palliatifs dans deux centres hospitaliers tertiaires de l'Australie.	<ul style="list-style-type: none"> - Les infirmières en soins palliatifs rapportent moins de stressseurs (78%) que les thérapeutes en radiologie (93,5%). - La charge de travail trop élevé est le principal stressseur identifié par chaque groupe. - Les autres stressseurs identifiés par les infirmières en soins palliatifs sont : faible communication avec les infirmières expertes, frustration en lien avec la hiérarchie du centre hospitalier, rigidité dans l'administration, absences des collègues, faible latitude décisionnelle, anxiété des patients au regard des traitements, faible soutien des supérieurs, environnement de

				<p>travail inadéquat</p> <ul style="list-style-type: none"> - Il n'existe pas de stratégie de <i>coping</i> efficace au regard de tous les stressseurs. - Une relation significative a été établie entre la résilience et le bien-être psychologique. - Limites : l'échantillon était restreint à deux hôpitaux dans une seule ville de l'Australie, ce qui atténue la généralité des résultats à d'autres contextes.
Smith, Tooley, Christopher & Kay (2010)	<p><u>BUT</u> : Examiner la relation entre la résilience et certaines mesures de santé.</p> <p><u>TYPE</u> : Approche quantitative</p> <p><u>DEVIS</u> : non expérimental corrélationnel</p>	<p><u>N</u>= La première partie de l'étude s'est déroulée auprès de 289 étudiants universitaires. La seconde partie de l'étude s'est déroulée auprès de 259 étudiants universitaires. L'âge moyen des participants était de 21 ans.</p> <p><u>MILIEU</u> : Nouveau-Mexique</p> <p><u>CADRE</u> : non mentionné</p>	<p>Un questionnaire a été rempli par chaque participant des deux parties de l'étude. Ces questionnaires mesuraient : la résilience, l'optimisme, le sens à la vie, le soutien social, la spiritualité, les symptômes physiques et le stress.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Au sein de la première partie de l'étude, il a pu être démontré que la résilience est liée à des aspects positifs rehaussés et des aspects négatifs atténués. - Au sein de la seconde partie de l'étude, la résilience était aussi liée à des symptômes physiques moindres ainsi qu'à un plus faible niveau de stress. - La résilience, en somme, améliore la santé par différents moyens : diminuer la durée de confrontation à un stress et ainsi atténuer les dommages physiques corporels du stress, procurer davantage de temps à l'individu résilient pour autres activités et engagements, contribuer à une acceptation plus facile des défis et à la promotion d'une vie heureuse et comblée. - Limites : les mesures ont été collectées dans un temps restreint, ce

				<p>qui limite les variations qui auraient pu survenir entre les variables. De plus, les échantillons étaient composés d'étudiants étant au même niveau académique, ce qui peut limiter la généralisation des résultats à d'autres tranches d'âge. Les résultats démontrent tout de même que la résilience contribue à une meilleure santé.</p>
Zacharyas (2010)	<p><u>BUTS</u>:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Proposer un nouvel abord de la résilience en termes de types. 2. Mieux comprendre pourquoi les personnes résilientes ne sont pas toujours en bien-être. <p><u>TYPE</u> : Approche quantitative</p> <p><u>DEVIS</u> : non expérimental descriptif</p>	<p><u>N</u> = 542 enseignants de niveau primaire et secondaire</p> <p><u>MILIEU</u> : Région de Montréal et du Saguenay</p> <p><u>CADRE</u> : non mentionné</p>	<p>Des questionnaires comprenant des choix de réponses sur une échelle de Likert ont été remplis par les participants. Les questionnaires visaient à mesurer la motivation au travail, la résilience et le bien-être psychologique au travail.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Les enseignants très résilients ont un meilleur bien-être psychologique que les enseignants moyennement résilients. - Il existe des différences quant à la motivation au travail des enseignants moyennement résilients et des enseignants très résilients. - Les enseignants très résilients ont davantage de motivation intrinsèque et les enseignants moyennement résilients ont moins de motivation intrinsèque. - Des différences existent au sein d'un groupe considéré comme résilient. - Un taux élevé de résilience est associé à un bien-être psychologique. Il y a des degrés de résilience, d'où la notion de processus. - Limites : le choix d'analyse peut avoir réduit la puissance statistique, la fluctuation de la résilience dans le temps n'a pas été comparée.

<p>Gillespie, Chaboyer, Wallis & Grimbeek (2007)</p>	<p><u>BUT</u> : Examiner la relation entre les compétences perçues, la collaboration, le contrôle, l'auto-efficacité, l'espoir, le <i>coping</i>, l'âge, l'expérience, l'éducation, l'ancienneté au travail et la résilience d'infirmières œuvrant en salle d'opération.</p> <p><u>TYPE</u> : Approche quantitative</p> <p><u>DEVIS</u> : non expérimental corrélational</p>	<p>Échantillonnage aléatoire</p> <p><u>N</u> = 772 infirmières œuvrant en salle d'opération en Australie <u>CADRE</u> : non mentionné</p>	<p>Un questionnaire a été envoyé aux infirmières. Ce questionnaire comprenait une échelle de mesure de la compétence perçue, de la collaboration, du contrôle, de l'auto-efficacité, de l'espoir, du <i>coping</i> et de la résilience et permettait de recueillir de l'information démographique sur les participants.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - La collaboration, l'âge, l'éducation, l'expérience de travail et l'ancienneté au travail ne permettent pas d'expliquer la résilience des infirmières en salle d'opération. - L'espoir, l'auto-efficacité, le coping, le contrôle et la compétence perçue sont associés à la résilience des infirmières et contribuent à celle-ci - L'espoir et la résilience sont fortement liés - Le <i>coping</i> et la résilience sont modérément liés - L'auto-efficacité et la résilience sont fortement liées - La compétence perçue et la résilience sont faiblement liées - Le contrôle et la résilience sont faiblement liés - Les 5 facteurs identifiés contribuant à la résilience peuvent être des comportements encouragés pour promouvoir la résilience et retenir les infirmières au sein de ce milieu de travail - Les résultats sont fiables étant donné le grand échantillon (N= 772) et peuvent être généralisés étant donné la méthode d'échantillonnage utilisée. - Limite : un biais au niveau de la sélection de l'échantillon a pu survenir puisque la population acceptée pour cette étude était les infirmières travaillant en salle d'opération et membres de l'association <i>Australian College of</i>
--	--	---	---	--

				<i>Operating Room Nurses (ACORN).</i>
ÉTUDES QUANTITATIVES ET QUALITATIVES AU SEIN LA PROBLEMATIQUE ET DU CONTEXTE				
Bourbonnais, Comeau, Dion & Vézina (1997)	<p><u>BUT</u> : Étudier l'association entre une demande psychologique élevée, une faible latitude décisionnelle et un faible soutien au travail et la santé mentale des infirmières.</p> <p><u>TYPE</u> : Approche mixte (volet quantitatif et volet qualitatif)</p> <p><u>DEVIS</u> : corrélational</p>	<p><u>N</u> = près de 2 000 infirmières œuvrant dans six hôpitaux du Québec</p> <p><u>MILIEU</u> : Chicoutimi, Montréal, Québec et Sherbrooke</p> <p><u>CADRE</u> : non mentionné</p>	Une lettre d'invitation à la recherche et des questionnaires ont été envoyés aux infirmières détentrices de poste à temps plein ou temps partiel des six hôpitaux ciblés.	<ul style="list-style-type: none"> - La détresse psychologique est élevée chez les infirmières comparativement à celle de l'ensemble des travailleuses québécoises. - Il existe une association entre la tension au travail et la détresse psychologique et l'épuisement émotionnel chez les infirmières - La demande psychologique au travail est souvent élevée chez les infirmières - Le taux de participation aux décisions touchant l'unité de soins est faible - Le soutien des supérieurs est faible
AIIC & RNAO (2010)	<p><u>BUT</u> : Comprendre le phénomène de la fatigue des infirmières au Canada.</p> <p><u>TYPE</u> : Approche mixte (volet quantitatif et volet qualitatif)</p>	<p><u>N</u> = 7 239 infirmières</p> <p><u>MILIEU</u> : divers secteurs de soins de santé au Canada</p>	Un premier sondage en ligne, comprenant des questions quantitatives et qualitatives, visait à recueillir l'opinion et le vécu des infirmières au regard de la fatigue au travail, des causes de celles-ci, des conséquences et des solutions proposées. Ce sondage a été complété par 6 312	<ul style="list-style-type: none"> - 50% des infirmières manquent du travail à cause de la fatigue (comportement prévalent chez les infirmières expertes). - 60% des infirmières se sentent rarement ou à l'occasion fatiguées avant de commencer à travailler. - 55,5% ressentent de la fatigue au travail. - 80% se sentent fatiguées après le travail.

			<p>infirmières travaillant dans divers domaines de soins au Canada.</p> <p>Un second questionnaire a été rempli par 927 infirmières travaillant dans des associations provinciales, territoriales et nationales d'infirmières, des organisations et des entités de réglementation, des établissements d'enseignement et des organisations chargées de la sécurité des patients et de l'agrément. Ces questionnaires portaient sur les expériences de la fatigue chez les infirmières et l'impact de celles-ci sur la sécurité des patients.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 90% trouvent leur travail exigeant sur le plan cognitif et psychologique et 60% trouvent leur travail exigeant sur le plan physique. - les 5 principales causes de fatigue des infirmières sont : surcharge de travail, manque d'effectif infirmier, attentes élevées des patients et des familles, gravité des cas, urgences inattendues touchant l'effectif ou les patients. La charge de travail est le facteur le plus important qui contribue à la fatigue selon 22% des infirmières. - Conséquences de la fatigue : 25,8% désirent démissionner, 20,2% pensent à prendre leur retraite, 25,6% désirent quitter la profession.
--	--	--	---	---

Appendice D

Schématisation du phénomène exploré sous l'angle de la psychodynamique du travail

Figure 2. Illustration de l'expérience de travail, de la résilience et de ses effets sur la santé mentale d'infirmières œuvrant en soins palliatifs sous l'angle de la psychodynamique du travail

