

Des conditions de travail stressantes des soignants à la prise en soins des patients

Travail de Bachelor Module Recherche

Léon Akakpo

Morena Bartolacci

Fatos Kaval

Coordonné par

Véronique Haberey - Knuessi

Remis le 08 juillet 2016

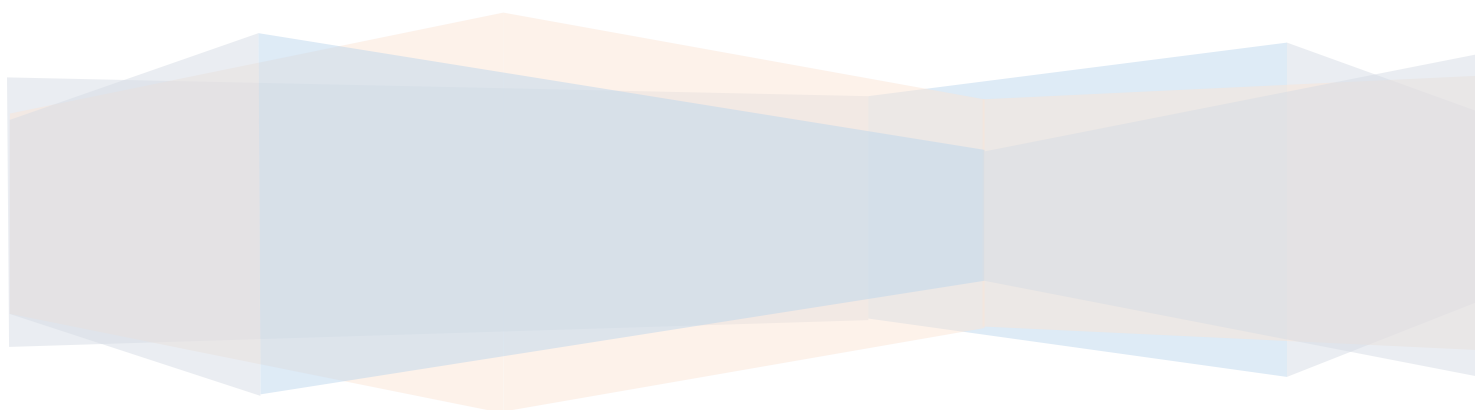


Table des matières

RÉSUMÉ DU TRAVAIL DE BACHELOR	VIII
PROBLÉMATIQUE	VIII
CONCEPTS ABORDÉS	IX
MÉTHODE	X
RÉSULTATS	X
CONCLUSION	XI
MOTS-CLÉS	XI
REMERCIEMENTS	XII
CHAPITRE 1 : INTRODUCTION	1
CHAPITRE 2 : PROBLÉMATIQUE	3
CHAPITRE 3 : CONCEPTS ET CHAMPS DISCIPLINAIRE INFIRMIER	20
3.1 LE STRESS ET LE STRESS LIÉ AUX CONDITIONS DE TRAVAIL	20
3.2 LA SATISFACTION	24
LA SATISFACTION AU TRAVAIL	27
LA SATISFACTION AU TRAVAIL DES SOIGNANTS	30
3.3 LA QUALITÉ DES SOINS	31
3.4 MÉTAPARADIGMES ET SAVOIRS DE CARPER	35
L'ÊTRE HUMAIN	35

LA SANTE	36
L'ENVIRONNEMENT	36
LES SOINS INFIRMIERS	37
3.5 LES SAVOIRS INFIRMIERS	38
LE SAVOIR EMPIRIQUE	38
LE SAVOIR ESTHETIQUE	39
LE SAVOIR PERSONNEL	40
LE SAVOIR ETHIQUE	42
3.6 CADRE THÉORIQUE : LE MODÈLE D'INTERMÉDIAIRE CULTUREL	43
PREMIERE MODELISATION	44
DEUXIEME MODELISATION	45
TROISIEME MODELISATION	48
QUATRIEME MODELISATION	51
<u>CHAPITRE 4 : MÉTHODE</u>	<u>54</u>
4.1 PubMed	56
4.2 CINAHL	60
4.3 PsycINFO	62
<u>CHAPITRE 5 : SYNTHÈSE DES RÉSULTATS</u>	<u>65</u>
5.1 ARTICLE 1 : NURSE PRACTICE ENVIRONMENT, WORKLOAD, BURNOUT, JOB	
OUTCOMES AND QUALITY OF CARE IN PSYCHIATRIC HOSPITALS : A STRUCTURAL EQUATION MODEL	
APPROACH	65

5.2	ARTICLE 2 : OCCUPATIONAL STRESSORS, STRESS PERCEPTION LEVELS, AND COPING	
	STYLES OF MEDICAL SURGICAL RNS	66
5.3	ARTICLE 3 : NURSE BURNOUT AND PATIENT SATISFACTION	67
5.4	ARTICLE 4 : RELATIONSHIPS AMONG LEADERSHIP PRACTICES, WORK ENVIRONMENTS,	
	STAFF COMMUNICATION AND OUTCOMES IN LONG-TERM CARE	69
5.5	ARTICLE 5 : A HUMAN FACTORS FRAMEWORK AND STUDY OF THE EFFECT OF NURSING	
	WORKLOAD ON PATIENT SAFETY AND EMPLOYEE QUALITY OF WORKING LIFE	70
5.6	ARTICLE 6 : A TALE OF TWO SYSTEMS – NURSES PRACTICE ENVIRONMENT, WELL-	
	BEING, PERCEIVED QUALITY OF CARE AND PATIENT SAFETY IN PRIVATE AND PUBLIC HOSPITALS IN	
	SOUTH AFRICA : A QUESTIONNAIRE SURVEY	71
5.7	ARTICLE 7 : THE ASSOCIATION OF CHINESE HOSPITAL WORK ENVIRONMENT WITH	
	NURSE BURNOUT, JOB SATISFACTION, AND INTENTION TO LEAVE	72
5.8	ARTICLE 8 : WORK-RELATED FACTORS AND EARLY RETIREMENT INTENTION : A STUDY	
	OF THE DANISH ELDERCARE SECTOR	73
5.9	ARTICLE 9 : NURSE OUTCOMES IN MAGNET® AND NON-MAGNET HOSPITALS	73
5.10	ARTICLE 10 : NURSING PRACTICE ENVIRONMENT AND OUTCOMES FOR ONCOLOGY	
	NURSING	74
5.11	ARTICLE 11 : PROFESSIONAL NURSING PRACTICE : ENVIRONMENT AND EMOTIONAL	
	EXHAUSTION AMONG INTENSIVE CARE NURSES	75
5.12	ARTICLE 12 : NURSING WORKLOAD AS A RISK FACTOR FOR HEALTHCARE	
	ASSOCIATED INFECTIONS IN ICU : A PROSPECTIVE STUDY	76

5.13	ARTICLE 13 : BACTERIAL COLONIZATION DUE TO INCREASED NURSE IN AN INTENSIVE CARE UNIT	77
5.14	ARTICLE 14 : PATIENT MORTALITY IS ASSOCIATED WITH STAFF RESOURCES AND WORKLOAD IN THE ICU : A MULTICENTER OBSERVATIONAL STUDY	78
5.15	ARTICLE 15 : WORK HOURS, WORK STRESS, AND COLLABORATION AMONG WARD STAFF IN RELATION TO RISK OF HOSPITAL-ASSOCIATED INFECTION AMONG PATIENTS	79
	CHAPITRE 6 : DISCUSSION	80
6.1	DÉVELOPPEMENT DES RÉSULTATS EN LIEN AVEC LA QUESTION PICOT	80
6.2	PERSPECTIVES ET PROPOSITIONS POUR LA PRATIQUE	83
	CHAPITRE 7 : CONCLUSION	89
7.1	APPORT DU TRAVAIL DE BACHELOR	89
7.2	LIMITES	91
7.3	PERSPECTIVES POUR LA RECHERCHE	92
	CHAPITRE 8 : RÉFÉRENCES	94
	ANNEXES	104
	ANNEXE 1 : PYRAMIDE DES BESOINS DE MASLOW	104
	ANNEXE 2 : GRILLE MÉDIOLOGIQUE BITRIPTYQUE DE NADOT	105
	ANNEXE 3 : ANALYSES D'ARTICLES SELON LA GRILLE ADAPTÉE DU FORTIN (2010)	106

GRILLE DE FORTIN 1 : NURSE PRACTICE ENVIRONMENT, WORKLOAD, BURNOUT, JOB OUTCOMES, AND QUALITY OF CARE IN PSYCHIATRIC HOSPITALS : A STRUCTURAL EQUATION MODEL APPROACH	106
GRILLE DE FORTIN 2 : OCCUPATIONAL STRESSORS, STRESS PERCEPTION LEVELS, AND COPING STYLES OF MEDICAL SURGICAL RNS	125
GRILLE DE FORTIN 3 : NURSE BURNOUT AND PATIENT SATISFACTION	144
GRILLE DE FORTIN 4 : RELATIONSHIPS AMONG LEADERSHIP PRACTICES, WORK ENVIRONMENTS, STAFF COMMUNICATION AND OUTCOMES IN LONG-TERM CARE	163
GRILLE DE FORTIN 5 : A HUMAN FACTORS FRAMEWORK AND STUDY OF THE EFFECT OF NURSING WORKLOAD ON PATIENT SAFETY AND EMPLOYEE QUALITY OF WORKING LIFE	186
GRILLE DE FORTIN 6 : A TALE OF TWO SYSTEMS – NURSES PRACTICE ENVIRONMENT, WELL- BEING, PERCEIVED QUALITY OF CARE AND PATIENT SAFETY IN PRIVATE AND PUBLIC HOSPITALS IN SOUTH AFRICA : A QUESTIONNAIRE SURVEY	209
GRILLE DE FORTIN 7 : THE ASSOCIATION OF CHINESE HOSPITAL WORK ENVIRONMENT WITH NURSE BURNOUT, JOB SATISFACTION, AND INTENTION TO LEAVE	226
GRILLE DE FORTIN 8 : WORK-RELATED FACTORS AND EARLY RETIREMENT INTENTION: A STUDY OF THE DANISH ELDERCARE SECTOR	254
GRILLE DE FORTIN 9 : NURSE OUTCOMES IN MAGNET® AND NON-MAGNET HOSPITALS	270
GRILLE DE FORTIN 10 : NURSING PRACTICE ENVIRONMENT AND OUTCOMES FOR ONCOLOGY NURSING	290
GRILLE DE FORTIN 11 : PROFESSIONAL NURSING PRACTICE : ENVIRONMENT AND EMOTIONAL EXHAUSTION AMONG INTENSIVE CARE NURSES	308

GRILLE DE FORTIN 12 : NURSING WORKLOAD AS A RISK FACTOR FOR HEALTHCARE	
ASSOCIATED INFECTIONS IN ICU : A PROSPECTIVE STUDY	324
GRILLE DE FORTIN 13 : BACTERIAL COLONIZATION DUE TO INCREASED NURSE WORKLOAD IN	
AN INTENSIVE CARE UNIT	339
GRILLE DE FORTIN 14 : PATIENT MORTALITY IS ASSOCIATED WITH STAFF RESSOURCES AND	
WORKLOAD IN THE ICU : A MULTICENTER OBSERVATIONAL STUDY	351
GRILLE DE FORTIN 15 : WORK HOURS, WORK STRESS, AND COLLABORATION AMONG WARD	
STAFF IN RELATION TO RISK OF HOSPITAL-ASSOCIATED INFECTION AMONG PATIENTS	367

Résumé du Travail de Bachelor

Problématique

Dans un contexte de restrictions budgétaires, le monde du travail est de plus en plus mis sous pression et le travail est devenu de plus en plus exigeant (Brun & al., 2009; Truchot, 2004). Sur le long terme, ces exigences ne sont pas anodines mais peuvent avoir des répercussions négatives sur la santé et le bien-être de l'individu (Commission européenne, 1999).

Le stress est un phénomène complexe étudié dans de nombreuses recherches scientifiques. Ces recherches ont démontré que l'environnement des soins est particulièrement stressant et que le stress affecte non seulement le bien-être des soignants, mais également celui des patients (Servant & al., 2004).

D'une part, le stress au travail est souvent la conséquence de conditions de travail non-satisfaisantes, d'une charge de travail trop importante et d'environnements de travail stressants. D'autre part, de bonnes conditions de travail pour les soignants sont nécessaires certes, à leur satisfaction, mais aussi à celle des patients. De même, de bonnes conditions de travail favorisent la qualité des soins autant pour les soignants que pour les patients. A ce sujet, les études comparatives entre les hôpitaux magnétiques et non-magnétiques sont particulièrement éloquentes (Spence Laschinger, Shamian, & Thompson, 2001). En effet, les hôpitaux magnétiques sont connus pour attirer, satisfaire et retenir leur personnel en

garantissant une bonne qualité de vie au travail à travers l'amélioration des conditions de ce dernier. Ils assurent par exemple, un ratio soignants/patients adéquat aux besoins des unités, ce qui améliore la qualité des soins aux patients ; ils valorisent et reconnaissent les compétences du personnel. Ils favorisent une collaboration interdisciplinaire optimale tout en offrant des possibilités de formation et d'évolution à ses employés et en soutenant les pratiques de leadership (Brunelle, 2008).

De plus, la qualité de vie, concept très complexe, est influencée par la satisfaction au travail.

Le but de ce travail est de mettre en évidence les répercussions des environnements de travail stressants sur les soignants et sur la qualité de leurs soins.

Concepts abordés

Une première phase exploratoire a permis de faire émerger les concepts pertinents par rapport à notre problématique et à notre question PICOT. Ils ont ensuite été affinés au moyen de la recherche et définis plus spécifiquement sur la base de la littérature scientifique. Nous les analysons ensuite à la lumière de la discipline des soins infirmiers selon les métaparadigmes définis par Fawcett (1984), les quatre savoirs infirmiers identifiés par Carper (1978) et selon le modèle conceptuel de l'intermédiaire culturel de Nadot qui nous semble être le modèle le plus approprié pour cette thématique.

Ainsi nous abordons les concepts suivants : stress lié aux conditions de travail, satisfaction au travail, qualité des soins.

Méthode

Nous nous sommes tout d'abord questionnés sur la problématique, ce qui nous a permis d'élaborer une question de recherche précise, la question PICOT. Une fois la question de recherche définie, il a été possible pour nous de préciser les mots-clés qui nous serviraient ensuite à trouver des articles scientifiques. Nous nous sommes ensuite rendus sur plusieurs bases de données (CINHAL, PubMed, PsycINFO) et au moyen des descripteurs et de différents filtres, nous sommes parvenus à une sélection de 39 articles potentiellement pertinents pour notre problématique. Après approfondissement et concertation, nous en avons retenu 15 que nous avons analysés au moyen de la grille de Fortin (2010). Les analyses nous ont fourni des résultats et ont suscité chez nous d'autres questionnements.

Résultats

Plusieurs études, issues de divers contextes et de différentes régions du monde, arrivent à des résultats similaires, apportant des réponses à notre questionnement de départ. Il est démontré que certaines conditions de travail bien définies ont un impact significatif sur la satisfaction au travail des soignants ainsi que sur les soins prodigués.

Conclusion

Ce travail de recherche a permis tout d'abord de répondre à notre question de départ, de prendre conscience de l'ampleur de cette problématique dans le domaine des soins et enfin, de réfléchir plus personnellement à des perspectives futures d'actions possibles, d'interventions ou de recommandations pour d'autres études.

Il nous a également permis de nous approprier les outils d'une recherche scientifique que nous pourrions ultérieurement transposer dans notre futur professionnel. Il renforce finalement diverses compétences acquises tout au long de notre formation.

Mots-clés

Soignants, satisfaction au travail, stress professionnel, conditions de travail, qualité des soins.

Remerciements

Nous tenons à remercier tout particulièrement Madame Véronique Haberey – Knuessi, Professeure au sein de la Haute École Arc Santé, qui en tant que directrice de travail de Bachelor, nous a soutenus, guidés et conseillés tout au long de notre recherche. Elle a montré une grande disponibilité et beaucoup d'implication dans ce travail.

Nous adressons aussi nos remerciements au Dr. Michel Nadot, Infirmier Ph D., Professeur d'histoire et d'épistémologie en sciences infirmières pour avoir pris le temps de nous apporter un éclairage quant à son modèle conceptuel.

Nous remercions ensuite le corps enseignant de la Haute École Arc Santé, plus particulièrement Madame Françoise Schwander, Monsieur Pascal Comte ainsi que Monsieur Olivier Schirlin pour leurs précieux conseils lors des cours du module Recherche.

Enfin, nous tenons à remercier nos familles, amis et proches qui nous ont aidés et soutenus dans la réalisation de ce travail de Bachelor.

Chapitre 1 : Introduction

Nous réalisons ce travail de Bachelor dans le cadre de notre formation en Soins Infirmiers au sein de la Haute Ecole Arc Santé.

La thématique de départ était la suivante : quel est le lien éventuel entre la qualité de vie des clients et la qualité de vie des professionnels ?

Depuis le début des années 1990, le marché de l'emploi évolue vers une flexibilisation accrue des conditions d'engagement et les exigences en matière de qualifications sont toujours plus élevées (OFS, 2015). En effet, notre société actuelle est une société avec une certaine pression au rendement et à l'efficacité. Le travail n'a jamais été aussi exigeant (Rousseau & Dumalin, 2007).

Les institutions visent toujours plus d'efficacité en termes de qualité et de quantité ; cela au détriment parfois de la satisfaction des employés qui se retrouvent de plus en plus confrontés à des environnements de travail stressants, une charge de travail élevée, l'instabilité de l'emploi, le manque de reconnaissance, la fatigue, l'insatisfaction, l'absentéisme, des problèmes de santé et au final une baisse du rendement (Brun, Biron, & St-Hilaire, 2009; Truchot, 2004).

Selon un relevé structurel de l'Office Fédéral de la Statistique (2013), 45,9% des infirmiers quittent la profession ; un infirmier sur quatre a changé

de profession et un sur six a cessé toute activité professionnelle (OBSAN, 2016).

De même, durant nos différentes périodes de formation pratique, nous avons très souvent été confrontés, dans les équipes, à la surcharge de travail des soignants, à la pression de la hiérarchie, au manque de disponibilité pour les patients ou encore à l'épuisement professionnel de certains collègues.

Il s'agit donc d'un problème de société actuel car il touche l'humain, sa santé et donc les soins par voie de conséquence. Il est primordial de s'intéresser à ce sujet afin de le comprendre.

C'est donc tout naturellement qu'il nous a semblé important et pertinent de nous pencher sur un questionnement qui prend en compte l'impact du stress lié aux conditions de travail sur les soignants et sur les soins aux patients.

Pour ce faire, nous avons premièrement procédé à l'élaboration d'une question précise suite à une recherche exploratoire qui nous a permis de dégager les principaux concepts en lien avec notre thématique. Dans un deuxième temps, nous avons précisé nos concepts en nous appuyant sur la littérature scientifique. Les concepts nous ont ensuite permis de nous lancer dans la recherche d'articles pertinents pour notre question de recherche. Nous avons enfin analysé les articles retenus selon des critères spécifiques. De cette analyse ont émergé les principaux résultats ainsi que différents questionnements.

Chapitre 2 : Problématique

Le stress est un phénomène complexe, réellement identifié depuis plus d'un demi-siècle. Il est l'objet de nombreuses recherches scientifiques essentiellement dans le champs de la médecine et des sciences du vivant. Le stress est défini comme étant le résultat de l'interaction entre un individu et son environnement, une sorte de divergence ou d'inadéquation entre les demandes perçues par l'individu et sa capacité à répondre à ces demandes. Le stress est susceptible de générer un sentiment de perte de contrôle qui se manifeste par toute une série de réactions physiologiques et psychologiques par exemple l'angoisse, la peur, l'hypersudation et des tremblements. Chacun réagit différemment face au stress, selon sa capacité d'adaptation et son seuil de tolérance face aux évènements stressant (Albert, 1993; dans SPF, Emploi, Travail et Concertation sociale, 2004).

En ce qui concerne plus spécifiquement la question du stress au travail, d'autres voies de recherches se sont développées de façon concomitante, enrichissant mais complexifiant également notre compréhension du phénomène (Commission européenne, 1999). La convention collective du travail s'inspirant de la définition de l'OMS (1994), définit le stress au travail tel qu'un état perçu comme négatif par un groupe de travailleurs et qui s'accompagne de plaintes ou de dysfonctionnements au niveau physique et/ou social et qui provient du fait que les travailleurs ne

sont pas en mesure de répondre aux exigences et attentes qui leur sont posées par leur situation de travail.

On peut donc définir le stress au travail comme l'insuffisance ou l'inadéquation des capacités, des moyens et des besoins du travailleur face aux exigences du travail qui lui est demandé, générant ainsi chez ce dernier des réactions émotionnelles, comportementales, physiologiques et psychologiques négatives (Aldwin, 1994; Lazarus & Folkman, 1984).

Il existe deux approches du stress au travail. Une approche dite ergonomique et une approche dite médicale (Nasse & Légeron, 2008). La première défendrait une vision collective du problème tandis que l'autre défendrait une vision individuelle. La première ciblerait plutôt les conditions de travail telles que : la charge de travail excessive ou insuffisante, le temps insuffisant pour achever son travail, l'absence de description précise du poste ou de l'organisation, le manque de reconnaissance ou de récompense pour un travail bien fait, aucune possibilité d'exprimer ses doléances, de nombreuses responsabilités mais peu de pouvoir décisionnel, les supérieurs comme les collègues ou les subordonnés peu coopératifs et apportant peu de soutien, l'insécurité de l'emploi, le racisme, les violences, les conditions de travail difficiles ainsi que la sous-utilisation de ses aptitudes. Alors que la deuxième ciblerait la santé mentale de l'individu en lien avec la notion de stress professionnel (Légeron, 2008; Servant, Pradeau, & Sobaszek, 2004).

Deux modèles théoriques, le modèle de Karasek (1979) et le modèle Siegriest (1986) ont été développés afin d'évaluer les contraintes psychosociales de l'environnement de travail (Niedhammer, Siegriest, Landre, Goldberg, & Leclerc, 2000).

Le modèle de Karasek met en relation la dimension des exigences du travail (*job demand*) et la dimension de liberté de décision (*job control*), tout en analysant cette relation. Ce modèle propose une explication du stress au travail qui repose sur la notion d'équilibre entre ces deux dimensions : ainsi, la première proposition concerne la latitude décisionnelle qui désigne la possibilité de contrôle que le salarié peut exercer sur son travail et l'utilisation de ses compétences, et la seconde est liée à la demande psychologique qui est associée à la réalisation des tâches (quantité, contraintes de temps, complexité, etc.). Le modèle se décompose ainsi en quatre situations spécifiques de travail :

- Travail actif : des demandes élevées avec des contrôles élevés ;
- Travail passif : des demandes faibles avec des contrôles réduits ;
- Travail détendu : des demandes faibles avec des contrôles élevés ;
- Travail tendu ou surchargé : des demandes élevées avec des contrôles réduits.

Karasek démontre que cette dernière situation (association d'une forte demande psychologique et d'une faible latitude décisionnelle) représente un risque pour la santé physique et psychique, contrairement au travail actif qui

rendra le salarié dynamique et motivé jusqu'à un certain point, car si cet engagement devient exagéré, il peut aussi devenir une source pathologique. Par la suite, une troisième dimension a été introduite dans ce modèle, il s'agit de la notion de soutien social. En effet, le *job strain* dépend de trois caractéristiques majeures du travail, c'est-à-dire la demande, la contrainte et le soutien (naturel, physique, intellectuel et social). En cas de déséquilibre entre une demande psychologique élevée et une latitude décisionnelle faible, la personne peut faire face à ce déséquilibre si elle a du soutien dans les différents domaines (Karasek, 1979; Van Wassenhove, 2014).

Le modèle du déséquilibre efforts/récompenses de Siegrist, développé en 1986, évalue trois dimensions psychosociales :

- les efforts extrinsèques correspondent aux contraintes professionnelles (contraintes de temps, responsabilités, interruptions, charges physiques et exigence croissante du travail),
- les efforts intrinsèques prennent en compte les facteurs personnels (attitudes et motivations),
- les récompenses se définissent par les perspectives de promotion, le salaire, la stabilité de la situation de travail et finalement l'estime.

De plus, dans ce modèle, il faut prendre en compte différentes variables qui peuvent avoir une répercussion sur les résultats d'analyse. En effet, il peut y avoir des différences selon l'âge, le sexe, le niveau d'étude et la profession des individus. Les études montrent que parmi les résultats

portant sur les différences selon l'âge, le niveau d'étude et la profession, on peut noter que les efforts extrinsèques diminuent avec l'âge chez les hommes et les femmes. Les récompenses, quant à elles, sont proportionnelles au niveau d'étude et à la profession chez les hommes et les femmes ; les récompenses sont plus importantes pour les sujets les plus diplômés et pour ceux appartenant aux catégories professionnelles les plus élevées. Les efforts intrinsèques ne sont associés qu'au niveau d'étude, c'est-à-dire qu'ils augmentent lorsque le niveau d'étude diminue (Niedhammer & al., 2000).

Contrairement au modèle de Karasek, ce modèle prend en compte des aspects de la personnalité et s'intéresse aussi à des facteurs du contrôle de l'individu sur sa carrière professionnelle (Niedhammer & al., 2000).

Plusieurs études le confirment : le stress devient une réalité inquiétante dans le monde du travail et touche aujourd'hui l'ensemble des sociétés industrielles modernes. Il a des conséquences négatives importantes sur le bien-être et la santé des travailleurs mais aussi sur les performances, l'économie et la productivité des entreprises. Selon l'Agence européenne de sécurité et de santé au travail (2007; dans Légeron 2008), le stress est le problème de santé le plus répandu dans le monde du travail et le nombre de personnes souffrant d'un état de stress causé ou aggravé par le travail va probablement encore augmenter. Cette place particulière du stress a été reconnue également par les partenaires sociaux européens qui ont décidé de

distinguer le stress d'autres risques psychosociaux dans les accords-cadres qu'ils ont élaborés.

Selon les estimations du Bureau international du travail (2008; dans Légeron 2008), le stress entraîne une augmentation de l'absentéisme dû à la maladie, un renouvellement prématuré du personnel, des départs à la retraite pour raisons de santé, des baisses de production et de qualité de même que des litiges entre les salariés et leurs employeurs. Ainsi, les travaux réalisés dans les Etats membres de l'Union européenne et dans d'autres pays révèlent qu'entre 50 et 60% de l'ensemble des journées de travail perdues sont liées plus ou moins directement au stress.

Les recherches ont démontré que l'environnement des soins est particulièrement stressant (Servant & al., 2004), le stress peut affecter la santé et le bien-être des soignants mais aussi des patients.

Tout changement ou toute amélioration apporté(e) à l'environnement des soins peut avoir un impact sur les soignants et doit être pris en compte (Tanja-Dijkstra & Pieterse, 2011).

Suite à nos différentes explorations, nous avons pu constater que de bonnes conditions de travail pour les soignants sont nécessaires à leur satisfaction et celle des patients. Les études concernant les hôpitaux magnétiques et non-magnétiques sont particulièrement éloquentes à ce sujet (Spence Laschinger, Shamian, & Thomson, 2001).

Les hôpitaux magnétiques sont réputés pour attirer et retenir le personnel grâce notamment à des caractéristiques bien spécifiques. Ces dernières augmentent le niveau de satisfaction au travail, celui-ci se caractérise par un taux d'épuisement professionnel moins élevé, un niveau de stress réduit et une baisse de l'intention de quitter la profession. La satisfaction des professionnels impliquant une rétention du personnel, induit aussi chez les patients de la satisfaction grâce notamment aux durées de séjour qui sont significativement plus courtes, la diminution de certaines complications et une diminution du taux de mortalité, donc un degré plus élevé de satisfaction à l'égard des soins. En effet, les hôpitaux magnétiques ont des caractéristiques spécifiques qui permettent une satisfaction au travail à travers huit conditions essentielles telles que : l'autonomie professionnelle des infirmiers, le support fourni, la bonne collaboration entre infirmiers et médecins, la valorisation professionnelle et le leadership infirmier, les relations positives avec les pairs, un ratio de personnel adéquat, un focus sur le client et l'importance de la qualité (Brunelle, 2008).

Du point de vue administratif, ces hôpitaux ont une gestion décentralisée qui permet une autonomie et la participation active des soignants aux divers comités organisationnels mis en place dans l'établissement. Les hôpitaux magnétiques favorisent un ratio plus élevé de professionnels de santé afin d'assurer une charge de travail adéquate ainsi qu'une stabilité dans les équipes. Ils favorisent l'autonomie des infirmiers, le

leadership infirmier et une bonne entente au sein des équipes infirmières par la confiance, le soutien et l'entraide. Ils permettent une bonne collaboration des infirmiers avec les médecins par la mise en place de différentes conditions dont le respect des connaissances et des compétences, l'engagement mutuel pour la qualité des soins, la valorisation du jugement clinique des professionnels tout en mettant à leur disposition des personnes ressources (infirmiers cliniciens, éthiciens, psychologues), et favorisant des moments propices à l'échange.

En ce qui concerne le développement professionnel, les hôpitaux magnétiques favorisent l'accueil des nouveaux professionnels de santé afin de faciliter l'intégration, la formation, la recherche ainsi que l'enseignement.

Ils favorisent la reconnaissance, c'est-à-dire l'encouragement et la valorisation des soignants en leur proposant des jours de congé exceptionnels, des moments festifs, des prix de reconnaissance, des bourses pour des formations continues et des projets novateurs qui permettent une mise à jour des connaissances et une motivation au travail. Ces hôpitaux donnent de l'importance à une bonne qualité de vie au travail en améliorant l'environnement de travail et en mettant en place des espaces de détente, de pause-santé, des accès à une cafétéria, des garderies, etc. tout en améliorant le bien-être des personnes par l'identification des indicateurs d'insécurité au travail.

Au niveau de la pratique professionnelle, les hôpitaux magnétiques favorisent la relation thérapeutique avec le patient par des soins adaptés selon les ressources et les besoins du patient en le mettant au centre des discussions (Brunelle, 2009). Sur le plan pratique, ces hôpitaux mettent le patient au cœur de tout. Les soins sont centrés sur le patient d'un bout à l'autre du processus, et une importance centrale est accordée à la qualité des prestations. De ce fait, la satisfaction des patients est à nouveau source de motivation pour les soignants qui par ailleurs peuvent exercer leur profession en conformité avec les valeurs humanistes.

Comme spécifié plus haut, le stress au travail est souvent la conséquence de conditions de travail non-satisfaisantes, d'une charge de travail trop importante, d'environnements de travail stressants, de non-valorisation du travail et de souffrance psychologique liés à une négation de ses propres valeurs.

Lorsque les conditions de travail sont stressantes, le travail peut à long terme avoir des conséquences négatives sur la santé et le bien-être de l'individu, générer des réactions telles que l'angoisse, la dépression, la fatigue et pousser à certains comportements à risque tels que la consommation de tabac, d'alcool et de drogues (Commission européenne, 1999). De nombreuses études ont montré que des conditions de travail générant du stress peuvent contribuer à une diminution de la qualité de vie et de l'état de santé (Tryrian & Brinkhof, 2013). En outre, il est

scientifiquement prouvé que le stress affecte surtout la qualité de vie et que les facteurs socio-économiques tels que l'instruction, le métier ou les revenus jouent aussi un rôle important dans les effets individuels du stress (Tryrian & Brinkhof, 2013).

Selon l'étude française « Du stress au travail à la qualité de vie au travail » (Entiore & CCIR, 2013)¹, les conditions dans lesquelles les salariés exercent leur travail et leur capacité à s'exprimer et à agir sur le contenu de celui-ci déterminent la perception de la qualité de vie au travail qui en résulte.

La qualité de vie est un concept large qui s'étend à tous les domaines de la vie, il est difficile de lui donner une définition simple. Selon l'OMS (1994), c'est une perception individuelle de sa position dans la vie dans le contexte de sa culture et de son système de valeurs en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses standards ; c'est un concept qui intègre la santé physique de l'individu, son état psychologique, son niveau de dépendance, ses relations sociales, ses croyances personnelles et ses interactions avec l'environnement qui l'entoure. C'est une notion évolutive ; pour certains, la qualité de vie correspond à l'ensemble des besoins et des désirs humains et dépend d'un système de valeurs qui donne à la vie son sens et sa structure, par exemple le fait de se réaliser et de réussir, apprécier les joies et la beauté, comprendre le monde et se comprendre soi-même, apprécier les joies de la

¹Entiore, CCIR. (2013). Du stress au travail à la qualité de vie au travail. *Semaine pour la qualité de vie au travail*.

vie, établir des relations personnelles avec d'autres personnes. Pour d'autres, la qualité de vie correspond à la satisfaction des besoins et des désirs (Tap & Roudès, 2008).

Pour d'autres encore, la qualité de vie est la somme totale des réactions cognitives et émotives qu'éprouvent les gens lorsqu'ils comparent ce qu'ils ont et font dans la vie par rapport à leurs aspirations, besoins et autres attentes (Marcel & Dijkers, 2005).

Dupuis, Perrault, Lambany, Kennedy et David (1989) définissent la qualité de vie comme un état correspondant à un niveau atteint par une personne dans la poursuite de buts organisés hiérarchiquement à un moment donné. La qualité est donc définie autour de quatre notions : le but, le contrôle, les feed-back positifs et négatifs et l'ordre hiérarchique de plans de vie.

D'autres auteurs définissent ce concept comme l'ensemble des satisfactions et insatisfactions éprouvées par l'individu face aux différents aspects de sa propre vie.

Ces définitions mettent au premier plan plusieurs éléments : l'importance de l'individu quant à sa qualité de vie, la complexité du concept recouvrant plusieurs domaines (participation sociale, état émotionnel, performance, fonctionnement physique, satisfaction au travail, etc.) et les interactions entre ces domaines.

La qualité de vie en général est fortement influencée par la satisfaction au travail puisque tout individu travaille la majorité de sa vie afin de subvenir à ses besoins. Ainsi apparaît progressivement la notion de satisfaction qui devient peu à peu la caractéristique la plus importante de la qualité de vie.

Tout ceci démontre que les conditions de travail défavorables génèrent du stress chez l'individu, affectent sa qualité de vie au travail et par conséquent sa qualité de vie en général et sa satisfaction. Cette relation de cause à effet est particulièrement visible dans le domaine des soins, affectant ainsi les professionnels de la santé mais aussi indirectement la prise en soins des patients.

Sachant que la qualité de vie est une notion assez vaste et que la satisfaction contribue à celle-ci, nous allons dans ce travail, porter notre attention plus spécifiquement à la satisfaction des soignants.

Nous considérons que la satisfaction quelle qu'elle soit pourrait permettre à l'individu d'avoir une meilleure qualité de vie. Comme explicité ci-dessus, la notion de qualité de vie est assez subjective tout comme la notion de satisfaction.

La qualité de vie au travail est définie par Dupuis et al. (1989) comme un concept se référant à la satisfaction de vivre au travail et regroupant tous les effets que peut entraîner le travail sur la santé physique et mentale des travailleurs. La satisfaction au travail dépend de l'environnement de travail,

l'individu a besoin de conditions de travail optimales : charge de travail adéquate, atmosphère de travail convenable, valorisation de son travail, salaire satisfaisant, horaires de travail confortables, sécurité au travail, etc.

Or, comme nous avons pu le constater plus haut, de mauvaises conditions de travail telles qu'une charge de travail trop importante, l'insécurité au travail et la mauvaise ambiance au travail génèrent du stress.

Peu à peu, ces conceptions différentes de la qualité de la vie et notamment les aspects matériels, de même que les conditions de vie ont poussé les sociologues à s'intéresser à la satisfaction de la vie qu'ils définissent comme étant un processus cognitif impliquant des comparaisons entre sa vie et les normes de référence (valeurs et idéaux), c'est l'évaluation globale que l'individu fait de sa vie (Pavot, Diener, Colvin, & Sandvik, 1991). La satisfaction de la vie renvoie à un jugement global et conscient sur sa propre vie (Diener, 1994; dans Roland, 2000). La satisfaction de la vie peut être décomposée en plusieurs domaines plus spécifiques à savoir la satisfaction professionnelle, familiale, économique, sociale et personnelle.

Là encore, le concept de satisfaction est un concept large et se compose de plusieurs domaines. Ce qui nous intéresse ici est la satisfaction au travail qui constitue notre objet d'étude. Nous sommes ici dans un environnement professionnel et nous cherchons à voir s'il existe un lien entre la qualité de vie des soignants et la qualité de vie des patients. Plus précisément, si la satisfaction des soignants dans leur travail a une influence

sur la satisfaction des patients. En effet, nous pensons que la satisfaction des soignants dans leur travail a une influence sur la satisfaction des patients.

Des conditions de travail insatisfaisantes peuvent avoir de nombreuses répercussions négatives sur le soignant susceptible de succomber à l'épuisement professionnel.

Selon Canoui et Mauranges (2008), le syndrome d'épuisement est un syndrome commun à toutes les professions en tant que manifestation d'une expérience physique et psychique négative liée à un stress émotionnel chronique causé par un travail face auquel l'individu n'arrive plus à s'adapter. Ils précisent que cela est encore plus observable dans les professions d'aide et peut conduire à la déshumanisation voire à la maltraitance. Plusieurs causes peuvent mener à l'épuisement professionnel dont notamment l'insatisfaction au travail.

Selon une recherche de 2014 (Aycan & al.) qui se concentre sur la profession infirmière, la satisfaction au travail se réfère autant à la satisfaction par rapport à la profession en général qu'à la satisfaction par rapport aux conditions d'exercice notamment la satisfaction par rapport au salaire, la supervision, l'organisation, les relations interprofessionnelles, l'ambiance au travail, les horaires de travail, la charge de travail et les caractéristiques de l'environnement de travail. Les recherches ont démontré qu'une bonne satisfaction au travail a une influence positive sur l'efficacité des soignants, et que celle-ci a une incidence sur la satisfaction des patients.

Par ailleurs, beaucoup de soignants insatisfaits de leurs conditions de travail sont amenés à quitter leur lieu de travail, ce qui augmente davantage la charge de travail pour les équipes, et s'ajoute à la pénurie chronique d'infirmiers depuis quelques années. La charge de travail a des répercussions sur la qualité des soins donnés aux patients ; par exemple, il y a un risque plus accru d'infections nosocomiales car les soignants sont plus susceptibles de faire des erreurs. Aux Etats-Unis, c'est la 8^{ème} cause de décès dans les hôpitaux (Khon, Corrigan, & Donaldson, 1999; dans Daud-Gallotti, & al., 2012) : cela est dû au fait que les soignants sont stressés par une charge de travail trop importante, ce qui agit sur leur vigilance et la qualité de leurs transmissions. La charge de travail trop importante ne permet pas toujours de respecter les protocoles de soins scrupuleusement, ce qui aboutit à des erreurs, à la diminution de l'attention aux règles d'asepsie et l'augmentation des affections nosocomiales (Aycan & al., 2014; Daud-Gallotti & al., 2012).

Ces effets indésirables augmentent à leur tour la charge de travail, nécessitent une prolongation de la prise en soins et donc de la durée d'hospitalisation. Cette charge de travail conséquente provoque un absentéisme, et l'absentéisme provoque proportionnellement une augmentation de la charge de travail pour les soignants qui restent, ce qui amène à un cercle vicieux. C'est-à-dire que lorsqu'il y a moins de soignants, la charge de travail augmente, par conséquent cette surcharge de travail

génère chez les soignants du stress qui, à long terme, conduit à une augmentation de l'absentéisme et à l'épuisement.

De notre expérience personnelle, nous avons souvent rencontré cette problématique sur les différents lieux de stage et en particulier dans les milieux de soins aigus. Certains patients qui s'expriment ainsi : « je m'excuse, je vous fais perdre du temps » lorsqu'ils nous sollicitent. Nous pouvons en déduire que les patients remarquent que les infirmiers se trouvent dans une situation de stress en lien avec un manque de temps par rapport à la charge de travail. Par conséquent, les patients ont tendance à nous solliciter de moins en moins, au risque de compromettre leur projet de soins.

Par ailleurs, la charge de travail a des répercussions sur la collaboration pluridisciplinaire car à cause du manque de temps, les différents professionnels de la santé n'arrivent pas toujours à trouver du temps pour faire des transmissions de qualité nécessaires à l'efficacité de la continuité des soins.

S'intéresser à la qualité de vie des soignants et à leur satisfaction comporte par conséquent des enjeux pluriels. Si l'impact de cette satisfaction est à chercher tout d'abord dans la qualité de vie des soignants et leur bonne santé psychique, on ne saurait passer sous silence son importance fondamentale dans la prise en soin des patients et la qualité des soins prodigués.

Au vu de ce qui précède, il nous semblerait judicieux de nous pencher sur la question de recherche suivante : « Comment le stress lié aux conditions de travail peut-il avoir, de nos jours, une répercussion sur la satisfaction des soignants et sur la qualité des soins qu'ils prodiguent ? »

Chapitre 3 : Concepts et champs disciplinaire infirmier

3.1 Le stress et le stress lié aux conditions de travail

Le stress sert à assurer la sécurité d'un individu face aux attaques ou dangers naturels et à affirmer son identité propre et ses spécificités face à ses congénères et à son environnement (Sauvegrain & Massin, 2014). Le stress n'est donc pas une pathologie mais une réaction de l'organisme de l'individu qui lui permet de s'adapter aux menaces et aux contraintes de son environnement (Légeron, 2003).

Selon le chercheur Hans Selye (1936), le stress est une réaction d'adaptation de l'organisme face à un changement survenu dans l'environnement de l'individu. Selon Selye, le stress est une réaction non spécifique c'est-à-dire une réaction de l'organisme qui ne dépend pas de la nature des stimuli.

La réaction de l'organisme face au changement ne dépend pas seulement du stimulus externe mais aussi de la réactivité personnelle de l'individu, c'est-à-dire de sa capacité à percevoir le stimulus, à l'interpréter correctement et à trouver une réponse adéquate pour retrouver l'équilibre (Sauvegrain & Massin, 2014).

La perception de la menace est subjective selon chaque individu, ce qui engendre ou non une réaction de stress. Cette réaction découle du déséquilibre entre la menace et les ressources de l'individu (Légeron, 2003).

Il existe deux types de stress, positif et négatif. Le stress positif est délimité dans le temps, c'est-à-dire que l'individu cerne rapidement le stimulus engendrant le stress, ce qui permet un retour à l'état habituel. L'individu prend conscience de la situation et des symptômes qui en découlent, ce qui lui permet de prendre des décisions et d'agir consciemment et intelligemment pour s'adapter. En revanche, le stress négatif est composé de stress aigu et chronique. Le stress aigu provient habituellement d'un traumatisme qui affecte totalement la réactivité de la personne. D'autre part, le stress chronique est plus présent dans la vie professionnelle. C'est un phénomène mal limité dans le temps, où l'individu est incapable de reconnaître les déclencheurs. Une tension, une nervosité et un sentiment d'inefficacité s'installent. L'adaptation devient problématique et une insécurité intérieure s'installe quant à ses capacités ; la personne est insatisfaite de tout. C'est une forme de stress qui diminue donc la qualité des performances. Une haute énergie est investie mais contrairement au stress positif, elle sera inefficace et ne participera pas à l'adaptation. Cette inadaptation engendre des tensions corporelles et émotionnelles qui peuvent conduire à l'apparition d'un désordre voire d'une pathologie (Sauvegrain & Massin, 2014).

Dans des situations de stress, l'individu développe des stratégies d'adaptation telles que le *coping* qui permet à l'individu de remédier aux éléments négatifs d'une situation stressante (Légeron, 2003). Néanmoins,

plusieurs études menées auprès d'enseignants et d'infirmiers ont démontré que dans le domaine du stress professionnel, le *coping* centré sur l'émotion peut avoir des effets nocifs à long terme et peut induire un niveau élevé de dépression et d'insatisfaction professionnelle. Alors que, le *coping* centré sur le problème limite les effets négatifs des événements stressants sur la santé physique et mentale (Légeron, 2003).

Une des premières sources du stress au travail est la surcharge de travail liée à sa grande quantité, une multitude de tâches et une réduction des effectifs. D'autant plus qu'il est exigé de prendre des décisions parfois solitaires et rapides avec anticipation (Légeron, 2003; Sauvegrain & Massin, 2014).

Actuellement, nous sommes dans une société qui vise la performance et le dépassement de soi, ce qui pousse l'individu à aller au-delà de ses limites et à fournir un travail de qualité tout en s'investissant affectivement dans son travail. Néanmoins, il en résulte de cela, un travail jamais perçu comme satisfaisant. Cette idéologie où on favorise de monter toujours la barre plus haut est à la fois une source de pression et de frustration considérable car les travailleurs se surinvestissent physiquement, cognitivement et émotionnellement : cela induit alors « l'anxiété de performance » et le stress. C'est un système qui ne laisse plus le droit à l'erreur et qui, par conséquent, implique une présence constante de menace qui induit le stress et augmente le risque de burnout (Légeron, 2003).

Par ailleurs, des changements incessants institutionnels, organisationnels, technologiques et protocolaires demandent une adaptation constante, ce qui induit une anxiété et une sensation de stress liées à la peur de ne plus être aussi performant qu'auparavant (Légeron, 2003).

En outre, le comportement humain est régi par deux systèmes dont la récompense et la punition. Ceux-ci ont une influence sur le comportement, les émotions et détermine la motivation. Par exemple, le salaire est une forme de renforcement matériel donc de récompense qui peut justement être source de motivation et donc de satisfaction. L'être humain se nourrit essentiellement de reconnaissance sociale, il a besoin donc de se sentir apprécié, valorisé, reconnu par les autres. Mais dans le monde du travail, les employés sont peu valorisés par leurs supérieurs ; au contraire on leur en demande toujours plus (Légeron, 2003).

Un autre générateur de stress est le statut du client dans notre société de consommation : en effet, tout y est organisé afin de le satisfaire. Les clients sont de plus en plus exigeants, n'hésitent pas à se plaindre et expriment rarement leur satisfaction (Légeron, 2003).

Les conflits interpersonnels entre les collègues sont également des facteurs de stress au travail. On peut être amené à travailler avec des collègues qui ont une personnalité difficile, ce qui induit des conflits. Dans le contexte des soins, il peut y avoir différents types de conflits tels que les conflits de rôles et/ou de valeurs (Légeron, 2003).

Le harcèlement moral, les agressions et les violences externes sont également sources de stress dans le contexte du travail (Légeron, 2003; Massin & Sauvegrain, 2014).

En ce qui concerne plus particulièrement le contexte des soins, les horaires de travail sont une source de stress primaire. Les horaires irréguliers induisent plusieurs perturbations comme par exemple une désynchronisation du rythme biologique et du sommeil, ce qui peut générer des problèmes de santé (Légeron, 2003; Massin & Sauvegrain, 2014).

De plus, les soignants sont constamment confrontés à des situations difficiles telles que les pathologies diverses de leurs patients, l'incurabilité, la mort, la détresse sociale ainsi que d'autres prises en charge problématiques (Massin & Sauvegrain, 2014).

Pour conclure, le développement de ces différents facteurs de stress peuvent conduire l'individu à l'insatisfaction au travail et cela peut aller jusqu'à l'épuisement professionnel, qui selon les soignants interrogés, se traduirait dans la qualité de leur exercice, par une diminution de l'accomplissement personnel, une dégradation de la relation avec les patients, une altération de la qualité des soins et une augmentation des dépenses de santé (Massin & Sauvegrain, 2014).

3.2 La satisfaction

Les sociologues définissent la satisfaction de la vie comme étant un processus cognitif impliquant chez l'individu des comparaisons entre sa vie et

les normes de référence (valeurs et idéaux), c'est l'évaluation globale que l'individu fait de sa vie (Pavot & al., 1991). La satisfaction de la vie renvoie à un jugement global et conscient sur sa propre vie (Diener, 1994). De plus, elle peut être décomposée en plusieurs domaines plus spécifiques (satisfaction professionnelle, satisfaction familiale, économique, estime de soi, santé, loisirs, satisfaction de soi, groupes d'appartenance, etc.).

L'ensemble des besoins et des désirs humains dépend d'un système de valeurs qui donne à la vie son sens et sa structure : se réaliser et réussir, apprécier les joies et la beauté, comprendre le monde et se comprendre soi-même, apprécier les joies de la vie, établir des relations personnelles avec d'autres personnes (Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, 1985).

Maslow (1954) propose la « Pyramide des besoins » et définit l'homme comme un tout multidimensionnel (physiologique, psychologique, sociologique et spirituel). La dimension physiologique regroupe les besoins d'ordre vital (soif, faim, survie, protection, repos, élimination, sécurité, etc.), les dimensions psychologiques et sociologiques regroupent les besoins de l'ordre d'appartenance, d'amour, d'estime de soi et d'accomplissement de soi. Maslow hiérarchise les besoins de bas en haut de la pyramide, les besoins physiologiques en bas et les besoins d'accomplissement de soi en haut de la pyramide.

Il affirme que la satisfaction des besoins du bas de la pyramide (Annexe 1) est vitale pour la survie de l'individu (Maslow, 1954; dans Berger,

2008). L'inaccessibilité des besoins fondamentaux entraîne chez l'individu des perturbations pouvant générer progressivement de l'anxiété, de la peur liées au sentiment de manque et d'insécurité, faisant ressortir son caractère animal et le faisant glisser vers une perte de sociabilité. Quant aux besoins se situant plus haut dans la pyramide, leur insatisfaction n'est pas aussi rapidement nuisible mais sur la durée, leur non-satisfaction entraîne des troubles majeurs au niveau de la santé physique et psychique de l'individu.

On réalise donc que la satisfaction des besoins d'estime de soi, d'appartenance, d'accomplissement de soi, d'amour sont des besoins importants pour l'individu. L'équilibre de l'homme est dépendant de la satisfaction de tous ses besoins. La non-satisfaction des besoins de base ne permet pas l'évolution vers la satisfaction des autres besoins. La frustration ou la perturbation générée par l'insatisfaction des besoins fondamentaux génère de l'insécurité qui va se répercuter sur le sentiment d'appartenance (acceptation par les autres, affection, sentiment de sécurité affective) (Berger, 2008).

L'estime de soi inclut le besoin du sentiment d'être utile, d'avoir de la valeur, d'être compétent. Elle émane de la satisfaction personnelle issue de sa propre sensation inconsciente d'évolution mais elle est influencée fortement par l'environnement et les conditions dans lesquels on évolue. L'accomplissement de soi inclut les besoins de se réaliser, de satisfaction sur le plan personnel et professionnel, spirituel ou philosophique, les besoins de

créativité, de croissance personnelle, d'épanouissement personnel, de dépassement de soi, etc. (Berger, 2008).

Au travers de cette pyramide, on perçoit que les besoins de l'individu s'enchaînent les uns aux autres et sont interdépendants, la satisfaction des uns dépend de la satisfaction des autres. L'équilibre de l'individu dépend donc, entre autres, de son sentiment de satisfaction réelle ou perçue.

La satisfaction au travail

La satisfaction au travail fait partie des concepts les plus étudiés dans les recherches en gestion des ressources humaines, aussi bien en tant que variable d'intérêt que variable explicative (Brief, 1998; Judge & Bono, 2001; Spector, 1997).

Selon Dejours (1993), le travail, avant d'être un lieu de production ou de services, est surtout un lieu de production de soi et de liens sociaux. Le travail constitue un espace de signification entre le sujet et le champ social. Dejours affirme que le travail n'est pas que peine et souffrance comme le sous-tend l'idéologie judéo-chrétienne mais il favorise aussi l'intelligence, la raison et la capacité de réflexivité des êtres humains (Dejours, 1993; dans Maranda, 1995).

Nous comprenons donc l'idée de la satisfaction au travail comme le degré de conformité et d'accomplissement de l'individu dans son lieu de travail. La satisfaction au travail peut donc comprendre la rémunération, le type de travail, la sécurité mais aussi la qualité des relations sociales au

travail et le degré d'accomplissement de soi. On peut en déduire que la satisfaction survient de la correspondance entre le travail réel et les attentes des travailleurs. Ces attentes, d'autre part, ont pour base la comparaison avec d'autres employés ou des emplois précédents. Si la personne en question considère ou se persuade d'être désavantagée par rapport à ses collègues, son sentiment de satisfaction de son travail sera faible, de même que si elle trouve que son emploi précédent offrait de meilleures conditions. Plus la satisfaction au travail est importante, plus les travailleurs s'engagent dans leurs tâches et sont motivés. Si au contraire, elle est faible, le travailleur n'aura pas de motivations et aura du mal à mener les activités qui lui appartiennent.

Depuis les années 30, plus de 10'000 études en lien avec la satisfaction au travail ont été menées (Locke, 1976; Spector, 1997; dans Iglesias Rutishauser, Renaud, & Tschan Semmer, 2010). Pour Locke, 1969, la satisfaction au travail est l'état émotionnel agréable résultant de l'évaluation de son travail comme accompli ou facilitant l'accomplissement des valeurs de son travail. L'insatisfaction au travail est l'état émotionnel désagréable résultant de l'évaluation de son travail comme frustrant ou empêchant l'accomplissement des valeurs de son travail ou entraînant des dévalués. La satisfaction et l'insatisfaction au travail dépendent de la relation perçue entre ce dont une personne a besoin dans son travail et ce qu'elle

perçoit de lui comme offrant ou comportant. On distingue trois points importants :

- 1) la perception de certains aspects du travail,
- 2) le standard implicite ou explicite des valeurs,
- 3) le jugement conscient ou inconscient de l'écart entre les perceptions et les valeurs. Il est important de noter que cet écart dépend à la fois de sa propre grandeur et de l'importance des différentes valeurs propres à chaque personne.

Cranny, Smith et Stone (1992) admettent qu'il existe un consensus clair au niveau de la définition de la satisfaction au travail : une réaction affective (qui est émotionnelle) à son travail, résultant de la comparaison inhérente des résultats avec ceux désirés (attendus ou mérités). Cette définition correspond à celle de Locke (1976) : la satisfaction au travail est un état émotionnel agréable ou positif résultant de l'évaluation faite par une personne de son travail ou de ses expériences au travail. Néanmoins, un nombre croissant de recherches souligne les insuffisances et les paradoxes de cette définition (Brief, 1998; Mignonac, 2004; Weiss, 2002).

Il existe plusieurs échelles mesurant la satisfaction au travail. Certaines mesurent la satisfaction au travail par facettes et d'autres la mesurent de manière globale. De nombreuses études ont été menées en ce qui concerne la fiabilité et la validité des instruments mesurant la satisfaction au travail, (Agho, Price, & Mueller, 1992; Brooke, Russel, & Price, 1988; Cook

& al., 1981; Mathieu & Farr, 1991; Smith, Kendall, & Hulin, 1969)². En d'autres termes, on se questionne quant à ce que l'indicateur mesure : le concept de la satisfaction devrait mesurer une réponse affective ou une évaluation globale ? Organ et Near (1985; dans Rutishauser & al., 2010) ont soulevé cette importante question d'ordre méthodologique : les mesures classiques de la satisfaction au travail parviennent-elles à prendre en compte à la fois l'évaluation affective et l'évaluation cognitive ?

Si la satisfaction au travail est une évaluation affective et cognitive du travail ou de la situation au travail, il manque des mesures d'évaluations affectives pour mesurer pleinement le concept. L'aspect subjectif de la satisfaction au travail s'avère donc très important dans la mesure de celle-ci.

La satisfaction au travail des soignants

La satisfaction au travail apparaît comme un facteur explicatif majeur dans l'incitation à quitter la profession infirmière. Plusieurs études ont mis en évidence l'importance des valeurs concernant la satisfaction au travail. Elles affirment que la satisfaction des infirmiers dépend de l'importance du rôle propre dans la représentation de leur fonction, et cela d'autant plus que les valeurs d'autonomie sont primordiales pour eux. Une étude, réalisée auprès d'infirmiers titulaires et stagiaires, conforte cette approche, soulignant ainsi le rôle crucial de ces valeurs dans la satisfaction des infirmiers (Lheureux, 2010).

²Dans Iglesias Rutishauser et al., 2010.

L'insatisfaction, voire la souffrance, au travail des soignants est la conséquence de mauvaises conditions de travail à différents niveaux. Elles conduisent à l'abandon, le non investissement, la démotivation, l'absentéisme, la fuite, la démission, l'épuisement avec tout ce que cela implique. L'enquête *PRESST NEXT* démontre ce que les soignants ressentent, mais aussi ce qu'ils voudraient faire évoluer. Ce n'est pas le métier qui est ressenti comme difficile mais les conditions d'exercice. En effet, plus de 80% des soignants sont fiers d'exercer ce métier. Mais il leur est bien difficile d'apprécier leur travail étant donné les conditions difficiles et la place laissée au corps professionnel dans leur autonomie (Lahbib & Razo, 2005).

3.3 La qualité des soins

La profession infirmière est concernée par ce concept de qualité depuis toujours. En effet, Nightingale (1872) s'exprimait déjà par rapport à ce sujet : « pour nous qui soignons, nos soins sont ainsi faits que, à moins que nous ne fassions des progrès chaque année, chaque mois, chaque semaine, croyez-moi, nous reculerons » (Baly, 1991; dans Jacquerye, 1999).

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la qualité des soins se définit par une démarche de qualité permettant de garantir à chaque bénéficiaire de soins l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assure le meilleur en termes de santé conformément à l'état de la science médicale, au meilleur coût, pour un même résultat, au moindre risque iatrogénique et pour sa plus grande satisfaction en termes de

procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins (OMS, 2011; dans Le Gall & Thibault, 2011).

Hesbeen (1998) propose un essai de définition du concept en stipulant qu'une pratique soignante de qualité est celle qui prend du sens dans la situation de vie de la personne soignée et qui a pour perspective le déploiement de la santé pour elle et son entourage. Elle relève d'une attention particulière aux personnes et est animée par le souci du respect de celles-ci. Elle procède à la mobilisation cohérente et complémentaire des ressources diverses dont dispose une équipe de professionnels. Elle s'inscrit dans un contexte politico-économique dont les moyens et les limites sont pertinents et clairement identifiés.

D'autre part, lors d'un congrès en 2005, l'Association Suisse des Infirmières et Infirmiers (ASI) énonce que la qualité des soins répond à trois impératifs moraux et professionnels. Premièrement, il s'agit de donner des soins professionnels (autonomie et bienfaisance), c'est-à-dire d'assister la personne, qu'elle soit en bonne santé ou affaiblie par une maladie, dans l'aboutissement de ses propres objectifs de santé. Pour ce faire, les actions doivent respecter quelques critères. Tout d'abord, elles sont définies par une analyse des données du patient (symptômes, traitements et sa perception de la santé et la maladie). Les connaissances scientifiques, l'expérience du soignant, les préférences du bénéficiaire de soins et son accord permettent aux soignants de prendre des décisions cliniques soutenues. Les buts

envisagés pour chaque action doivent être acceptables pour la personne soignée. De plus, elle doit être évaluable voire mesurable. Deuxièmement, le soignant doit prodiguer des soins sécuritaires (bienfaisance et non-malfaisance) et aidant le patient à obtenir ce qui est bénéfique pour lui et le protégeant contre ce qui pourrait le mettre en danger. Pour cela, il faut faire attention aux différents risques qui peuvent survenir en lien avec le traitement, l'environnement et les erreurs humaines. Le soignant doit être attentif aux mesures de prévention au cas où d'éventuelles complications venaient à apparaître et éviter les erreurs en respectant les mesures et les protocoles en vigueur au sein de l'institution. Troisièmement, il est important de donner des soins équitables (justice) en respectant les droits fondamentaux, en mobilisant toutes les ressources à disposition et traitant chaque individu dans le respect de ses propres besoins. La personne a le droit d'être informée de ses droits, de ses devoirs et des ressources à disposition (ASI, 2007).

En outre, la qualité des soins et les besoins des patients sont deux concepts indissociables. En effet, par définition un produit est de qualité s'il répond aux besoins des bénéficiaires. Par conséquent, les besoins des bénéficiaires de soins ne peuvent pas être satisfaits si la qualité des soins n'est pas adéquate (Béraud, 2008; dans Le Gall & Thibault, 2011). Afin que les soins prodigués soient de qualité, c'est-à-dire qu'ils respectent les besoins des patients et améliorent leur satisfaction, il est nécessaire de débiter par

une analyse individuelle des besoins du patient. Par la suite, il y aura la mise en œuvre dans le système de soins, des fonctionnements qui permettent de répondre à ses besoins, une organisation de la distribution des soins qui rende possible l'accomplissement de ses fonctions, une démarche qualité visant une amélioration continue de la qualité des soins et pour finir un cadre médical favorisant la correction des dysfonctionnements du système et l'adapter aux besoins des patients (Béraud, 2008; dans Le Gall & Thibault, 2011).

Plusieurs phénomènes contribuent à l'intérêt porté à la qualité des soins qui ne cesse de croître. Tout d'abord, il s'agit de la médecine qui est efficace mais aussi complexe et dangereuse ; en effet, le nombre de résultats défavorables et d'erreurs médicales augmente. Ensuite, on retrouve une augmentation des coûts des prestations sanitaires qui attirent l'attention des organismes payeurs, comme par exemple les assurances ou l'Etat lui-même. En Suisse, la loi sur l'Assurance Maladie (LAMal) a introduit dans ses textes réglementaires la préoccupation de la qualité des soins. Par ailleurs, de nombreuses études montrent une grande variabilité dans les pratiques médicales. Finalement, un changement au niveau sociétal a lieu, la médecine perd alors son prestige et les individus finissent par avoir une attitude critique envers cette science (Garnerin & al., 2001).

Dans ce concept de qualité des soins, nous retrouvons la notion de subjectivité, car il n'est pas défini de la même manière par tous les auteurs

et par conséquent il n'existe pas de définition universelle. Le terme « qualité » n'est pas défini de la même manière selon un payeur et selon un soignant (Garnerin & al., 2001).

3.4 Méta-paradigmes et savoirs de Carper

Fawcett (1984) définit quatre concepts et quatre propositions (qui lient les concepts) qui déterminent l'objet de la discipline. Ceux-ci constituent le méta-paradigme infirmier (vue d'ensemble sur la discipline). Les quatre concepts sont :

L'Être humain

L'Être humain est unique et reconnu dans une culture, par conséquent on ne peut pas soigner tout le monde de la même manière, il est donc nécessaire de s'adapter à chacun (Donaldson & Crowley, 1978). Ce méta-paradigme fait référence à la manière dont une personne est traitée. La personne malade est considérée comme un être humain à part entière et non juste comme un patient. L'être humain ne se limite pas seulement à un individu, il peut être un groupe de personnes (familles, groupes sociaux). Il est primordial de manifester une attitude d'empathie à l'égard de l'individu soigné (Fawcett, 2005, Trad. libre).

Par rapport à notre sujet, si le soignant est insatisfait de ses conditions de travail, la qualité des soins qu'il donne aux patients pourrait en être affectée. Par conséquent les patients seront aussi affectés.

La santé

La santé est une valeur dépendant du contexte de l'individu. La définition de la santé est différente pour chaque personne en fonction du contexte et des conditions de santé. C'est donc une notion relative qui doit être évaluée selon les normes de santé de chaque individu. La santé n'est pas juste un état physique, elle englobe tous les aspects de l'individu à savoir la santé psychologique, physique, sociale et spirituelle (Fawcett, 2005, Trad. libre).

Les liens entre ce concept et notre sujet reviennent à dire que si l'environnement de travail est stressant, cela affecte la satisfaction du soignant, ce qui peut avoir une répercussion sur sa santé et par conséquent sur la santé du patient par l'intermédiaire des soins prodigués.

L'environnement

L'environnement inclut tout ce qui peut avoir un impact sur l'individu. Il ne s'agit pas seulement de l'environnement physique mais aussi de la perception que la personne a de cet environnement-là, c'est-à-dire tout ce qui peut influencer son état mental. Un environnement stressant ou instable peut avoir un impact négatif sur l'individu. Dans ce concept, on tient compte des conditions locales, régionales, nationales, culturelles, économiques et socio-politiques associées à la santé des individus (Fawcett, 2005, Trad. libre).

L'environnement en question dans notre sujet est l'environnement de travail et plus spécifiquement les conditions de travail. Les conditions de travail insatisfaisantes peuvent avoir des répercussions négatives sur cet environnement et ainsi le rendre stressant. Ce qui peut avoir un impact sur l'état mental des soignants ainsi que sur celui des patients.

Les soins infirmiers

Le concept des soins infirmiers se réfère à la définition de la discipline infirmière qui est l'étude du *caring* (prendre soin) dans les expériences de santé humaines (Newman, Sime, & Corcoran-Perry, 1991; dans Pepin, Kérouac & Ducharme, 2010). La discipline infirmière s'intéresse au soin, dans ses diverses expressions, auprès des personnes, des familles, des communautés et des populations qui, en interaction continue avec leur environnement, vivent des expériences de santé (Pepin, Kérouac, & Ducharme, 2010).

Ce concept traite de la disposition réelle des soins au patient. Les compétences de l'infirmier influencent le soin (sa compassion, son empathie, ses attitudes, etc.). Le soin est efficace si l'infirmier connaît l'individu qu'il soigne ainsi que son objectif de santé. Le plan de soin doit être basé sur les souhaits et le problème de santé de l'individu. Il doit être complet et adapté à l'individu. Le soin doit être donné dans une attitude d'empathie et de compassion à l'égard de l'individu. Il fait référence aussi aux buts envisagés par les actions en soins infirmiers et les résultats de ces actions. L'action est

définie comme un processus mutuel entre l'individu (ou le groupe soigné) et le soignant. Ce processus comprend certaines activités telles que l'analyse, l'étiquetage, la planification et les interventions infirmières (Fawcett, 2005, Trad. libre).

En lien avec notre sujet, les soins prodigués par le soignant sont influencés par sa satisfaction au travail. C'est-à-dire que si le soignant travaille dans un environnement insatisfaisant, il ne sera pas apte à prendre en soins de manière efficace et globale l'individu qui est un être humain à part entière.

3.5 Les savoirs infirmiers

Barbara Carper (1978) a identifié quatre savoirs spécifiques à la discipline qui ont été développés et affinés ensuite par plusieurs auteurs comme Chinn, Kramer, White et Munhall. Les infirmiers sont amenés à exercer leur profession dans le respect de ces savoirs qui sont considérés comme les clés de la discipline. Voici ces quatre savoirs :

Le savoir empirique

Le savoir empirique ou encore la science des Soins Infirmiers, apparaît vers la fin des années 50 suite à une prise de conscience que la discipline manquait de savoirs scientifiques propres. Pour que la discipline soit fiable, il lui faut développer ses propres savoirs, la discipline infirmière doit pouvoir se baser sur des preuves solides, sur des faits vérifiables ; on doit pouvoir argumenter sur la base de preuves scientifiques pourquoi on privilégie un

savoir-faire à un autre ; le savoir doit être scientifique, objectivable, descriptif et généralisable. Ainsi, on voit apparaître progressivement différents théoriciens de la discipline. L'évolution de la formation est représentative de ce phénomène. En effet, ces dernières années, la formation est passée à un niveau universitaire et il existe même désormais des Masters en Soins Infirmiers (Carper, 1978, Trad. libre).

Nos concepts sont définis dans la littérature ; on parle de plus en plus de qualité des soins. Le savoir empirique vise à améliorer la qualité des soins et pour ce faire, mis à part la nécessité d'argumenter la pratique infirmière de manière scientifique, les soignants doivent se sentir satisfaits dans leur profession afin de viser la performance et des soins de qualité.

Le savoir esthétique

Le savoir esthétique ou l'art des Soins Infirmiers, a vu le jour lorsqu'il y a eu une prise de conscience de la nécessité d'élargir le terme « savoir », et d'y inclure les aspects du savoir infirmier ne provenant pas d'une recherche scientifique. On a réalisé que le savoir infirmier n'était pas uniquement scientifique. Mis à part les habiletés manuelles et techniques de la pratique infirmière, l'art des soins infirmiers fait référence à l'acquisition d'un savoir par l'accumulation d'expériences irrationnelles en lien avec des situations qui ne peuvent pas toujours trouver une explication dans la science. La notion d'art étant très cloisonnante, la notion de savoir esthétique semblait plus appropriée. Le savoir esthétique renferme la notion

de subjectivité, ce savoir provient du vécu direct d'expériences spécifiques et uniques relatives à la perception de chacun alors qu'un savoir empirique se base sur des preuves scientifiques objectivables et vérifiables. Un exemple d'un savoir-faire esthétique est l'empathie, cette capacité à ressentir les émotions des autres afin de mieux comprendre ce qu'ils vivent, s'insère tout à fait dans le savoir esthétique. Plusieurs auteurs tels que Fawcett, Orem, Wiedenbach ou Dewey ont participé à la définition de ce savoir (Carper, 1978, Trad. libre).

Notre question touche la discipline infirmière. De ce fait, elle fait automatiquement appel à un savoir esthétique. Comment exercer notre « art » efficacement dans des contextes où l'environnement est stressant ? Nous pouvons émettre l'hypothèse que si les infirmiers se trouvent dans un environnement perçu comme stressant et insatisfaisant, cette perception négative pourrait influencer leur propre disponibilité à entrer en relation authentique et empathique avec le patient.

Le savoir personnel

Le savoir personnel est défini comme étant une manière d'être et de savoir fondamentale pour la discipline infirmière. Cependant, c'est l'un des plus problématiques car il est difficile à maîtriser et à enseigner. En effet, ce n'est pas facile de l'évaluer car il s'exprime par une présence vraie, authentique et montrant une certaine ouverture vers autrui. Ce savoir se base sur des expériences personnelles vécues par l'individu qu'on considère

comme un être unitaire, authentique et conscient. Il ne s'agit pas uniquement des relations que le soignant peut avoir avec autrui (interpersonnelles), mais aussi de la relation qu'il peut avoir avec lui-même (intrapersonnelle). En d'autres termes, c'est une compréhension de soi et de l'autre. Dans l'utilisation thérapeutique, l'infirmier rejette l'assimilation du patient à un objet, il visualise la relation soignant-patient comme une relation authentique entre deux personnes. De plus, il utilise son intuition en lien avec des expériences vécues afin de mieux comprendre une situation. La pratique infirmière peut être enrichie par un travail de réflexion et de partage par rapport à son vécu personnel (Johns, 1995, 2004; dans Pepin, Kérouac & Ducharme, 2010). Selon Munhall (1993), c'est une attitude personnelle à adopter pour comprendre l'autre (Carper, 1978; Pepin, Kérouac, & Ducharme, 2010).

En lien avec notre question de recherche, les conditions de travail difficiles et l'insatisfaction au travail peuvent fausser la relation entre l'infirmier et son patient. A cause du stress, l'infirmier ne peut pas donner le maximum de ses performances, ce qui diminue la qualité des soins qu'il fournit. Si l'infirmier lui-même n'éprouve pas une certaine satisfaction par rapport à son travail et à sa propre vie, il ne pourra pas se rendre disponible pour nouer une relation authentique avec son patient. La charge de travail et les conséquences psychiques que cela peut générer, ne lui en laissent pas la

possibilité. Pour prendre soin de l'autre, il faut déjà pouvoir prendre soin de soi-même.

Le savoir éthique

Le savoir éthique s'appuie sur des principes, des codes éthiques et concerne ce qui est bon ou juste. Les codes éthiques qui guident la conduite éthique de l'infirmier sont basés sur le principe fondamental du respect de la vie humaine. Ce savoir de la discipline découle des questions que l'infirmier peut se poser en réfléchissant à sa pratique qui est influencée par ses propres valeurs (Chinn & Kramer, 2008; dans Carper, 1978). Il englobe les décisions éclairées qui découlent de positions philosophiques relatives aux soins à effectuer ou non. En effet, le savoir éthique nécessite premièrement une compréhension des différentes propositions philosophiques sur ce qui est bon et juste ; deuxièmement, différents cadres éthiques permettant de faire face à la complexité des jugements moraux et, troisièmement, une variété d'orientations au sujet de la notion d'obligation. Certains choix soulèvent des questions fondamentales à propos des actions. En effet, l'infirmier identifie ce qui est moralement bien et/ou mal dans le cadre de la prise en charge du patient, dans le traitement et dans la promotion de la santé. Dans le cas d'une situation présentant des ambiguïtés et incertitudes, il peut surgir un dilemme éthique. Selon Durgahee (1997), le dilemme éthique permet de déterminer les contraintes pouvant être éliminées, améliorées ou acceptées (Carper, 1978; Pepin, Kérouac & Ducharme, 2010).

Se référant à notre question de départ, il nous paraît évident que dans des contextes où les conditions de travail, notamment la charge de travail, ne sont pas satisfaisantes pour les professionnels, les valeurs éthiques seraient difficilement prises en compte. Comment peut-on prendre des décisions éthiques de manière éclairée alors qu'on est surchargé de travail ? Lorsque le soignant travaille dans un environnement stressant, il subit des perturbations émotionnelles, psychiques et corporelles, il ne peut donc pas être au meilleur de ses capacités, ce qui peut affecter ses interventions de soins.

3.6 Cadre théorique : Le modèle d'intermédiaire culturel

Nous avons choisi d'utiliser les travaux de Michel Nadot parce que nous pensons qu'ils rejoignent, dans plusieurs dimensions, notre thématique. Nous allons donc présenter brièvement le modèle d'intermédiaire culturel avant de faire ensuite un parallèle avec notre sujet.

Nadot, pour ses travaux, s'est inspiré de plusieurs auteurs notamment « Les codes culturels, l'analyse historique des discours, la genèse des sciences humaines » de Michel Foucault ; « La philosophie de la volonté, les théories de l'action, l'herméneutique du texte » de Paul Ricœur ; « La médiologie en tant que logique anthropologique des opérations de pensée dans un domaine de relations, le pouvoir symbolique des mots, les langages et leurs véhicules de transport » de Régis Debray.

Le modèle conceptuel d'intermédiaire culturel démontre l'ensemble des activités des infirmières médiologues de santé et associe les éléments modernes liés à l'évolution de nos institutions de santé (Nadot, Busset, & Gross, 2013).

Les éléments qui vont suivre et qui présentent la théorie de Michel Nadot sont issus de son ouvrage : « L'activité infirmière, Le modèle d'intermédiaire culturel, une réalité incontournable (2013) ».

Les travaux de Nadot s'orientent autour de quatre modélisations :

Première modélisation

Dans cette première modélisation qui s'inspire d'une culture profane, il met en avant la notion de « prendre soin », mais pas uniquement de prendre soin de la personne soignée. En effet, il met l'accent sur l'importance de la prise en soins des trois fondements de la discipline, c'est-à-dire : prendre soin de la vie de l'homme (*Hominem*), prendre soin de la vie du groupe (*Familia*) et prendre soin de la vie du domaine (*Domus*). Plus spécifiquement, prendre soin de la vie de l'homme équivaut à l'activité maternelle, c'est-à-dire une attention portée à l'autre à travers la relation, l'éducation, la prévention et l'accompagnement dans la maladie. Prendre soin de la vie du groupe consiste en une activité ménagère, c'est-à-dire de contribuer à l'hygiène personnelle et collective, à l'organisation, la gestion et la discipline du groupe. Quant à prendre soin de la vie du domaine, il s'agit de l'activité

domestique dont la logistique, l'économie, l'énergétique et le travail du domaine.

Selon Nadot, le système de santé évolue sans cesse en termes de progrès, de technologies et d'infrastructures. De ce fait, nous comprenons qu'il est nécessaire que les professionnels de la santé se mettent à jour afin de pouvoir garantir une prise en soin efficace selon les trois fondements de la discipline.

Deuxième modélisation

La catégorie *domus – familia – hominem* de la première modélisation ne suffit pas à situer l'activité soignante, ce qui nécessite la mise en place d'une seconde modélisation afin d'y inclure les pratiques liées à la culture médicale qui est en plein développement, il faut noter qu'une partie de cette culture est déléguée aux infirmiers.

Pour ce faire, Nadot propose trois systèmes culturels (SC). Le SC1 correspond à la culture et au langage institutionnel (*domus*), cela équivaut à faire fonctionner le domaine.

Le SC2 correspond à la culture et au langage médical où les médecins délèguent des tâches aux infirmiers en attendant de ces derniers que les soins soient prodigués de manière sécuritaire et correcte, toutefois le but n'est pas de décharger le corps médical de ses responsabilités. En effet, l'infirmier a une fonction d'agent double, c'est-à-dire d'agent informateur envers les médecins et d'agent applicateur envers le patient.

Le SC3 définit la culture et le langage des soignants, il s'agit de la fonction indépendante de l'infirmier englobant le soignant, la personne soignée et l'entourage.

Finalement, ces trois cultures déterminent l'activité complète de l'infirmier (SC4).

Le postulat de base de cette modélisation est que la prestation de l'infirmier (l'offre de service) est déclenchée par l'information verbale et non-verbale provenant du bénéficiaire de la prestation (la demande). Il est important de comprendre que « rendre service à », ne signifie pas « être au service de ».

Dans cette deuxième modélisation, les soignants se trouvent dans un paradigme de la science dit normal où ils sont confrontés à un premier degré de difficulté professionnelle. En effet, être en relation avec une personne soignée à tous les âges de la vie et l'aider à surmonter ses difficultés demande un certain nombre de qualités et de connaissances. Il existe un deuxième degré de difficulté professionnelle qu'il est important de prendre en compte car les infirmiers y sont confrontés en permanence ; il est en lien avec la dynamique institutionnelle, les acteurs qui y contribuent et tous les impondérables de service (gestion de l'environnement de travail, ambiance au travail, charge de travail, stress).

Nadot ajoute une quatrième culture (SC4) générée par l'intermédiaire culturel donc l'infirmier. En effet, cette quatrième culture découle de

l'environnement dit socioconstructiviste et interactionniste. L'intermédiaire culturel délivre des prestations de service auto-organisationnelles sur la base des signaux qu'il perçoit (humains, bruits, murs, objets, etc.) ou à la demande des bénéficiaires. Néanmoins, la multiplicité et la complexité de ces demandes liées aux services nécessitent une gestion des flux d'informations avec une priorisation des éléments. L'infirmier est confronté aux contraintes et incertitudes liées aux réactions et comportements des bénéficiaires de prestations. Selon Nadot, le soignant est le spécialiste de la coordination et de la synthèse de multiples langages qu'il rencontre dans le milieu institutionnel, il est tenu de développer des compétences langagières afin de pouvoir les mettre au profit des patients dans les prestations de soins.

Les bénéficiaires de service livrent des informations verbales et non-verbales afin de déclencher une prestation. Néanmoins, l'information provient également de l'environnement (MEDium), des MEDiations de la vie et de la posture d'interMEDiaire culturel occupée dans l'espace-temps. Cette relation du réseau de production ne permet pas seulement une production de service mais aussi une standardisation de processus et leur amélioration.

Le rôle professionnel dépend de la culture et de la personnalité, d'où la notion du « rôle » qui est défini comme l'aspect dynamique du statut. C'est-à-dire que l'infirmier, selon sa culture, va faire des choix en privilégiant un système de valeurs. C'est donc pourquoi il existe différentes postures possibles dans le rôle professionnel. Selon cette conception, un infirmier de personnalité forte avec de grandes connaissances et qui défend ses propres

valeurs, favorisera plus la promotion de sa discipline (SC3), alors qu'un infirmier plus réservé avec peu de confiance en soi et en ses connaissances aura plus tendance à suivre la culture imposée (SC1). Mais, il faut savoir que la posture n'est pas figée et qu'elle peut changer même pendant une même journée suite à différents facteurs comme la fatigue, l'ambiance, les soucis personnels ou l'état psychique de l'infirmier. Dans ce même système, la culture institutionnelle qui formate les pratiques (SC1) est donc toujours aussi présente, mais les règles d'actions qui proviennent de celle-là varient en fonction de l'architecture, la législation, les textes de lois, le contrat de travail et le financement institutionnel. Les prestations fournies au système de santé, par la fonction d'institutionnalisation du rôle professionnel de l'infirmier, sont variables selon les conditions de la structure (taille de l'institution, statut, nombre d'employés, sécurité et moyens). C'est-à-dire que si ces conditions sont défavorables (peu de moyens, mauvaise organisation, etc.), l'institution sera moins performante et moins sécuritaire.

Troisième modélisation

Cette troisième modélisation découle de l'association entre la première modélisation (époque profane) et la deuxième modélisation (systèmes culturels de l'époque moderne). Elle est représentée sous forme de « grille médiologique bitriptyque » (Annexe 2) avec les différentes façons de « prendre soin » (*Hominem, Familia, Domus*) d'un côté et les trois systèmes culturels de l'autre. De cette grille découlent neuf variables qui définissent

les règles d'action qui guident actuellement la pratique infirmière, qui laissent apparaître les compétences requises et montrent leur travail quotidien. Le langage tenu dans l'espace, avec indication du but recherché et la manière de prendre soin (sur/pour/comme, soit SPC) synthétise toutes ces variables qui sont définies ci-dessous (Nadot, & al., 2013).

Prendre soin de la vie de l'homme selon la culture institutionnelle est une fonction qui demande principalement de veiller à l'ordre dans l'institution. Pour ce faire, il faut accueillir, informer et rassurer les nouveaux venus dans l'institution.

Prendre soin de la vie de l'homme selon la culture médicale correspond à la fonction d'agent double exercée par l'infirmier qui d'une part assure des transmissions fiables (agent informateur) et d'autre part applique les prescriptions médicales en connaissant le but et les modalités du traitement (Nadot, & al., 2013).

Prendre soin de la vie de l'homme selon la culture propre développée par la recherche au sein de la discipline infirmière équivaut à une fonction où l'infirmier accompagne les personnes en respectant leurs particularités, en préservant leur autonomie, en prévenant les infections et en soulageant leur souffrance. C'est une illusion de croire que si l'on décharge les soignants des soins dits « de base » en leur attribuant des aides-soignants, ils auront plus de temps pour rendre service au corps médical (actes médico-délégués). En effet, pour l'infirmier qui est au cœur du système, une décharge physique

dans le travail des soins représente une surcharge mentale supplémentaire, cognitive ou éthique car il est responsable des éventuels soins qu'il pourrait déléguer.

Prendre soin de la vie du groupe associé à la culture institutionnelle introduit l'idée que l'activité infirmière ne se situe pas uniquement au niveau des actes propres envers le patient mais également au niveau de ses responsabilités envers l'institution, entre autres, l'accueil et l'encadrement de stagiaires, l'organisation du travail et l'évaluation professionnelle du personnel supervisé.

Prendre soin de la vie du groupe associé à la culture médicale rejoint cette vision plus standardisée du soin. C'est-à-dire que l'infirmier a la responsabilité d'être le médiateur entre le groupe et le corps médical, de prévoir des espaces adaptés à la prise en soin, d'assurer la sécurité du groupe par la transmission efficace d'informations, d'orienter et initier les stagiaires médecins au fonctionnement de l'institution.

Prendre soin de la vie du groupe associé à la culture propre à la discipline infirmière a pour but d'entrer en relation et de la maintenir en préservant l'identité de chaque personne soignée et en assurant les liens avec l'entourage (Nadot, & al., 2013).

Prendre soin de la vie du domaine associé à la culture institutionnelle nécessite de connaître le rôle de chaque service annexe de l'hôpital afin de

communiquer avec eux pour garantir ainsi un entretien de l'environnement de l'institution.

Prendre soin de la vie du domaine associé à la culture médicale demande le maintien en état de l'appareillage médical et d'en assurer le rangement stratégique, afin qu'en cas de besoin, il soit rapidement retrouvé (Nadot, et al., 2013).

Prendre soin de la vie du domaine associé à la culture propre à la discipline implique que le soin est aussi tout simplement les petits gestes de la vie quotidienne, les petites attentions envers les patients, le groupe et le bon sens car ce sont toutes ces actions qui contribuent à la vie de l'institution.

Quatrième modélisation

Cette dernière modélisation est en lien avec le volume symbolique de l'activité infirmière. Elle aborde l'importance de l'activité langagière dans le rôle professionnel des infirmiers. L'infirmier est considéré comme le disque dur de l'institution car il doit sans cesse récolter des informations, les traiter et les transmettre aux autres collaborateurs de soins. Il utilise ses compétences langagières « sur » son lieu de pratique « pour » prendre soin du domaine, du groupe et de l'humain et ce dans une posture qui le place « comme » intermédiaire entre l'homme, son environnement, ses misères et son contexte de vie. On retrouve ici la fameuse formule de liaison SPC (sur/pour/comme). L'infirmier se trouve toujours dans « l'entre », c'est

l'intermédiaire entre différentes cultures. Son travail ne se réduit pas uniquement à rester au chevet du patient. Il est bien plus vaste malgré le fait qu'on réduise très souvent son activité aux soins donnés à l'individu.

En effet, Nadot (2013) énumère quatorze groupes de pratiques constituant l'ensemble du rôle professionnel de l'infirmier notamment les pratiques de gestion de l'information, de récolte d'informations, de coordination de l'information, de régulation, de relation professionnelle, des pratiques d'assistance, de formation, de déplacements, d'hygiène collective, de réapprovisionnement et rangement, d'élimination, des pratiques hôtelières, des pratiques technologiques du soin et des pratiques d'inactivité. Nous constatons que l'activité infirmière est en grande partie du traitement d'informations, de leur coordination et de leur transmission afin de garantir la sécurité des patients. La notion d'infirmier médiologue prend donc ici tout son sens.

Le fait est que ces prestations infirmières en lien avec le traitement de l'information ne sont pas prises en compte par les institutions ni par les assurances. Elles sont comme invisibles et pourtant elles sont bien présentes et nécessitent du temps. Si toute une partie des pratiques infirmières n'est pas prise en compte, on imagine bien que la charge de travail infirmière réelle n'est pas considérée à sa juste valeur. En résulte donc une dotation inappropriée du personnel, une lourde charge de travail, un manque de temps pour effectuer correctement ses tâches, des conditions de travail peu

satisfaisantes, un stress permanent ; ce qui peut conduire à une insécurité pour les patients et une diminution de la qualité des soins.

Par ailleurs, l'infirmier étant considéré comme le disque dur de l'institution, si ce disque dur ne fonctionne pas bien à cause de conditions de travail insatisfaisantes, c'est toute l'institution qui se retrouve à mal fonctionner et surtout le soin aux patients qui s'en voit préterité.

Le modèle met en évidence l'importance de l'environnement, de l'institution et des conditions de travail ainsi que leur impact direct sur l'intermédiaire culturel donc sur l'infirmier et ses prestations. C'est dans la mesure où le modèle met particulièrement bien en évidence la complexité et l'ampleur de l'activité et de la responsabilité infirmière, qu'il s'avère pertinent pour éclairer notre thématique.

Chapitre 4 : Méthode

Pour ce travail dans lequel nous cherchions à démontrer l'impact de l'environnement de la pratique sur les soignants et les patients, nous avons élaboré une question PICOT de type *meaning* afin de démontrer le dit phénomène : « Comment le stress lié aux conditions de travail peut-il avoir, de nos jours, une répercussion sur la satisfaction des soignants et sur la qualité des soins qu'ils prodiguent ? »

P (Phénomène, Population)	Phénomène : Stress lié aux conditions de travail Population : Soignants
I (Expérience)	Pour identifier les aspects du stress sur les soignants (épuisement professionnel, insatisfaction) et sur les patients (sécurité, erreurs médicales)
C (Comparaison)	Il n'y a pas de comparaison dans les questions de type <i>meaning</i>
O (Résultats du phénomène)	La répercussion sur la satisfaction des soignants et la qualité des soins aux patients.
T (Temps)	De nos jours

Pour cette partie, nous avons exploré différentes bases de données telles que PubMed, Cinhal et PsycINFO en utilisant différents mots-clés que nous avons choisis ensemble. Ils sont énumérés dans les tableaux ci-dessous.

4.1 PubMed

Recherches	Mots-clés (Français)	Traduction (Anglais)	Mesh-Term	Filtres	Nombres d'articles	Nombres d'articles retenus
1	<ul style="list-style-type: none"> - Qualité des soins - Charge de travail - Soignant 	<ul style="list-style-type: none"> - Quality of health care - Workload - Caregiver 	<ul style="list-style-type: none"> - Healthcare quality - Workload - Caregivers 	5 years	37	3
2	<ul style="list-style-type: none"> - Satisfaction au travail - Soignants - Qualité des soins 	<ul style="list-style-type: none"> - Job satisfaction - Caregiver - Quality of health care 	<ul style="list-style-type: none"> - Job satisfactions - Caregivers - Healthcare quality 	10 years	55	2

3	<ul style="list-style-type: none"> - Satisfaction au travail - Soignants - Stress professionnel 	<ul style="list-style-type: none"> - Job satisfaction - Caregiver - Professional stress 	<ul style="list-style-type: none"> - Job satisfactions - Caregivers - Stress, psychological 	10 years	28	4
4	<ul style="list-style-type: none"> - Professionnels de la santé - Satisfaction au travail - Stress professionnel - Soins infirmiers 	<ul style="list-style-type: none"> - Healthcare professional - Job satisfaction - Professional stress - Nursing 	<ul style="list-style-type: none"> - Health profession - Job satisfactions - Stress, psychological - Care, nursing 	5 years	48	5

5	<ul style="list-style-type: none"> - Qualité des soins - Stress professionnel - Soins infirmiers 	<ul style="list-style-type: none"> - Quality of health care - Professional stress - Nursing 	<ul style="list-style-type: none"> - Healthcare quality - Stress, psychological - Care, Nursing 	5 years Free full text	42	5
6	<ul style="list-style-type: none"> - Qualité des soins - Stress professionnel - Infections nosocomiales 	<ul style="list-style-type: none"> - Quality of health care - Professional stress - Infection 	<ul style="list-style-type: none"> - Healthcare quality - Stress, psychological - Cross, infection 	10 years	6	1

7	<ul style="list-style-type: none"> - Qualité des soins - Charge de travail - Facteurs de risque 	<ul style="list-style-type: none"> - Quality of health care - Workload - Risk factors 	<ul style="list-style-type: none"> - Quality of health care - Workload - Risk factors 	5 years Full text	332	1
8	<ul style="list-style-type: none"> - Satisfaction au travail - Charge de travail - Satisfaction des patients 	<ul style="list-style-type: none"> - Job satisfaction - Workload - Patient satisfaction 	<ul style="list-style-type: none"> - Job satisfaction - Workload - Patient satisfaction 	2000 - 2016	33	1

4.2 CINAHL

Recherches	Mots-clés (Français)	Traduction (Anglais)	Cinahl Headings	Filtres	Nombres d'articles trouvés	Nombres d'articles retenus
1	<ul style="list-style-type: none"> - Satisfaction au travail - Soignant - Qualité des soins 	<ul style="list-style-type: none"> - Job satisfaction - Caregiver - Quality of care 	<ul style="list-style-type: none"> - Job satisfaction - Caregivers - Quality of care 	2006 - 2016 Tous les résultats	56	5
2	<ul style="list-style-type: none"> - Satisfaction au travail - Soignant - Stress professionnel 	<ul style="list-style-type: none"> - Job satisfaction - Caregiver - Professionnal stress 	<ul style="list-style-type: none"> - Job satisfaction - Caregivers - Stress 	2005 - 2016 Tous les résultats	45	3

3	<ul style="list-style-type: none"> - Satisfaction au travail - Environnement de travail - Epuisement professionnel 	<ul style="list-style-type: none"> - Job satisfaction - Working environment - Professional exhaustion 	<ul style="list-style-type: none"> - Job satisfaction - Work environment - Burnout professional 	2005 - 2016	281	1
----------	---	--	--	-------------	-----	---

4.3 PsycINFO

Recherches	Mots-clés (Français)	Traduction (Anglais)	Ovid (Thésaurus)	Filtres	Nombres d'articles	Nombres d'articles retenus
1	<ul style="list-style-type: none"> - Satisfaction au travail - Soignant - Stress 	<ul style="list-style-type: none"> - Job satisfaction - Caregiver - Stress 	<ul style="list-style-type: none"> - Work satisfaction - Caregivers - Stress 	2005 - 2016	124	6
2	<ul style="list-style-type: none"> - Satisfaction des patients - Soignant - Conditions de travail 	<ul style="list-style-type: none"> - Patient satisfaction - Caregiver - Work conditions 	<ul style="list-style-type: none"> - Patient satisfaction - Caregivers - Work environments 	2005 - 2016	14	2

Nous avons procédé par étapes. Dans un premier temps, nous avons lu les résumés d'articles dont les titres étaient en lien avec notre thématique. Nous avons sélectionné les articles qui traitaient certains de nos concepts et dont le but était directement ou indirectement en lien avec notre question de recherche. De plus, nous avons été attentifs à la structure des résumés, notamment la présence de l'objectif, de la méthode (l'échantillon et la population), des résultats, de la conclusion et des mots-clés.

Nous nous sommes présenté les résultats de nos explorations des différentes bases de données. Nous en avons débattu et retenu un certain nombre.

Dans un deuxième temps, nous nous sommes réparti équitablement les articles afin de prendre connaissance de l'intégralité des contenus et de leur fiabilité d'un point de vue scientifique. Pour ce faire, nous avons examiné la structure des articles (l'introduction, le but, la méthode, les résultats et la conclusion), le journal de publication, la renommée de la revue, le devis de recherche, la recension des écrits, la méthode (plus précisément l'échantillon, les différents outils utilisés, les moyens utilisés pour la récolte et l'analyse des données) et le facteur d'impact.

Suite à une première lecture des articles, nous avons pris le temps de délibérer afin de trouver un consensus quant aux articles les plus pertinents et répondant le plus précisément à notre question de recherche. Après répartition des 15 articles, nous avons procédé à l'analyse de ces derniers à

l'aide de la grille de Fortin (2010) (Annexe 3). Enfin, nous nous sommes présenté ces analyses afin de tous prendre connaissance des résultats de ces dernières et de d'en discuter.

Chapitre 5 : Synthèse des résultats

Ce chapitre est consacré à la présentation des différents résultats des articles analysés en mettant en évidence les points les plus significatifs qui apportent des éléments de réponses à notre question de recherche. Ces résultats sont également discutés à la lumière de nos concepts et du modèle conceptuel de l'intermédiaire culturel de Nadot.

5.1 Article 1 : Nurse practice environment, workload, burnout, job outcomes and quality of care in Psychiatric hospitals : a structural equation model approach

Dans cette étude belge, Van Bogaert, Willems et Mondelaers (2012) avaient pour but d'examiner les relations entre l'environnement de pratique des infirmiers, la charge de travail, l'épuisement professionnel et la qualité des soins au sein des hôpitaux psychiatriques. Ils ont mis en évidence que la perception de la qualité des soins par les infirmiers était directement influencée par la gestion infirmière et indirectement influencée par les relations de collaboration entre infirmiers et médecins, la gestion hospitalière et le soutien organisationnel. Par conséquent, dans cet ensemble de données, la gestion infirmière avait un rôle médiateur entre les deux autres dimensions que sont l'environnement de pratique et la qualité des soins. Van Bogaert et al. (2012) ont trouvé de manière intéressante et inattendue qu'un support organisationnel et une gestion favorables montrent un effet négatif sur la qualité des soins. De plus, les auteurs ont constaté que l'épuisement

émotionnel a un effet direct sur la qualité des soins ainsi que sur la relation de collaboration infirmiers-médecins. L'efficacité au travail est directement influencée par la gestion infirmière au niveau de l'unité, la dépersonnalisation et la charge de travail. Une grande charge de travail influence grandement l'épuisement émotionnel.

Contrairement à leur attente, il a été démontré que la perception d'une charge de travail élevée n'a pas toujours des effets négatifs sur la satisfaction au travail et sur les intentions de démission lorsque les infirmiers ont un contrôle suffisant sur leur travail au quotidien. Il a été démontré que les infirmiers travaillant dans des structures favorables (*empowerment*, autonomie, soutien de l'hôpital, gestion organisationnelle) sont plus efficaces dans leur travail, gèrent mieux les situations difficiles avec les patients (violence verbale), font moins d'erreurs médicamenteuses et on observe moins de chutes de patients.

5.2 Article 2 : Occupational Stressors, Stress Perception Levels, and Coping Styles of Medical Surgical RNs

Cette étude faite dans un hôpital magnétique de Miami (2014) a pour but de mesurer et de comparer les facteurs de stress au travail, les niveaux de stress perçu et les styles d'adaptation chez trois générations d'infirmiers travaillant dans le domaine médico-chirurgical. En effet, on retrouve les « *baby-boomers* » (nés entre 1943 et 1960), la « génération X » (née entre 1960 et 1981) et la « génération Y » (née entre 1981 et 2003). Cette étude

cherche à démontrer si quatre prédicteurs tels que les facteurs de stress au travail, l'âge, les années d'expérience et le niveau de formation sont déterminants du niveau de stress perçu chez ces infirmiers. La charge de travail élevée, la confrontation aux décès des patients et le manque de soutien sont les facteurs de stress au travail influençant le plus la perception du stress (Wakim, 2014).

Toutefois, l'âge, les années d'expérience et le niveau de formation de ces infirmiers ne sont pas des facteurs déterminants du niveau du stress perçu. La « génération Y » a rapporté des scores plus élevés que les deux autres générations quant à la perception du stress (Wakim, 2014).

5.3 Article 3 : Nurse Burnout and Patient Satisfaction

Dans cette étude, Vahey, Aiken, Sloane, Clarke et Vargas (2004) avaient pour but d'examiner l'association entre l'épuisement professionnel des infirmiers ainsi que la satisfaction des patients et de déterminer si les facteurs expliquant cet épuisement professionnel représentent également l'insatisfaction des patients. Les auteurs précisent que l'épuisement émotionnel et l'intention de démissionner sont influencés par l'environnement de travail des infirmiers. Les infirmiers des unités disposant d'environnements de pratique favorables sont entre un tiers et moitié moins susceptibles d'être exposés à un niveau élevé d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation ; de plus ils présentent moins l'intention de démissionner dans l'année qui suit. Alors que les infirmiers ayant un environnement de

pratique pauvre sont entre deux à trois fois plus susceptibles que ceux travaillant dans un environnement de pratique qualifié bon, d'être exposés à l'épuisement émotionnel, à la dépersonnalisation et à l'intention de quitter son emploi dans l'année qui suit. Cette étude a permis d'identifier les caractéristiques modifiables des environnements de pratique qui ont un impact sur l'épuisement émotionnel et sur l'insatisfaction des patients : la dotation adéquate en personnel soignant, le soutien institutionnel et la qualité de la relation entre les infirmiers et les médecins. De plus, elle démontre empiriquement que l'épuisement professionnel, mesuré par le niveau d'épuisement émotionnel et le manque d'accomplissement personnel, est un facteur important qui influence significativement la satisfaction des patients vis-à-vis des soins qui leur sont prodigués. En effet, en comparaison avec les patients dans les unités à faible ou moyen taux d'épuisement émotionnel des soignants, les patients qui côtoient des infirmiers avec des niveaux d'épuisement émotionnel plus élevés que la moyenne, sont moitié moins susceptibles d'éprouver de la satisfaction vis-à-vis des soins qui leur sont prodigués. De même, les patients des unités où les infirmiers perçoivent un niveau d'accomplissement personnel supérieur à la moyenne, sont deux fois plus susceptibles de ressentir une meilleure satisfaction à l'égard de leurs soins, en comparaison à ceux des unités avec un taux inférieur à la moyenne.

5.4 Article 4 : Relationships among leadership practices, work environments, staff communication and outcomes in long-term care

Cette étude américaine a pour but de faire le point sur les caractéristiques environnementales des soins de longue durée et de tester les modèles hypothétiques ainsi que leur influence sur deux résultats organisationnels tels que la satisfaction et l'intention de démissionner de divers employés hospitaliers. Dans les établissements de soins de longue durée, il a été démontré qu'une plus grande satisfaction de l'emploi est associée à un faible taux d'épuisement émotionnel et à des niveaux élevés d'*empowerment* global et psychologique, de soutien organisationnel perçu, de cohésion de groupe de travail ainsi que de perception d'accomplissement personnel. Aucune relation n'a été trouvée entre la satisfaction au travail et d'autres facteurs tels que le sentiment de dépersonnalisation, la communication entre le groupe de travail, les conditions favorables à l'efficacité du travail et les pratiques de leadership soutenant. L'intention de quitter l'emploi du personnel en soins de longue durée a été reliée à un faible degré de satisfaction générale de l'emploi, à un niveau élevé d'épuisement émotionnel et professionnel, aux possibilités d'emploi à l'extérieur, à une plus faible cohésion du groupe de travail et à une faible perception de l'*empowerment* personnel. Quelques différences ont été observées selon la position hiérarchique des employés, par exemple les dirigeants expriment un degré de satisfaction de l'emploi plus élevé que les infirmiers. Le groupe

d'infirmiers a rapporté l'intention de démissionner la plus élevée alors que les professionnels paramédicaux ont rapporté la plus basse (Tourangeau, Cranley, Spence Laschinger, & Pachis, 2010).

5.5 Article 5 : A human factors framework and study of the effect of nursing workload on patient safety and employee quality of working life

Holden et al. (2010) ont mesuré trois facteurs de la charge de travail (la dotation, les exigences générales et spécifiques à l'emploi ainsi que la charge de travail lié aux tâches) des infirmiers dans deux hôpitaux pédiatriques. De plus, ils ont cherché à évaluer à quel point la charge de travail a une répercussion sur l'insatisfaction au travail des infirmiers, sur l'épuisement professionnel et sur la probabilité d'erreurs perçue au cours de l'administration des médicaments.

Dans cette étude, les résultats ont démontré que l'insatisfaction au travail et l'épuisement professionnel étaient significativement corrélés. L'insatisfaction au travail était positivement associée à la dotation insuffisante en personnel et à la charge de travail dans l'unité. L'épuisement professionnel est positivement associé à la fois à la dotation en personnel et à la charge mentale externe (demandes exogènes liées à la tâche). Comme supposé, la charge de travail externe a des effets délétères sur la probabilité d'erreur de médication. L'insatisfaction au travail et l'épuisement

professionnel étaient significativement corrélés, sans être significativement associés à la probabilité d'erreur de médication.

5.6 Article 6 : A tale of two systems – Nurses practice environment, well-being, perceived quality of care and patient safety in private and public hospitals in South Africa : A questionnaire survey

Cette étude a été menée en 2012 en Afrique du Sud : les auteurs montrent que des environnements de pratique infirmiers favorables notamment, la charge de travail satisfaisante et la dotation adéquate en personnel soignant ont un lien significativement positif quant à la perception infirmière de la qualité des soins, à l'efficacité infirmière et à la sécurité des patients. Près du tiers de la population infirmière à l'étude était insatisfait de ses conditions de travail autant dans le secteur public que dans le secteur privé mais cette insatisfaction est plus marquée dans le secteur public. Les infirmiers du secteur public (71%) ont plus tendance à qualifier leur environnement de pratique de pauvre à juste acceptable comparé à leurs collègues du secteur privé. Globalement, le ratio soignants/patients est plus favorable dans le secteur privé que dans le secteur public (8,06 à 20,98 contre 8,75 à 32). Près de la moitié des infirmiers a estimé avoir un niveau élevé d'épuisement professionnel. Cette tendance est un peu plus marquée dans les hôpitaux publics. Par ailleurs, le secteur privé bénéficie de plus de moyens et d'infrastructures et les patients accueillis disposent de moyens de

payer leurs prestations. Le secteur public, lui, est financé par l'Etat (Coetzee, Klopper, Ellis, & Aiken, 2012).

5.7 Article 7 : The Association of Chinese Hospital Work Environment with Nurse Burnout, Job Satisfaction, and Intention to Leave

L'étude chinoise a comme but d'étudier les trois dimensions de l'épuisement professionnel (l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation, et l'accomplissement personnel), d'examiner le niveau de satisfaction au travail des infirmiers, leur intention de quitter l'emploi, d'explorer le lien avec l'environnement de travail en Chine et de comparer les résultats à d'autres pays (Zhang & al., 2014).

L'insatisfaction du salaire représentait la plus grande source d'insatisfaction au travail (75,54%) alors que l'autonomie au travail représentait la plus faible (12,45%). Dans les hôpitaux avec des environnements de travail favorables, les infirmiers ont rapporté un niveau d'épuisement professionnel moins élevé dans les trois dimensions, moins d'insatisfaction de l'emploi actuel, plus de possibilités d'avancement, plus d'autonomie au travail et moins l'intention de quitter leur emploi (Zhang & al., 2014).

Les niveaux d'épuisement professionnel et de dépersonnalisation des infirmiers en Chine étaient semblables à ceux des Etats-Unis, du Canada et du Royaume-Uni, mais les infirmiers en Chine ont rapporté un niveau

d'accomplissement personnel plus élevé et un bas niveau de satisfaction quant au salaire (Zhang & al., 2014).

5.8 Article 8 : Work-related factors and early retirement intention : a study of the Danish eldercare sector

Cette étude prospective menée par Sejbaek, Nexø et Borg (2012) a investigué différents facteurs liés au travail pouvant expliquer l'augmentation de l'intention d'une retraite anticipée dans les milieux de soins gériatriques. Trois hypothèses ont été testées pour vérifier cette intention : la première, des exigences élevées et de basses ressources au travail ; la deuxième, un faible engagement face au travail et la troisième, un effort physique très élevé.

Sejbaeck et al. (2012) ont démontré que la troisième hypothèse (effort physique élevé) notamment le port de charges lourdes ainsi que l'engagement organisationnel faible à normale sont les facteurs qui influencent le plus significativement l'intention de la retraite anticipée. L'effort physique intense a aussi été associé à des problèmes de santé (problèmes musculo-squelettiques) pouvant être engendrés par l'exposition à un environnement de travail non favorable.

5.9 Article 9 : Nurse Outcomes in Magnet® and Non-Magnet Hospitals

Cette étude américaine a pour but de déterminer si les caractéristiques de l'organisation en soins infirmiers et les résultats connexes

de l'infirmier différent dans les hôpitaux magnétiques par rapport aux hôpitaux non magnétiques. Pour ce faire, elle compare les différences d'environnement de travail des soins infirmiers entre ces deux types d'hôpitaux en évaluant la satisfaction, l'épuisement professionnel et l'intention de quitter le travail. L'étude a démontré que les hôpitaux magnétiques étaient plus susceptibles d'être des établissements propices à l'apprentissage, ayant une haute technologie, un statut à but non lucratif et avec en moyenne un plus petit nombre de lits. Les résultats ont montré que les hôpitaux magnétiques ont significativement de meilleurs environnements de travail et une plus forte proportion d'infirmiers certifiés spécialisés. Les infirmiers dans les hôpitaux magnétiques étaient 18% moins susceptibles d'être insatisfaits, 13% moins susceptibles d'avoir des niveaux élevés d'épuisement professionnel et significativement moins susceptibles de manifester l'intention de quitter leur poste actuel (Kelly, McHugh, & Aiken, 2011).

5.10 Article 10 : Nursing practice environment and outcomes for oncology Nursing

Shang, Friese, Wu et Aiken (2013) avaient pour objectif dans cette étude, d'examiner les différences en termes d'insatisfaction au travail, d'épuisement professionnel, de qualité des soins et d'intention de démission, entre le domaine de l'oncologie et les domaines médico-chirurgicaux. Les résultats démontrent un lien entre l'environnement de pratique et les niveaux

d'épuisement professionnel, de satisfaction et de la qualité des soins. Néanmoins, Shang et al. (2013) n'ont constaté aucun lien significatif entre l'environnement de pratique et l'intention de démission. Les infirmiers en oncologie qui perçoivent leur environnement de pratique comme favorable sont moins touchés par l'épuisement professionnel et l'insatisfaction au travail. De même, les infirmiers en oncologie que l'institution implique dans les décisions de l'hôpital et qui bénéficient d'une autonomie dans leur travail manifestent moins l'intention de démissionner. En effet, les infirmiers travaillant dans des secteurs de soins spécialisés tels que l'oncologie, ont souvent accès à une spécialisation dans leur domaine, par conséquent un niveau de formation plus haut. Ce niveau de formation leur garantit plus d'autonomie dans leur travail, plus d'inclusion dans les décisions institutionnelles, ils entretiennent de meilleures relations professionnelles (communication et collaboration) avec les médecins (Shang & al., 2013).

De plus, le ratio soignants/patients est plus favorable en oncologie que dans les autres unités de soins. Enfin, les infirmiers en oncologie qui ont de bonnes relations avec les médecins rapportent une meilleure perception de la qualité des soins.

5.11 Article 11 : Professional nursing practice : environment and emotional exhaustion among intensive care nurses

Dans cette étude brésilienne publiée en 2013, Panunto et Guirardello ont évalué les caractéristiques environnementales de la pratique infirmière et

leurs relations avec l'épuisement professionnel, la perception de la qualité des soins, la satisfaction au travail et l'intention de quitter le travail. Dans cette étude, le manque d'expérience est associé à des niveaux d'épuisement émotionnel et d'insatisfaction au travail plus élevés. La plupart des professionnels ont signalé un seul emploi, néanmoins ils cumulent une charge de travail hebdomadaire de 51 heures en moyenne, ce qui est plus élevé que la charge de travail autorisée par la législation du travail brésilienne. Les infirmiers ont rapporté une moyenne de 5.5 professionnels sous leur supervision et 9.1 patients sous leur responsabilité. La variation observée dans cette étude indique cependant qu'il y a des unités dans lesquelles ce ratio n'est pas respecté, où les infirmiers peuvent avoir jusqu'à 33 patients sous leur responsabilité. Ainsi, 30% des infirmiers a déclaré être insatisfait voire très insatisfait de leur emploi actuel. Cette étude débouche sur le résultat suivant : le manque d'expérience est associé à des niveaux plus élevés d'épuisement émotionnel et d'insatisfaction au travail, ce qui entraîne une mauvaise qualité des soins dispensés aux patients.

5.12 Article 12 : Nursing Workload as a Risk factor for Healthcare Associated infections in ICU : A Prospective Study

Une étude de cohorte prospective réalisée dans des unités de soins intensifs a démontré que la charge de travail excessive des infirmiers fait partie des premiers facteurs de risque dans la contraction des infections nosocomiales (43 patients sur 195). En plus de la charge de travail

excessive, des facteurs comme les procédures invasives, la non-compliance aux traitements et les comorbidités existantes ont également une influence dans la survenue de ces infections (Daud-Gallotti & al. 2012).

5.13 Article 13 : Bacterial colonization due to increased nurse in an intensive care unit

Aycan et al. (2014) avaient pour objectifs de déterminer l'association possible entre le risque de développer des infections nosocomiales et l'augmentation de la charge de travail quotidienne des infirmiers en raison de l'insuffisance d'effectifs en soins intensifs ; et de déterminer les facteurs de risque dans le développement de bactéries multi-résistantes. Les résultats nous montrent que le manque de personnel et l'augmentation de la charge de travail des infirmiers sont des facteurs de risque dans l'augmentation des infections nosocomiales. À savoir que les infections nosocomiales ou les infections bactériennes multi-résistantes accroissent les morbidités, le taux de mortalité, la durée d'hospitalisation et les coûts. 23.2% avait contracté une infection bactérienne multi-résistante. La charge de travail liée au manque de personnel et la durée d'hospitalisation sont des facteurs prédictifs de la contamination nosocomiale.

5.14 Article 14 : Patient Mortality Is Associated With Staff Resources and Workload in the ICU : A Multicenter Observational Study

Cette étude, publiée en 2015, a pour but d'évaluer l'impact du ratio patients/soignants et de la charge de travail sur le taux de mortalité dans les unités de soins intensifs dans quatre hôpitaux universitaires de Lyon (France). Les résultats ont montré que le risque de mortalité augmente proportionnellement avec les valeurs des ratios patients/médecins et patients/infirmiers. En effet, le risque de mortalité augmente avec un facteur de 3.5 lorsque le nombre de patients était supérieur à 2.5 par infirmier ; et par un facteur de 2 lorsque le nombre de patients était supérieur à 14 par médecin. L'outil de mesure *Simplified Acute Physiology Score II* (SAPSII) et les procédures invasives ont été associés à une augmentation de la mortalité. Les valeurs les plus élevées du ratio patients/médecins (>14 patients par médecin) ont été constatées durant 3% des tranches horaires fixées et principalement durant la nuit. Alors que les valeurs les plus élevées du ratio patients/infirmiers ont été observées dans 5% des tranches horaires et essentiellement pendant les weekends (Neuraz & al., 2015).

5.15 Article 15 : Work Hours, Work Stress, and Collaboration among Ward Staff in Relation to Risk of Hospital-Associated Infection among Patients

Les auteurs Virtanen et al. (2009) ont étudié le lien entre les heures de travail, le stress au travail, les pratiques du leadership ainsi que la collaboration du personnel hospitalier et le risque d'infections nosocomiales chez les patients hospitalisés. L'étude a démontré que parmi les 1092 patients hospitalisés, 99 (9,1%) ont contracté des infections nosocomiales. Il a été constaté qu'une tranche horaire de travail plus élevée que 8 heures et 45 minutes par jour, augmente trois fois plus le risque d'infections nosocomiales. En effet, les résultats montrent que le stress au travail est associé aux résultats indésirables chez les patients tels que les infections nosocomiales. Le taux élevé de déséquilibre effort-récompense, de manque de confiance entre les membres, d'injustice dans la répartition du travail et de la faible collaboration entre les superviseurs, était associé à environ deux fois plus de risques d'infection chez les patients.

Chapitre 6 : Discussion

6.1 Développement des résultats en lien avec la question PICOT

Suite à l'analyse des articles sélectionnés, nous disposons à présent de pistes de réponses solides quant à notre question PICOT : « Comment le stress lié aux conditions de travail peut-il avoir, de nos jours, une répercussion sur la satisfaction des soignants et sur la qualité des soins qu'ils prodiguent ? » En effet, plusieurs études venant de différentes régions du monde et divers contextes de soins arrivent à des conclusions semblables ce qui donne plus de poids et démontre du caractère transférable des résultats.

Suite à ce travail de recherche, nous constatons très clairement que la satisfaction au travail des infirmiers est directement influencée par l'environnement de pratique dans lequel ils évoluent (Coetzee & al., 2012; Kelly & al. 2011; Shang & al. 2013; Zhang & al., 2014). En effet, entre autres, la charge de travail physique et mentale importante, la dotation inadéquate en personnel soignants, le manque de reconnaissance, le manque de cohésion de groupe, le manque d'autonomie dans son rôle propre, l'incertitude quant aux possibilités d'avancement, la pauvreté des rapports de collaboration entre infirmiers et médecins ou encore l'absence de soutien organisationnel sont autant de facteurs qui génèrent de l'insatisfaction chez les infirmiers. Nous constatons également que le sentiment chronique d'insatisfaction peut engendrer chez ces derniers des symptômes tels que le détachement, le manque de motivation à aller

travailler, l'absentéisme et à plus long terme les conduire progressivement à l'épuisement professionnel (Holden & al., 2010; Panunto & Guirardello, 2013; Tourangeau & al. 2010; Van Bogaert & al., 2012).

Les résultats de notre recherche nous démontrent aussi que l'épuisement professionnel est un fléau chez la population soignante. Il résulte d'une exposition prolongée à un stress chronique (Freudenberger, 1970). Or, comme notifié plus haut, les conditions de travail ainsi que l'environnement de travail des infirmiers sont bien souvent des sources de stress ; bien que la perception du stress est subjective et varie d'un individu à un autre (Lazarus & Folkman, 1984; Wakim, 2014), à la longue tout individu exposé en permanence à un environnement stressant finit par en subir les effets consciemment ou inconsciemment. Les effets de ce stress chronique peuvent être nombreux et de divers types. Il peut avoir des conséquences physiques telles que les troubles cardiovasculaires et troubles musculo-squelettiques. Des conséquences psychologiques telles que des troubles du sommeil, des variations de l'humeur, des troubles de la concentration et de la vigilance, du détachement, un vide émotionnel, une déshumanisation, de l'agressivité, de l'anxiété ainsi que des symptômes comportementaux tels que l'abus de consommations d'alcool ou de toxiques (Sejbaek & al., 2012; Seyle, 1956; Vahey & al., 2004). Des conséquences sociales telles que la perte d'intérêt, l'isolement, des problèmes conjugaux et familiaux tels que de la violence conjugale. Tous ces symptômes font glisser

l'individu progressivement dans l'épuisement professionnel. On comprendra dès lors que, si les soignants sont souffrants, s'ils sont insatisfaits, anxieux, déshumanisés, isolés ou détachés, ils ne seront plus aptes à prendre en soin efficacement leurs patients. Au contraire, la sécurité de ces derniers en serait plutôt péjorée (Vahey & al., 2004; Van Bogaert & al., 2012; Zhang & al., 2014).

De plus, nous pouvons à présent affirmer que lorsque les soignants perçoivent leurs conditions de travail comme satisfaisantes, leur niveau de motivation et d'implication dans leur travail reste intact. De ce fait, on observe moins d'erreurs médicamenteuses, moins d'infections nosocomiales car ils sont plus rigoureux dans le suivi des protocoles de soins, moins de mortalité. Plus le soignant est satisfait de l'environnement de travail au sein duquel il évolue, plus il accorde de l'importance à la sécurité des patients en faisant notamment attention aux transmissions, aux règles d'asepsie ou encore au respect de la satisfaction des besoins des patients (Aycan & al. 2014; Daud-Gallotti & al. 2012; Neuraz & al. 2015; Virtan & al. 2009).

Les soins prodigués aux patients doivent être sécuritaires (ASI, 2007) mais cela ne peut pas être possible tant que les conditions de travail ne sont pas favorables.

Pour en revenir au modèle de l'intermédiaire culturel de Nadot, l'infirmier étant l'intermédiaire entre les patients, les médecins et l'environnement (intermédiaire entre différentes cultures), il se retrouve

souvent submergé par une surcharge d'informations, ce qui pourrait avoir un impact conséquent sur la médiation c'est-à-dire sur la communication et le fonctionnement de l'institution. Si l'activité infirmière, consistant en le traitement de l'information, la coordination et la transmission de celle-ci, ne peut pas être assurée à cause notamment des conditions de travail défavorables ou non-propices, la sécurité des patients et la qualité des soins ne peuvent par conséquent pas être garanties.

6.2 Perspectives et propositions pour la pratique

Tout compte fait, nous constatons que le soignant se retrouve piégé dans une sorte de cercle vicieux puisque l'insatisfaction au travail peut engendrer un taux d'absentéisme plus important et par conséquent une plus faible dotation qui, quant à elle, peut augmenter la charge de travail et qui finalement peut diminuer la qualité des soins et augmenter considérablement l'insatisfaction.

Ainsi nous pouvons en déduire que si les institutions prêtaient plus attention aux conditions de travail, la satisfaction s'en trouverait augmentée de même que la motivation et l'engagement organisationnel, le roulement et le taux d'absentéisme seraient amoindris, la dotation et la charge de travail seraient plus adéquates pour assurer une meilleure qualité des soins.

D'autre part, le modèle de Nadot démontre l'existence d'un écart entre la charge de travail observable (les soins quantifiables et remboursés par l'assurance maladie) et la charge de travail réelle (tous les actes à faire en

plus des soins quantifiables : tâches administratives, traitement, coordination et transmission des informations). Nadot (2013) précise dans sa théorie que seuls trois des quatorze groupes de pratique des infirmiers sont pris en compte par les assurances et les institutions. Dès lors, si l'institution impose une dotation en fonction de la charge de travail observable, il est évident que les infirmiers se retrouvent surchargés. C'est pour cette raison qu'il est important que les institutions tiennent compte de la charge de travail réelle afin de garantir la satisfaction des soignants, la sécurité des patients et une meilleure qualité des soins.

En tant que futurs infirmiers, nous pensons qu'il est de notre responsabilité de participer de près ou de loin à l'amélioration des conditions de travail des soignants. Ainsi, nous proposons ci-dessous quelques pistes qui découlent de nos recherches et de nos expériences.

Bon nombre d'articles analysés durant ce travail recommandent l'implication des responsables des institutions dans l'amélioration des conditions de l'environnement de pratique mais cela semble difficile puisque la plupart du temps les responsables ne sont pas issus des soins. Il faudrait qu'ils soient plus présents sur le terrain afin de réaliser les enjeux réels en termes de charge de travail. Il est aussi indispensable que les soignants investissent des fonctions de cadres dirigeants ; il existe des formations de management et les soignants ont toute légitimité à se former en management pour occuper des postes clés.

Les articles analysés pour ce travail ne proposent rien de concluant sur la posture infirmière quant à l'amélioration des conditions de leur environnement de pratique ; ils rapportent néanmoins que le niveau de formation des infirmiers, la qualité de la collaboration infirmiers-médecins, l'autonomie dans le rôle propre de l'infirmier et l'implication infirmière dans les décisions institutionnelles garantissent la perception d'un environnement de travail comme favorable. Nous pensons que les infirmiers devraient se positionner davantage vis-à-vis de la hiérarchie quant à leur rôle propre afin de défendre leur points de vue ainsi que les intérêts des patients dont ils sont au plus proche, et ce en argumentant leur propos et besoins par des observations concrètes et des preuves scientifiques. Nous appelons également à plus d'investissement de la part des infirmiers dans les décisions institutionnelles, plus d'engagement dans la politique afin d'amorcer, à titre d'acteurs du terrain, une évolution des représentations et une amélioration du système de santé.

De plus, comme le démontrent certaines études, les hôpitaux magnétiques étant réputés comme offrant des environnements de travail favorables, nous pensons qu'autant les institutions que les infirmiers devraient se pencher sur les facteurs garantissant de tels environnements afin de s'en inspirer.

En effet, pour aller dans le sens de certains des articles analysés, nous soutenons l'importance des formations continues et des spécialisations

infirmières puisqu'elles contribuent à l'amélioration des conditions des conditions de travail.

De surcroît, en tant que futurs diplômés et forts de l'apport de ce travail, nous pensons qu'il est nécessaire de mettre ces connaissances au profit des institutions et des équipes que nous côtoierons au cours de notre pratique professionnelle.

Nous suggérerons aux équipes de mettre en place, régulièrement, si tel n'est pas encore le cas, des moments de partages conviviaux notamment des sorties d'équipe interdisciplinaire et des activités extra-professionnelles (grillades, activités sportives ou culturelles, etc.), car ces moments favorisent les échanges ainsi que la cohésion de groupe et sont garants d'une meilleure collaboration interdisciplinaire.

Ayant observé, durant nos stages, que les équipes se retrouvent souvent débordées par la charge de travail, à tel point qu'elles n'ont pas le temps de profiter de leurs moments de pause, nous les rendrons vigilantes à la mise en place d'une organisation du travail optimale qui permette à chaque membre de l'équipe de disposer de toutes ses pauses quotidiennes, car cela permet de se ressourcer, de se reposer et contribue à la satisfaction. Dans la même veine, nous proposerons l'aménagement, avec l'accord des directions, d'espaces favorables à la détente et au repos ; de même que la possibilité pour les soignants de profiter de certaines infrastructures de

l'hôpital telles que les salles de fitness, la piscine ou les salles de physiothérapie si elles sont présentes dans l'établissement.

Nous mettrons aussi en place, avec l'accord de l'institution, des rencontres régulières avec des infirmiers du travail afin de sensibiliser les équipes à l'importance de conserver un équilibre entre vie professionnelle et vie privée (en prenant notamment du temps pour soi tous les jours, en conservant une activité physique régulière, des loisirs, en conservant une vie familiale et privée, en s'isolant complètement de son travail durant les congés etc.) afin de prévenir l'épuisement professionnel. Cela rejoint la promotion et la prévention de la santé au travail qui font partie de notre rôle propre.

Il est également important d'instaurer un espace de discussion ou de débriefing afin que chaque membre de l'équipe interdisciplinaire puisse s'exprimer et échanger quant à ses émotions et besoins les uns vis-à-vis des autres mais aussi vis-à-vis des situations de travail vécues, afin de favoriser l'écoute, de renforcer l'entente, la valorisation de chacun et la dynamique de groupe qui contribuent à une meilleure qualité des soins.

Nous sensibiliserons nos futurs collègues à l'adhésion à diverses associations de soutien telles que l'Association Suisse des infirmières et infirmiers (ASI), afin qu'ils disposent de ressources externes en cas de besoin. Nous les sensibiliserons également aux risques des conditions de travail non-satisfaisantes pour la santé.

Nous penserons également à la proposition de la mise en place d'une structure d'accueil intrahospitalière pour les enfants des collaborateurs, afin que les parents puissent allier plus aisément vie professionnelle et vie familiale.

En outre, d'après notre expérience, nous avons observé que, dans certains services où les infirmiers chefs d'unité de soins (ICUS) laissent la possibilité aux infirmiers d'organiser eux-mêmes leurs horaires de travail, ces derniers se disent satisfaits de cette autonomie. C'est donc une proposition que nous soumettrions également aux équipes.

Enfin, nous sommes conscients de la difficulté de la tâche et nos propositions pourraient paraître utopiques en regard des réalités actuelles. Néanmoins, elles sont le reflet de notre posture professionnelle.

Chapitre 7 : Conclusion

Pour conclure ce travail, nous présentons tout d'abord l'apport de ce dernier ainsi que les éléments facilitants et contraignants, ensuite nous mettons en évidence les limites du travail. Nous abordons enfin des éléments de perspectives de recherche pour des études futures ainsi que des questionnements émanant de ce travail.

7.1 Apport du Travail de Bachelor

Ce travail nous éclaire sur une thématique actuelle rencontrée dans le domaine des soins et dans d'autres domaines. Nous identifions à présent les facteurs de l'environnement de travail pouvant générer du stress, pouvant agir sur la satisfaction des soignants, conduire à l'épuisement professionnel et entraver la qualité des soins aux patients. Les identifier permet d'entamer une réflexion quant à des pistes de prévention et d'amélioration de cette problématique.

Rédiger ce travail n'a pas toujours été chose facile. D'une part, cela a demandé beaucoup de temps et d'investissement en plus du temps consacré aux cours, aux périodes d'examens et aux périodes de formation pratique. D'autre part, s'agissant pour nous d'un premier travail de ce type et de cette envergure, nous avons eu besoin d'un temps conséquent pour la vérification de la fiabilité des articles ainsi que pour la sélection de ces derniers mais au fur et à mesure du travail, et grâce à notre implication, nous nous sommes appropriés les outils. En outre, il a été difficile au départ de préciser la

problématique de la recherche car les concepts de base étaient très larges et la quasi-totalité des articles étant en anglais, cela a nécessité davantage de temps pour la compréhension de la thématique et la centration sur un objet précis.

Par ailleurs, le nombre constitue à la fois une force et une contrainte malgré notre intérêt commun pour la thématique. Réaliser ce travail à trois a été un exercice riche car cela a permis de confronter trois manières de penser et d'analyser selon des points de vue différents, ce qui a favorisé une argumentation riche et étoffée ; cela a aussi permis d'alléger la charge de travail individuelle notamment en ce qui concerne l'analyse des articles. Par contre, cela a nécessité beaucoup de discussions, de confrontations, de compromis et de patience. Néanmoins, nous ne procéderions pas différemment si c'était à refaire car cette rigueur a permis de rédiger un travail riche tant sur le fond que sur la forme et qui nous représente. Notre capacité d'écoute, notre bienveillance les uns vis-à-vis des autres ainsi que la disponibilité de notre directrice de travail nous ont permis de surmonter quelques situations difficiles.

Au terme de ce travail, nous avons développé nos compétences dans le domaine de la recherche. Et ces dernières peuvent nous servir si, dans notre pratique professionnelle, nous sommes confrontés à des questionnements nécessitant des réponses issues de recherches scientifiques. Enfin, ce travail nous aide à construire notre identité

professionnelle en consolidant les diverses compétences acquises durant notre formation, tout en nous rendant attentifs à notre sécurité, à celle des patients et à nos valeurs vis-à-vis de cette profession.

7.2 Limites

La limite principale de ce travail réside dans le fait qu'il traite de deux aspects différents (satisfaction des soignants et qualité des soins prodigués aux patients), il est difficile d'approfondir l'un et l'autre dans un seul travail d'autant plus que les articles ne traitent pas toujours des deux aspects à la fois. Néanmoins, les deux aspects nous semblent indissociables car il est difficile de parler de l'insatisfaction des soignants sans parler de sa répercussion sur les patients ou encore de la qualité des soins aux patients sans la mettre en lien avec les conditions de travail des soignants.

De plus, les recherches mettent en évidence les problématiques de l'insatisfaction des soignants, de l'insécurité des patients mais ne proposent pas, malgré quelques recommandations, des moyens concrets d'y remédier.

Enfin, nous avons privilégié l'anglais et le français dans le choix de nos articles alors que nos recherches nous ont parfois conduits à des articles en d'autres langues (portugais, chinois, espagnol, etc.) : cela a pu réduire le champs de la recherche.

7.3 Perspectives pour la recherche

Ce travail de recherche laisse donc une porte ouverte à des recherches futures qui pourraient plus être axées sur des interventions quant à la prévention du stress des soignants. En effet, ce travail, à l'instar de nombreuses autres recherches, démontre en quoi le stress au travail peut être délétère pour le soignant, mais met également en exergue son impact sur les soins au patient.

Ce travail devrait par ailleurs, susciter d'autres questionnements vis-à-vis des patients et de leur satisfaction quant aux soins puisqu'ils sont les bénéficiaires directs de ces soins. Il est de notre rôle propre de soignants de veiller à garantir des soins de qualité. Être attentifs aux expressions d'insatisfaction de la part des patients peut également constituer un axe de travail pour améliorer la qualité des soins.

En outre, comme observé dans la plupart des articles, il y a un manque de propositions concrètes par rapport au rôle infirmier dans l'amélioration des conditions de l'environnement et de la sécurité des patients. En ce sens, des recherches plus approfondies devraient être entamées.

De même, nous pensons qu'il serait judicieux que des études futures se préoccupent des moyens concrets quant à la manière dont les infirmiers pourraient acquérir plus d'autonomie dans leur rôle, développer de

meilleures relations avec le corps médical et bénéficier d'une plus grande influence dans les décisions institutionnelles.

Chapitre 8 : Références

Office Fédéral de la Statistique. (2015). *Rapport social statistique suisse 2015*. Neuchâtel : OFS.

Rousseau, T., & Dumalin, F. (2007). Travail et Changement : Répondre aux nouvelles exigences du travail par l'organisation. *Revue de la qualité au travail*, 316, 1 – 16.

Université Laval, Chaire en gestion de la santé et de la sécurité du travail (2009). *Guide pour une démarche stratégique de prévention des problèmes psychologiques au travail*. Québec : Brun, J.-P., Biron, C., & St-Hilaire, F. Accessible à : <http://www.irsst.qc.ca/media/documents/pubirsst/RG-618.pdf>

Truchot, D. (2004). *Épuisement professionnel et burnout*. Paris : Dunod.

Observatoire suisse de la santé. (2016). *Les professionnels de la santé : sorties de leur profession*. Neuchâtel : OBSAN.

Service public fédéral Emploi, Travail et Concertation sociale. (2004). *Le stress au travail, facteurs de risques, évaluation et prévention*. Bruxelles : SPF Emploi, Travail et Concertation sociale.

Tap, P. & Roudès, R. (2008). Qualité de vie, souffrances et identité(s). *Le Journal des psychologues*, 260, 41-47.

Aldwin, C.M. (1994). Stress, Coping and development an integrative perspective. *Clinical Sociology Review*, 15 (1), 210 – 211.

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

Nasse, P., & Légeron P. (2008). *La détermination, la mesure et le suivi des risques psychosociaux*. Paris : Ministère du Travail, des Relations sociales et de la Solidarité.

Légeron, P. (2008). Pathologies du travail : Le stress professionnel. *L'information psychiatrique*, 84, 809 – 820.

Servant, D., Pradeau, P., & Sobaszek, A. (2004). Stress au travail, état des lieux et remèdes possibles. *Act. Méd. Int. – Psychiatrie*, 21 (3), 46 – 49.

Niedhammer, I., Siegriest, J., Landre, M. F., Goldberg, M., & Leclerc, A. (2000). Étude des qualités psychométriques de la version française du modèle du Déséquilibre Efforts/Récompenses. *Revue Epidémiologique et Santé Publique*, 48, 419 – 437.

Van Wassenhove, W. (2014). Modèle de Karasek. *HAL*, 170 – 174.

Laurent, M. C. (2004). Stress et Travail. *Cairn.info*. 55 (3), 22 – 26.

Tanja-Dijkstra, K., & Pieterse, M. E. (2011). The psychological effects of the physical health care environment on health care personnel. *The Cochrane Collaboration*. 1 – 20. doi : 10.1002/14651858.CD006210.pub3.

Spence Laschinger, H. K., Shamian, J., & Thomson, D. (2001). Impact of magnet Hospital characteristics on Nurse's perceptions of trust, burnout, quality of care, and work satisfaction. *Nursing Economics*, 19 (5), 209 – 219.

Direction de l'organisation des services médicaux et technologiques, Ministère de la Santé et des Services sociaux (2008). *Une sources d'enseignements : les hôpitaux « magnétiques » américains*. Québec: Brunelle, Y. Accessible à : http://catalogue.iugm.qc.ca/GEIDFile/23884.PDF?Archive=102871392005&File=23884_PDF

Brunelle, Y. (2009). Les hôpitaux magnétiques : un hôpital où il fait bon travailler en est un où il fait bon se faire soigner. *Pratiques et Organisation des Soins*, 40, 39 – 48.

Tryrian, C., & Brinkhof, M. (2013). Stress au travail et qualité de vie- l'effet des conditions de travail contraignantes chez les personnes paraplégiques. *Swiss Spinal Cord Injury Cohort Study*, 2, 1 – 4.

Maslow, A. (1954). *Motivation and personality*. (3e éd.). New York : Harper.

Marcel P.J., & Dijkers, M. (2005). Quality of life individuals with spinal cord injury : a review of conceptualization, measurement, and research findings. *Journal of Rehabilitation Research & Development*, 42 (3), 87 – 110.

Dupuis, G., Perrault, J., Lambany, M.C., Kennedy, E., & David, P. (1989). A new tool to assess quality of Life : The quality of life systemic inventory. *Quality of Life and Cardiovascular Care*, 5, 36 – 45.

Pavot W., Diener E., Colvin C.R., & Sandvik E. (1991). Further validation of the Satisfaction with Life Scale : evidence for the cross-method convergence of well-being measures. *Journal of Personality assessment*, 57 (1), 149 – 161.

Roland, J.-P. (2000). Le bien-être subjectif. *Pratiques psychologiques*, 1, 5 – 21.

Canouï, P., Mauranges, A., & Florentin, A. (2008). *Le burn-out à l'hôpital : Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants* (4^e éd.). Issy-les-Moulineaux Cedex : Masson.

Aycan, I. O., Celen, M. K., Yilmaz, A., Almaz, M. S., Dal, T., Celik, Y., & Bolat, E. (2014). Bacterial colonization due to increased nurse workload in an intensive care unit. *Revista Brasileira de anesthesiologia*, 65 (3), 180 – 185.

Daud-Gallotti, M. R., Costa F. S., Guimara T., Grillo Padilha K., Inoue N. E., Vasconcelos N. T., ... & Levin A. (2012). Nursing Workload as a Risk Factor for Healthcare Associated Infections in ICU : A Prospective Study. *PLOS ONE*, 7(12), 1 – 6.

Sauvegrain, I., & Massin, C. (2014). *Soigner sans s'épuiser, le défi des infirmières et des soignants*. Paris : Lamarre.

Légeron, P. (2003). *Le stress au travail*. Paris : Odile Jacob

Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71 – 75.

Maslow, A. H. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review*, 50 (4), 370 – 396.

Berger, J.-F. (2008). *Les Besoins de l'Homme. Essai d'après Abraham Maslow*. Les besoins de l'homme. Limerzel :Dadga

Brief, A. P., & Weiss, H. M. (2002). Organizational Behavior : affect in the workplace. *Annual Review Psychological*, 53, 279 – 307.

Judge, T. A., & Bono, J. E. (2001). Relationship of core self-evaluations traits – self-esteem, generalized self-efficacy, locus of control, and emotional stability – with job satisfaction and job performance: A metaanalysis. *Journal of Applied Psychology*, 86, 80 – 92.

Maranda, M-F. (1995). La psychodynamique du travail, une alternative à l'individualisation de la santé mentale au travail. *Santé mentale au Québec*, 20 (2) 219-242

Locke, E. (1976). The nature and consequences of job satisfaction. Dans Dunnette, M. D., *Handbook of industrial and organizational psychology* (1297–1349). Chicago : Rand–McNally.

Mignonac K. (2004). Que mesure-t-on réellement lorsque l'on invoque le concept de satisfaction au travail ?. *Revue de Gestion des Ressources Humaines*, 53, 80 – 93.

Iglesias Rutishauser, K., Renaud, O., & Tschan Semmer, F. (2010). La satisfaction au travail: une conséquence du choix des outils statistiques et des instruments de mesure en GRH. *Revue internationale de psychosociologie*, 16 (40), 245 – 270.

Lheureux, F. (2010). Représentations professionnelles, satisfaction au travail et choix de carrière des personnels infirmiers : le rôle des valeurs d'autonomie. *Psychologie du Travail et des Organisations*, 16 (4), 312 – 325.

Lahbib, D., & Graziella, R. (2005). Santé et satisfaction au travail des soignants. *Santé Action sociale*, 493, 1 – 4.

Jacquerye, A. (1999). *La qualité des soins infirmiers : implantation, évaluation, accréditation* (éd. Maloine). Paris : Maloine.

Le Gall, J., & Thibault, P. (2011). *Qualité des soins : De la recherche à l'évaluation des pratiques professionnelles*. Rueil-Malmaison : Lamarre.

Hesbeen, W. (2002). *La qualité du soin infirmier* (2^e éd.). Paris : Masson.

Association Suisse des Infirmières et Infirmiers. (2007). *Position éthique 2 : Responsabilité et qualité dans les soins infirmiers*. Berne : ASI.

Garnerin, P., Bovier P., Chamot, E., Chastonay, P., Chopard, P., Herrmann, F., & Perneger, T. (2001). Qualité des soins. *Politique, économie et droit*, 82 (38), 2020 – 2024.

Fawcett, J. (2005). *Contemporary Nursing Knowledge : Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories* (2^eéd.). Philadelphia: F. A. Davis Company.

Pepin, K., Kérouac, S., & Ducharme, F. (2010). *La pensée infirmière* (3^e éd.). Canada : Chenelière Education.

Carper, B. A. (1978). Fundamental patterns of knowing in Nursing. *Advances in Nursing Science*, 1 (1), 13 – 24.

Nadot, M., Busset, F., & Gross, J. (2013). Chapitre 8 – L'interMÉdiaire culturel. Dans Coudray, M. A. (Sciences du soin), *L'activité infirmière, Le modèle d'intermédiaire culturel, une réalité incontournable* (61 – 79). Paris : De Boeck-Estem.

Van Bogaret, P., Clarke, S., Willems, R., & Mondelares, M. (2013). Nurse practice environment, workload, burnout, job outcomes, and quality of care in psychiatric hospitals: a structural equation model approach. *Journal of Advanced Nursing*, 69 (7), 1515 – 1524. doi: 10.1111/jan.12010.

Wakim N. (2014). Occupational Stressors, Stress Perception Levels, and Coping Styles of Medical Surgical RNs. *The Journal of Nursing Administration (JONA)*, 44 (12), 632 – 639.

Vahey, D. C., Aiken, H. L., Sloane, M. D., Clarke, P. S., & Vargas, D. (2004). Nurse Burnout and Patient Satisfaction. *National institutes of health*, 42 (2), 1157 – 1166.

Tourangeau, A., Cranley, L., Laschinger, H., & Pachis, J. (2010). Relationships among leadership practices, work environments, staff communication and outcomes in long-term care. *Journal of Nursing Management*, 18, 1060–1072.

Holden, R. J., Scanlon, M. C., Patel, N. R., Kaushal, R., Escoto, K. H., Brown, R. L., ... Karsh, B. (2010). A human factors framework and study of the effect of nursing workload on patient safety and employee quality of working life. *National Institutes of Health*, 20 (1), 15 – 24.

Coetzee, S. K., Kloppera, H. C., Ellis, S. M., & Aiken, L. H. (2012). A tale of two systems – Nurses practice environment, well being, perceived quality of care and patient safety in private and public hospitals in South Africa : A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 50 (2), 162 – 173.

Zhang, L., You, L., Liu, K., Zheng, J., Fang, J., Lu, M., ... Bu, X. (2014). The Association of Chinese Hospital Work Environment with Nurse Burnout, Job Satisfaction, and Intention to Leave. *National Institutes of Health*, 62 (2), 128 – 137.

Sejbaek, C. S., Nexø, M. A., & Borg, V. (2012). Work-related factors and early retirement intention: a study of the Danish eldercare sector. *European Journal of Public Health, 23* (4), 611 – 616.

Kelly, L. A., McHugh, M. D., & Aiken, L. H. (2011). Nurse Outcomes in Magnet® and Non-Magnet Hospitals. *National Institutes of Health, 41* (10), 428 – 433.

Shang, J., Friese, R. C., Wu, E., & Aiken, H. L. (2013). Nursing Practice Environment and Outcomes for Oncology Nursing. *National institutes of health, 36* (3), 206 – 212.

Panunto, M. R., & Guirardello, E. B. (2013). Professional nursing practice: environment and emotional exhaustion among intensive care nurses. *Revista Latino-Americana Enfermagem, 21* (3), 765 – 772.

Neuraz, A., Guérin, C., Payet, C., Polazzi, S., Aubrun, F., Dailler, F., Lehot, J.-J., ... Duclos, A. (2015). Patient Mortality Is Associated With Staff Resources and Workload in the ICU : A Multicenter Observational Study. *Clinical Investigations, 43* (8), 1587 – 1594.

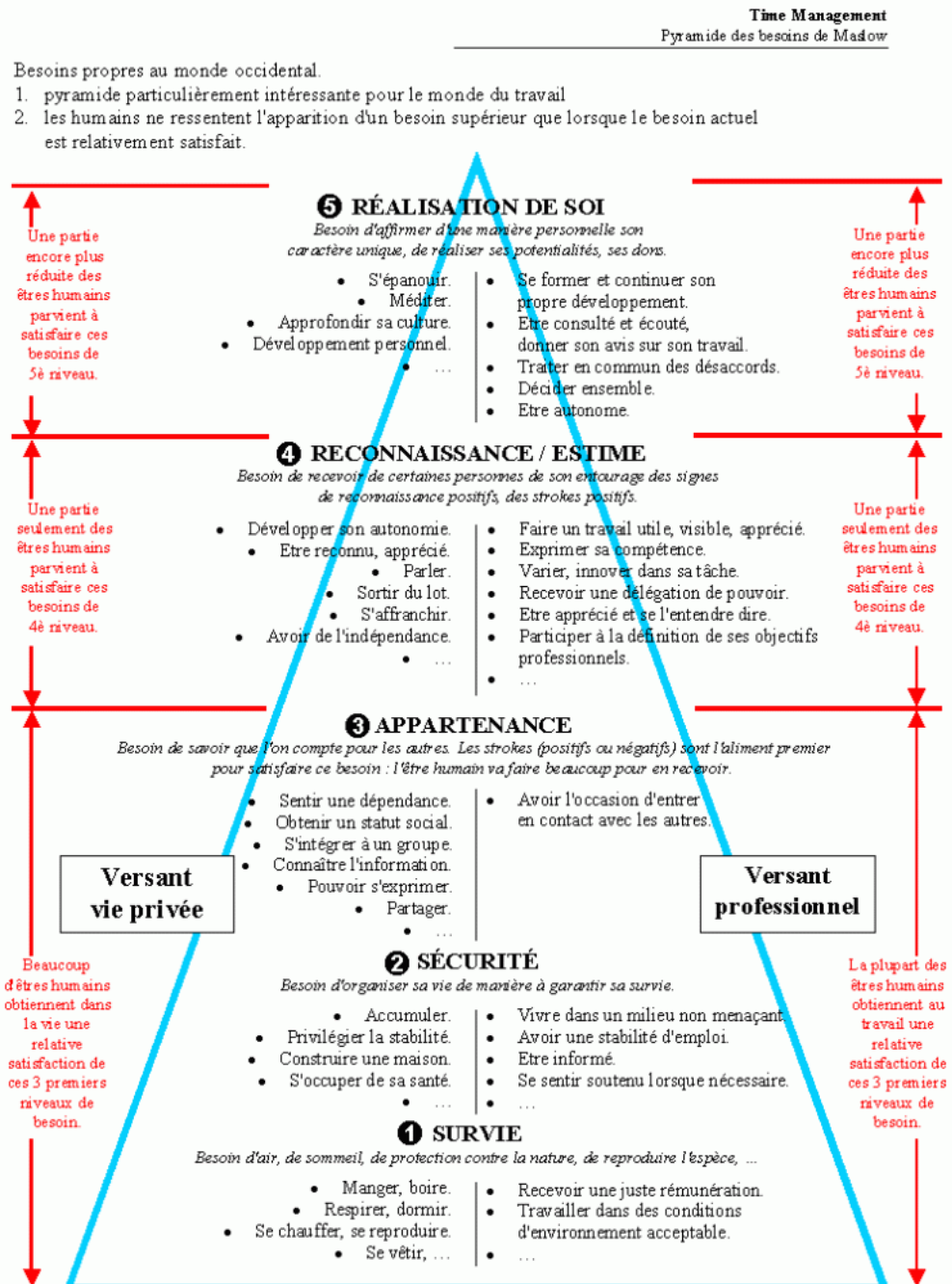
Virtanen, M., Kurvinen, T., Terho, K., Oksanen, T., Peltonen, R., Vahtera, J., ... Kivimäki, M. (2009). Work Hours, Work Stress, and Collaboration Among Ward Staff in Relation to Risk of Hospital-Associated Infection Among Patients. *Medical Care, 47* (3), 310 – 318.

Delbrouck, M. (2009). *Le burn-out du soignant : Le syndrome professionnel* (2^e éd.). Bruxelles : De Boeck.

Bruchon-Schweitzer, M., & Boujut, E. (2014). *Psychologie de la santé : Modèles, concepts et méthodes* (2^e éd.). Paris : Dunod.

Annexes

Annexe 1 : Pyramide des besoins de Maslow



Psychologue du travail (2009). *La pyramide des besoins de Maslow*. Lyon: Audibert O. Accessible à : http://fr.wikipedia.org/wiki/Pyramide_des_besoins_de_Maslow

Annexe 2 : Grille médiologique bitriptyque de Nadot

SCA, une catégorisation à neuf groupes de variables Troisième modélisation (les objets du discours)			
	Culture institutionnelle (activité prescriptive [SC1])	Culture médicale (activité prescriptive [SC2])	Culture « infirmière » (activité réflexive [SC3])
Prendre soin de la vie de l'humain (<i>hominem</i>)	Ordre Contrôle Enregistrement Accueillir, informer, rassurer	Agent informateur du corps médical (quoi et comment communiquer ?) Agent applicateur de la prescription (techniques de soins et investigation)	Aider à vivre Accompagner la vie et la mort Prendre soin Préserver l'autonomie Prévention de la maladie Soulagement de la souffrance
Prendre soin de la vie du groupe (<i>familia</i>)	Organisation du travail Question de l'espace et du temps Assurer la relève professionnelle	Visite médicale et ses modalités Coordination et transmission de l'information Constitution de dossiers	Préservation de l'identité, de l'appartenance, des liens avec l'entourage Gestion de la promiscuité ou de l'isolement
Prendre soin de la vie du domaine (<i>domus</i>)	Propreté et hygiène collective Aspects logistiques et économiques Maintien de l'organisation Activité domestique	Maintien en état de l'appareillage technologique Rangement stratégique des équipements	Soin de l'espace de vie quotidien Production et gestion des biens, valeurs et effets personnels, intimes, affectifs

Nadot, M., Busset, F., & Gross, J. (2013). Chapitre 8 – L'interMÉDiaire culturel. Dans Coudray, M. A. (Sciences du soin), *L'activité infirmière, Le modèle d'intermédiaire culturel, une réalité incontournable* (p. 73). Paris : De Boeck-Estem.

Annexe 3 : Analyses d'articles selon la grille adaptée du Fortin (2010)

Grille de Fortin 1 : Nurse practice environment, workload, burnout, job outcomes, and quality of care in psychiatric hospitals : a structural equation model approach

Titre	<ul style="list-style-type: none"> Le titre précise t'il clairement les concepts clés et la population à l'étude ? <p><i>Oui le titre précise les concepts clés : environnement de pratique , charge de travail, épuisement, rendement au travail, qualité des soins en hôpital psy. Population infirmière. Un modèle d'équation structurelle.</i></p>
Résumé	<ul style="list-style-type: none"> Le résumé synthétise clairement le résumé de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ? <p><i>Le but de l'étude est présent, le contexte aussi, la méthode également, les résultats et la conclusion.</i></p> <p><i>Il s'agit ici d'étudier les relations entre l'environnement de pratique infirmière, la charge de travail, le burnout, l'efficacité au travail et la perception des infirmiers de la qualité des soins dans les hôpitaux psychiatriques.</i></p> <p><i>La question l'environnement de pratique des infirmiers dans les hôpitaux en général a été largement investiguée mais les variations possibles selon les milieux comme par exemple en psychiatrie ont été moins étudiées.</i></p> <p><i>Méthode : modèle d'équation structurelle déjà testé et évalué dans les hôpitaux de soins aigus. Echantillon de 357 infirmières diplômées et des infirmières auxiliaires dans 2 hôpitaux psychiatriques en Belgique entre décembre 2010</i></p>

	<p><i>et avril 2011. Le modèle prenait en compte les dimensions de l'environnement de pratique et les variables de rendement et d'épuisement professionnel.</i></p> <p><i>La charge de travail a aussi été testée comme influence potentielle entre l'environnement de pratique et les rendements.</i></p> <p><i>Résultats : la charge de travail joue un rôle dans l'efficience au travail, dans les hôpitaux psychiatriques, les relations infirmiers-médecins et d'autres dimensions organisationnelles telles que le soin et la gestion hospitalière ont été associées avec les perceptions de la charge de travail, l'épuisement professionnel, la satisfaction au travail, les intentions de démission, la perception de la qualité des soins par les infirmiers. Tout cela est lié, les uns influencent les autres alors les managers et les chercheurs doivent y accorder de l'attention. Finalement autant en psy qu'en soins aigu, les relations entre les employés et la hiérarchie sont assez déterminantes de la satisfaction des soignants.</i></p>
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Le problème/phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit ? Que s'agit-il d'étudier ? <p><i>Ces dernières décennies, les études se sont concentrées sur les relations entre la satisfaction au travail des infirmiers, la charge de travail, la qualité des soins, la sécurité des patients et l'épuisement professionnel. L'épuisement a souvent été une variante importante dans ces études. On se rend compte que ces études se sont axées sur la pratique infirmière dans les soins somatiques. Les études spécifiques aux soins psychiatriques sont rares.</i></p> <p><i>Contexte : la recherche a démontré un environnement plus favorable dans les milieux</i></p>

de santé mentale que dans les soins généraux mais certaines études sont plus nuancées. Une étude australienne a comparé la pratique infirmière en hôpitaux somatiques et psy. Constat : meilleure collaboration médico-infirmière dans les contextes psy mais moins d'investissement dans la gestion de l'hôpital, les fondations de la qualité des soins et dans le management et le leadership infirmier. La multidisciplinarité des soins en psy permet une meilleure collaboration et malgré la grande composante émotionnelle, les infirmiers en psy ont un sentiment de compétence et d'accomplissement plus grand. Récemment, les bas niveaux d'épuisement professionnel infirmier ont été associés à des environnements de pratique plus favorables : étude sur la base d'une échelle PES-NWI sur 357 infirmiers en psy. Les études sont récentes : entre 2006 et 2012. Il s'agit ici d'étudier les relations entre l'environnement de pratique des soins infirmiers, la charge de travail, l'épuisement professionnelle, et la qualité des soins dans les hôpitaux psychiatriques. Donc oui l'objet de la recherche est clairement spécifié.

- *Le problème/phénomène est-il pertinent /approprié dans le contexte des connaissances actuelles ? oui pertinent puisque les études spécifiques à la psychiatrie manquent*
- *Le problème/phénomène a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ?*

Oui le phénomène a du sens pour la discipline, on parle de plus en plus d'épuisement professionnel, de conditions de travail, de satisfaction au travail, on a besoin de plus d'études dans ce sens.

	<ul style="list-style-type: none"> • Les postulats sous-jacents à l'étude sont-ils précisés ? <i>Oui les auteurs postulent que la collaboration infirmiers-médecins est meilleure dans les hôpitaux psy, qu'il y a un sentiment de compétence et d'accomplissement plus grand malgré un engagement émotionnel assez élevé mais moins d'investissement dans les fondations de la qualité des soins et dans les affaires administratives. Les auteurs font aussi le postulat que l'environnement de pratique est plus favorable dans les hôpitaux psy et qu'il y a un bas niveau d'épuisement professionnel.</i>
Recension des écrits	<ul style="list-style-type: none"> • Une recension a-t-elle été entreprise ? <i>Oui étude australienne de 2009. Une revue de 147 études sur l'épuisement professionnel au sein de la population travaillant en psy, psychologie, social, infirmiers rapporte un haut niveau d'épuisement professionnel (Paris & Hoge 2010), une revue systématique de 34 études de 2006 investiguant la prévalence de l'épuisement professionnel des infirmiers en psychiatrie. Une étude faite sur la base de 5 pays européens de 2007 (Den, Fin, UK, Norway, Poland) investigate les sources de stress et de l'épuisement professionnel dans les hôpitaux psy aigues.</i> • La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ? <i>oui cf. postulat sous-jacent</i> • La recension des écrits vous semble-t-elle présenter une base solide pour l'étude ? <i>Oui la recension des études est plutôt assez conséquente, plusieurs sources différentes</i> • L'auteur présente-il l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème à l'étude ?

	<p><i>Oui la recension des écrits en fait état.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • La recension présente t'elle des sources primaires ? <p><i>Paris M. & Hoge M. (2010) Burnout in the mental health workforce: a review. Journal of Behavioral Health Services & Research 37(4), 519–528.</i></p> <p>Schaufeli W. & Buunk B.. (2003) Burnout: an overview of 25 years of research and theorizing. In The Handbook of Work and Health Psychology (Schabraq J., Winnubst J. & Cooper C., eds), Wiley & Sons Ltd, West Sussex England, pp. 385–425.</p>
Cadre de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Les concepts clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ? Est-il justifié et décrit de façon adéquate ? <p><i>Concepts clés présents (épuisement professionnel, satisfaction au travail, santé mentale, environnement de pratique infirmière, qualité des soins, structural equation modelling), ces concepts apparaissent dans l'introduction et notamment dans les différentes études et écrits recensés mais les auteurs ne définissent pas concrètement ces concepts. Le thème de la recherche semble pertinent.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Est-ce que les concepts clés s'inscrivent-ils dans un cadre de référence ? <i>Oui les concepts clés tels qu'énoncés plus haut s'insèrent bien dans le cadre de référence, on les retrouve dans la recension des écrits.</i> Est-il lié au but de l'étude ? <p><i>Oui le cadre de référence est en lien avec l'objet de l'étude, les concepts se retrouvent dans le cadre de référence donc la recherche est en lien avec le contexte.</i> Les bases philosophiques et théoriques ainsi que la méthode sous-jacente sont-elles explicitées et appropriées à l'étude ?</p>

	<p><i>les bases théoriques sont présentes (différentes études dont notamment l'inventaire du burnout de Maslach → fatigue émotionnelle, dépersonnalisation, accomplissement personnelle.) Bases philosophiques : malgré une grande atteinte émotionnelle, les infirmiers en psy ressentent un sentiment de compétence et d'accomplissement. Méthode sous-jacente → SEM → structural equation modelling. Cette méthode permettrait de tester des phénomènes multidimensionnels complexes avec des possibilités diverses. Plusieurs études ayant utilisé cette méthode donnent parlent de l'épuisement professionnel et à la charge de travail comme influence entre environnement psychosocial de travail et plusieurs autres variables telles que la santé, la satisfaction au travail, les intentions de démission, la qualité et sécurité des soins.</i></p>
Buts et question de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ? <i>Oui très clairement le but est d'étudier les liens entre l'environnement de pratique infirmière, la charge de travail, l'épuisement professionnel, l'efficacité au travail et la qualité des soins dans les hôpitaux psychiatriques telle que perçue par les infirmiers.</i> • Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont-elles clairement énoncées ? <i>Oui malgré une grande atteinte émotionnelle liée à leur travail, les infirmiers en psy ressentent un sentiment de compétence et d'accomplissement. Variables : environnement de pratique, charge de travail, satisfaction au travail, intention de démissionner, efficacité des soins, rendements,</i>

	<p><i>épuisement professionnel. Comparatif entre somatique et psy.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Les questions de recherche ou les hypothèses reflètent-elles le contenu de la recension des écrits et découlent-elles logiquement du but ? <p><i>Oui on retrouve les concepts et les mots clés de l'étude dans la recension des études précédentes.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Traitent-elles de l'expérience des participants, des croyances, des valeurs ou des perceptions ? <p><i>Les populations qu'on retrouve dans les recensions des écrits sont plus ou les moins les mêmes que la population à l'étude ici → infirmiers, travailleurs sociaux, psychiatrie.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Les variables reflètent-elles les concepts précisés dans le cadre de recherche ? <p><i>Oui, charge de travail, satisfaction, épuisement professionnel, démission, etc.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Les questions s'appuient-elles sur des bases philosophiques, sur la méthode de recherche sous-jacente ou sur le cadre conceptuel ou théorique ? <p><i>Oui la question de la recherche est en lien avec le cadre théorique et le cadre conceptuel. Question de recherche cohérente avec le cadre conceptuel et le contexte. Pas de précisions sur les bases philosophiques.</i></p>
METHODE	
Population échantillon	et <ul style="list-style-type: none"> • La population visée est-elle définie de façon précise ? <p><i>Oui très précise : infirmières diplômées (65.5%), infirmières auxiliaires (23,5%), soignants non-</i></p>

	<p><i>diplômés (10.6%) qui sont dans tous les dans la prestation directe de soins. Les soignants non-diplômés sont définis ici comme autres que des psychiatres, psychologues, travailleurs sociaux ou infirmiers, dont le niveau de formation est plus bas que le master.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ? <p><i>357 répondants (72% du taux total de réponse) de 2 hôpitaux psychiatriques publics d'environ 400 lits à eux deux dans des régions alémaniques de la Belgique. 163 (77% du taux de réponse) et 194 (67% du taux de réponse) participants respectivement. Les participants sont issues de 32 unités de soins aigus, chroniques, gériatriques et 2 unités de soins pédiatriques et soins aux adolescents.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • La méthode utilisée pour accéder au site ou recruter les participants est-elle appropriée ? <p><i>Pas de précisions sur la méthode de recrutement des participants mais on peut constater que les auteurs ont surtout choisi des soignants infirmiers diplômés et une petite proportion non-diplômés, de 2 grands hôpitaux psy et avec tous les secteurs des soins.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Dans le plan d'échantillonnage, l'auteur a-t-il envisagé des moyens d'accroître la représentativité de l'échantillon ? <p><i>Oui notamment en faisant participer des infirmiers auxiliaires et soignants non-diplômés. Les auteurs ont également pris en compte les caractéristiques démographiques des participants telles que l'âge, le genre, les années de pratique, la qualification et l'emploi du temps.</i></p>
--	---

	<ul style="list-style-type: none"> La méthode d'échantillonnage utilisée a-t-elle permis s'ajouter des renseignements significatifs et d'atteindre les objectifs visés ? Est-elle justifiée sur la base statistique ou par une saturation des données ? <p><i>Âge, genre, niveau de qualification, années de pratique, etc. Une personne par secteur était responsable de la distribution et de la collecte des questionnaires entre décembre 2010 et avril 2011.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle justifiée sur une base statistique ? <p><i>Pas de précisions à ce sujet.</i></p>
Considérations éthiques	<ul style="list-style-type: none"> Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ? <p><i>Les comités éthiques des 2 hôpitaux ont approuvé cette étude.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ?
Devis de recherche	<ul style="list-style-type: none"> Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ? la méthode de recherche choisie est-elle conciliable avec les outils de collecte des données proposés ? <p><i>Le devis est mixte car certaines variables sont subjectives (job satisfaction, EE, etc.). l'environnement de pratique infirmière a été mesuré sur la base d'un index de mesure traduit et validé du travail infirmier (NWI-R-vl) et sur 3 dimensions : relation infirmiers-médecins (3 items), la gestion du personnel au niveau de l'unité (13 items), la gestion de l'hôpital et le soutien organisationnel (15 items). Les participants ont dû statué sur divers éléments de</i></p>

	<p>leur environnement de pratique actuel et ont donné leur avis sur ce dernier (fortement en désaccord, en désaccord, en accord en parfait accord). La structure a été jugée comparable à celle observée sur un échantillon de 401 infirmiers d'unités de soins aigus de 2 hôpitaux de Belgique et se basant sur le comparative Fit Index (CFI), Incremental Fit Index (IFI), et le Root Square Error of Approximation (RMSEA). Une échelle d'intensité de la labeur (Intensity Labour Scale de Richter et al 2000) a aussi été incluse, cette échelle présente 6 propositions auxquelles les participants devaient répondre d'accord ou non d'accord. Une version traduite de l'inventaire du Burnout de Maslach (Maslach Burnout inventory human service survey MBI-vl) avec épuisement émotionnel (9 items), dépersonnalisation (5 items), accomplissement personnel (8 items) a été aussi utilisé → là les participants ont eu à indiquer la fréquence à laquelle ils expérimentent le sentiment d'épuisement définit en 7 propositions entre jamais et tous les jours. Comparables à ceux déjà observés dans des études précédentes dans les soins aigus.</p> <p>L'évaluation infirmière de la qualité des soins au niveau de l'unité et de l'équipe interdisciplinaire a été mesurée à l'aide d'une échelle de type likert avec 4 appréciations (pauvre, juste, bien, excellent). Les auteurs ont préféré se baser sur la qualité des soins de l'équipe interdisciplinaire plutôt que sur la qualité des soins de l'hôpital de l'an dernier car cela est plus approprié pour le domaine de la psychiatrie. Enfin, 4 types d'efficacité au travail (résultats) ont été évaluées : la satisfaction du travail actuel (très insatisfait, insatisfait, satisfait, très satisfait), intention de quitter l'hôpital d'ici un an ou de quitter la profession infirmière (oui, non),</p>
--	--

	<p><i>postuler pour un autre job l'année passée (intensivement, quelques fois, au minimum une fois, non). Toutes les échelles à items multiples avaient un coefficient (cronbach alpha) supérieur à 0,79 sauf épuisement émotionnel (0,52) et les composantes de l'efficacité au travail (0.37). Toutes les variables (à l'exception de la charge de travail et des dimensions de l'épuisement professionnel, de l'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation) ont été codées pour l'analyse , de sorte que des scores plus élevés indiquent un accord plus fort ou des évaluations plus favorables. Sur ces dernières mesures , des scores plus élevés suggèrent des résultats défavorables. Les niveaux d'épuisement observés ont été comparés aux normes néerlandaises (Schaufeli & Van Dierendonck 2000).</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ?</i> <i>Il semble que les auteurs ont pu examiner toutes leurs hypothèse notamment au moyen de plusieurs outils valides et fiables.</i> • <i>Le choix du devis permet-il de respecter les critères scientifiques ?(Véracité-applicabilité-consistance-Neutralité)</i> <i>La recherche utilise des outils validés donc en cela on peut suggérer de la véracité du devis.</i> • <i>La méthode de recherche proposée est-elle appropriée à l'étude du problème posé ? Etude transversale.</i> <i>Les auteurs se sont basés sur des sondages volontaires, le questionnaire contenait une batterie d'instruments dont beaucoup ont été utilisés dans de précédentes études dans les hôpitaux somatiques (aigus) donc oui en cela la</i>
--	---

	<p><i>méthode est adaptée car on prend les même outils pour comparer la situation entre hôpitaux aigues et psy → la comparaison est donc pertinente surtout que ce sont des instruments valides.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Y a-il suffisamment de temps passé sur le terrain et auprès des participants ? <p><i>Distribution et collecte des questionnaires entre décembre 2010 et avril 2011.</i></p>
Modes de collectes de données	<ul style="list-style-type: none"> • Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ? <p><i>Oui cf. devis de recherche.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Les questions de recherche ont-elles été bien posées ou les observations du phénomène, bien ciblées ? Ont-elles été rigoureusement consignées par la suite ? <p><i>Les questions de recherches sont en lien avec le sujet de la recherche et avec la recension des écrits.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • L'auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ? <p><i>Oui c'est précisé, la plupart des outils ont été importés car déjà utilisés dans des études précédentes et dans d'autres contextes.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • La procédure expérimentale est-elle cohérente avec les outils mesurés ? <p><i>Oui les outils de mesure sont cohérents avec les différentes variables de l'étude.</i></p>
Conduite de la recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Le processus de collecte des données/enregistrement est-il décrit clairement ? <p><i>Oui cela est défini mais pas dans les détails, on sait que les questionnaires (sondages) ont été</i></p>

	<p><i>distribué à la population concernée et collectés entre décembre 2010 et avril 2011 et par une seule personne pour chaque domaine.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ? <p><i>Oui données recueillies par une seule personne par domaine.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Si l'étude comporte une intervention (variable indépendante), celle-ci est-elle clairement décrite et appliquée de façon constante? <p><i>L'étude ne contient pas réellement d'intervention. Il s'agit d'un sondage réalisé à partir d'un questionnaire.</i></p>
Analyse des données	<ul style="list-style-type: none"> • Les méthodes d'analyse sont-elles décrites ? <p><i>Oui. Un modèle d'équation structurelle ou un modèle causal similaire à celui utilisé ici a été à l'origine testé, développé et approuvé dans une étude en lien avec les soins aigus. Dans la présente étude, le modèle causal originel a été testé 2 fois, une fois avec inclusion de la dimension de la charge de travail et une fois sans. Dans plusieurs études, la charge de travail a été identifiée comme prédicteur de l'épuisement émotionnel. Il a aussi été déduit que la charge de travail a une place importante entre le gestion infirmière et l'épuisement émotionnel. Par la sélection d'items observés dans le NWI-vl, MBI-vl et la charge de travail comme décrit précédemment avec un modèle causal comparable mais non similaire, il a été possible d'avoir une analyse suffisamment riche.</i></p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ? <i>Oui comme décrit précédemment → charge de travail, différents items, différenciation entre infirmières diplômées et non-diplômées. → Anova : analysis of variance. Pour toutes les analyses, utilisation de Stastistical package for the social science, incluant descriptive analysis, coefficient de Cronbach alpha, Anova, Amos.</i> • Le résumé des résultats est-il compréhensible et met-il en évidence les extraits rapportés ? <i>L'étude a été réalisée avec des versions traduites d'instruments déjà utilisés et validés en outre, des structures de facteurs ont été minutieusement testées.</i> • Les thèmes font-ils ressortir adéquatement la signification des données ? <i>Oui cf. tableau 1 et 2.</i>
RESULTATS	
Présentation des résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures, graphiques ou modèles ? <i>Oui 2 tableaux récapitulatifs, modèle causal avec environnement de pratique, charge de travail, épuisement professionnel , résultats (une fois avec et une fois sans la charge de travail) P.Van Bogaert et al, 2012.</i> • Les thèmes ou les modèles sont-ils logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène ? <i>Oui la présentation des résultats est cohérente avec l'étude.</i>

	<ul style="list-style-type: none"> • Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif ? <i>oui un long texte narratif résume bien les résultats.</i> <i>Population : 90% féminine. Moyenne âge : 35.9 (19 à 63 ans). Moyenne expérience : 12,4 ans en tant qu'infirmière et 6,3 ans dans l'unité. La majorité est satisfaite (61.6%) ou très satisfait (26.9%) de sa situation actuelle. 5,6% expriment l'intention de quitter l'hôpital, presque 7% l'intention de quitter la profession, 8,4% ont postulé au moins 1 fois l'année dernière pour un autre job. 18,3% et 20.7% qualifient la qualité des soins dans leur unité comme excellente, 63,6% et 68.9% disent que c'est bien. La qualité des soins interdisciplinaire est excellente pour 10.9% et bonne pour 56.9%. La relation médecins-infirmiers et la gestion infirmière au niveau de l'équipe est dans une moyenne favorable et la qualité du management au niveau hôpital n'était ni favorable ni défavorable. La charge de travail est dite raisonnable. En lien avec les normes néerlandaises pour les travailleurs en santé mentale, 18.5 et 13.2 % ont répondu haut ou très haut pour l'épuisement émotionnel (EE), 15,2 % répondent bas ou très bas pour le niveau d'accomplissement personnel. Pas de différences entre les infirmières diplômées et les non-diplômées, la seule différence entre ces 2 populations se situe au niveau de la qualité des soins : les non-diplômées qualifient la qualité des soins interdisciplinaires plus bas que les diplômés.</i> • L'auteur a-t-il fait évaluer les données par les participants ou par des experts ? <i>Pas de précisions à ce sujet</i>
--	---

DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou hypothèses ? <p><i>Oui → les résultats démontrent : niveau d'efficacité au travail favorable, niveau de satisfaction au travail favorable, un bas taux d'intention de quitter l'hôpital et la profession. Dans le modèle final , la perception infirmière de la qualité des soins était directement influencée par la gestion au niveau de l'unité et indirectement par les relations infirmiers-médecins, le management de l'hôpital et le soutien organisationnel . Par conséquent, dans cet ensemble de données , la gestion de l'infirmière au niveau de l'unité était un médiateur entre les deux autres dimensions de l'environnement de pratique et la qualité des soins. Le modèle causal testé avec 2 ensembles de données (soins de courte durée et soins psy) montre une relation comparable entre les variables malgré de petite différences (environnement, efficacité) – bizarrement un support organisationnel et une gestion favorables montrent un effet négatif sur la qualité des soins qui était comparable aux résultats des études précédentes de 42 unités de soins de courte durée. De plus EE (épuisement émotionnel) a un effet direct sur la qualité des soins avec une position intermédiaire entre la relation infirmiers-médecins et la qualité des soins. L'efficacité au travail est directement influencée par le gestion infirmière au niveau de l'unité, DP (dépersonnalisation), charge de travail. La première hypothèse a démontré de manière attendue et comme dans les études précédentes qu'une grande charge de travail influence beaucoup l'EE. La 2^{ème} hypothèse, de façon inattendue suggère que la perception</i></p>

	<p><i>d'une charge de travail élevée n'a pas toujours des effets négatifs sur la satisfaction au travail et les intentions de démission du moment que les infirmiers ont un contrôle suffisant sur leur travail au quotidien en dépit d'être émotionnellement épuisés par ce dernier. Mais précisons que dans cette étude, la charge de travail n'est pas perçue comme très haute et un effet indirect de la charge de travail sur EE et DP a été encore confirmé. Environ 1/5 des répondants rapporte un niveau de EE élevé ou très élevé. Comme dans l'étude de Roche & Duffield en 2009, la relation infirmiers-médecins était perçue comme meilleure par le domaine de la psychiatrie que par le domaine des soins aigus. Cela a été expliqué par le caractère interdisciplinaire de la santé mentale. De plus, les résultats suggèrent que les infirmiers en psychiatrie autant qu'en soins aigus qui bénéficient de structure favorable, d'empowerment, d'autonomisation par les médecins, de l'unité et de l'organisation de l'hôpital sont à même de mieux gérer tous les défis des soins aux patients (violence verbale, ...), plus à même d'être efficace dans leur travail (moins d'erreurs dans les médicaments, chutes de patients, ...).</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet ? Sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ? • L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses ? <p><i>Oui la discussion est en adéquation avec les résultats de la recherche. Et les auteurs présentent aussi un listing de tous les éléments déjà connus à ce sujet. Ce que cette étude apporte de plus (page 8) et la signification ou</i></p>
--	--

	<p><i>apport pour la pratique.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Les limites de l'étude ont-elles été définies ? <p><i>Oui clairement. La population de 357 participants et d'un seul pas est suffisante pour tester un modèle causal mais il est nécessaire de reproduire le test dans d'autres milieux de soins psychiatriques. Les études futures devraient aussi se concentrer sur l'organisation et la qualité du travail d'équipe en raison de l'importance des conditions du management de l'équipe dans l'organisation interdisciplinaire dans le domaine des soins. Des études longitudinales devraient être utilisées pour réduire les limitations et affiner la compréhension perçue dans la recherche transversale. La recherche interventionnelle serait également nécessaire car permet d'apporter des améliorations dans l'environnement des soins et donc de meilleurs résultats pour les infirmiers et les patients.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ? <p><i>Oui complètement en lien avec les résultats.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Soulève-t-on la question du caractère transférable des conclusions ? <p><i>Oui, cette étude serait transférable à d'autres unités de soins, les conclusions soutiennent qu'il faudrait prendre conscience de l'importance de l'environnement de pratique, des relations dans les équipes, de la collaboration interdisciplinaire dans la satisfaction au travail, l'efficacité, la qualité des soins, la sécurité des patients et l'épuisement professionnel.</i></p>
Conséquences et recommandations	<ul style="list-style-type: none"> • Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ?

	<p><i>Cf. une case plus haut</i> L'auteur a-t-il précisé les conséquences des résultats ? <i>oui, une meilleure collaboration, une bonne gestion d'équipe, l'autonomie encouragent le sentiment d'efficacité personnelle, augmentent la satisfaction, diminuent les erreurs et l'épuisement professionnel.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • L'auteur fait-il des recommandations/applications pour la pratique et les recherches futures ? <i>Oui cf. limitations.</i> • Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions ? <i>Oui elles sont riches et surtout s'appuient aussi sur des études précédentes.</i>
--	---

Van Bogaret, P., Clarke, S., Willems, R., & Mondelares, M. (2013). Nurse practice environment, workload, burnout, job outcomes, and quality of care in psychiatric hospitals: a structural equation model approach. *Journal of Advanced Nursing* 69 (7), 1515 – 1524. doi: 10.1111/jan.12010 (Trad. libre).

Grille de Fortin 2 : Occupational Stressors, Stress Perception Levels, and Coping Styles of Medical Surgical RNs

Titre	<ul style="list-style-type: none"> Le titre précise-t-il clairement les concepts clés et la population à l'étude ? <p><i>Les facteurs de stress professionnel, les niveaux de perception du stress, et les styles d'adaptation dans les unités médico-chirurgicales. Ce titre précise les concepts clés qui sont les facteurs de stress professionnel, la perception du stress et les stratégies d'adaptation en fonction de 3 générations d'infirmières (baby-boomers, génération X et génération Y).</i></p>
Résumé	<ul style="list-style-type: none"> Le résumé synthétise clairement le résumé de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ? <p><i>Dans ce résumé, nous retrouvons les éléments clés, c'est-à-dire l'objectif de l'étude, le contexte, la méthode, les résultats et la conclusion. Le but de cette étude était de comparer les facteurs de stress au travail, les niveaux de stress perçu et les styles d'adaptation de 3 générations d'infirmières du domaine médico-chirurgical (MC). Pour ce qui est du contexte, la littérature soutient que le rôle de l'infirmière est stressant et le stress est basé sur une variété de facteurs : le travail physique, la souffrance humaine, les heures de travail, la dotation en personnel, et les relations interpersonnelles. Les données indiquent qu'il existe des différences entre les générations dans la réponse au stress. Il y a 3 générations d'infirmières prédominantes en coopération dans la main-d'œuvre infirmière, ajouté à la complexité de la reconnaissance et la capacité d'adaptation pour faire face au stress. La méthode consiste en une conception corrélationnelle. Un échantillon d'infirmières MC a participé à cette étude en remplissant 4 questionnaires. Dans les résultats</i></p>

	<p><i>obtenus, les facteurs de stress au travail se sont révélés être des prédicteurs significatifs de stress perçu parmi toutes les générations d'infirmières dans cet échantillon. En outre, plus le niveau de la perception du stress chez les infirmières était élevé, plus l'utilisation de comportements d'adaptation était élevée. La génération Y fait état d'un niveau plus élevé de stress perçu et l'utilisation plus élevée de comportements d'adaptation de type évitement, tandis que les baby-boomers faisaient état d'une plus grande utilisation de l'autocontrôle comme comportement d'adaptation.</i></p>
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Le problème/phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit ? Que s'agit-il d'étudier ? <p><i>Le stress au travail affecte négativement la nature de la relation, de la prise en soins et de l'environnement bienveillant, interférant avec la capacité de l'infirmière d'observer, d'écouter, de comprendre et connaître le patient. La distraction et l'impact du stress au travail donnent moins d'opportunités aux infirmières de se concentrer sur la sécurité des patients, les soins aux patients et de produire des résultats optimaux. La bonne gestion du stress, y compris l'utilisation de la capacité d'adaptation fondée sur des preuves a des implications importantes pour retenir le personnel infirmier, pour favoriser la satisfaction des infirmiers et la longévité de leur carrière.</i></p> <p><i>Le but de cette étude corrélationnelle descriptive est de mesurer et de comparer les facteurs de stress au travail, les niveaux de stress perçu et les styles d'adaptation chez les baby-boomers, la génération X et la génération Y d'infirmières MC.</i></p>

- Le problème/phénomène est-il pertinent /approprié dans le contexte des connaissances actuelles ?

Le stress au travail affecte différemment les individus selon les perceptions et caractéristiques personnelles. La manière dont un événement stressant est perçu dépend des caractéristiques de l'individu et du type de stress au travail. En effet, ce dernier crée un défi pour la profession infirmière étant donné que c'est un travail stressant.

De nombreuses études ont porté sur le stress au travail chez les spécialités de soins infirmiers (soins intensifs, accouchement) et les établissements de santé (hôpitaux de soins de courte durée, les installations de santé à long terme et les maisons de soins infirmiers). Des études ont souvent exploré la relation entre le stress et les variables externes telles que la durée (longueur) de déplacement, les différences entre les sexes, les caractéristiques personnelles, les obligations familiales et les relations de travail. Aucune étude n'a comparé le stress professionnel à travers 3 générations et en particulier chez les infirmières médico-chirurgicales.

- Le problème/phénomène a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ? Les postulats sous-jacents à l'étude sont-ils précisés ?

Le traitement et le soutien des capacités d'adaptation sont un défi supplémentaire pour les infirmières parce que plusieurs générations collaborent pour soigner les patients. La coexistence d'au moins 3 générations prédominantes chez les infirmières a été signalée comme pouvant mener à des conflits entre ces générations sur le lieu de travail. Pour caractériser les différences, les baby-boomers (nés 1943-1960)

	<p><i>seraient engagés par leurs employeurs pour bénéficier d'un travail significatif. Actuellement, les baby-boomers constituent 28% de la main-d'œuvre infirmière. La génération X (né 1960-1981) concilie le travail et les loisirs, elle constitue 10% à 15% de la main-d'œuvre infirmière. La littérature rapporte que la génération Y (nés de 1981 à 2003), ce qui représente 12% de la population active des États-Unis, veut un travail flexible et trouver un équilibre entre travail et vie privée. Ces descriptions proposent des point de vue divergents sur les valeurs, l'éthique du travail, de l'autorité, et le stress.</i></p>
<p>Recension des écrits</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Une recension a-t-elle été entreprise ? <i>Le stress et la théorie d'adaptation de Folkman et Lazarus ont été utilisés comme le cadre théorique de cette étude.</i> • La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ? • La recension des écrits vous semble-t-elle présenter une base solide pour l'étude ? L'auteur présente-il l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème à l'étude ? <p><i>Dans un commentaire sur la sécurité des patients dans la pratique des soins infirmiers de Agency for Healthcare Research and Quality, Hughes et Clancy indique que la complexité et l'intimidation représentent deux exemples clairs du stress infirmier. Li et Lambert concluent que les infirmières qui sont plus satisfaites de leur emploi sont plus susceptibles de rester dans la vie active et de fournir des soins de haute qualité. Hall trouve que les professions de la santé ont des caractéristiques uniques qui entraînent un stress au travail, y compris la responsabilité physique</i></p>

pour les personnes, les effets catastrophiques sur le patient et l'employé, l'exposition fréquente à la douleur et à la souffrance, et l'exposition aux maladies infectieuses et aux substances potentiellement dangereuses. Hamaideh et al. identifient que la mort et les mourant ont été les facteurs de stress les plus forts perçus par les infirmières jordaniennes. Carver et Candela confirment la pénurie considérable mondiale en personnel infirmier et pensent que les gestionnaires devraient augmenter leur connaissance de la diversité générationnelle. Il est suggéré que la manière de se comporter avec de multiples générations peut conduire à un meilleur environnement de travail du personnel infirmier. Repar et Patton constatent que les effets combinés de la fatigue de compassion, de la douleur chronique et l'épuisement émotionnel et physique ont conduit à un épuisement professionnel significatif et ont prolongé l'insatisfaction au travail dans la profession infirmière.

- La recension présente t'elle des sources primaires ?

Apostolidis B, Polifroni E. Nurse work satisfaction and generational differences. JONA. 2006;36(11):506-509.

Pipe T, Bortz J, Dueck A, Pendergast D, Buchda V, Summers J. Nurse leader mindfulness meditation program for stress management. JONA. 2009;39(3):130-137.

Swearingen S, Liberman A. Nursing generations: an expanded look at the emergence of conflict and its resolution. Health Care Manag. 2004;23(1):54-64.

Cordeniz J. Recruitment, retention, and

	<p><i>management of Gen- eration X: a focus on nursing professional. Journal of HealthCare Management. 2002;47(4):237-249. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12221745. Accessed June 1, 2014.</i></p> <p><i>Lavoie-Tremblay MM, Leclerc E, Marchionni C, Drevniok U. The needs and expectations of Generation Y nurses in the work- place. J Nurses Staff Dev. 2010;26(1):2-8.</i></p>
Cadre de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Les concepts clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ? Est-il justifié et décrit de façon adéquate ? <i>L'auteur définit clairement le concept du stress et son impact dans la profession infirmière, en s'appuyant sur les dires de différents auteurs (voir ci-dessus).</i> • Est-ce que les concepts clés s'inscrivent-ils dans un cadre de référence ? Est-il lié au but de l'étude ? Les bases philosophiques et théoriques ainsi que la méthode sous-jacente sont-elles explicitées et appropriées à l'étude ?
Buts et question de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ? <i>Le but de cette étude corrélationnelle descriptive est de mesurer et de comparer les facteurs de stress au travail, les niveaux de stress perçu et les styles d'adaptation chez les baby-boomers, la génération X et la génération Y d'infirmière MC.</i> • Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont-elles clairement énoncées ? <i>Ici on retrouve 4 questions de recherches ayant chacune son hypothèse. Les questions sont les suivantes :</i>

	<p><i>Question de recherche 1 : Est-ce que les variables d'événements stressants et les caractéristiques personnelles (âge, années d'expérience, niveau d'éducation) sont des facteurs prédictifs de l'évaluation de la perception du stress ?</i></p> <p><i>Hypothèse 1: les évènements stressants, l'âge, les années d'expérience, et le niveau d'instruction, unique et comme un composite linéaire, seront prédictifs du stress chez les infirmières MC.</i></p> <p><i>Question de recherche 2 : l'évaluation de la perception du stress sera-t-elle corrélée positivement avec le résultat des stratégies d'adaptation?</i></p> <p><i>Hypothèse 2 : La perception du stress sera liée positivement aux stratégies d'adaptation des infirmières MC.</i></p> <p><i>Question de recherche 3 : L'âge affecte de manière significative la perception des niveaux de stress?</i></p> <p><i>Hypothèse 3 : Les scores moyens pour le stress perçu seront positivement différent selon les âges.</i></p> <p><i>Question de recherche 4 : L'âge affecte-t-il de manière significative les stratégies d'adaptation ?</i></p> <p><i>Hypothèse 4 : Les scores moyens des stratégies d'adaptation seront positivement différents entre les groupes de la cohorte d'âge des infirmières MC.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Les questions de recherche ou les hypothèses reflètent-elles le contenu de la recension des écrits et découlent-elles logiquement du but ? Traitent-elles de l'expérience des participants, des croyances, des valeurs ou des perceptions ? • Les variables reflètent-elles les concepts précisés dans le cadre de recherche ? <p><i>Une conception corrélationnelle descriptive a été</i></p>
--	--

	<p><i>utilisée pour examiner la relation entre le stress au travail, l'âge, les années d'expérience, le niveau de formation et la perception du stress auprès d'un échantillon d'infirmière MC. Les mesures de stress ressenti et le niveau d'adaptation ont été comparés entre les trois cohortes d'âge pour déterminer s'il y a une différence entre ces groupes.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Les questions s'appuient-elles sur des bases philosophiques, sur la méthode de recherche sous-jacente ou sur le cadre conceptuel ou théorique ? <p><i>Le stress et la théorie d'adaptation de Folkman et Lazarus ont été utilisés comme le cadre théorique de cette étude. La théorie du stress et de l'adaptation fournissent un modèle testable pour la compréhension du stress professionnel chez les 3 générations de soins ciblés.</i></p>
METHODE	
<p>Population échantillon</p>	<p>et</p> <ul style="list-style-type: none"> • La population visée est-elle définie de façon précise ? L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ? la méthode utilisée pour accéder au site ou recruter les participants est-elle appropriée ? • Dans le plan d'échantillonnage, l'auteur a-t-il envisagé des moyens d'accroître la représentativité de l'échantillon ? La méthode d'échantillonnage utilisée a-t-elle permis s'ajouter des renseignements significatifs et d'atteindre les objectifs visés ? Est-elle justifiée sur la base statistique ou par une saturation des données ? • Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle justifiée sur une base statistique ? <p><i>Les participants de cette étude étaient dans un</i></p>

	<p><i>hôpital de 680 lits « magnétiques » faisant partie du système de santé de Miami (Floride). Cet hôpital dispose d'un total de 262 infirmières MC qui travaillent sur 6 unités. Uniquement 5 unités médico-chirurgicales ont été inclus, la 6^{ème} a été exclue car il s'agit de l'unité de l'auteur.</i></p> <p><i>Sur la base des hypothèses de recherche indiquées pour cette étude, une analyse de puissance a été menée pour la régression multiple en utilisant 4 prédicteurs (donné une taille d'échantillon de 84), une corrélation bivariée (donné un échantillon de 84), et l'analyse 1 de variance (ANOVA) en utilisant 3 groupes indépendants (a abouti à une taille de 159 de l'échantillon). Il était anticipé que certains questionnaires peuvent être retournés incomplets et donc inutilisables. De ce fait, un total de 200 questionnaires ont été distribués pour atteindre la taille d'échantillon désirée de cette étude qui était de 159. Par conséquent, un échantillon de commodité de 200 infirmières MC qui travaillent dans un hôpital de 680 lits dans un système de soins de santé en Floride a été utilisé pour cette étude. Les infirmières MC ont été prises comme cet échantillon dans cette étude en raison du nombre insuffisant de la littérature disponible décrivant les facteurs de stress au travail de cette population, les niveaux de perception du stress, et les styles d'adaptation. L'échantillon était composé d'infirmières MC qui ont travaillé principalement à temps plein de 12 heures de décalage. La majorité était des femmes dont l'âge varie entre 21 et 61 ans. Leurs années d'expérience variait entre 1 et 40 ans. La plupart d'entre elles ont tenu un BSN. La génération X (31-51 ans) a constitué 46,6% de l'échantillon.</i></p>
Considérations éthiques	<ul style="list-style-type: none"> • Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ?

	<p><i>Avant la collecte des données, les approbations ont été obtenues à partir de l'université, du comité d'examen institutionnel de l'hôpital et de la directrice des soins infirmiers de l'établissement. Une lettre d'accompagnement de l'auteur a été utilisée pour expliquer aux participants les informations relatives aux objectifs, aux avantages, et les risques potentiels, les procédures de collecte des données et les stratégies de gestion des données, la communication des données, et la diffusion des résultats de l'étude. La vie privée et l'anonymat de chaque participant ont été assurés. Les participants ont été informés que la participation à cette étude est volontaire et qu'ils pourraient refuser de participer à tout moment, sans pénalité.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ? <p><i>Après avoir lu la lettre d'accompagnement et en acceptant de participer à l'étude, les participants ont reçu la lettre d'accompagnement et le questionnaire dans une enveloppe, avec un stylo. Le temps imparti pour remplir le questionnaire a été estimé entre 35 et 45 minutes. Les infirmiers chefs de l'unité ont accordé du temps de travail aux infirmières pour remplir le questionnaire. On a demandé aux participants de laisser tomber l'enveloppe de l'enquête scellée dans une boîte verrouillée au poste de soins infirmiers. Le chercheur a recueilli des données bi hebdomadaire pour une période de 8 semaines.</i></p>
Devis de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ? la méthode de recherche choisie est-elle conciliable avec les outils de collecte des données proposées ?

	<ul style="list-style-type: none"> • Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ? • Le choix du devis permet-il de respecter les critères scientifiques ? (Véracité-applicabilité-consistance-Neutralité) • La méthode de recherche proposée est-elle appropriée à l'étude du problème posé ? • Y a-t-il suffisamment de temps passé sur le terrain et auprès des participants ? <p><i>Une étude quantitative descriptive (conception corrélationnelle descriptive) a été utilisée pour examiner la relation entre le stress au travail, l'âge, les années d'expérience, le niveau de formation et la perception du stress auprès d'un échantillon d'infirmière MC. Les mesures de stress ressenti et le niveau d'adaptation ont été comparés entre les trois cohortes d'âge pour déterminer s'il y a une différence entre ces groupes. Quatre instruments de mesure sont utilisés pour cette étude : Outil démographique, Nursing Stress Scale (NSS), Perceived Stress Scale (PSS) et Ways of Coping Scale (WAYS).</i></p>
Modes de collectes de données	<ul style="list-style-type: none"> • Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ? <p><i>L'auteur a utilisé 4 instruments qui ont été administrés dans l'ordre suivant : un outil démographique, the Nursing Stress Scale – NSS (l'échelle de stress des infirmières), the Perceived Stress Scale - PSS (l'échelle de stress perçu), et the Ways of Coping Scale - WAYS (échelle des moyens de faire face).</i></p> <p><i>Un questionnaire avec 4 items démographiques a été développé par les chercheurs et a été utilisé pour décrire les variables des participants de l'étude tels que l'âge, le sexe, les années d'expérience, et le plus haut niveau d'éducation.</i></p>

	<p><i>L'échelle NSS a été conçue pour mesurer la fréquence à laquelle les infirmières de l'hôpital étaient confrontées à des sources de stress liés au travail. Le NSS se compose de 34 items qui décrivent des situations qui ont été identifiées comme une source de stress pour les infirmières dans l'exercice de leurs fonctions. Les sous-échelles mesurent la charge de travail, l'incertitude au sujet du traitement, les conflits avec d'autres infirmières, les conflits avec les médecins, une préparation inadéquate, un manque de soutien, et la confrontation à la mort et aux mourants. Les réponses sont évaluées sur une échelle de Likert à 4 points allant de (1) pas stressant, (2) stress occasionnellement, (3) souvent stressant, et (4) extrêmement stressant. L'échelle de PSS est utilisée pour mesurer la perception du stress de l'individu. L'échelle comprend également un certain nombre de questions directes sur les niveaux actuels de stress expérimentés. Le PSS se compose de 10 questions. Les réponses sont évaluées sur une échelle de Likert à 5 points, avec (0) jamais, (1) presque jamais, (2) parfois, (3) assez souvent, et (4) très souvent. Le PSS est marqué en inversant les réponses (par exemple, 0 = 4, 1 = 3, 2 = 2, 3 = 1, et 4 = 0). Un score plus élevé indique un niveau plus élevé de stress perçu.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Les questions de recherche ont-elles été bien posées ou les observations du phénomène, bien ciblées ? Ont-elles été rigoureusement consignées par la suite ? • L'auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ? <p><i>Un questionnaire avec 4 items démographiques a été développé par les chercheurs et a été utilisé pour décrire les variables des participants de</i></p>
--	--

	<p><i>l'étude tels que l'âge, le sexe, les années d'expérience, et le plus haut niveau de formation. La NSS et la PSS sont des échelles importées.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • La procédure expérimentale est-elle cohérente avec les outils mesurés ?
Conduite de la recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Le processus de collecte des données/enregistrement est-il décrit clairement ? <p><i>Pour ce qui est de la collecte des données, dans cette étude, l'auteure a demandé aux participants de déposer l'enveloppe de l'enquête scellée dans une boîte verrouillée aux postes infirmiers.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ? <p><i>Les chercheurs ont recueilli les données bi hebdomadairement pendant une période de 8 semaines.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Si l'étude comporte une intervention (variable indépendante), celle-ci est-elle clairement décrite et appliquée de façon constante?
Analyse des données	<ul style="list-style-type: none"> • Les méthodes d'analyse sont-elles décrites ? • Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ? • Le résumé des résultats est-il compréhensible et met-il en évidence les extraits rapportés ? • Les thèmes font-ils ressortir adéquatement la signification des données ? <p><i>Les quatre hypothèses ont été testées grâce aux différentes échelles (NSS, PSS, WAYS, outil démographique). L'analyse statistique inclut la régression multiple, la corrélation à deux variables et une ANOVA.</i></p>

RESULTATS	
Présentation des résultats	<ul style="list-style-type: none"> Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures, graphiques ou modèles ? <p><i>Oui, plusieurs tableaux sont présents :</i></p> <p><i>Tableau 1 : Moyens, SDs et Inter corrélations pour la perception du stress et des variables prédictives</i></p> <p><i>Tableau 2 : Résumé de l'analyse de régression pour les variables des participants prédisant la perception du stress</i></p> <p><i>Tableau 3 : résumé des statistiques pour le stress perçu des 3 cohortes</i></p> <p><i>Tableau 4 : ordre de classement des moyens et des écarts pour les sous-échelles de l'échelle de stress infirmier</i></p> <p><i>Tableau 5 : ordre de classement des moyens et des écarts pour les sous-échelles des stratégies d'adaptation</i></p> <p><i>Tableau 6 : Résumé des statistiques pour les scores de fuite-évitement et d'autocontrôle des 3 cohortes.</i></p> <p><i>Tableau 7 : Conseils pour les supérieurs des infirmières sur la façon de réduire le stress au travail par génération.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Les thèmes ou les modèles sont-ils logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène ? <p><i>Les 4 hypothèses de départ ont été testées, pour voir si elles peuvent être acceptées ou non.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif ? <p><i>La première hypothèse de recherche a été accepté, elle cherchait à déterminer si la mesure de la perception du stress chez les infirmières MC est déterminée par les scores des 4 prédicteurs : facteurs de stress au travail, l'âge, les années d'expérience et le niveau de formation. L'analyse</i></p>

de régression a révélé que 28,3% de la variance de la variable dépendante a été expliquée par le modèle et que la relation était significative. Cependant, l'examen a révélé que les facteurs de stress au travail sont le seul facteur prédictif qui a contribué au modèle. Par conséquent, les facteurs de stress au travail, tels que la charge de travail, la confrontation à la mort et aux mourants et le manque de soutien sont des facteurs prédictifs du niveau de stress perçu. Le niveau de perception du stress est donc déterminé par le type de stress au travail auquel l'infirmière est exposée. Toutefois, l'âge, les années d'expérience et le niveau d'éducation des infirmières MC n'ont pas été des facteurs déterminants du niveau de perception du stress.

La deuxième hypothèse de recherche examinant la relation de corrélation entre les scores de perception du stress et ceux des moyens de faire face, a été acceptée. Il y a une corrélation positive entre le niveau de stress perçu et l'utilisation de différentes stratégies d'adaptation.

La troisième hypothèse considère qu'il y a une différence dans les scores concernant la mesure du stress perçu entre les différentes générations d'infirmières (baby-boomers, génération X et génération Y). En effet, la génération Y montre un niveau de stress perçu plus élevé que la génération X et les baby-boomers. Contrairement à la génération Y, la génération X et les baby-boomers sont plus expérimentées et ont été dans la profession infirmière pendant un temps plus long. Les baby-boomers sont fidèles et sont prêts à consacrer plus de temps à leur travail qu'à leur propre famille; ils ont appris à s'adapter à des situations difficiles et de nouvelles technologies. Les 2 facteurs de stress au travail les plus fréquemment rapportés étaient la charge de travail, la mort et les mourants.

	<p><i>La quatrième hypothèse considère qu'il existe des différences entre les stratégies d'adaptation en fonction des trois cohortes d'âge. Cette hypothèse a été rejetée, car le test ANOVA conclut qu'il n'y a pas de différence significative pour les moyens de faire face en fonction des 3 cohortes d'âge. La génération Y a rapporté une plus grande utilisation de comportements de type fuite-évitement lorsqu'elle est face à des événements stressants par rapport aux générations X et baby-boomers. Les baby-boomers ont déclaré utiliser plus de comportements de type autocontrôle lorsqu'ils sont face aux facteurs de stress professionnel par rapport aux générations X et Y. L'âge plus élevé et les années d'expérience de baby-boomers pourraient expliquer pourquoi l'autocontrôle est le moyen d'adaptation le plus utilisé au sein de cette cohorte d'âge.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • L'auteur a-t-il fait évaluer les données par les participants ou par des experts ?
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou hypothèses ? <p><i>Les facteurs de stress au travail se sont révélés être des facteurs prédictifs significatif du stress perçu, alors que les variables démographiques telles que l'âge, les années d'expérience et le niveau de formation ne sont pas des éléments prédictifs. Chaque hypothèse a été vérifiée en fonction des résultats obtenus. Les hypothèses 1, 2 et 3 ont été acceptées, alors que la 4 a été rejetée (voir résultat ci-dessus). Les 2 facteurs de stress les plus présents parmi toutes les infirmières MC étaient la charge de travail et la confrontation à la mort et aux mourants.</i></p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet ? Sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures? <p><i>Les infirmières formatrices, les dirigeants des hôpitaux, les chercheurs en soins infirmiers, et les politiciens de la santé publics devraient reconnaître les différences dans les facteurs de stress au travail, les niveaux perçus de stress et les styles d'adaptation fondées sur des valeurs et des croyances pour chaque génération (baby-boomers, génération X et génération Y) afin d'atténuer ou de réduire le stress au travail chez ces infirmières. Ceci, à son tour, peut entraîner une amélioration de la qualité des soins et la sécurité des patients ainsi que réduire la pénurie d'infirmières et la baisse des chiffres d'affaires.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses ? • Les limites de l'étude ont-elles été définies ? <p><i>Il existe un risque que les répondants aient répondu d'une manière socialement souhaitable sachant que le chercheur est employé dans le même établissement. Les infirmières peuvent ne pas avoir rempli le questionnaire comme indiqué en raison de la pression du temps (questionnaire trop long, par rapport au temps à disposition). Une autre limitation possible est le manque de standardisation des conditions dans lesquelles l'étude de recherche est réalisée comme l'administration des instruments. En outre, il est possible que certaines caractéristiques des participants sélectionnés pour l'étude interagissent avec certains aspects des instruments.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ?
--	--

	<p><i>La diminution du stress professionnel chez les infirmières est un sujet important qui permettrait d'améliorer la sécurité des patients, le chiffre d'affaires, la satisfaction personnelle et la satisfaction des patients. L'identification des facteurs de stress au travail et la mise en œuvre d'interventions / stratégies visant à les atténuer est un rôle clé pour les infirmiers chefs. En explorant ces variables, il est à espérer que les infirmiers chefs auront une meilleure compréhension des besoins de chaque génération d'infirmières concernant le stress professionnel et que les infirmières seront habilitées à apporter des changements positifs à leur environnement de travail et à appuyer des prestations de soins de qualité et en toute sécurité pour les patients.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Soulève-t-on la question du caractère transférable des conclusions ?
Conséquences et recommandations	<ul style="list-style-type: none"> • Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ? L'auteur a-t-il précisé les conséquences des résultats ? <p><i>Cette étude permet aux infirmiers chefs d'identifier les besoins de chaque employé afin de promouvoir la croissance personnelle, attirer du personnel et favoriser la satisfaction au travail.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • L'auteur fait-il des recommandations/applications pour la pratique et les recherches futures ? <p><i>Un élément essentiel est de créer un environnement permettant une communication ouverte, car les critiques sont souvent la cause de stress. Pour que les infirmières puissent effectuer leur travail en toute sécurité, les hôpitaux et les administrateurs devraient mettre en place des interventions pour diminuer le stress des infirmières. L'accompagnement, le soutien</i></p>

	<p><i>émotionnel et le soutien social sont nécessaires pour que les infirmières soient en mesure d'équilibrer leur vie professionnelle et leur vie privée.</i></p> <p><i>La génération Y a montré le plus haut niveau de stress perçu, cette information peut être utilisée pour ajouter des programmes et des cours de gestion du stress au programme académique actuel dans les écoles de soins infirmiers et dans les hôpitaux.</i></p> <p><i>Cette étude aide également le domaine de la santé publique afin d'identifier le stress au travail au sein la main-d'œuvre infirmière, comme une haute priorité. En effet, elle permet de mettre en avant le stress au travail et l'environnement de travail néfaste.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions ?
--	---

Wakim N. (2014). Occupational Stressors, Stress Perception Levels, and Coping Styles of Medical Surgical RNs. *The Journal of Nursing Administration (JONA)*, 44 (12), 632 – 639. (Trad. libre)

Grille de Fortin 3 : Nurse burnout and patient satisfaction

<p>Titre</p>	<ul style="list-style-type: none"> Le titre précise-t-il clairement les concepts clés et la population à l'étude ? <p><i>L'épuisement professionnel et la satisfaction des patients. Ici les concepts clés sont l'épuisement professionnel et la satisfaction des patients, par conséquent on comprend ici que la population est d'une part les soignants, et d'autre part les patients.</i></p>
<p>Résumé</p>	<ul style="list-style-type: none"> Le résumé synthétise clairement le résumé de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ? <p><i>Dans le résumé de cet article, nous retrouvons : le contexte, les objectifs de l'étude, la méthode, les outils de mesure, les résultats et la conclusion. Contexte : En effet, par la pénurie d'infirmières nationales, il est à craindre que le taux élevé d'infirmières en épuisement professionnel pourrait nuire aux patients. Objectif : Cette étude examine l'effet de l'environnement de travail infirmier sur l'épuisement professionnel, et les effets de l'environnement de travail et de l'épuisement professionnel sur la satisfaction des patients. Méthode : Une étude transversale sur 820 infirmières et 621 patients à partir de 40 unités de 20 hôpitaux urbains à travers les États-Unis. Outils de mesures : La mesure des milieux de pratique infirmier s'est faite grâce au Revised Nursing Work Index (NWI-R). Les résultats des infirmières se sont mesurés à l'aide du Maslach Burnout Inventory (MBI) et l'intention de quitter leur emploi. Les patients ont été interrogés sur leur satisfaction à l'égard des soins infirmiers à l'aide du Monica-Oberst Patient Satisfaction Scale (LOPSS). Résultats : Les patients pris en charge dans les unités où les infirmières sont caractérisées par le fait d'avoir une équipe</i></p>

	<p><i>adéquate, un bon soutien administratif pour les soins infirmiers, une bonne relation médecins-infirmiers étaient deux fois plus satisfaits de leurs soins que les autres patients et les infirmières ont montré un épuisement professionnel significativement plus faible. Par conséquent, le niveau d'épuisement professionnel des infirmières dans les unités de soins affecte également la satisfaction des patients. Conclusion : L'amélioration de l'environnement de travail des infirmières dans les hôpitaux peut réduire simultanément l'épuisement professionnel, le risque de roulement dans les équipes et accroître la satisfaction des patients par rapport aux soins infirmiers.</i></p>
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Le problème/phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit ? Que s'agit-il d'étudier ? <p><i>Cette étude permet d'examiner l'association entre l'épuisement professionnel des infirmières et la satisfaction des patients, et cherche à déterminer si les facteurs qui expliquent l'épuisement professionnel représentent également l'insatisfaction des patients. Les résultats sont importants pour comprendre comment diminuer la fuite des infirmières du secteur des soins et d'améliorer la satisfaction des patients.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Le problème/phénomène est-il pertinent /approprié dans le contexte des connaissances actuelles ? <p><i>La main-d'œuvre infirmière connaît une plus grande charge de travail résultant d'une diminution de la durée d'hospitalisation, une hausse moyenne du nombre de patients, une diminution des ressources de soutien et une pénurie infirmière.</i></p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Le problème/phénomène a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ? Les postulats sous-jacents à l'étude sont-ils précisés ? <p><i>L'augmentation de la charge de travail est associée à l'épuisement professionnel et à l'insatisfaction au travail, précurseurs des roulements volontaires qui contribuent à l'insuffisance des effectifs infirmiers dans les hôpitaux. Le manque de personnel infirmier et la surcharge de travail des professionnels de santé sont classés comme des menaces majeures pour la sécurité des patients, dans les hôpitaux.</i></p>
Recension des écrits	<ul style="list-style-type: none"> • Une recension a-t-elle été entreprise ? <p><i>Les Center's series of large-scale ont étudié les résultats des soins hospitaliers qui suggèrent que les caractéristiques du milieu de pratique, y compris l'autonomie du personnel infirmier, l'adéquation de la dotation et les relations entre les infirmières et les médecins, ainsi que certaines caractéristiques des infirmières influencent les résultats sur patients par leurs effets sur le processus de soin. On y ajoute les surveillances infirmières, la continuité des soins et la préparation des patients et de leurs familles à gérer avec succès leurs soins après le retour à domicile. Un environnement de travail qui : offre une plus grande autonomie et une plus grande surveillance pour les infirmières, fournit un soutien administratif pour les soins infirmiers, dispose d'un personnel adéquat et facilite de bonnes relations entre les infirmières et les médecins, présente un plus faible risque de mortalité, une meilleure satisfaction des patients, une diminution de l'épuisement professionnel et la baisse du taux de blessures par piqûres d'aiguille de la part des infirmières.</i></p>

	<ul style="list-style-type: none"> • La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ? • La recension des écrits vous semble-t-elle présenter une base solide pour l'étude ? L'auteur présente-il l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème à l'étude ? <p><i>Une étude sur 5 pays, plus de 700 hôpitaux, 43'000 infirmières et des centaines de milliers de patients fournit des preuves suggérant que les infirmières travaillant dans les hôpitaux qui sont en dessous de la moyenne par rapport à la dotation infirmière et par rapport au soutien organisationnel des soins infirmiers, ont des niveaux significativement plus élevés d'insatisfaction au travail et d'épuisement professionnel ; présentent plus fréquemment des événements indésirables sur les patients tels que des chutes avec blessures, des plaintes des patients et une moins bonne qualité des soins. L'épuisement professionnel est associé à des conséquences négatives sur la santé des soignants tels que la détresse psychologique, les plaintes somatiques, et l'abus d'alcool et de drogues. Pour les organisations, l'épuisement professionnel peut être coûteux conduisant à la lenteur accrue des employés, l'absentéisme, le chiffre d'affaires, une baisse des performances, et de la difficulté dans le recrutement et le fait de retenir les équipes.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • La recension présente t'elle des sources primaires ? <p><i>Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, et al Blendon RJ, DesRoches CM, Brodie M, et al.] Trafford A Lake ET. Maslach, C.; Jackson, SE.</i></p>
--	--

	<i>Donabedian</i>
Cadre de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Les concepts clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ? Est-il justifié et décrit de façon adéquate ? <p><i>L'Institute of Medicine a proposé, dans son rapport historique Crossing the Quality Chasm, six caractéristiques de performance qui, si elles sont adressées et améliorées, conduiraient à de meilleurs soins : la sécurité, l'efficacité, le soin centré sur le patient, le temps de la maladie, l'efficience et l'équité. La satisfaction des patients est une mesure du résultat global du système de performance de santé. Donabedian a fait valoir que la satisfaction ou l'insatisfaction du patient reflète le jugement du patient sur tous les aspects des soins, y compris le processus technique, le processus interpersonnel, et les résultats des soins, ainsi que les caractéristiques structurelles des contextes dans lesquels les soins sont dispensés. Des décennies de recherche ont abouti à l'identification de plusieurs dimensions de la satisfaction des patients : l'art des soins, la qualité technique des soins, les soins médicaux, l'accessibilité / la commodité, les finances, l'environnement physique, la disponibilité, l'efficacité, la continuité, l'éducation et la confiance. La satisfaction des patients envers les soins infirmiers a été notifiée comme l'un des indicateurs les plus importants de la satisfaction globale des soins hospitaliers et la satisfaction globale a été systématiquement corrélée avec l'épuisement professionnel lié aux soins. L'épuisement professionnel est décrit par Maslach comme un syndrome d'épuisement émotionnel, une dépersonnalisation, et une diminution de l'accomplissement personnel. L'épuisement émotionnel est décrit comme le sentiment d'être débordé et épuisé par son travail. La</i></p>

	<p><i>dépersonnalisation est une réponse insensible ou impersonnelle envers les bénéficiaires de services, les soins, le traitement ou l'instruction d'une personne. La diminution de l'accomplissement personnel décrit des sentiments d'incompétence et à la réalisation infructueuse des tâches. Le Maslach Burnout Inventory (MBI), la mesure la plus largement utilisée de l'épuisement professionnel, comprend les sous-échelles censées mesurer chacune de ces 3 dimensions, mais recommande par contre de les combiner en une seule mesure.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Est-ce que les concepts clés s'inscrivent-ils dans un cadre de référence ? Est-il lié au but de l'étude ? Les bases philosophiques et théoriques ainsi que la méthode sous-jacente sont-elles explicitées et appropriées à l'étude ? <p><i>Le cadre conceptuel qui guide cette étude de recherche est la Quality Health Outcomes Model développé par l'American Academy of Nursing et basé sur les recherches de Donabedian. La Quality Health Outcomes Model postule que les effets des interventions de soins sont médiés par les caractéristiques organisationnelles dans lesquels les soins ont lieu.</i></p>
<p>Buts et question de recherche</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ? • Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont-elles clairement énoncées ? • Les questions de recherche ou les hypothèses reflètent-elles le contenu de la recension des écrits et découlent-elles logiquement du but ? Traitent-elles de l'expérience des participants, des

		<p>croyances, des valeurs ou des perceptions ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les variables reflètent-elles les concepts précisés dans le cadre de recherche ? • Les questions s'appuient-elles sur des bases philosophiques, sur la méthode de recherche sous-jacente ou sur le cadre conceptuel ou théorique ? <p><i>Cette étude permet d'examiner l'association entre l'épuisement professionnel des infirmières et la satisfaction des patients, et cherche à déterminer si les facteurs qui expliquent l'épuisement professionnel représentent également l'insatisfaction des patients. Les résultats sont importants pour comprendre comment diminuer la « fuite » des infirmières des hôpitaux et améliorer la satisfaction des patients.</i></p>
METHODE		
Population et échantillon		<ul style="list-style-type: none"> • La population visée est-elle définie de façon précise ? L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ? la méthode utilisée pour accéder au site ou recruter les participants est-elle appropriée ? <p><i>Cette étude utilise les données recueillies en 1991 dans le cadre d'une étude des hôpitaux urbains conçus à l'origine pour évaluer l'impact de l'organisation de l'hôpital et de la dotation en personnel infirmier sur les résultats de soins sur le sida. Nous avons échantillonné et fait un sondage sur toutes les infirmières du personnel (RNs et LPNs) qui ont travaillé sur 2 unités dans chacun des 20 hôpitaux qui ont été largement dispersées à travers les États-Unis et jusqu'à 25 patients atteints du SIDA qui ont été consécutivement admis dans ces 40 unités au moment des enquêtes auprès des infirmières.</i></p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Dans le plan d'échantillonnage, l'auteur a-t-il envisagé des moyens d'accroître la représentativité de l'échantillon ? La méthode d'échantillonnage utilisée a-t-elle permis s'ajouter des renseignements significatifs et d'atteindre les objectifs visés ? Est-elle justifiée sur la base statistique ou par une saturation des données ? • Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle justifiée sur une base statistique ? <p><i>820 infirmières (86% des infirmières échantillonnées) ont rempli un questionnaire auto-administré ayant des items liés aux caractéristiques personnelles, y compris l'épuisement, et les caractéristiques de l'unité et de l'hôpital ainsi que les composantes de l'environnement infirmier. Sur les 722 patients atteints du SIDA qui ont été admis dans les unités et qui sont restés au moins 3 jours, et donc éligibles à l'enquête, 621 (86%) ont accepté d'être interviewés. L'entrevue avec le patient a fourni des informations sur la satisfaction du patient avec des soins infirmiers, le processus de mesures de soins, et des informations personnelles telles que l'histoire et les préférences concernant les soins médicaux.</i></p>
Considérations éthiques	<ul style="list-style-type: none"> • Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ? • L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ?
Devis de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ? la méthode de recherche choisie est-elle conciliable avec les outils de collecte des données proposés ? <p><i>Il s'agit d'une étude mixte, car on retrouve</i></p>

	<p><i>différentes échelles (NWI-R et MBI) pour évaluer différentes variables concernant les infirmières ainsi que l'échelle de satisfaction La Monica-Oberst pour identifier le taux de satisfaction des patients en plus des données recueillies lors des interviews.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ? <p><i>Oui, grâce à l'utilisation de différentes échelles de mesures (voir ci-dessous), ainsi que les interviews aux patients.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Le choix du devis permet-il de respecter les critères scientifiques ? (Véracité-applicabilité-consistance-Neutralité) • La méthode de recherche proposée est-elle appropriée à l'étude du problème posé ? • Y a-t-il suffisamment de temps passé sur le terrain et auprès des participants ? <p><i>L'étude reprend des données de 1991.</i></p>
<p>Modes de collectes de données</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ? <p><i>L'environnement de travail infirmier a été mesuré à partir de 3 sous-échelles du Revised Nursing Work Index qui a été présenté comme ayant une grande fiabilité et validité. Les sous-échelles du NWI-R utilisées pour caractériser l'environnement de travail infirmier étaient : 1) l'adéquation de la dotation, une sous-échelle de quatre éléments reflétant les rapports de la mesure dans laquelle leurs unités disposent d'un personnel suffisant pour accomplir le travail des infirmières, de fournir des soins de qualité, et de passer suffisamment de temps avec les patients; 2) le soutien administratif, une sous-échelle de cinq éléments reflétant un niveau de leadership favorable, la</i></p>

	<p><i>prise d'initiatives et la prise de décisions ; et 3) la relation infirmières-médecins, une sous-échelle de trois éléments qui reflète la qualité des relations entre les infirmières et les médecins.</i></p> <p><i>Le Maslach Burnout Inventory (MBI), composé de 22 items, a été utilisé pour opérationnaliser trois dimensions de l'épuisement : l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation et l'accomplissement personnel. Les éléments qui sont additionnés pour créer les sous-échelles sont 7 points de type Likert qui vont de 0 = jamais à 6 = tous les jours, les scores plus élevés reflètent un plus grand degré d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et d'accomplissement personnel. Dans les analyses, l'épuisement professionnel de l'infirmière est utilisé pour prédire la satisfaction des patients. La fiabilité et la validité des sous-échelles MBI ont été bien établies par les chercheurs.</i></p> <p><i>La satisfaction des patients a été mesurée en utilisant une version de 21-items de La Monica-Oberst Patient Satisfaction Scale (LOPSS) qui a été légèrement modifiée pour inclure les éléments pertinents pour la population des patients atteinte de SIDA. Les patients ont été invités à indiquer sur une échelle de 4 points s'ils sont en accord ou en désaccord avec chacun des 21 items qui reflètent les dimensions de la satisfaction (par exemple, «les infirmières font des suggestions utiles.»). La mesure de satisfaction avait une grande fiabilité (l'alpha de Cronbach = 0,93).</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Les questions de recherche ont-elles été bien posées ou les observations du phénomène, bien ciblées ? Ont-elles été rigoureusement consignées par la suite ? • L'auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ?
--	--

	<ul style="list-style-type: none"> • La procédure expérimentale est-elle cohérente avec les outils mesurés ?
Conduite de la recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Le processus de collecte des données/enregistrement est-il décrit clairement ? <p><i>Les données ont été recueillies grâce aux différents outils de mesure, tels que le NWI-R, le MBI et le LOPSS, ainsi qu'un certain nombre de caractéristiques des infirmières et des patients ont été contrôlées dans ces analyses. En effet, ils ont enregistré le sexe, la race et l'âge des infirmières, ainsi que le nombre d'années d'expérience, et la durée pendant laquelle elles avaient travaillé dans l'unité actuelle. Le sexe, l'âge et la race des patients ont également été enregistrés dans l'analyse de la satisfaction des patients, de même que les facteurs de risque du SIDA et la mesure de la gravité de la maladie. Les facteurs de risque sont : les relations homosexuelles, l'usage de drogues par voie intraveineuse ou les rapports hétérosexuels avec des partenaires à haut risque. Les mesures de la sévérité de la maladie inclut une mesure de l'état fonctionnel, Global Activities of Daily Living (Global ADL), qui comprend 4 catégories allant de 1 = auto-soins à 4 = nécessite une assistance totale. Une deuxième mesure de la sévérité de la maladie évalue les déficits physiologiques en utilisant le Clinical AIDS Prognostic Staging (CAPS) système, qui catégorise la gravité de la maladie en 4 étapes en fonction du nombre des déficits physiologiques d'un patient. Tant les mesures de l'ADL mondiale et du CAPS ont été traités comme des mesures d'intervalle avec des scores plus élevés reflétant une plus grande gravité de la maladie.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ?

	<ul style="list-style-type: none"> • Si l'étude comporte une intervention (variable indépendante), celle-ci est-elle clairement décrite et appliquée de façon constante?
Analyse des données	<ul style="list-style-type: none"> • Les méthodes d'analyse sont-elles décrites ? <p><i>Les chercheurs fournissent une première information descriptive pour les 20 hôpitaux et les 40 unités de cette étude, et pour les infirmières et les patients qui ont été échantillonnés à partir de ces hôpitaux et ces unités. Ensuite, ils montrent les résultats. Des modèles de régression logistique qui estiment les effets directs de l'environnement de pratique infirmière sur l'épuisement professionnel et les intentions de quitter leur emploi avant et après ajustement ou le contrôle des caractéristiques des infirmières individuelles. Enfin, ils montrent les résultats des modèles de régression logistique qui évaluent les effets de l'environnement de travail et les niveaux globaux ou agrégés de l'épuisement professionnel sur chaque unité et sur la satisfaction des patients avant et après les caractéristiques des patients.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ? • Le résumé des résultats est-il compréhensible et met-il en évidence les extraits rapportés ? • Les thèmes font-ils ressortir adéquatement la signification des données ? <p><i>Les modèles de régression logistique que présentent les chercheurs impliquent la conceptualisation des environnements de travail des soins infirmiers, des résultats sur les infirmières et les patients, et l'estimation des différences entre les unités avec des environnements bons, mixtes et pauvres. Ils ont</i></p>

	<p><i>choisi ces procédures simplement en raison de la facilité avec laquelle elles leur permettent de transmettre leurs résultats. Les modèles de régression linéaire, qui traitaient de l'environnement de travail des infirmiers et les différentes variables dépendantes des mesures continues, ont également été équipés et étaient décidément similaires. Les modèles linéaires hiérarchiques ont également été utilisés pour estimer les effets de l'environnement de travail sur les différentes variables dépendantes, et là aussi les résultats étaient très similaires. Toutes les analyses ont été effectuées en utilisant un logiciel statistique STATA version 7.56.</i></p>
RESULTATS	
<p>Présentation des résultats</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures, graphiques ou modèles ? <p><i>Les caractéristiques des hôpitaux et des unités de l'échantillon sont présentées dans le tableau 1. Les informations sur les infirmières interrogées sont présentées dans le tableau 2. Dans le tableau 3, on retrouve les informations sur les patients atteints du SIDA. Le tableau 4 présente les deux rapports de cotes ajustés et non ajustés et 95% des intervalles de confiance estimant les effets de l'environnement de travail infirmier sur les trois échelles de l'épuisement professionnel et sur les intentions de quitter leur emploi. Le tableau 5 présente les ratios non ajustés et ajustés, et 95% d'intervalles de confiance estimant les effets des différentes dimensions de l'épuisement professionnel, et l'effet de l'environnement de travail sur les probabilités de déclarer «élevée» la satisfaction des patients.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Les thèmes ou les modèles sont-ils

	<p>logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif ? <p><i>Dans cette étude, le recensement quotidien à travers les 40 unités de l'hôpital était en moyenne de 26 patients, et les unités étaient raisonnablement bien dotées en personnel. C'est-à-dire que chaque infirmière, en moyenne, prend en soin un peu plus de 4 patients. Les infirmières diplômées représentaient 71% de l'ensemble du personnel infirmier en moyenne dans les 40 unités, bien que cela varie de moins de 50% dans certaines unités à plus de 90% dans d'autres.</i></p> <p><i>83% des infirmières était des femmes et près de la moitié d'entre elles était blanches; les infirmières noires représentaient plus d'un quart de l'échantillon d'infirmières. L'âge moyen de ces infirmières était de 35 ans, l'infirmière avait travaillé en moyenne pendant 10 ans dans en soins infirmiers et dans l'unité actuelle depuis 4 ans. Plus d'un tiers des infirmières désire quitter leur emploi dans l'année qui suit, et les niveaux d'épuisement sont moyens. À savoir, l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation et l'accomplissement personnel, tels que rapportés par le MBI, sont dans la gamme « moyenne » pour les professionnels de la santé.</i></p> <p><i>88% des patients était de sexe masculin, un peu plus de la moitié était des blancs et leur âge moyen était de 37 ans. Le facteur de risque le plus commun présent chez ces patients était les relations homosexuelles (69%), même si une partie importante des patients (28%) était des utilisateurs de drogues injectables. Au moment de leur séjour à l'hôpital, 43% des patients requiert au moins une certaine assistance dans les activités de la vie quotidienne, et 41% des patients était à des stades 3 ou 4 de la Prognostic</i></p>
--	---

	<p><i>AIDS Clinical Staging mesure. La satisfaction moyenne envers les soins infirmiers dans l'échantillon des patients était de 63. Dans les analyses de la satisfaction des patients, ils comparent les patients dont les scores étaient plus élevés que cela, et les patients dont les scores étaient plus faibles pour enregistrer une satisfaction générale.</i></p> <p><i>Avant l'âge, le sexe, la race et l'expérience des infirmières, il semblerait que l'épuisement émotionnel et l'intention de quitter leur emploi sont affectés par l'environnement de travail. Dans ces modèles, la variable de l'environnement de travail est traitée comme ordonnée et linéaire dans son effet, parce que les analyses supplémentaires ont indiqué que la contrainte linéaire était appropriée. Cela signifie que les probabilités d'avoir des moyennes élevées de l'épuisement émotionnel, de la dépersonnalisation, et une plus grande probabilité de vouloir quitter son emploi, sont plus faibles dans les unités avec de bons environnements que dans des unités avec des environnements mixtes, et encore plus présentes dans les unités avec des environnements pauvres. Cela explique des différences entre les infirmières sur les unités avec des environnements bons, mixtes et pauvres. Les infirmières avec de bons environnements sont seulement entre un tiers et la moitié moins susceptibles que des infirmières avec de mauvais environnement, d'être exposées à de l'épuisement émotionnel élevé, de la dépersonnalisation élevée et l'intention de quitter leur emploi dans la prochaine année. Les inverses de ces rapports nous informent, à l'inverse, que les infirmières dans les unités avec des environnements pauvres sont entre 2 et 3 fois plus susceptibles que les infirmières des unités avec de bons environnements d'être exposées à</i></p>
--	---

	<p><i>ces traits.</i></p> <p><i>Avant et après ajustement pour le sexe des patients, l'âge, la race, les facteurs de risque et la gravité de la maladie, il en ressort que les niveaux d'épuisement émotionnel et de l'accomplissement personnel qui caractérisent les infirmières sur les différentes unités, ont des effets significatifs sur la satisfaction des patients. Les patients sur les unités avec des niveaux d'épuisement émotionnel chez les infirmières plus élevé que la moyenne ne sont que moitié moins susceptibles d'être très satisfaits de leurs soins que les patients des unités avec un plus faible taux d'épuisement émotionnel. Alors que les patients dans les unités où les infirmières ont un niveau d'accomplissement personnel supérieur à la moyenne sont deux fois plus susceptibles d'être très satisfaits de leurs soins que ceux des unités avec un taux inférieur à la moyenne d'accomplissement personnel.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • L'auteur a-t-il fait évaluer les données par les participants ou par des experts ?
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou hypothèses ? <p><i>Cette étude a démontré empiriquement que l'épuisement professionnel des infirmières, tel que mesuré par des sentiments d'épuisement émotionnel et le manque d'accomplissement personnel, est un facteur important qui influe sur la façon dont les patients sont satisfaits de leurs soins. Les caractéristiques modifiables des environnements de travail qui induisent l'épuisement émotionnel des infirmières et l'insatisfaction des patients ont été identifiées, à savoir : la dotation en personnel adéquat, le soutien administratif pour la pratique des soins</i></p>

	<p><i>infirmiers et de meilleures relations entre les infirmières et les médecins.</i></p> <p><i>Même si nous savons que le sentiment d'accomplissement personnel des infirmières est important pour la satisfaction des patients, ce travail de recherche à ce jour ne révèle pas les caractéristiques organisationnelles qui tiennent compte des perceptions de l'accomplissement.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet ? Sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ? • L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses ? • Les limites de l'étude ont-elles été définies ? • Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ? • Soulève-t-on la question du caractère transférable des conclusions ?
<p>Conséquences et recommandations</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ? L'auteur a-t-il précisé les conséquences des résultats ? <p><i>Les implications les plus évidentes de ces conclusions sont que les changements dans les milieux de travail hospitaliers des infirmières semblent offrir la possibilité d'améliorer simultanément la satisfaction des patients et de stabiliser la main-d'œuvre infirmière, parce que les infirmières émotionnellement épuisés sont beaucoup plus susceptibles de déclarer des intentions de quitter leur emploi.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • L'auteur fait-il des recommandations/applications pour la pratique et les recherches futures ? <p><i>Bien que cet article a fourni de nouvelles</i></p>

	<p><i>informations sur la nature de la relation entre les caractéristiques organisationnelles de l'environnement de pratique, l'épuisement professionnel des infirmières, la satisfaction des patients et le lien entre l'épuisement professionnel et la satisfaction des patients, des recherches futures seront nécessaires pour mieux comprendre les mécanismes de causalité qui pointent des caractéristiques organisationnelles et les résultats. Plus de recherches sont nécessaires sur la façon dont les caractéristiques des organisations affectent le processus de soins infirmiers et les interrelations entre les processus de soins infirmiers et les résultats.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions ? <p><i>Cette étude a démontré l'importance des caractéristiques modifiables de l'organisation de l'hôpital pour déterminer la satisfaction des patients vis-à-vis des soins ainsi que l'épuisement professionnel des infirmières et l'intention de quitter leurs emplois. La nature cyclique des pénuries de personnel infirmier demande une force constante pour des changements permanents dans les environnements de pratique. Nos résultats renforcent la nécessité d'un changement dans l'environnement de travail ; cela permettrait à la fois de réduire des niveaux élevés d'épuisement professionnel ainsi que le risque d'augmentation du chiffre d'affaires, tout en maintenant la satisfaction des patients à l'égard des soins.</i></p>
--	--

Vahey, D. C., Aiken, H. L., Sloane, M. D., Clarke, P. S., & Vargas, D. (2004). Nurse Burnout and Patient Satisfaction. *National institutes of health*, 42 (2), 1157 – 1166. (Trad. libre)

Grille de Fortin 4 : Relationships among leadership practices, work environments, staff communication and outcomes in long-term care

<p>Titre</p>	<ul style="list-style-type: none"> Le titre précise t'il clairement les concepts clés et la population a l'étude ? <p><i>Titre : « Les relations entre les pratiques de leadership, l'environnement de travail, la communication du personnel et l'efficacité des soins de longue durée. »</i></p> <p><i>Le titre précise les concepts clés qui sont les pratiques de leadership, l'environnement de travail, la communication et les soins aigus. Néanmoins, le titre ne précise pas directement la population, il précise seulement le contexte de soins de longue durée, on peut en déduire alors la population qui serait les soignants.</i></p>
<p>Résumé</p>	<ul style="list-style-type: none"> Le résumé synthétise clairement le résumé de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ? <p><i>Le résumé présente le but, la méthode, les résultats et la conclusion de la recherche.</i></p> <p><i>Dans la partie méthodes, la manière (outils) dont les soignants ont été questionnés n'est pas décrite.</i></p> <p><i>« But de la recherche : Examiner le rôle des relations au travail à travers ; la satisfaction au travail et l'intention de quitter la profession. En effet il est supposé que les relations humaines ont un impact sur l'environnement de travail et sur l'organisation ainsi que la satisfaction au travail et la non intention des professionnels de quitter la profession sont des résultats importants de l'organisation.</i></p> <p><i>Méthodes : 675 infirmiers et autres personnels de 26 établissements de soins de longue durée ont été interrogés sur l'environnement de travail, les relations dans le groupe de travail, la satisfaction au travail et l'intention de démissionner.</i></p>

	<p><i>Résultats : Une grande satisfaction au travail a été associée à un bas niveau d'épuisement émotionnel, à l'empowerment global et psychologique élevé, à un soutien organisationnel élevé, à une plus forte cohésion de groupe de travail et à un niveau élevé d'accomplissement personnel.</i></p> <p><i>Une intention de démissionner élevée a été associée à un bas niveau de satisfaction au travail, un épuisement émotionnel plus élevé, plus de possibilités d'emploi à l'extérieur, une faible cohésion du groupe de travail, un bas niveau d'accomplissement personnel et un plus haut niveau de dépersonnalisation.</i></p> <p><i>Conclusion : Aucune relation n'a été trouvée entre les pratiques de leadership, la satisfaction au travail et l'intention de quitter la profession. Le renforcement des relations de groupe de travail, un plus fort sentiment d'accomplissement personnel et un bas niveau d'épuisement émotionnel ont des effets directs sur l'augmentation de la satisfaction au travail en réduisant l'intention de démissionner. Pour retenir le personnel de soins de longue durée, l'attention devrait être accordée à la promotion de la cohésion du groupe de travail, en soutenant l'accomplissement personnel des employés et en minimisant l'épuisement professionnel du personnel. »</i></p>
--	--

INTRODUCTION

Problème de la recherche	<ul style="list-style-type: none"> Le problème/phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit ? Que s'agit-il d'étudier ? <p><i>« Tout d'abord, nous avons examiné les déterminants hypothétiques de la satisfaction au travail : l'épuisement professionnel, la cohésion du groupe de travail, la communication de groupe de travail, le soutien organisationnel perçu, l'empowerment psychologique, les conditions favorables à l'efficacité du travail, l'empowerment général et les pratiques de leadership. Deuxièmement, nous avons examiné les déterminants de l'intention de démissionner et inclus les mêmes variables</i></p>
---------------------------------	--

	<p><i>prédictives comme ci-dessus et proposé deux autres variables: la satisfaction professionnelle générale et des possibilités d'emploi à l'extérieur. Les objectifs de cette étude étaient de faire le point sur les caractéristiques environnementales des soins de longue durée (CHSLD) et de tester les modèles hypothétiques ainsi que leur influence sur deux résultats organisationnels dans les établissements de soins de longue durée: la satisfaction et l'intention de démissionner ».</i></p> <p><i>Le problème à l'étude n'est pas explicité directement et clairement, au départ nous ne comprenons pas sur quoi veulent partir les auteurs. Les auteurs présentent séparément les études déjà faites concernant les concepts sur lesquels ils souhaitent travailler, sans même les introduire. C'est seulement à la fin de la présentation de ces études que les auteurs explicitent brièvement le but de la recherche sans directement définir la problématique. Néanmoins, nous pouvons deviner la problématique à travers les études présentées et le but de la recherche.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Le problème/phénomène est-il pertinent /approprié dans le contexte des connaissances actuelles ? <p><i>Le phénomène est pertinent et approprié dans le contexte des connaissances actuelles, puisque qu'il y a de plus en plus d'épuisement professionnel et de soignants ayant l'intention de démissionner. Il existe notamment plusieurs recherches récentes que les auteurs reprennent aussi dans l'introduction (voir ci-dessous).</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Le problème/phénomène a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ? Les postulats sous-jacents à l'étude sont-ils précisés ? <p><i>Le phénomène a une signification dans les soins. Comme dit ci-dessus, le taux d'épuisement professionnel augmente et le taux de démissions aussi. Le but de l'étude était de déterminer les facteurs influençant la</i></p>
--	--

	<p>satisfaction au travail et la démission. Donc connaissant ces facteurs, il serait aussi plus facile de trouver des "solutions" à ces problématiques et favoriser la satisfaction au travail en diminuant ainsi le taux de démission.</p>
Recension des écrits	<ul style="list-style-type: none"> • Une recension a-t-elle été entreprise ? <p><i>Oui une recension a été entreprise ;</i></p> <p><i>« Epuisement professionnel: Les infirmiers et les fournisseurs de soins de santé sont à un risque accru de l'épuisement professionnel (van den Tooren& de Jonge 2008). Dans une étude néerlandaise, chez les infirmiers à domicile, l'épuisement émotionnel est supérieur par rapport aux personnels de soins hospitaliers (van den Berg et al., 2006).</i></p> <p><i>Cohésion et communication du groupe de travail : Il a été démontré que le personnel des maisons de repos et le personnel administratif ont une meilleure communication, meilleure cohésion d'équipe et meilleures pratiques leadership que le personnel de soins direct. De plus, il a été trouvé que les aides-infirmiers ont de plus faibles notes sur la communication et le travail d'équipe. (Forbes-Thompson et al., 2006).</i></p> <p><i>Empowerment, conditions d'efficacité au travail et le soutien organisationnel : Selon la théorie de l'empowerment de Kanter (1993), les employés doivent avoir accès à l'information, au soutien et aux ressources et opportunités de développer l'empowerment dans l'accomplissement de leur travail.</i></p> <p><i>DeCicco et al. (2006) ont exploré la perception de l'empowerment, le respect des infirmiers et leurs effets sur l'engagement organisationnel à Ontario dans les soins de longue durée. Ils ont constaté que les infirmiers ont signalé des niveaux modérés d'empowerment psychologique et structurel, du respect et l'engagement organisationnel. Les infirmiers qui ont eu accès à des structures de travail favorisant l'empowerment étaient satisfaits de leur travail.</i></p> <p><i>De même, Li et al. (2008) ont rapporté des preuves de</i></p>

	<p>niveaux modérés de l'empowerment psychologique et structurel chez les infirmiers travaillant à Taiwan. Hollinger-Smith et Ortigara (2004) ont étudié les infirmiers qui travaillent aux États-Unis et ont constaté qu'une grande partie du personnel infirmier considère les caractéristiques des milieux de travail comme excellentes ou supérieures à la moyenne, incluant l'empowerment au travail (50%), l'efficacité des pratiques de leadership (évalué 60%), le climat organisationnel (57%) et l'efficacité au travail (92%).</p> <p>Temkin-Greener et al. (2009) ont étudié les relations entre les milieux de travail et l'efficacité de travail perçue chez le personnel travaillant à New York. Ils ont rapporté que l'efficacité de travail perçue plus élevée a été associée à de nombreuses années d'expérience dans l'établissement, une plus longue expérience professionnelle, aux styles de gestion collégiaux, aux meilleures conditions de travail et au faible taux de démission.</p> <p>McGilton et al. 2007 ont examiné le soutien perçu des superviseurs par les aides-soignants en Ontario. Ils ont indiqué que les scores de soutien de supervision étaient de modérés à modérément élevés (moyenne = 60,4; intervalle théorique = 15-75).</p> <p><i>Leadership/supervision :</i></p> <p>Scott-Cawiezell et al. (2004) ont constaté que les perceptions et les évaluations des pratiques de leadership chez les infirmiers varient entre les différents groupes de rôles de travail. Ils ont indiqué que les infirmiers, par rapport à d'autres groupes de professionnel, perçoivent les pratiques de leadership de manière plus faible en termes de clarté des attentes, d'encouragement, d'initiative et de soutien.</p> <p>McGillis Hall et al. (2005) ont examiné les relations de soutien entre le personnel infirmier et les superviseurs dans les établissements de soins de longue durée en Ontario et ont signalé que le personnel infirmier a identifié les facteurs suivants pour les comportements des superviseurs de soutien: La communication du</p>
--	---

	<p>superviseur, la rétroaction, les connaissances du superviseur et le contrôle de celui-ci.</p> <p><i>La satisfaction au travail et les déterminants :</i> Hollinger-Smith et Ortigara (2004) ont rapporté que 79% du personnel infirmier dans les organisations de soins de longue durée ont évalué leur satisfaction au travail comme excellente ou au-dessus de la moyenne. Dans une étude sur la satisfaction au travail du personnel dans les maisons de soins infirmiers en Pennsylvanie, Castle et al. (2006) ont constaté que le personnel était satisfait de son travail et de ses collaborateurs, mais moins satisfait concernant les possibilités de promotion, les supérieurs et la rémunération. Kuokkanen et al. (2003) ont supposé l'existence de trois facteurs influençant la satisfaction de l'emploi: le professionnalisme, les relations de soins avec les patients et l'environnement de travail. Les facteurs liés au travail, y compris le soutien des superviseurs, la cohésion du travail de groupe, la variété du travail et de l'autonomie, ont expliqué la variance de la satisfaction au travail chez les infirmiers aux USA à plus de 40% (Kovner et al., 2006). McGilton et al. (2007b), ont constaté que la satisfaction au travail vis-à-vis du superviseur a augmenté lorsque le soutien de ce dernier est perçue comme étant élevé. L'empowerment comme un prédicateur de la satisfaction au travail a été soutenu dans un certain nombre d'études dans d'autres secteurs de soins de santé (Laschinger et al., 2001a, b, c, d, Larrabee et al., 2003) et une preuve similaire a été trouvée dans des établissements de soins de longue durée. Dans une étude portant sur la relation entre l'empowerment psychologique, la qualité du service et la satisfaction au travail dans les maisons de soins infirmiers, Kostiwa et Meeks (2009) les auteurs ont rapporté que la perception de l'empowerment et la qualité du service chez les infirmiers ont été fortement et positivement liés à la satisfaction au travail.</p> <p><i>La démission et ses déterminants :</i> Selon une enquête aux USA les facteurs suivants affectent l'intention des infirmiers à rester dans leur emploi : le salaire bas, des</p>
--	--

	<p><i>problèmes liés aux conditions de travail, nombre élevé de patients et les problèmes avec les superviseurs (Stearns & D Arcy 2008?). Anderson et al. (2004) ont constaté que les caractéristiques de l'installation, les caractéristiques administratives, les variables d'allocation des ressources et la direction des soins infirmiers expliquent la démission enregistrée dans un échantillon au Texas. Ils ont conclu que les gestionnaires peuvent influencer l'intention de quitter l'emploi en abordant les modèles climatiques, la communication, ainsi qu'en encourageant des pratiques de leadership. Dans certaines études, la satisfaction générale de l'emploi a été explorée comme un prédicateur de l'intention de quitter l'emploi. Parsons et al. (2003) ont constaté que la satisfaction augmente et l'intention de quitter diminue si il y a des récompenses liées aux tâches, les récompenses sociales et la supervision. Dans cette étude, nous avons supposé et testé deux modèles expliquant l'influence que les caractéristiques de l'environnement de travail ont sur la satisfaction au travail (figure 1) et l'intention de démission (Figure 2) chez les infirmiers et autres personnels travaillant à Ontario dans les établissements de soins à longue durée. »</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ? <i>La recension fournit une synthèse du problème, mais les auteurs ne font pas leur propre synthèse des recensions et ne définissent pas eux-mêmes la problématique.</i> • La recension des écrits vous semble-t-elle présenter une base solide pour l'étude ? L'auteur présente-il l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème à l'étude ? <i>La recension semble présenter une base solide, plusieurs études récentes (moins de 10 ans, 15 ans) de différents auteurs ont été présentées.</i>
--	--

	<ul style="list-style-type: none"> • La recension présente t'elle des sources primaires ? <p><i>La recension présente des sources primaires comme présentées ci-dessus.</i></p>
Cadre de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Les concepts clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ? Est-il justifié et décrit de façon adéquate ? <p><i>Les concepts clés sont mis en évidence ; Epuisement professionnel, Cohésion et communication du groupe de travail, l'empowerment, conditions d'efficacité du travail, le soutien organisationnel, Leadership/supervision, la satisfaction au travail et ses déterminants, la démission et ses déterminants. Néanmoins, les concepts ne sont pas définis sur le plan conceptuel, ni justifiés ou décrits de façon adéquate. Ils sont seulement mis en évidence, accompagnés de la présentation des études liées déjà existantes.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Est-ce que les concepts clés s'inscrivent-ils dans un cadre de référence ? Est-il lié au but de l'étude ? Les bases philosophiques et théoriques ainsi que la méthode sous-jacente sont-elles explicitées et appropriées à l'étude ? <p><i>Les concepts clés s'inscrivent dans un cadre de référence (voir ci-dessus) et sont liés au but de l'étude. Néanmoins, les bases philosophiques, théoriques et la méthode sous-jacente ne sont pas explicitées.</i></p>
Buts et question de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ? <p><i>Le but de l'étude est énoncé de façon claire ; Les objectifs de cette étude étaient de faire le rapport sur les caractéristiques environnementales des soins de longue durée (CHSLD) et de tester les modèles hypothétiques ainsi que leur influence sur deux résultats organisationnels dans les établissements de soins de longue durée: la satisfaction de l'intention de démissionner.</i></p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont-elles clairement énoncées ? <i>La population à l'étude n'est pas clairement énoncée mais sachant que l'étude vise les établissements de soins de longue durée et que la recension des écrits concerne les infirmiers, on devine que cela concerne les soignants, mais on ne sait pas quelle population exactement.</i> • Les questions de recherche ou les hypothèses reflètent-elles le contenu de la recension des écrits et découlent-elles logiquement du but ? Traitent-elles de l'expérience des participants, des croyances, des valeurs ou des perceptions ? <i>Les questions de recherche reflètent le contenu de la recension des écrits mais les auteurs ne font pas une synthèse directe du lien existant entre leur question de recherche et la recension des écrits.</i> • Les variables reflètent-elles les concepts précisés dans le cadre de recherche ? <i>Les variables reflètent les concepts précisés dans le cadre de recherche.</i> • Les questions s'appuient-elles sur des bases philosophiques, sur la méthode de recherche sous-jacente ou sur le cadre conceptuel ou théorique ? <i>Les questions s'appuient seulement sur les études préexistantes.</i>
METHODE	
Population échantillon	et <ul style="list-style-type: none"> • La population visée est-elle définie de façon précise ? L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ? la méthode utilisée pour accéder au site ou recruter les participants est-elle appropriée ? <i>Les infirmiers et d'autres membres du personnel (par exemple non-professionnels, professionnels de</i>

la santé et les gestionnaires) dans 26 établissements d'Ontario (dans toutes les parties de la province de l'Ontario ; urbain, rural, est, ouest, nord et sud) de soins de longue durée. En tout, 675 membres du personnel de soins ont été inclus à l'enquête. Ils ont dû remplir un questionnaire qui a été distribué par des assistants de recherche sur chaque site.

Les "autres membres" du personnel ne sont pas décrits plus précisément dans la méthode mais sont décrits dans les résultats : 111 infirmiers ; 119 infirmiers auxiliaires ; 107 dirigeants et gestionnaires, comme les infirmiers en pratique avancée, les éducateurs et les chefs d'équipe (15,9%) ; 305 professionnels du personnel de soutien tels que les travailleurs de soutien personnel, les aides, l'entretien ménager et le personnel de bureau (45,2%) ; 33 professionnels de la santé tels que les ergothérapeutes et les physiothérapeutes, les travailleurs sociaux, les diététiciens... (4,9%).

La méthode pour accéder aux sites n'est pas décrite, nous avons seulement l'information que les assistants de recherche étaient sur place lors de l'enquête.

- Dans le plan d'échantillonnage, l'auteur a-t-il envisagé des moyens d'accroître la représentativité de l'échantillon ? La méthode d'échantillonnage utilisée a-t-elle permis s'ajouter des renseignements significatifs et d'atteindre les objectifs visés ? Est-elle justifiée sur la base statistique ou par une saturation des données ?

L'auteur n'a pas envisagé des moyens d'accroître la représentativité de l'échantillon. La méthode d'échantillonnage n'est pas détaillée, mais on peut dire qu'elle ajoute des renseignements significatifs et permet d'atteindre les objectifs visés car l'étude a été faite sur plusieurs établissements de soins de

	<p><i>longues durée et ce dans différentes régions de la province de l'Ontario.</i></p> <p><i>La méthode d'échantillonnage n'est pas justifiée sur la base statistique ou par saturation des données.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle justifiée sur une base statistique ? <p><i>Nous n'avons pas d'indication sur les raisons du choix de la taille de l'échantillon ; elle n'a donc pas été justifiée non plus.</i></p>
Considérations éthiques	<ul style="list-style-type: none"> • Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ? <p><i>On peut dire que les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont adéquats car l'approbation éthique pour cette étude a été obtenue par l'Université de sciences de la santé du Comité d'éthique de la recherche de Toronto. Même si nous n'avons pas plus de précision sur les moyens exacts utilisés par l'université.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ? <p><i>Nous n'avons pas assez d'informations pour déterminer si l'étude a vraiment été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices des participants. Mais puisque le comité d'éthique de l'Université de sciences de la santé de la recherche à Toronto a été sollicité pour l'approbation éthique, nous pouvons conclure que les auteurs de la recherche ont été vigilants à ce sujet.</i></p>
Devis de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ? la méthode de recherche choisie est-elle conciliable avec les outils de collecte des données proposés ?

	<p><i>Le devis permet à ce que l'étude atteigne son but.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ? <p><i>Le devis fournit un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses, car le questionnaire soumis aux personnels contient des questions sur tous les concepts de recherche tels que l'épuisement professionnel, la cohésion et communication du groupe de travail, l'empowerment avec les conditions d'efficacité du travail et le soutien organisationnel, Leadership/supervision, la satisfaction au travail et les déterminants ainsi que la démission et ces déterminants.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Le choix du devis permet-il de respecter les critères scientifiques?(Véracité-applicabilité-consistance-Neutralité) <p><i>Le choix de devis permet de respecter les critères scientifiques ;</i></p> <p><i>La véracité, l'applicabilité, la consistance et la neutralité sont respectées puisque les personnes questionnées sont des personnes concernées par la question de la recherche (employés de soins en longue durée dans divers établissements) et que les instruments utilisés pour mesurer chaque concept sont fiables de par leurs sources et respectent les propriétés psychométriques.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • La méthode de recherche proposée est-elle appropriée à l'étude du problème posé ? <p><i>La méthode de recherche est appropriée à l'étude du problème car comme dit ci-dessus, le questionnaire soumis aux personnels c'est-à-dire à 675 infirmiers et autres personnels de 26 différents établissements d'Ontario, contient des questions sur tous les concepts de recherche tels que l'épuisement professionnel, la cohésion et communication du</i></p>
--	--

	<p><i>groupe de travail, l'empowerment avec les conditions d'efficacité du travail et le soutien organisationnel, Leadership/supervision, la satisfaction au travail et les déterminants ainsi que la démission et ses déterminants. De plus, les instruments utilisés pour mesurer chaque concept sont fiables de par leurs sources et respectent les propriétés psychométriques.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Y a-il suffisamment de temps passé sur le terrain et auprès des participants ? <p><i>Dans l'article, il n'y a pas d'indications concernant le temps passé sur le terrain.</i></p>
Modes de collectes de données	<ul style="list-style-type: none"> • Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ? <p><i>Les outils de mesure sont spécifiques à chaque question et concept, de plus ils sont clairement décrits et permettent alors de mesurer les variables.</i></p> <p><i>L'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation et l'accomplissement personnel ont été mesuré par le Maslach Burnout Inventory de Maslach et al. 1996</i></p> <p><i>La communication et cohésion du groupe de travail ont été mesurées par Work Group Cohesiveness/communication Scale de Riordan&Weatherly 1999</i></p> <p><i>Le soutien organisationnel perçu a été mesuré par PerceivedOrganizational Support Scale de Eisenberger et al. 1986, Rhoades&Eisenberger 2002</i></p> <p><i>L'empowerment psychologique a été mesuré par PsychologicalEmpowermentScale de Spreitzer 1995</i></p> <p><i>Les conditions de travail et l'empowerment global ont été mesurés par Conditions of WorkEffectiveness Questionnaire II de Laschinger et al. 2001d</i></p> <p><i>Les pratiques de leadership ont été mesurées par Leadership Practices Inventory de Kouzes&Posner 2000, Tourangeau &McGilton 2004</i></p> <p><i>La satisfaction générale au travail a été mesurée par</i></p>

	<p><i>General Job Satisfaction Scale de Hackman&Oldman 1975, 1980</i></p> <p><i>L'opportunité de travail à l'extérieur a été mesurée par Single item from Michigan OrganizationalAssessment Questionnaire de Seashore et al., 1983</i></p> <p><i>L'intention de démission a été mesurée par Michigan OrganizationalAssessment Questionnaire de Seashore et al., 1983</i></p> <p><i>Finalement, pour faciliter la compréhension, chaque score de l'échelle, à l'exception des trois sous-échelles de l'épuisement professionnel, ont été marqué en additionnant les scores puis en calculant un score de participant à cette échelle sur 100.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Les questions de recherche ont-elles été bien posées ou les observations du phénomène, bien ciblées ? Ont-elles été rigoureusement consignées par la suite ? <p><i>Les questions de recherches ont été bien ciblées et posées.</i></p> <p><i>Epuisement professionnel : à quelle fréquence des sentiments spécifiques liés à l'emploi ont été éprouvés ?</i></p> <p><i>La communication et la cohésion du groupe de travail : le degré d'attractivité, la volonté de travailler ensemble et de l'engagement à la tâche et la réalisation des objectifs ressentis dans le groupe de travail. Et la mesure dans laquelle les informations sont transmises entre les membres du groupe de travail.</i></p> <p><i>Le soutien organisationnel : la perception du personnel concernant leurs employeurs, la contribution à l'organisation et la préoccupation concernant le bien-être des employés.</i></p> <p><i>L'empowerment psychologique au travail : le sens attribué au travail par le personnel, la compétence qu'ils pensent avoir afin de terminer leur travail comme prévu, le montant de l'autodétermination</i></p>
--	---

	<p><i>qu'ils ont à l'égard de leur travail et l'impact qu'ils croient que leur travail a sur l'organisation et d'autres objectifs.</i></p> <p><i>L'empowerment structurelle: les conditions de travail qui favorisent l'autonomisation des employés pour faire leur travail efficacement, y compris les possibilités, l'information, le soutien etc.</i></p> <p><i>Les pratiques de Leadership : les attitudes observables des dirigeants et leurs comportements tels qu'un soutien aux employés pour leur permettre d'accomplir leur travail de façon efficace.</i></p> <p><i>La satisfaction au travail : l'intention de quitter le travail, opportunité de travail à l'extérieur, le salaire.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • L'auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ? <p><i>Les instruments comme décrits ci-dessus. Ils ont été importés.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • La procédure expérimentale est-elle cohérente avec les outils mesurés ? <p><i>La procédure expérimentale est cohérente avec les outils mesurés car les concepts sont bien précis et les instruments de mesures sont adaptés à ceux-ci et fiables.</i></p>
Conduite de la recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Le processus de collecte des données/enregistrement est-il décrit clairement ? <p><i>Le processus de collecte de données n'est pas clairement décrit, on nous dit seulement que les assistants de recherche étaient sur place lors de l'enquête, que près de 90% des participants ont terminé l'enquête, tandis que les assistants de recherche étaient sur place, mais que certains participants ont également eu l'occasion de terminer l'enquête à un autre moment et ont pu retourner le questionnaire dans une enveloppe adressée et</i></p>

	<p><i>affranchie qui a été fourni.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ? <p><i>Oui les assistants de recherche étaient sur place lors de l'enquête.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Si l'étude comporte une intervention (variable indépendante), celle-ci est-elle clairement décrite et appliquée de façon constante?
Analyse des données	<ul style="list-style-type: none"> • Les méthodes d'analyse sont-elles décrites ? • Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ? • Le résumé des résultats est-il compréhensible et met-il en évidence les extraits rapportés ? • Les thèmes font-ils ressortir adéquatement la signification des données ? <p><i>Les méthodes d'analyse sont décrites, le résumé est compréhensible mais très synthétique, les facteurs susceptibles d'influer sont partiellement pris en compte dans l'analyse. La méthode d'analyse est décrite plus précisément dans la partie des résultats.</i></p> <p><i>« Les analyses ont été effectuées à l'aide de SPSS version 16.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA). Les statistiques descriptives ont été utilisées pour décrire l'échantillon et décrire les réponses regroupées des participants à chaque variable d'étude. L'analyse de variance a été utilisée pour examiner les différences dans les réponses, pour étudier les concepts à travers cinq catégories d'emploi (infirmiers autorisés, infirmiers auxiliaires, les dirigeants, le personnel non professionnel et professionnel de la santé). Des analyses de régression bi variées ont été réalisées pour explorer les relations entre les concepts d'étude. la modélisation de régression a été utilisée pour</i></p>

	<p><i>évaluer l'impact hypothétique que les caractéristiques de l'environnement de travail ont sur chacune des deux variables dépendantes: la satisfaction professionnelle et l'intention de quitter l'emploi. Dans chacun des deux tests de modèles hypothétiques, toutes les variables indépendantes ont été forcées d'entrer dans un modèle de régression. Bien que chacun de ces deux modèles ont expliqué des quantités considérables de la variance dans les variables dépendantes, il était clair que certaines des variables hypothétiques ne l'étaient pas. Par conséquent, la modélisation de régression a été mise en œuvre pour développer plus en détail les relations en matière de soins de longue durée. »</i></p>
RESULTATS	
Présentation des résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures, graphiques ou modèles ? • Les thèmes ou les modèles sont-ils logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène ? • Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif ? • L'auteur a-t-il fait évaluer les données par les participants ou par des experts ? <p><i>Les résultats sont présentés à l'aide d'un texte narratif et de plusieurs tableaux. Les modèles sont logiquement associés entre eux et présentent bien le phénomène.</i></p> <p><i>Néanmoins, dans le texte il n'est pas indiqué si l'auteur a fait évaluer les données par les participants ou experts.</i></p> <p><i>« Une plus grande satisfaction de l'emploi a été associée à un niveau d'épuisement émotionnel bas, l'empowerment global plus élevée, le soutien organisationnel perçu comme plus élevé,</i></p>

	<p><i>l'empowerment psychologique plus élevé, une plus forte cohésion de groupe de travail et la perception plus élevée d'accomplissement personnel. Similaire à ce qui a été trouvé dans le modèle de régression, les quatre variables d'hypothèses trouvées ne doivent pas être directement liées aux soins de longue durée mais à l'épuisement professionnel, à la communication de groupe de travail, les conditions favorables à l'efficacité du travail et les pratiques de leadership soutenant.</i></p> <p><i>Sept variables prédictives ne contribuent pas à l'explication de l'intention de démission, y compris le burnout, la communication de groupe de travail, le soutien organisationnel perçu, l'empowerment psychologique, des conditions favorables à l'efficacité du travail, l'empowerment global et les pratiques de leadership soutenant.</i></p> <p><i>L'intention de rotation du personnel supérieure en soins de longue durée a été associée à une moindre satisfaction générale de l'emploi, l'épuisement émotionnel et professionnel supérieur, les possibilités d'emploi à l'extérieur, une plus faible cohésion du groupe de travail, les perceptions inférieures de l'empowerment personnel et l'épuisement professionnel dépersonnalisant.</i></p> <p><i>Les variables hypothétiques n'ont pas directement été reliées à l'intention de démission dans les équipes de soins de longue durée (la communication en groupe, la perception du support organisationnel, l'empowerment psychologique, etc.)</i></p> <p><i>Le score de satisfaction professionnelle générale moyen rapporté était de 70 sur 100, indiquant qu'en moyenne, les employés étaient satisfaits de leurs emplois. Le groupe leader a signalé un plus haut niveau de la satisfaction de l'emploi (75,5) et le groupe d'infirmiers a rapporté un plus bas niveau de satisfaction au travail (63,6). Il y avait des différences significatives entre les catégories d'emploi. Les dirigeants ont déclaré être</i></p>
--	---

significativement plus satisfaits de leur emploi que les infirmiers. Tant le personnel de soutien non-professionnel et professionnel de la santé a déclaré être plus satisfait avec leurs emplois que les infirmiers. Ces scores indiquent qu'il existe des possibilités de promouvoir une plus grande satisfaction au travail chez le personnel de soins de longue durée. Preuve pour un aperçu sur la façon dont cela pourrait être accompli peut être trouvée dans les résultats des modèles de régression examinant les déterminants de modèle de satisfaction au travail. Les déterminants de test des modèles de satisfaction au travail ont été testés d'abord avant que le modèle des déterminants de l'intention de démission a été testé. Cela a été fait délibérément en raison des preuves à la fois soins de longue durée et d'autres paramètres de l'impact cohérent que la satisfaction professionnelle a sur l'intention de quitter l'emploi. Nous avons constaté que la satisfaction au travail des employés de soins de longue durée est plus élevée quand ils ont signalé des niveaux inférieurs d'épuisement émotionnel, des sentiments d'accomplissement personnel au travail plus élevés, des niveaux plus élevés de l'empowerment, des niveaux plus élevés de l'empowerment psychologique, des niveaux plus élevés de soutien organisationnel et une forte cohésion du groupe de travail. Nous ne trouvons aucune relation entre la satisfaction au travail et d'autres facteurs tels que les sentiments de dépersonnalisation, la communication de groupe de travail, les conditions favorables à l'efficacité du travail et les pratiques de leadership soutenant. Comprendre les déterminants de la satisfaction au travail peut être considéré comme étant sans importance jusqu'à ce que nous reconnaissons l'impact que la satisfaction au travail a sur les autres employés importants et les résultats organisationnels tels que le taux d'intention de

	<p><i>démission.</i></p> <p><i>Le score moyen de l'intention de quitter l'emploi était de 24 sur 100, indiquant que, en moyenne, les employés ont déclaré se sentir à mi-chemin entre un désaccord et légèrement en désaccord qu'ils avaient l'intention de quitter leur emploi au cours de l'année à venir. Le groupe d'infirmier a signalé une intention de démission le plus élevée (30,4) et les professionnels paramédicaux ont rapporté le plus bas niveau(20,3). Lorsque nous avons testé le modèle des déterminants de l'intention de démission, nous avons constaté que l'intention de démission du personnel de soins à long terme a été associée à une moindre satisfaction de l'emploi, un épuisement émotionnel et professionnel plus élevé, un taux élevé de possibilités des postes à l'externe, une plus faible cohésion du groupe de travail, les sentiments inférieurs en empowerment personnel au travail et des sentiments plus élevés d'épuisement professionnel dépersonnalisant. »</i></p>
DISCUSSION	
<p>Interprétations des résultats</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou hypothèses ? <i>Oui les résultats sont interprétés en fonction du cadre de recherche pour chaque question.</i> • Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet ? Sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures? <i>Les résultats sont très rapidement discutés à la lumière d'une autre étude seule à un moment. En comparaison avec les conclusions des autres (Kuokkanen et al. 2003, Parsons et al., 2003), nous n'avons trouvé aucune relation entre le leadership et la satisfaction au travail ou l'intention de</i>

	<p><i>démissionner.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses ? <i>Les conclusions sont conformes aux résultats d'analyse.</i> • Les limites de l'étude ont-elles été définies ? <i>Les limites de l'étude sont définies.</i> <i>« La validité externe ou généralisation des conclusions de l'étude est une limitation potentielle dans cette étude. Les facilités de soins à long terme ont été sélectionnées pour l'inclusion en raison de leur situation géographique et de la volonté de la direction de l'établissement de recevoir l'étude de recherche. En outre, les participants au sein des établissements se sont portés volontaires pour participer. Les deux situations fournissent l'auto-sélection des risques de polarisation considérables. On ne sait pas si les participants sont représentatifs de tous les employés travaillant dans des établissements de soins de longue durée. Les perceptions des non-participants peuvent être semblables ou différentes de celles qui sont exprimées par les participants (Polit & Beck 2004). Une deuxième limite concerne l'inexactitude potentielle des données recueillies. Bien que des efforts ont été entrepris pour sélectionner les instruments qui ont été utilisés précédemment et validées dans des contextes similaires avec divers groupes d'employés, les personnes qui terminent une enquête ne peuvent toujours pas comprendre les éléments de l'enquête ou peuvent choisir de répondre à des éléments d'une manière qui ne reflète pas leurs vraies perceptions (par exemple la désirabilité sociale). Ces inexactitudes potentielles dans les données peuvent menacer la validité interne de l'étude (Polit & Beck 2004). »</i>
--	--

	<ul style="list-style-type: none"> • Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ? <i>Les conclusions écoulent logiquement des résultats.</i> • Soulève-t-on la question du caractère transférable des conclusions ? <i>La question du caractère transférable des conclusions est soulevée notamment dans les limites.</i>
Conséquences et recommandations	<ul style="list-style-type: none"> • Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ? L'auteur a-t-il précisé les conséquences des résultats ? <i>L'étude a permis de démontrer quels sont les déterminants de la satisfaction au travail et l'intention de démission. De plus, elle a permis de démontrer que dans le contexte des soins de longue durée, les infirmiers sont les plus touchés par l'insatisfaction au travail et l'intention de démission et finalement de mettre en évidence qu'il est important de trouver à travers ces déterminants, des stratégies qui permettraient d'améliorer la satisfaction au travail et de diminuer l'intention de démissionner.</i> • L'auteur fait-il des recommandations/applications pour la pratique et les recherches futures ? <i>Les auteurs ne font pas vraiment de recommandations pour la pratique et les recherches futures, ils soulignent juste l'importance de trouver des stratégies promouvant les déterminants de la satisfaction au travail et éliminant en conséquence l'intention de quitter la profession.</i> • Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions ? <i>Les données sont suffisantes pour appuyer les</i>

	<i>conclusions faites par les auteurs.</i>
--	--

Tourangeau, A., Cranley, L., Laschinger, H., & Pachis, J. (2010). Relationships among leadership practices, work environments, staff communication and outcomes in long-term care. *Journal of Nursing Management, 18*, 1060–1072. (Trad. libre)

Grille de Fortin 5 : A human factors framework and study of the effect of nursing workload on patient safety and employee quality of working life

Titre	<ul style="list-style-type: none"> Le titre précise t'il clairement les concepts clés et la population a l'étude ? <p><i>Titre : « Un modèle de facteurs humains et l'étude de l'effet de la charge de travail en Soins Infirmiers sur la sécurité du patient et la qualité de la vie professionnelle de l'employé. »</i></p> <p><i>Le titre précise clairement les concepts clés et la population à l'étude.</i></p>
Résumé	<ul style="list-style-type: none"> Le résumé synthétise clairement le résumé de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ? <p><i>Le résumé synthétise clairement le résumé de la recherche ;</i></p> <p><i>« Problématique : Il est de plus en plus pensé que la charge de travail des infirmiers contribue à la qualité de la vie professionnelle et de la qualité ainsi que la sécurité des soins. Des études antérieures manquent de modèle cohérent pour conceptualiser et mesurer les effets de la charge de travail dans les soins de santé. En revanche, nous avons conceptualisé un modèle des facteurs humains pour la charge de travail spécifiant la charge de travail à trois niveaux distincts d'analyse et ayant de multiples résultats chez les infirmiers et patients.</i></p> <p><i>Méthodes : Pour tester ce modèle, nous avons analysé les résultats d'une enquête transversale d'un échantillon volontaire d'infirmiers dans six unités de soins tertiaires dans les hôpitaux pédiatriques universitaires.</i></p> <p><i>Résultats : Les mesures de la charge de travail étaient généralement corrélées avec les résultats d'intérêt. Un modèle structurel multi variée a</i></p>

	<p><i>révélé que: la mesure du niveau de l'unité de dotation adéquat était significativement liée à l'insatisfaction au travail (voie de chargement = 0,31) et l'épuisement professionnel (voie de chargement = .45); la mesure du niveau de la tâche de la charge mentale au travail liée à des interruptions, l'attention divisée, et le fait d'être précipité a été associé à l'épuisement (chemin de chargement = .25) et des erreurs de médicationvraisemblance (chemin de chargement = 1,04). la charge de travail au niveau de l'emploi n'a pas été uniquement et significativement associée à l'efficacité.</i></p> <p><i>Discussion : Le modèle des facteurs humains de la charge de travail des soins infirmiers a été soutenu par des données provenant de deux hôpitaux pédiatriques. Les résultats ont montré que différents types de charge de travail pourraient avoir une incidence sur l'infirmier et les résultats des patients. Ces résultats suggèrent des recherches plus approfondies et donnent un certain nombre de suggestions concernant les conceptions des facteurs humains. »</i></p>
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Le problème/phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit ? Que s'agit-il d'étudier ? <p><i>Le phénomène à l'étude est clairement formulé et circonscrit.</i></p> <p><i>Plusieurs études ont démontré que la charge de travail excessive en soins infirmiers a une répercussion sur la qualité de vie professionnelle et la qualité des soins.</i></p> <p><i>Les objectifs de l'étude étaient ;</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - de mesurer chacun des trois types de charge de travail vécu par les infirmiers

	<p><i>dans deux hôpitaux pédiatriques.</i></p> <p><i>Sur la base des modèles de facteurs humains de Carayon et Gürses et Karsh et al., les auteurs proposent au moins trois types de charge de travail, résultant de différentes demandes et des ressources. La première concerne la dotation. La deuxième concerne les exigences générales et spécifiques de l'emploi, y compris la quantité générale de travail à faire dans la journée, la difficulté du travail, le niveau de concentration ou d'attention nécessaire pour le faire. Finalement, la troisième qui consiste à la charge de travail liée à la tâche qui se réfère aux exigences et aux ressources pour une tâche spécifique de soins infirmiers, telle que l'administration des médicaments. Les demandes peuvent comprendre la nécessité de se concentrer ou plusieurs tâches, alors que les ressources comprennent la formation, la capacité cognitive, les technologies, le soutien du personnel et plus encore.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>d'évaluer à quelle mesure la charge de travail a une répercussion sur l'insatisfaction au travail des infirmiers et l'épuisement professionnel, la probabilité d'erreur perçue au cours de l'administration des médicaments.</i> <p><i>Chaque type de charge de travail est mesurée d'une manière distincte et chacun peut avoir un impact différent sur les résultats tels que la qualité des soins, la sécurité des patients, le comportement de l'infirmier, l'insatisfaction au travail et l'épuisement professionnel.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Le problème/phénomène est-il pertinent /approprié dans le contexte des connaissances actuelles ?</i> <p><i>Le phénomène est pertinent dans le contexte des connaissances actuelles.</i></p>
--	--

	<ul style="list-style-type: none"> Le problème/phénomène a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ? Les postulats sous-jacents à l'étude sont-ils précisés ? <p><i>Le phénomène a une signification particulière pour la discipline concernée car permet de mettre en évidence les différents types de charges de travail, leurs causes et effets sur la satisfaction au travail, sur la qualité des soins fournis aux patients. Au final, l'étude peut permettre de mettre en évidence les ressources qui peuvent améliorer la charge de travail afin d'améliorer la qualité de vie professionnelle dans les soins et donc la qualité des soins.</i></p>
Recension des écrits	<ul style="list-style-type: none"> Une recension a-t-elle été entreprise ? La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ? La recension des écrits vous semble-t-elle présenter une base solide pour l'étude ? L'auteur présente-il l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème à l'étude ? La recension présente-t-elle des sources primaires ? <p><i>Une recension n'a pas tout à fait été entreprise, les auteurs citent seulement l'étude séminale de Aiken et le modèle des facteurs humains de Carayon, Gürses, Karsh et al, sans vraiment approfondir.</i></p> <p><i>La recension fournit une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche, néanmoins, la synthèse est peu significative au niveau scientifique car la recension est très restreinte.</i></p>
Cadre de recherche	<ul style="list-style-type: none"> Les concepts clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ? Est-il

	<p>justifié et décrit de façon adéquate ?</p> <p><i>Les concepts clés sont mis en évidence mais ils ne sont pas tous définis sur le plan conceptuel ou justifiés de façon adéquate. La charge de travail est bien mise en évidence et définie sur le plan conceptuel. Néanmoins, la qualité de la vie professionnelle ainsi que l'insatisfaction au travail, l'épuisement professionnel et la qualité des soins ne sont pas définis sur le plan conceptuel.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Est-ce que les concepts clés s'inscrivent-ils dans un cadre de référence ? Est-il lié au but de l'étude ? Les bases philosophiques et théoriques ainsi que la méthode sous-jacente sont-elles explicitées et appropriées à l'étude ? <p><i>Puisque tous les concepts clés ne sont pas définis sur le plan conceptuel, seulement une partie des concepts clés dont la charge de travail s'inscrit dans un cadre de référence.</i></p> <p><i>Les concepts clés restent liés au but de l'étude.</i></p> <p><i>Les bases philosophiques ne sont pas explicitées.</i></p>
<p>Buts et question de recherche</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ? <p><i>Le but de l'étude est énoncé de façon claire et concise comme décrit ci-dessus dans la partie "problème de la recherche".</i></p> <p><i>Les objectifs de l'étude;</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>de mesurer chacun des trois types de charge de travail vécu par les infirmiers dans deux hôpitaux pédiatriques.</i> - <i>d'évaluer à quelle mesure la charge de travail a une répercussion sur l'insatisfaction au travail des infirmiers et l'épuisement professionnel, la probabilité d'erreur perçue au cours de l'administration des médicaments.</i>

	<ul style="list-style-type: none"> • Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont-elles clairement énoncées ? <i>Les questions de recherche, les variables clés et la population à l'étude sont clairement énoncées. La population se compose d'infirmiers dans deux hôpitaux pédiatriques.</i> • Les questions de recherche ou les hypothèses reflètent-elles le contenu de la recension des écrits et découlent-elles logiquement du but ? Traitent-elles de l'expérience des participants, des croyances, des valeurs ou des perceptions ? <i>Les questions de recherche reflètent le contenu de la recension des écrits même si celle-ci est très restreinte, et découlent logiquement du but. Elles traitent aussi rapidement de la perception des personnes concernées.</i> • Les variables reflètent-elles les concepts précisés dans le cadre de recherche ? <i>Les variables reflètent les concepts précisés dans le cadre de recherche.</i> • Les questions s'appuient-elles sur des bases philosophiques, sur la méthode de recherche sous-jacente ou sur le cadre conceptuel ou théorique ? <i>Les questions s'appuient rapidement sur une méthode de recherche sous-jacente et un cadre conceptuel qui reste incomplet. Néanmoins, elles ne s'appuient pas sur des bases philosophiques.</i>
--	---

METHODE	
Population échantillon	<p>et</p> <ul style="list-style-type: none"> La population visée est-elle définie de façon précise ? L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ? la méthode utilisée pour accéder au site ou recruter les participants est-elle appropriée ? <p><i>La population visée et l'échantillon sont définis de façon précise. La méthode utilisée pour accéder au site et aux participants est appropriée.</i></p> <p><i>« Les infirmiers enregistrés à plein temps (24 heures par semaine ou plus) dans les unités d'étude étaient éligibles à participer. Les infirmiers provisoires, les infirmiers de flot, ou les infirmiers qui n'ont pas directement fourni de soins aux patients n'ont pas été incluses dans l'échantillon cible, laissant respectivement 203 et 144 infirmiers éligibles dans les hôpitaux A et B. L'étude a été approuvée par un examen du conseil d'administration des deux hôpitaux. Les infirmiers ont été informés et les sondages ont été livrés à la main dans les unités lors de réunions du personnel. Chaque paquet de sondage a été étiqueté individuellement avec le nom des infirmiers et d'un identifiant unique; chacun contenait une lettre personnalisée de couverture, l'enquête, feuille d'information, feuille de consentement, enveloppe-réponse affranchie et 5USD \$ d'incitatif. Les infirmiers ont été invités à remplir le questionnaire sur leur propre temps. Cartes postales de rappel ont été placées dans des boîtes aux lettres des infirmiers après une semaine, suivie d'un nouveau paquet d'enquête 7-10 jours après, et une autre carte de rappel 7-10 jours après. »</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Dans le plan d'échantillonnage, l'auteur a-

	<p>t-il envisagé des moyens d'accroître la représentativité de l'échantillon ? La méthode d'échantillonnage utilisée a-t-elle permis s'ajouter des renseignements significatifs et d'atteindre les objectifs visés ? Est-elle justifiée sur la base statistique ou par une saturation des données ?</p> <p><i>Les auteurs ont envisagé des moyens d'accroître la représentativité de l'échantillon en écartant les infirmiers provisoires, les infirmiers de flot ou les infirmiers qui n'ont pas directement fourni de soins aux patients de l'étude.</i></p> <p><i>La méthode d'échantillonnage a permis d'ajouter des renseignements significatifs et d'atteindre les objectifs, l'échantillon correspond aux personnes concernées et au but de l'étude.</i></p> <p><i>La méthode d'échantillonnage n'est pas justifiée sur la base statistique ou par saturation des données.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle justifiée sur une base statistique ? <p><i>L'article ne présente pas comment la taille de l'échantillon a été déterminée, elle n'est donc pas non plus justifiée sur une base statistique.</i></p>
Considérations éthiques	<ul style="list-style-type: none"> • Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ? • L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ? <p><i>On ne sait pas si des moyens ont été entrepris pour sauvegarder les droits des participants.</i></p>
Devis de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ? la méthode de recherche choisie est-elle conciliable avec

	<p>les outils de collecte des données proposés ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ? • Le choix du devis permet-il de respecter les critères scientifiques ? (Véracité-applicabilité-consistance-Neutralité) • La méthode de recherche proposée est-elle appropriée à l'étude du problème posé ? • Y a-t-il suffisamment de temps passé sur le terrain et auprès des participants ? <p><i>L'étude est basée sur des données d'enquêtes transversales. C'est donc une étude quantitative qui permet d'atteindre son but qui et qui respecte les critères scientifiques.</i></p> <p><i>La méthode de recherche choisie est appropriée à l'étude du problème et est conciliable avec les outils de collecte de données proposées.</i></p> <p><i>Il n'y a pas d'indications sur le temps passé sur le terrain auprès des participants.</i></p> <p><i>« Les infirmiers ont été informés et les sondages ont été livrés à la main dans les unités lors de réunions du personnel. Chaque paquet de sondage a été étiqueté individuellement avec le nom des infirmiers et d'un identifiant unique; chacun contenait une lettre personnalisée de couverture, l'enquête, feuille d'information, feuille de consentement, enveloppe-réponse affranchie et 5USD \$ d'incitatif. Les infirmiers ont été invités à remplir le questionnaire sur leur propre temps. Cartes postales de rappel ont été placés dans des boîtes aux lettres des infirmiers après une semaine, suivie d'un nouveau paquet d'enquête 7-10 jours après, et une autre carte de rappel 7-10 jours après.</i></p> <p><i>Tous les éléments ont subi des procédures d'évaluation approfondie, y compris les</i></p>
--	--

	<p><i>interviews avec les infirmiers pas inclus à l'étude. Les éléments de l'enquête ont été mesurés sur des échelles de type Likert en 7 points allant de 0 à 6, avec les étiquettes de catégorie «pas du tout», "un peu", "certains", "une quantité modérée", "à peu près", "assez", et "beaucoup", ainsi qu'une option pour marquer« ne sait pas ». Les participants ont été invités à réfléchir sur les 30 derniers jours. Les mesures générales et spécifiques de la charge de travail au niveau de l'emploi ont été obtenues, ce dernier portant sur le niveau d'attention de l'emploi et composé de deux sous-échelles très corrélées entre elles qui ont été combinées pour former une seule variable (les résultats étaient presque identiques en utilisant les sous-échelles séparément). Les deux échelles de la charge de travail liée aux tâches ont été développées par les chercheurs sur la base des deux mesures subjectives les plus valides, la NASA-TLX53 et SWAT.54. La tâche d'intérêt était l'administration des médicaments en raison de l'importance de cette tâche en soins infirmiers et de la sécurité des patients. En effet, sur une échelle de 0 à 6, ces mêmes infirmiers ont rapporté que par rapport à toutes les interventions de soins infirmiers, cette tâche a eu un impact de 5,2 (SD = 1,0) sur les résultats des patients. »</i></p>
<p>Modes de collectes de données</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ? • Les questions de recherche ont-elles été bien posées ou les observations du phénomène, bien ciblées ? Ont-elles été rigoureusement consignées par la suite ? • L'auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ?

- La procédure expérimentale est-elle cohérente avec les outils mesurés ?

Les outils de mesures sont clairement décrits et permettent de mesurer les variables. Les questions de recherche sont bien ciblées. Les instruments sont importés et créés. La procédure expérimentale est cohérente avec les outils mesurés.

«Tous les éléments ont subi des procédures d'évaluation approfondie, y compris les interviews avec les infirmiers non inclus à l'étude. Les éléments de l'enquête ont été mesurés sur des échelles de type Likert en 7 points allant de 0 à 6, avec les étiquettes de catégorie «pas du tout», "un peu", "certains", "une quantité modérée", "à peu près", "assez", et " beaucoup", ainsi qu'une option pour marquer« ne sait pas ». Les participants ont été invités à réfléchir sur les 30 derniers jours. Les mesures générales et spécifiques de la charge de travail au niveau de l'emploi ont été obtenus, ce dernier portant sur les demandes d'attention de l'emploi et composé de deux sous-échelles très corrélées entre elles qui ont été combinées pour former une seule variable (les résultats étaient presque identiques en utilisant les sous-échelles séparément). Les deux échelles de la charge de travail au niveau des tâches ont été développées par les chercheurs sur la base des deux mesures subjectives les plus valides de la charge de travail liée aux tâches, la NASA-TLX53 et SWAT.⁵⁴ La tâche d'intérêt était l'administration des médicaments en raison de l'importance de cette tâche en soins infirmiers et de la sécurité des patients. En effet, sur une échelle de 0 à 6, ces mêmes infirmiers ont rapporté que par rapport à toutes les interventions de soins infirmiers, cette tâche a eu un impact de 5,2 (SD = 1,0) sur les résultats des patients.

	<p><i>Finally the analysis was done through a multi-level model ; logit model 72 which was constructed using the MPlus software (Muthén&Muthén, Inc., Los Angeles, CA). »</i></p>
Conduite de la recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Le processus de collecte des données/enregistrement est-il décrit clairement ? • Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ? • Si l'étude comporte une intervention (variable indépendante), celle-ci est-elle clairement décrite et appliquée de façon constante? <p><i>Le processus de collecte de données et les interventions sont clairement décrits. Néanmoins, nous ne savons pas si le personnel qui a recueilli les données était compétent de manière à minimiser les biais.</i></p> <p><i>« Les infirmiers ont été informés sur les paquets d'études et de sondages livrés à la main lors du service, réunions du personnel, ou changement d'équipe. Chaque paquet de sondage a été étiqueté individuellement avec le nom des infirmiers et d'un identifiant unique; chacun contenait une lettre personnalisée de couverture, l'enquête, feuille d'information, feuille de consentement, enveloppe-réponse affranchie et 5USD \$ d'incitatif. Les infirmiers ont été invités à remplir le questionnaire sur leur propre temps. Cartes postales de rappel ont été placés dans des boîtes aux lettres des infirmiers après une semaine, suivie d'un nouveau paquet d'enquête 7-10 jours après, et une autre carte de rappel 7-10 jours après. »</i></p>
Analyse des données	<ul style="list-style-type: none"> • Les méthodes d'analyse sont-elles décrites ? • Les facteurs susceptibles d'influer sur les

	<p>résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le résumé des résultats est-il compréhensible et met-il en évidence les extraits rapportés ? • Les thèmes font-ils ressortir adéquatement la signification des données ? <p><i>Les méthodes d'analyse sont décrites, les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont pris en considération dans l'analyse. Les thèmes font ressortir la signification des données. Néanmoins les résultats ne sont pas résumés à ce niveau.</i></p> <p><i>«Un modèle multi niveaux, logit model 72, a été construit, et les charges de passage ont été évaluées. Les variables exogènes sont des mesures du niveau de l'unité, le niveau d'emploi général, le niveau spécifique du travail, la charge de travail au niveau de la tâche interne et externe. Les variables endogènes étaient l'insatisfaction au travail, l'épuisement professionnel et les risques d'erreurs de médicaments. Les charges de passage entre les trois variables de résultats ont été estimées. Le modèle a été construit en utilisant le logiciel MPlus (Muthén&Muthén, Inc., Los Angeles, CA). Les erreurs types estimées sont pris en compte indépendamment des observations en raison de l'échantillonnage en grappes au sein des unités. Un ajustement statistique a été faite pour les hôpitaux, unités, équipes, le nombre d'heures de travail par semaine, expériences (temps total avec l'employeur actuel) et l'âge. En raison d'un manque de variation dans le sexe, l'origine ethnique, et de l'éducation, ces variables n'ont pas été prises en compte. L'ajout covariable n'a pas changé la tendance des résultats ou des résultats des tests de signification. Ainsi, seules</i></p>
--	---

	<p><i>les valeurs statistiques corrigées des covariables sont signalées. Un critère a priori alpha de .05 a été utilisé. Celui-ci a rapporté des corrélations qui ont été ajustées par l'outil False Discovery Rate (FDR) pour contrer le risque accru d'erreur de type I avec de multiples évaluations statistiques. »</i></p>
RESULTATS	
Présentation des résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures, graphiques ou modèles ? <i>Les résultats sont adéquatement présentés à l'aide de tableaux.</i> • Les thèmes ou les modèles sont-ils logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène ? <i>Les thèmes sont logiquement associés entre eux et représentent bien le phénomène.</i> • Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif ? <i>Les résultats sont résumés par un texte narratif. « Le taux de réponse global était de 57,3%. Par rapport aux infirmiers dans l'enquête de l'échantillon national américain des infirmiers 2004 (NNSRN), 77 infirmiers de l'échantillon étaient un peu plus susceptibles d'être des femmes (NNSRN= 93,8% de femmes), plus susceptibles d'être blanc (NNSRN = 81,2%), jeunes (moyenne NNSRN = 45,4 ans), et travaillant moins d'heures (NNSRN = 43,7). Ces écarts n'étaient pas inattendus, comme dans l'échantillon national, 56,2% des infirmiers travaillaient dans les hôpitaux et seulement 6,5% travaillaient à temps plein avec les patients pédiatriques, et les infirmiers de l'hôpital ont eu</i>

	<p>tendance à différer les autres.</p> <p>12 cas ont été exclus en raison de données manquantes sur des variables clés. 11 autres répondants ont déclaré avoir travaillé moins de 24 heures par semaine, et ont été exclus, leurs données ne changent pas les résultats des analyses. L'échantillon final analysé était de 176: 99 de l'hôpital A, 77 de l'hôpital B.</p> <p>Des mesures de la charge de travail étaient positivement corrélées entre les différents niveaux. L'insatisfaction au travail et l'épuisement professionnel était significativement corrélées, sans être significativement associés à la probabilité d'une erreur de médication. Les corrélations bi variées entre les mesures de la charge de travail et les résultats montrent des relations assez cohérentes entre les deux.</p> <p>Les résultats montrent une relation positive entre la charge de travail externe mentale et le risque d'erreur de médication. Il y avait un effet significatif de l'hôpital sur le risque d'erreurs de médication, de telle sorte que les infirmiers de l'Hôpital B étaient presque deux fois moins susceptibles de signaler une probabilité modérée ou supérieure d'erreurs. Les infirmiers des soins intensifs pédiatriques étaient presque deux fois plus susceptibles de signaler un risque d'erreurs modéré ou supérieur, par rapport aux infirmiers dans d'autres unités.</p> <p>L'insatisfaction était positivement associée à la mesure de la dotation en personnel adéquate à la charge de travail au niveau de l'unité. L'épuisement professionnel est positivement associé à la fois la dotation en personnel au niveau de l'unité et au niveau de la tâche de la charge mentale externe. Insatisfaction et l'épuisement professionnel ont également été associés positivement. Toutes les relations restantes étaient non significatives. »</p>
--	---

	<ul style="list-style-type: none"> • L'auteur a-t-il fait évaluer les données par les participants ou par des experts ? <p><i>On ne sait pas si les auteurs ont fait évaluer les données par les participants ou experts.</i></p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou hypothèses ? <p><i>« La présentation de plusieurs types de charge de travail que nous avons fait ici a des implications pour l'interprétation et la conception. Des études antérieures ont démontré une relation entre les résultats de qualité / sécurité et une seule mesure de la charge de travail telle que les ratios de dotation. Un concepteur peut supposer de toute valeur significative que l'intervention de la conception d'adressage personnel / ressources adéquates, demandes générales d'emploi ou conditions de charge de travail au niveau de la tâche (externes) permettraient d'améliorer les résultats des patients et des infirmiers. Cependant, les inférences causales et les perspectives de conception changent quand on examine un modèle complet, où chaque relation travail-résultat est ajustée de l'effet des autres types de charge de travail, et les résultats sont libres de co varier. Suite à cet ajustement, seul le niveau de tâche de l'unité (externe) et la charge de travail se rapportent aux résultats, et non uniforme de sorte. Les résultats multi variés suggèrent une compréhension plus profonde des mécanismes de causalité: par exemple, l'effet de la demande d'emploi sur les erreurs pourrait induire par la charge de travail externe (c.-à-attention liés à des interruptions, divisée, et se précipitant) pendant la tâche d'administration</i></p>

	<p><i>des médicaments. Ainsi, un mécanisme de performance cognitive pourrait être posé pour expliquer les erreurs de médicaments et le concepteur peut se rendre compte que pour une intervention au niveau de la conception des tâches il faudrait traiter les facteurs de performance des tâches associées à la tâche de l'administration des médicaments. Ce ne serait pas évident d'après les résultats un variés.</i></p> <p><i>Ce n'est pas la première étude dont les conclusions des questions de ratios de dotation sont soulevé comme vraiment prédictive de la sécurité des patients, que les interventions concernant la dotation peuvent ne pas être aussi efficaces pour réduire les erreurs, la morbidité ou de la mortalité comme on le pensait précédemment, ou que les interventions de dotation affectent efficacement la charge de travail liée aux tâches. D'autre part, comme prévu, la charge de travail associée à la tâche de l'administration des médicaments était liée à la probabilité perçue des erreurs de médicaments. De façon inattendue, la mesure de la charge de travail au niveau des tâches avait deux composantes, l'une interne liée à l'effort mental et concentration et une externe liée à des demandes exogène de la tâche. Seule la composante externe a été liée aux résultats de la sécurité des patients. Cette constatation nécessite une analyse plus approfondie. Une hypothèse pourrait être que l'effort mental et la concentration est une conséquence bénéfique de certaines exigences du travail. Peut-être en soins infirmiers, une certaine quantité de travail plus satisfaisant est une solution contre l'épuisement professionnel, et améliore les résultats des patients grâce à des performances supérieures. Comme suggéré, la charge de travail externe a des effets délétères sur la probabilité d'erreur,</i></p>
--	---

alors que la charge de travail interne est conforme à l'idée qu'il ya des avantages de performance à la concentration et l'effort mental à des amplitudes plus élevées de ces conditions. (Cette conclusion rappelle, mais pas nécessairement la même que la relation excitation - performance parabolique du Yerkes-Dodson Law.85) Si cela est vrai, il y aura des implications pour l'introduction de l'automatisation et des méthodes de travail qui réduisent la concentration et l'effort et rendent le travail plus simple. Par exemple, les chercheurs et les organisations qui étudient l'administration des médicaments, devraient envisager d'évaluer leur impact sur la charge de travail des cliniciens. »

- Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet ? Sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures?

Les auteurs font des liens avec les résultats des études antérieures, mais les études et leurs auteurs ne sont pas cités et explicités davantage.

- L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses ?

L'interprétation et les conclusions sont conformes aux résultats d'analyse, comme présenté ci-dessus.

- Les limites de l'étude ont-elles été définies ?

Les limites de l'étude sont définies.

« L'utilisation de mesures subjectives, comme la charge de travail auto-évaluée dans cette étude, est le sujet de beaucoup de discussions. Parce que la charge de travail est une construction interne à chaque travailleur, certains affirment

que «il n'y a pas d'autre moyen de mesurer directement les concepts tels que la charge de travail à moins que nous demandons au participant ». Ce qui est le plus important en ce qui concerne la mesure de la charge de travail subjective est intersubjectivité, ou à peu près, le degré auquel plusieurs répondants interprètent les questions de l'instrument de mesure. L'étude actuelle a pris plusieurs mesures pour atteindre une intersubjectivité acceptable. Tout d'abord, toutes les questions ont été fondées sur des instruments valables; en second lieu, la plupart des constructions ont été facetté, troisièmement, la formulation des questions a été soigneusement choisie pour refléter la terminologie couramment comprise; quatrièmement, et surtout, de nombreuses interviews ont été menées afin d'évaluer comment les infirmiers ont interprété les questions de l'enquête.

La mesure subjective concernant les erreurs de médicament demande une attention particulière. D'une part, une évaluation interne du risque d'erreur pourrait avoir un impact aussi important comme le fait la «réalité objective». La sécurité des comportements tels que les rapports d'erreurs, la prise de risques, et la prise des mesures de sécurité est dans une large mesure sur la base de la perception du risque. D'autre part, les experts de la sécurité des patients sont plus intéressés par les taux d'erreur réels, et les évaluations subjectives des risques d'erreur sont les plus utiles si elles reflètent cette réalité. Même en tenant compte que les évaluations des infirmiers reflètent la réelle probabilité d'erreur, l'utilisation de la mesure d'erreur subjective est une limitation à cette étude. L'analyse continue de l'observation des erreurs de médicament dans les deux hôpitaux pourra à l'avenir fournir une

valeur de probabilité d'erreur objective qui pourrait être utilisée pour valider et compléter l'auto-évaluation.

Une autre limitation est l'incapacité à évaluer la direction de la causalité au-delà de la vraisemblance du modèle théorique de causalité proposé. Une autre limitation est que la charge de travail a été mesurée en demandant aux individus. Dans les études futures, cette limitation peut être adressée par agrégation, examen d'imbriication, la mesure de la charge de travail au niveau des intérêts. Notre cahier des charges de la charge de travail au niveau de la tâche a été limité sur une seule tâche dont les exigences mentales de la tâche. Néanmoins, les résultats présentés ici témoignent de l'importance de celle-ci. »

- Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ?

Les conclusions découlent logiquement des résultats.

« Sur la base des résultats de l'étude, des solutions de conception de facteurs humains comprennent:

La dotation de base, l'attribution, et la décision des conceptions des travaux sur plusieurs mesures de la charge de travail, non seulement sur le recensement du patient, le nombre de personnel, ou des systèmes de classification des patients.

Réduire la charge de travail lors de l'administration de médicaments par des interruptions, en minimisant les demandes simultanées, et la pression du temps.

Lorsque les tâches d'administration ne peuvent pas être conçues, les interventions technologiques telles que les systèmes de BCMA peuvent aider à détecter les erreurs induites par

	<p><i>la charge de travail, avant d'atteindre le patient. Cependant, pour être efficace, des technologies telles que BCMA doivent être conçues et mises en œuvre conformément à une bonne utilisation et la mise en œuvre pratique.</i></p> <p><i>Ne pas réduire aveuglément les demandes de l'effort mental et de la concentration, car ceux-ci peuvent être bénéfiques pour le patient et la sécurité des employés. Au lieu de cela, une analyse des tâches permet d'identifier les cas dans lesquels la concentration et l'effort sont importants et doivent être pris en charge, et les instances au cours desquelles ils peuvent être soulagés avec des périodes de faible activité mentale. Les aides technologiques ou l'automatisation peut réduire, par inadvertance, la nécessité d'une concentration ou d'effort, qui peut ne pas être souhaitable.</i></p> <p><i>Maintenir la dotation en personnel adéquat. Toutefois, si l'ajout de personnel n'est pas possible, des solutions aux facteurs humains peuvent être adressées à une meilleure répartition du travail dans l'unité ou une meilleure communication et le travail d'équipe.</i></p> <p><i>Lors de restructuration, les modifications doivent être apportées de manière à approprier la charge de travail: par exemple, pour réduire les erreurs les remaniements doivent inclure le soutien des tâches d'administration des médicaments. Il faut prendre soin de ne pas augmenter un type de charge de travail dans le but de réduire l'autre. »</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Soulève-t-on la question du caractère transférable des conclusions ?</i> <p><i>Oui on soulève la question du caractère transférable des conclusions ;</i></p> <p><i>« Si cela est vrai, il y aura des implications pour l'introduction de l'automatisation et des méthodes de travail qui réduisent la</i></p>
--	---

	<p><i>concentration et l'effort et rendent le travail plus simple. Par exemple, les chercheurs et les organisations qui étudient l'administration des médicaments, devraient envisager d'évaluer leur impact sur la charge de travail des cliniciens. »</i></p>
Conséquences et recommandations	<ul style="list-style-type: none"> • Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ? L'auteur a-t-il précisé les conséquences des résultats ? • L'auteur fait-il des recommandations/applications pour la pratique et les recherches futures ? • Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions ? <p><i>Dans le cadre de cette étude, les résultats sont suffisamment riches pour appuyer des conclusions.</i></p> <p><i>Les résultats inspirent de nouvelles recherches concernant la charge de travail et une approche continue à plusieurs niveaux. Les auteurs font des recommandations de fonctionnement partant des résultats visant une diminution de la charge de travail et risque d'erreurs d'administration de médicaments (comme présenté ci-dessus). De plus, ils proposent des portes d'entrée pour de futures études liées à ces questions.</i></p> <p><i>«Enfin, il faudrait des travaux supplémentaires pour mesurer les causes du système de la charge de travail, un ensemble plus large de mesures sur la charge de travail (par exemple, la capture des exigences physiques et émotionnelles, y compris les indicateurs physiologiques de la souche, ou se concentrant sur d'autres tâches cliniques telles que l'intubation), et des mesures d'autres résultats d'intérêt, tels que les violations de protocole de sécurité, l'utilisation de la technologie, la qualité perçue des soins, des blessures liées à des</i></p>

	<i>médicaments, le chiffre d'affaire et la satisfaction des patients. Les travaux devraient se poursuivre, surtout, dans les populations à haut risque telles que la pédiatrie, les soins intensifs, et l'hématologie-oncologie. Bien que des études antérieures sont suffisantes pour nous alerter des problèmes quant à la charge de travail, il reste encore beaucoup plus à faire dans la conceptualisation et la mesure de la charge de travail afin de comprendre les mécanismes en jeu.»</i>
--	---

Holden, R. J., Scanlon, M. C., Patel, N. R., Kaushal, R., Escoto, K. H., Brown, R. L., ... Karsh, B. (2010). A human factors framework and study of the effect of nursing workload on patient safety and employee quality of working life. *National Institutes of Health*, 20 (1), 15 – 24. (Trad. libre)

Grille de Fortin 6 : A tale of two systems – Nurses practice environment, well-being, perceived quality of care and patient safety in private and public hospitals in South Africa : A questionnaire survey

<p>Titre</p>	<ul style="list-style-type: none"> Le titre précise t'il clairement les concepts clés et la population a l'étude ? <p><i>Oui les concepts clés sont présents (environnement de pratique infirmière, bien-être, perception de la qualité des soins, sécurité des patients dans les hôpitaux privés et publics en Afrique du Sud). La population est précisée, les infirmiers.</i></p>
<p>Résumé</p>	<ul style="list-style-type: none"> Le résumé synthétise clairement le résumé de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ? <p><i>But : examiner l'environnement de pratique, la qualité des soins selon la perception des infirmiers, la sécurité des patients et l'efficacité infirmière au sein de services de médecine et de chirurgie dans des hôpitaux privés et publics en Afrique du Sud et déterminer l'association des caractéristiques modifiables des hôpitaux telles que l'environnement de pratique et la charge de travail sur cette efficacité.</i></p> <p><i>Méthode : étude transversale, sondage. Infirmiers de service de médecine et de chirurgie de 55 hôpitaux privés et 7 hôpitaux publics de référence. Un total de 1187 infirmiers ont répondu au questionnaire. 2012</i></p> <p><i>Mesures : environnement de pratique, charge de travail, la qualité des soins perçue par les infirmiers et la sécurité des patients, l'efficacité infirmière (rendements), inclus le burnout, la satisfaction au travail et l'intention de quitter la profession.</i></p> <p><i>Résultats : au niveau national, 54, 4% des</i></p>

	<p><i>infirmiers (634 sur 1166) ont l'intention de quitter leur hôpitaux d'ici l'année prochaine à cause de l'insatisfaction du travail. 52,3% (600/1148) évaluent leur environnement de travail comme pauvre ou limite alors que 45,8% (538/1174) expriment un taux élevé d'épuisement professionnel et 44,9% (517/1152) sont peu convaincus que l'administration résoudra les problèmes des patients. Les hôpitaux publics expriment plus de résultats négatifs que les privés. 71% (320/451) des hôpitaux publics qualifient leur environnement de pratique de pauvre ou limite, 62,9% (281/447) n'ont pas confiance en l'administration pour régler les problèmes des patients et 59% (272/461) ont l'intention de quitter l'hôpital d'ici l'année suivante pour cause d'insatisfaction au travail.</i></p> <p><i>Au niveau national, les environnements de pratique favorables sont significativement associés à une meilleure qualité des soins, à une meilleure sécurité des patients et à une meilleure efficacité. Cela vaut autant pour les hôpitaux publics que privés. La charge de travail est aussi significativement en lien avec une meilleure qualité des soins, la sécurité des patients et l'efficacité mais on retrouve plus cet élément dans les hôpitaux publics.</i></p> <p><i>Conclusion : améliorer l'environnement de travail, le ratio patients/soignants (la charge de travail) favoriserait la pérennité d'infirmiers qualifiés, augmenterait ainsi l'efficacité des équipes et augmenterait la qualité des soins pour les patients.</i></p>
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Le problème/phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit ? Que s'agit-il d'étudier ? <p><i>Déterminer les différences entre la perception</i></p>

	<p><i>infirmière de la qualité des soins, de la sécurité des patients, et l'efficacité de la main-d'œuvre entre les hôpitaux privés et publics en Afrique du Sud. Et déterminer le lien entre les environnements de pratique et la charge de travail infirmière sur la perception infirmière de la qualité des soins, sur la sécurité des patients, sur l'efficacité du travail, inclus l'épuisement professionnel, la satisfaction au travail et l'intention de démissionner dans les unités de médecine et de chirurgie d'hôpitaux privés et publics en Afrique du Sud.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Le problème/phénomène est-il pertinent /approprié dans le contexte des connaissances actuelles ? <p><i>Oui de précédentes recherches nord-américaines ont déjà montré l'association entre l'environnement de pratique et l'influence de la charge de travail sur la perception infirmière de la qualité des soins et la sécurité des patients, l'efficacité au travail.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Le problème/phénomène a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ? <p><i>Cette étude contribue à la documentation sur l'importance d'un environnement de pratique favorable (ratio, qualité des soins, sécurité des patients, efficacité infirmière) surtout en Afrique du Sud où cette étude est la première étude à grande échelle sur le continent africain. C'est la première étude à document de larges différences entre les environnements de pratique des hôpitaux privés et publics. Cette étude peut permettre aux spécialistes d'endiguer la pénurie d'infirmier et les problèmes de qualité dans les institutions qui connaissent le plus gros des maladies en Afrique du Sud et ailleurs dans le</i></p>
--	---

	<p><i>monde.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Les postulats sous-jacents à l'étude sont-ils précisés ? <p><i>L'Afrique du Sud est face au challenge de trouver une balance entre 2 systèmes de soins (privé et public), nécessité de trouver un moyen de fournir des soins de qualité à tous les citoyens. Les hôpitaux privés en Afrique du Sud (SA) sont renommés parmi les hôpitaux internationaux grâce à leur succès en terme de standards de qualité internationale, leurs infirmiers sont de qualité et sont recrutés à l'international alors que les infirmiers des autres pays africains migrent vers l'Afrique du sud en espérant de meilleures conditions de travail (OECD, 2004). Le secteur privé couvre les personnes qui ont une bonne assurance ou qui paient de leur poche alors que le secteur public manque gravement de ressources pour fournir des soins optimaux et efficaces aux populations qui n'ont pas les moyens de payer des assurances maladies. 8 millions soit 17% de la population est couverte par une assurance privée alors que les 83% sont aux mains des hôpitaux publics. Le secteur privé a bien plus de ressources que le secteur public alors qu'il a moins de personnes à traiter (lits, employés, spécialistes, moyens, infrastructures...).</i></p>
Recension des écrits	<ul style="list-style-type: none"> • Une recension a-t-elle été entreprise ? • La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ? <p><i>Une étude nationale a montré que les infirmiers du secteur public étaient significativement moins satisfaits de leur travail que leur collègue du secteur privé, avec de grandes différences dans les niveaux de satisfaction reliée à la sécurité, les</i></p>

	<p><i>ressources disponibles, la charge de travail, les perspectives de carrière et les relations avec la hiérarchie.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • La recension des écrits vous semble-t-elle présenter une base solide pour l'étude ? L'auteur présente-il l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème à l'étude ? <i>Oui comme précisé plus haut</i> • La recension présente t'elle des sources primaires ? <p><i>Il est évident pour les auteurs que l'environnement de pratique et une charge de travail adéquats sont favorables à une meilleure qualité de soins et la sécurité des patients (Aiken et al., 2002a,b, 2012 ; Bogaert et al., 2009 ; Laschinger et al., 2001 ; Nantsupawat et al., 2011 ; Patrician et al., 2010 ; Sochalski, 2004).</i></p> <p><i>Des environnements de pratique favorables et des charges de travail raisonnables ont été reliées à de bas taux de résultats défavorables pour les patients et une meilleure satisfaction des patients (Aiken et al., 2008a,b ; Friese et al., 2008 ; Kane et al., 2007 ; Laschinger and Leiter, 2006 ; Kazanjian et al., 2005 ; Clarke and Aiken, 2003 ; Aiken et al., 2012.</i></p> <p><i>En terme d'efficacité de travail, des environnements de pratique favorables et une charge de travail basse ont été démontré comme bénéfique à une plus grande efficacité de travail, augmente la satisfaction au travail, diminue le burnout et l'intention de démissionner (Aiken et al., 2002a,b, 2012 ; Lake, 2007 ; Laschinger et al., 2003 ; Nantsupawat et al., 2011 ; Vahey et al., 2004).</i></p> <p><i>Une faible efficacité des équipes infirmières telle que l'insatisfaction au travail, l'épuisement professionnel ont été fréquemment associés au</i></p>
--	--

	<p><i>facteurs liés à l'intention de démissionner, l'absentéisme, au roulement et aux résultats défavorables sur les patients (Hayes et al., 2006, Larabee et al., 2003 ; Stone et al., 2007 ; Tourangeau and Cranley, 2006 ; Aiken et al., 2002a,b ; Estabrooks et al., 2005 ; Needleman et al., 2002). Toutes ces études ont été conduites en Amérique du Nord et récemment dans des pays moins développés ou en développement tels que la Thaïlande, la Chine.</i></p> <p><i>Toute fois c'est la première étude Sud-africaine de ce type.</i></p>
Cadre de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Les concepts clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ? Est-il justifié et décrit de façon adéquate ? <p><i>Les concepts clés sont présents : environnement de pratique, charge de travail, sécurité des patients, satisfaction au travail, épuisement professionnel, intention de démission, qualité de soins mais tous les concepts ne sont pas définis. L'environnement de pratique est défini comme : toutes les caractéristiques organisationnelles du travail qui facilitent ou qui contraignent la pratique du professionnel infirmier. Un environnement favorable facilite le travail infirmier surtout dans des systèmes où les infirmiers jouent un rôle important.</i></p> <p><i>Le cadre conceptuel est précisé aussi.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Est-ce que les concepts clés s'inscrivent-ils dans un cadre de référence ? Est-il lié au but de l'étude ? <p><i>Oui Les bases philosophiques et théoriques ainsi que la méthode sous-jacente sont-elles explicitées et appropriées à l'étude ? C'est un pays avec beaucoup de problèmes de santé où il y a des inégalités sociales évidentes. Le challenge pour cette nouvelle démocratie est de</i></p>

		<p><i>réussir à donner des soins optimaux à tous les citoyens. Etude transversale sous forme de sondage avec des questionnaires (outils fiables et validés).</i></p>
Buts et question de recherche		<ul style="list-style-type: none"> • Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ? • Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont-elles clairement énoncées ? <p><i>Oui la population est précisée, les hypothèses et les variables aussi.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Les questions de recherche ou les hypothèses reflètent-elles le contenu de la recension des écrits et découlent-elles logiquement du but ? Traitent-elles de l'expérience des participants, des croyances, des valeurs ou des perceptions ? <p><i>Pas de précision sur l'expérience et croyances des participants.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Les variables reflètent-elles les concepts précisés dans le cadre de recherche ? • Les questions s'appuient-elles sur des bases philosophiques, sur la méthode de recherche sous-jacente ou sur le cadre conceptuel ou théorique ? <p><i>Selon les auteurs oui.</i></p>
METHODE		
Population échantillon	et	<ul style="list-style-type: none"> • La population visée est-elle définie de façon précise ? <p><i>La population est précisée, des infirmiers et infirmières d'hôpitaux privés et publics d'Afrique du Sud.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • L'échantillon est-il décrit de façon

	<p>suffisamment détaillée ? la méthode utilisée pour accéder au site ou recruter les participants est-elle appropriée ?</p> <p><i>En tout 62 hôpitaux de 6 des 9 provinces de l'Afrique du Sud. Ce sont les meilleurs hôpitaux privés et public qui ont été sélectionnés pour participer à l'étude. Sélection aussi suivant différents degrés de spécialisation notamment : oncologie, cardiologie, gastroentérologie, ophtalmologie, urologie, IRM et CT scans, soins intensifs et orthopédiques → à savoir que les hôpitaux privés disposent de toutes ces spécialisations dans chacune de leurs institutions. Au final 55 hôpitaux privés et 7 hôpitaux publics car seuls sont inclus les hôpitaux disposant de 100 lits ou plus. Au total 5004 sondages ont été distribués : 3604 dans le privé et 1400 dans le public. 38,2% de réponses dans le privé (1376), 53,3% de réponses dans le public (746) → taux de réponse au total de 42,4% (2122). Cette différence de participation peut être due à la collecte des données qui s'est faite par le personnel de recherche dans le secteur public alors que dans le secteur privé, un infirmier de l'hôpital a été formé par le personnel de recherche pour recueillir les données.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Dans le plan d'échantillonnage, l'auteur a-t-il envisagé des moyens d'accroître la représentativité de l'échantillon ? La méthode d'échantillonnage utilisée a-t-elle permis s'ajouter des renseignements significatifs et d'atteindre les objectifs visés ? Est-elle justifiée sur la base statistique ou par une saturation des données ? <p><i>Parmi les 2122 infirmiers à répondre, 1187 travaillaient dans des unités de médecine et de chirurgie et 935 dans des unités d'urgences.</i></p>
--	---

	<p><i>Seulement les infirmiers de médecine et de chirurgie ont été inclus dans l'étude = 716 travaillent dans le privé et 471 dans le public. Un infirmier est défini comme un infirmier professionnel qualifié et reconnu par le conseil Sud-Africain des infirmiers (SANC).</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle justifiée sur une base statistique ? <p><i>cf. le point précédent</i></p>
Considérations éthiques	<ul style="list-style-type: none"> • Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ? <p><i>La méthode a été éthiquement approuvée par les comités éthiques de chaque district et de chaque hôpital. Il n'y a pas eu de conflits d'intérêts.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ? <p><i>Donc en ça, on peut dire que l'étude a été conçue pour minimiser les risques pour les participants.</i></p>
Devis de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ? la méthode de recherche choisie est-elle conciliable avec les outils de collecte des données proposés ? <p><i>Le devis est mixte car on sonde d'une part des variables objectivables (charge de travail) et d'autre part des variables subjectives telles que la satisfaction au travail ou l'épuisement professionnel ou la perception de la qualité des soins. Oui le devis est pertinent au vu des variables à l'étude.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les

	<p>hypothèses ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le choix du devis permet-il de respecter les critères scientifiques ? (Véracité-applicabilité-consistance-Neutralité) • La méthode de recherche proposée est-elle appropriée à l'étude du problème posé ? <p><i>Utilisation du sondage RN4CAST (Sermeus et al., 2011) de 7 pages réparties en 4 sections → la section A se concentre sur l'environnement de pratique des infirmiers avec l'échelle de l'environnement de pratique (Nurse Work Index-Revised → PES-NWI) (Lake, 2002), des questions sur la satisfaction au travail, l'intention de démission et le MBI → Maslach Burnout Inventory). La section B se concentre sur la perception infirmière de la qualité des soins et de la sécurité des patients avec la fréquence d'apparition d'incidents indésirables impliquant des patients. La section C se concentre sur les questions liées aux horaires de travail, les tâches infirmières, le ratio soignants-patients. Enfin la section D se concentre sur les caractéristiques démographiques des infirmiers. Le questionnaire était en anglais, première langue du pays.</i></p> <p><i>Le PES-NWI est un outil validé international ; ici il se composait de 5 points : capacité de gestion infirmière, le leadership et le support des infirmiers, implication infirmière dans les affaires de l'hôpital, les fondations infirmières pour la qualité des soins, la dotation et les ressources adéquates et les relations entre infirmiers et médecins. Ensuite les données ont été combinées et classées de sorte à avoir 3 catégories de réponses : environnement défavorable, environnement moyen, environnement favorable. Cette méthode est reconnue au niveau international. Un seul item a</i></p>
--	--

	<p><i>servi à la mesure de l'environnement de pratique : « comment qualifiez-vous votre environnement de pratique ? Réponse : pauvre ou limite vs bien ou excellent.</i></p> <p><i>La charge de travail (ratio) a été aussi mesurée, un bas ratio reflétait une équipe favorable.</i></p> <p><i>La qualité des soins a été mesurée sur la base de la perception des infirmiers (pauvre ou limite vs bonne ou excellente), ils devaient aussi dire si oui ou non ils croyaient en la capacité des patients de continuer à se soigner une fois sortis de l'hôpital. On leur a aussi demandé s'ils conseilleraient leur hôpital à des amis ou à la famille et de même s'ils le conseilleraient à des collègues infirmiers. La littérature internationale a validé que la perception infirmière de la qualité des soins est étroitement liée aux résultats sur les patients, leur satisfaction, s'ils recommandent l'hôpital ou non, si les infirmiers recommandent ou non l'hôpital à des amis et familles et aussi de l'efficacité des équipes.</i></p> <p><i>La sécurité des patients a été testée grâce à un item qui provient de l'agence de la recherche et de la qualité de la santé (pauvre ou en chute vs excellent, bonne ou acceptable.</i></p> <p><i>L'épuisement professionnel a été mesuré grâce à l'épuisement émotionnel (EE) du MBI qui est un outil validé à l'international. Un score de 27 ou plus pour l'EE est considéré comme indicateur d'un épuisement professionnel élevé. Le coefficient Cronbach pour l'EE était de 88. La satisfaction au travail et l'intention de démission a été mesurée : très insatisfait ou insatisfait vs moyennement satisfait ou satisfait de leur travail. Intention ou non de quitter leur travail dans l'année.</i></p> <p><i>Le manager du projet a rencontré les spécialistes du terrain pour expliquer le RN4CAST et pour former certains infirmiers à la collecte des</i></p>
--	--

	<p><i>données. Le questionnaire était de nature volontaire, confidentielle et anonyme. Ce qui a motivé les participants.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Y a-il suffisamment de temps passé sur le terrain et auprès des participants ? <p><i>Non pas énormément car les questionnaires ont été collectés 6 heures après avoir été distribués.</i></p>
Modes de collectes de données	<ul style="list-style-type: none"> • Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ? <p><i>Oui ils sont décrits.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Les questions de recherche ont-elles été bien posées ou les observations du phénomène, bien ciblées ? Ont-elles été rigoureusement consignées par la suite ? • L'auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ? <p><i>Ce sont des instruments déjà connus et reconnus au niveau international.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • La procédure expérimentale est-elle cohérente avec les outils mesurés ?
Conduite de la recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Le processus de collecte des données/enregistrement est-il décrit clairement ? <p><i>Oui comme précisé plus haut dans cette grille.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ? <p><i>Oui personnel compétent ou formé pour l'enquête.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Si l'étude comporte une intervention (variable indépendante), celle-ci est-elle clairement décrite et appliquée de façon

	<p>constante?</p> <p><i>Ce n'est pas une étude interventionniste mais transversale.</i></p>
Analyse des données	<ul style="list-style-type: none"> • Les méthodes d'analyse sont-elles décrites ? <i>Les données ont été enregistrées par les services de consultation statistique du North-West University qui utilisent un logiciel Epidata 3.1 avec une double vérification.</i> • Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ? <i>Oui les caractéristiques infirmières (hommes, femmes, niveau d'éducation, âge, statut, expérience...il y avait que plus d'infirmiers hommes dans le public que le privé), la perception de la qualité des soins, l'efficacité de la main-d'œuvre.</i> • Le résumé des résultats est-il compréhensible et met-il en évidence les extraits rapportés ? • Les thèmes font-ils ressortir adéquatement la signification des données ? <i>Oui, représentés par des tableaux et graphiques.</i>
RESULTATS	
Présentation des résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures, graphiques ou modèles ? <i>Oui par des graphiques et des tableaux.</i> • Les thèmes ou les modèles sont-ils logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène ? <i>Oui les résultats sont associés entre eux.</i> • Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif ?

	<p><i>Globalement, le ratio patients-soignants est plus grand dans le secteur public que dans le secteur privé (8.75 à 32 vs 8.06 à 20.98). La majorité des infirmiers qualifie leur environnement de pratique de pauvre ou limite (52,3%). Les infirmiers dans le public (71%) ont plus tendance à qualifier leur environnement de pratique de pauvre ou limite comparé au privé (40,2%). 45,8% des infirmiers parlent d'un taux élevé d'épuisement professionnel surtout dans les hôpitaux publics. Presque 1/3 de tous les infirmiers sont insatisfaits de leur travail et cela est surtout observable dans les hôpitaux publiques. Plus de la moitié des infirmiers (59% public et 51.3% privé) ont l'intention de quitter leur travail d'ici un an. Concernant la perception de la qualité des soins, les infirmiers du secteur public perçoivent leurs hôpitaux comme moins bonne en qualité des soins que dans le secteur privé. Néanmoins près de la moitié des infirmiers sont confiants quant au fait que l'administration va les aider à résoudre les problèmes des patients surtout dans le secteur public. Ils ont estimé l'association de l'environnement de pratique et la charge de travail selon le niveau de l'hôpital et l'influence sur la perception de la qualité des soins, la sécurité des patients et l'efficacité. L'environnement de pratique, la charge de travail influencent la perception de la qualité des soins.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • L'auteur a-t-il fait évaluer les données par les participants ou par des experts ? <p><i>Pas de précisions à cet sujet.</i></p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou hypothèses ? <p><i>Oui les résultats sont repris un à un et</i></p>

	<p><i>commentés.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet ? Sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures? <p><i>Démontre que l'environnement de pratique donne une explication importante à la pauvreté de la qualité des soins et à l'efficacité, cela vaut pour le secteur privé comme pour le secteur public. L'environnement de pratique est un sujet qui préoccupe énormément les infirmiers.</i></p> <p><i>Les résultats sont comparés à des études antérieures notamment des études sur la base du RN4CAST aux USA et en Europe (UK, Finland, Allemagne, Espagne, Suisse, Irlande...).</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses ? <p><i>Oui tous les résultats sont repris et analysés dans la conclusion.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Les limites de l'étude ont-elles été définies ? <p><i>Oui. Du fait que ce soit une étude transversale, elle limite la capacité d'affirmer un lien de causalité entre des environnements de pratique plus favorables sur la perception de la qualité des soins et la sécurité des patients et l'efficacité des équipes. De plus le ratio est une moyenne établie sur diverses unités, il ne peut pas refléter la tendance exacte à un temps T. Et il manque certaines données sur les rendements sur les patients telles que le taux de mortalité lors des incidents défavorables...</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ? <p><i>Autant les responsables des secteurs des soins</i></p>
--	---

	<p><i>privés et publics devraient prêter attention aux lacunes en terme de qualité des soins et de sécurité de même qu'au haut niveau d'insatisfaction au travail, d'épuisement professionnel et à l'intention de démission car cela prédit une pénurie d'infirmiers à l'avenir. Les résultats suggèrent que l'amélioration des environnements de pratique et des équipes infirmières peut être significativement prometteur pour réduire les problèmes de qualité des soins et de sécurité et retenir les infirmiers. Le département de la santé Sud-africaine a établi des standards en 2008 qui devraient améliorer la qualité des soins publiques. Ces standards de qualité incluent les droits des patients, leur sécurité, la gouvernance clinique, des services de support clinique, la santé publique, leadership, moyens et infrastructures. Ils parlent du caractère magnétique des lieux de pratique.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Soulève-t-on la question du caractère transférable des conclusions ?</i> <p><i>Non les auteurs ne soulèvent pas particulièrement cette question</i></p>
Conséquences et recommandations	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ? L'auteur a-t-il précisé les conséquences des résultats ?</i> <p><i>Oui la perception de la qualité des soins, la sécurité des patients dépendent de l'environnement de pratique et de la charge de travail. Les politiques devraient se pencher sur la question de l'amélioration de ces conditions afin d'augmenter la qualité des soins, la sécurité des patients, la satisfaction au travail des soignants, la baisse de l'épuisement professionnel et de l'intention de démissionner. Afin de limiter la pénurie d'infirmiers qui est prédictible si les conditions continuent ainsi.</i></p>

	<ul style="list-style-type: none"> • L'auteur fait-il des recommandations/applications pour la pratique et les recherches futures ? <i>Recommandations aux politiques et aux acteurs du système des soins.</i> • Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions ?
--	--

Coetzee, S. K., Kloppera, H. C., Ellis, S. M., & Aiken, L. H. (2012). A tale of two systems – Nurses practice environment, well being, perceived quality of care and patient safety in private and public hospitals in South Africa : A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 50 (2), 162 – 173. (Trad. libre)

Grille de Fortin 7 : The Association of Chinese Hospital Work Environment with Nurse Burnout, Job Satisfaction, and Intention to Leave

Titre	<ul style="list-style-type: none"> Le titre précise t'il clairement les concepts clés et la population à l'étude ? <p><i>Titre : «L'association de l'environnement de travail des hôpitaux chinois avec l'épuisement professionnel infirmier, la satisfaction au travail et l'intention de quitter »</i></p> <p><i>Le titre précise clairement les concepts clés et la population à l'étude.</i></p>
Résumé	<ul style="list-style-type: none"> Le résumé synthétise clairement le résumé de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ? <p><i>Le résumé synthétise bien la recherche. Le but de la recherche, les résultats et la discussion sont clairement synthétisés. Néanmoins, la méthode est seulement décrite à travers une petite partie de l'échantillon, cela n'est donc pas suffisant pour la compréhension de la méthode de la recherche.</i></p> <p><i>« Le but : Décrire l'épuisement professionnel infirmier, la satisfaction au travail ainsi que l'intention de quitter, et d'explorer l'effet de l'environnement de travail sur le travail des infirmiers.</i></p> <p><i>Méthode : Un échantillon de 9,698 infirmiers de 181 hôpitaux en Chine.</i></p> <p><i>Résultats : Les infirmiers ont déclaré des niveaux modérés d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation, ainsi que des niveaux d'accomplissement personnel réduit. Près d'un cinquième des infirmiers a déclaré des niveaux élevés d'épuisement sur les trois dimensions. Quarante-cinq pour cent des infirmiers étaient insatisfaits de leur emploi actuel; ces infirmiers</i></p>

	<p><i>étaient plus insatisfaits de leur salaire. Cinq pour cent des infirmiers ont signalé une intention de quitter. Les infirmiers ayant déclaré des environnements de travail mixtes et bons étaient moins susceptibles de déclarer un niveau élevé d'épuisement, d'insatisfaction au travail, et une intention de quitter par rapport à ceux travaillant dans des environnements de travail médiocres.</i></p> <p><i>Discussion : Les résultats suggèrent que l'épuisement professionnel élevé et une faible satisfaction au travail sont des problèmes importants pour les infirmiers chinois, et l'amélioration de l'environnement de travail peut être une stratégie efficace pour obtenir de meilleurs résultats d'infirmiers dans les hôpitaux chinois. »</i></p>
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Le problème/phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit ? Que s'agit-il d'étudier ? <p><i>Le phénomène à l'étude est clairement formulé et circonscrit.</i></p> <p><i>« Bien qu'un grand nombre de chercheurs ont mis l'accent sur les résultats du travail des infirmiers et montré comment les résultats du travail des infirmiers sont associés à l'environnement de travail favorable dans les pays occidentaux (Aiken et al, 2008; Aiken et al, 2011; Maslach et Leiter, 1997), la preuve de la Chine est limitée. Il n'y a pas d'étude sur les résultats du travail des infirmiers et de l'environnement de travail avec un large échantillon de toute la Chine. Par conséquent, les besoins de cette étude est de présenter une description des résultats des infirmiers, y compris l'épuisement professionnel, la satisfaction au travail, et l'intention de quitter, et d'identifier</i></p>

leurs relations avec l'environnement de travail et les résultats du travail infirmier de niveau 2 et de niveau 3 dans les hôpitaux en Chine. »

- *Le problème/phénomène est-il pertinent /approprié dans le contexte des connaissances actuelles ?*
- *Le problème/phénomène a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ? Les postulats sous-jacents à l'étude sont-ils précisés ?*

Le phénomène est pertinent, approprié dans le contexte des connaissances actuelles et a une signification pour la discipline des soins-infirmiers. Les postulats sous-jacents à l'étude sont précisés.

« Les infirmiers dans tous les pays sont à risque élevé d'épuisement professionnel, de faible satisfaction au travail, et d'intention de quitter (Aiken et al, 2001; Nantsupawat et al., 2011), qui sont en soi tous considérés comme des résultats infirmiers importants (Aiken, Clarke, Sloane, et Cheney, 2008). Ces résultats ont reçu une attention croissante en raison de la pénurie généralisée d'infirmiers (Hudspeth, 2013), et l'environnement de travail des hôpitaux a été considéré comme un facteur important lié aux résultats infirmiers (Aiken, Clarke, Sloane & 2002).

La Chine est au milieu de la réforme des soins de santé, et les infirmiers en Chine sont tenus de fournir des soins de qualité pour répondre aux besoins des patients qui attendent un excellent service (Maxime, Xue, et Emmanuel, 2009). Toutefois, les gestionnaires d'hôpitaux embauchent de moins en moins d'infirmiers afin de réduire les coûts, et les hôpitaux chinois sont confrontés à une grave pénurie d'infirmiers (Hu, Shen, et Jiang, 2010). Le nombre d'infirmiers

	<p><i>autorisés (IA) a augmenté régulièrement depuis 2005 en Chine, mais l'augmentation des infirmiers était beaucoup plus faible que l'augmentation des consultations externes et le nombre de patients hospitalisés (Gu, 2011). D'autre part, de plus en plus d'infirmiers contractuels travaillent dans des hôpitaux. Les infirmiers de contrat sont employés par l'hôpital pour résoudre le problème de la pénurie d'infirmiers, mais avec des salaires plus bas et moins de possibilités de promotion par rapport aux infirmiers Bianzhi, dont les positions sont alloués par le gouvernement (Conseil d'Etat de Chine, 2007; Hu et al., 2010). Tous ces facteurs contribuent à l'augmentation de l'épuisement professionnel, l'insatisfaction au travail, et l'intention de quitter dans les hôpitaux chinois. »</i></p>
Recension des écrits	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Une recension a-t-elle été entreprise ?</i> • <i>La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ?</i> • <i>La recension des écrits vous semble-t-elle présenter une base solide pour l'étude ? L'auteur présente-il l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème à l'étude ?</i> • <i>La recension présente t'elle des sources primaires ?</i> <p><i>Une recension a été entreprise, celle-ci fournit une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche. La recension des écrits semble présenter une base solide pour l'étude, les auteurs présentent les connaissances actuelles sur le phénomène à travers différentes études au niveau international et national et ce avec des sources primaires.</i></p> <p><i>« L'épuisement professionnel des infirmiers, la satisfaction au travail et l'intention de quitter le</i></p>

travail: L'épuisement professionnel est conceptualisé comme le sentiment d'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation et la réduction de l'accomplissement personnel (Maslach, Jackson, & Leiter, 1996). L'épuisement professionnel chez les infirmiers reçoit plus d'attention en raison de sa forte incidence chez les infirmiers (Lee, Song Cho, & Lee, 2003; Poghosyan, Clarke, Finlayson, & Aiken, 2010; Tourigny, Baba, et Wang, 2010). Une étude d'Aiken et al. (2011), faite sur neuf pays a démontré que 33% - 60% des infirmiers ont déclaré des niveaux élevés d'épuisement dans huit pays. Nantsupawat et al. (2011) ont rapporté que 41% des infirmiers ont obtenu des scores élevés d'épuisement en Thaïlande. Plusieurs chercheurs précédents ont constaté que les infirmiers en Chine ont connu des niveaux élevés d'épuisement (Liu et al, 2012; Wu, Zhu, Wang, Wang, et Lan, 2007; Xie, Wang, et Chen, 2011). Une étude de 527 infirmiers de 41 hôpitaux de Shanghai, a démontré que les infirmiers ont signalé un épuisement émotionnel élevé, une dépersonnalisation modérée, et un accomplissement personnel réduit (Xie et al., 2011).

Satisfaction au travail des infirmiers: La satisfaction au travail se réfère à la mesure dans laquelle les employés aiment leur travail et ont une attitude positive ou négative à l'égard de leurs emplois (Timbres, 1997). Nantsupawat et al. (2011) ont rapporté que 28% des infirmiers en Thaïlande étaient insatisfaits de leur emploi. Aiken et al. (2011) ont rapporté que l'insatisfaction au travail des infirmiers dans les neuf pays étudiés variait de 17% en Allemagne, à environ un tiers dans la plupart des pays, et jusqu'à 60% au Japon. Une étude avec un échantillon de 496 infirmiers en Corée a montré

un taux élevé de satisfaction au travail, 68,8% des infirmiers étaient satisfaits de leur emploi actuel (Kwak, Chung, Xu, et Eun-Jung, 2010). En termes de facteurs associés à la satisfaction au travail, une image cohérente n'a pas émergé dans la littérature, mais l'environnement de travail a largement contribué à la satisfaction au travail des infirmiers dans la plupart des études (Nantsupawat et al, 2011; Aiken et al, 2011). La satisfaction au travail faible des infirmiers a été rapportée en Chine. Lu, Bien, et Barriball (2007) ont étudié 512 infirmiers à Beijing et ont constaté que le salaire réduit était la principale raison de l'insatisfaction au travail des infirmiers; seulement 53,7% des infirmiers a exprimé la satisfaction au travail, et 79,2% des infirmiers étaient insatisfaits de leur salaire. Dans une étude de 2250 infirmiers de 19 hôpitaux généraux à Shanghai, Liu et al. (2011) ont rapporté que 50,2% des infirmiers étaient insatisfaits de leur emploi; les relations de travail positives entre collègues ont conduit à la satisfaction; récompenses extrinsèques, comme les droits aux congés annuels, le niveau de salaire et les avantages non salariaux ont conduit plus à l'insatisfaction. Dans une autre étude de 650 infirmiers de six hôpitaux à Harbin, en Chine, les infirmiers étaient plus insatisfaits de la charge de travail et de l'indemnisation (Sun, He, Wang, et Li, 2009). Liu et al. (2012) ont rapporté que plus de 50% des infirmiers était insatisfait de leur emploi dans la province de Guangdong. Les résultats de ces études en Chine sont variés en raison des différents sites et l'utilisation de différents instruments de mesure. En outre, l'étude de la relation entre la satisfaction au travail de l'infirmier et l'environnement de travail a été limitée.

Intention de quitter des infirmiers : L'intention de

quitter a été trouvé comme étant un prédicateur de départ réelle (Krausz, Koslowsky, Shalom, et Elyakim, 1995), quitter le travail est considéré comme un contributeur majeur à la pénurie d'infirmiers (Flinkman, Leino-Kilpi, & Salantera, 2010). Aiken et al. (2001) ont rapporté que 16,6% - 38,9% des infirmiers dans cinq pays (USA, Canada, Angleterre, Ecosse et Allemagne) ont déclaré leur intention de quitter dans l'année qui suit, et le pourcentage est passé de 29,4% à 53,7% chez les <30 ans. La préoccupation des gestionnaires et des décideurs en Chine ces dernières années c'est centré sur ce phénomène (Gu, 2011; Ministère de la Santé de la Chine, 2011). Une étude de Liu et al. (2011) faite sur 2250 infirmiers à Shanghai, a rapporté que 40,4% infirmiers a signalé l'intention de quitter. Dans une autre étude utilisant la version chinoise de l'intention de rester (ITS; 6 articles, avec un 5 - échelle de Likert points, notés de 1 à 5, avec un score plus élevé indiquant l'intention forte de rester), les chercheurs ont constaté que le score moyen de l'intention de rester était de 3,53, ce qui signifie que les infirmiers étaient seulement à un niveau modéré de l'intention de rester dans leur emploi actuel (Wang, Tao, Ellenbecker, et Liu, 2012).

La relation de l'environnement de travail et les résultats des infirmiers: Un environnement de travail positif comprend des ressources adéquates, de bonnes relations avec les collègues, et le soutien des managers (Bratt, Broot, Kelber, & Lostocco, 2000). De nombreux chercheurs ont découvert qu'un meilleur environnement de travail a été associé à un bas niveau d'épuisement professionnel, à la satisfaction au travail, et à un bas niveau d'intention de quitter (Aiken et al, 2011; Van Bogaert, Clarke, Roelant, Meulemans, et Van de

	<p><i>Heyning, 2010). Liu et al. (2012) ont rapporté que dans 21 hôpitaux de la province de Guangdong en Chine, les unités hospitalières de 39 à 89 patients (43,82%) ont été classés comme ayant des environnements de travail médiocres, et qu'un meilleur environnement de travail était associé à un taux inférieur d'insatisfaction au travail et d'épuisement professionnel lié à l'emploi. »</i></p>
Cadre de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Les concepts clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ? Est-il justifié et décrit de façon adéquate ? • Est-ce que les concepts clés s'inscrivent-ils dans un cadre de référence ? Est-il lié au but de l'étude ? Les bases philosophiques et théoriques ainsi que la méthode sous-jacente sont-elles explicitées et appropriées à l'étude ? <p><i>Les concepts clés sont mis en évidence et sont liés au but de l'étude, mais ils ne sont pas définis sur le plan conceptuel.</i></p> <p><i>Les concepts clés :</i></p> <p><i>L'épuisement professionnel, la satisfaction au travail et l'intention de quitter l'emploi.</i></p> <p><i>La relation de l'environnement de travail et les résultats du travail des infirmiers.</i></p>
Buts et question de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ? • Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont-elles clairement énoncées ? • Les questions de recherche ou les hypothèses reflètent-elles le contenu de la recension des écrits et découlent-elles logiquement du but ? Traitent-elles de l'expérience des participants, des

	<p>croyances, des valeurs ou des perceptions ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les variables reflètent-elles les concepts précisés dans le cadre de recherche ? • Les questions s'appuient-elles sur des bases philosophiques, sur la méthode de recherche sous-jacente ou sur le cadre conceptuel ou théorique ? <p><i>Le but de l'étude, les questions de recherches, hypothèses, et la population à l'étude sont clairement énoncés. Les questions s'appuient sur la méthode de recherche sous-jacente et découlent logiquement de la recension des écrits comme présentée ci-dessus. Les variables reflètent les concepts précisés dans le cadre de recherche.</i></p> <p><i>« Le but est d'étudier les trois dimensions de l'épuisement professionnel infirmier, d'examiner les niveaux de satisfaction au travail des infirmiers, d'étudier l'intention des infirmiers à quitter leur emploi et finalement d'explorer leur relation avec l'environnement de travail en Chine dans un large échantillon de différentes régions de la Chine, employant des instruments utilisés dans les études internationales précédentes (Aiken et al., 2011), afin de comparer la conclusion des infirmiers chinois avec celles d'autres pays. »</i></p>
METHODE	
<p>Population échantillon</p>	<p>et</p> <ul style="list-style-type: none"> • La population visée est-elle définie de façon précise ? L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ? la méthode utilisée pour accéder au site ou recruter les participants est-elle appropriée ? • Dans le plan d'échantillonnage, l'auteur a-t-il envisagé des moyens d'accroître la

	<p>représentativité de l'échantillon ? La méthode d'échantillonnage utilisée a-t-elle permis s'ajouter des renseignements significatifs et d'atteindre les objectifs visés ? Est-elle justifiée sur la base statistique ou par une saturation des données ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle justifiée sur une base statistique ? <p><i>La population visée et l'échantillon sont définis de façon précise. Les auteurs ont envisagé des moyens d'accroître la représentativité de l'échantillon puisque l'étude a été faite sur un nombre représentatif d'infirmiers, de différents niveaux, dans différents hôpitaux et régions de la Chine, ce qui a permis à l'étude d'ajouter des renseignements significatifs pour atteindre l'objectif visé.</i></p> <p><i>De plus, la méthode utilisée pour accéder au site et recruter les participants est appropriée.</i></p> <p><i>« Les infirmiers participants ont été recrutés en utilisant trois stratégies. Tout d'abord, les hôpitaux ont été stratifiés selon le lieu (capitales par rapport aux autres régions) et le niveau de l'hôpital (niveau 2, niveau 3); 20 hôpitaux avec un nombre égal de niveau 2 et 3 ont été choisis à partir de 8 régions et 10 hôpitaux de niveau 2 et 11 hôpitaux de niveau 3 ont été choisis dans une province, car une étude pilote avait été menée là. Tous les 181 hôpitaux répondaient aux critères d'inclusion et l'étude a été menée dans chacun d'eux. Deuxièmement, les unités ont été sélectionnées en utilisant l'échantillonnage systématique, 3 à 8 unités, y compris médicaux, post-opératoire chirurgical, et unités de soins intensifs ont été choisis dans chaque hôpital. Troisièmement, tous les infirmiers de soins de chevet, à l'exclusion des infirmiers de la tête</i></p>
--	--

	<p>dans les unités échantillonnées ont été interrogés. Dans 80% des hôpitaux, au moins 50 infirmiers ont été interrogé, et dans les 20% restants au moins 38 infirmiers ont été interrogé. Les questionnaires ont été distribués à un total de 10,221 infirmiers, 9959 (97,40%) ont été retourné, et 9698 (94,88%) ont été terminés et validés (You et al., 2013). Les infirmiers de l'étude ont représenté 25,2% de tous les infirmiers dans les services médicaux et chirurgicaux adultes et les salles de soins intensifs dans les 181 hôpitaux.</p> <p>La plupart des infirmiers étaient des femmes (9415, 98,94%) dans l'échantillon. Leur âge variait de 18 à 55 ans, avec une moyenne de 29,07 ans. Leur expérience de travail variait de 1 mois à 39 ans, et l'expérience de travail moyenne était de 8,31 ans. Plus de la moitié (53,16%) était des infirmiers de contrat, et 45,70% était des infirmiers Bianzhi. Au moment de l'enquête, la plupart des infirmiers avait un diplôme supérieur obtenu après un diplôme d'études secondaires initial. Les infirmiers travaillaient dans des unités de médecine (41,84%), les unités chirurgicales (37,86%) et unités de soins intensifs (20,30%). Environ la moitié des infirmiers (51,20%) a travaillé dans les hôpitaux de niveau 2 et 48,80% dans le niveau 3. Quarante pour cent des infirmiers travaillait dans les capitales, et d'autres dans les municipalités (23,34%) ou d'autres villes (36,54%). Les infirmiers de la région Est ont représenté près de la moitié de l'échantillon (45,27%), et suivis par ceux du milieu (22,31%), l'ouest (21,14%), et dans la région nord-est (11,28%) de la Chine.</p> <p>Une équipe de recherche composée des membres du corps professoral de neuf universités concernées a été créé, et les</p>
--	--

	<p><i>membres ont été formés avant la collecte des données afin d'assurer la cohérence de la mise en œuvre sur tous les sites. Dans chaque hôpital, un infirmier de recherche a été nommé, les questionnaires ont été livrés au personnel infirmier par les membres du corps professoral d'une université et l'infirmier de recherche de l'hôpital. Les infirmiers ont rempli les questionnaires individuellement et les ont retournés dans une enveloppe scellée dans une boîte scellée dans les unités en une semaine. Les questionnaires remplis ont été retournés par la poste à l'école des soins infirmiers, Sun Yat-sen University (SYSU). Tous les participants ont pris part à l'étude volontairement. Le projet de recherche a été approuvé par le comité d'éthique de l'école des soins infirmiers, Université Sun Yat-sen. »</i></p>
Considérations éthiques	<ul style="list-style-type: none"> • Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ? • L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ? <p><i>Les participants ont été volontaires, de plus, le projet de recherche a été approuvé par le comité d'éthique de l'école des soins-infirmiers, université Sun Yar-sen. Donc nous pouvons dire que les auteurs ont été vigilants au sujet de la sauvegarde des droits des participants et que l'étude a été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants.</i></p>
Devis de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ? la méthode de recherche choisie est-elle conciliable avec les outils de collecte des données proposés ?

- Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ?
- Le choix du devis permet-il de respecter les critères scientifiques ? (Véracité-applicabilité-consistance-Neutralité)
- La méthode de recherche proposée est-elle appropriée à l'étude du problème posé ?
- Y a-t-il suffisamment de temps passé sur le terrain et auprès des participants ?

Le devis fournit un moyen d'examiner la question de recherche ainsi qu'il permet à l'étude d'atteindre son but. Le choix de devis permet de respecter les critères scientifiques.

La méthode de recherche est conciliable avec les outils de collectes des données proposés (comme présenté dans la partie ci-dessous; Modes de collectes des données). Néanmoins, on ne sait pas combien de temps a été passé sur le terrain auprès des participants.

« La conception de cette étude était une analyse secondaire rétrospective des données. La source de données était the Chinese Nursing Human Resources Study (CNHRS; You et al 2013). Le CNHRS original était une étude collaborative multi-centre, toutes les données ont été recueillies entre Septembre 2008 et Juin 2010. Le 8 Medical China Board (CMB), les membres du China Nursing Network de l'université des soins infirmiers et une autre université médicale ont géré la collecte des données. CNHRS était une étude transversale menée dans 181 niveau 2 (300-500 lits) et le niveau 3 (> 500 lits) des hôpitaux complets de six provinces, deux municipalités, et une région autonome qui couvrait les huit zones économiques globales de la Chine continentale. »

Modes de collectes de données	<ul style="list-style-type: none"> • Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ? • Les questions de recherche ont-elles été bien posées ou les observations du phénomène, bien ciblées ? Ont-elles été rigoureusement consignées par la suite ? • L'auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ? • La procédure expérimentale est-elle cohérente avec les outils mesurés ? <p><i>La question de recherche a été bien posée et les observations bien ciblées. La procédure expérimentale est cohérente avec les outils mesurés qui sont clairement décrits. Ces derniers sont importés et permettent de mesurer les variables.</i></p> <p><i>« Les mesures utilisées sont tirées de The China Hospitals Nurse Survey, qui a été traduit de l'anglais en chinois et retraduit par des traducteurs bilingues. L'étude pilote a été réalisée avec un échantillon de 50 infirmiers dans un hôpital de niveau 3 pour assurer la langue. Le contenu était pertinent pour les infirmiers en Chine et les éléments qui n'étaient pas conformes aux expressions chinoises ou qui ne convenaient pas au système de soins de santé chinois ont été modifiés ou supprimés (Liu et al., 2012).</i></p> <p><i>L'épuisement professionnel infirmier a été mesuré par le Maslach Burnout Inventory, qui compte 22 items et 3 sous-échelles (MBI Maslach et al., 1996): l'épuisement émotionnel (EE, 9 items), la dépersonnalisation (DP, 8 items), et l'accomplissement personnel réduit (PA, 5 items). Les infirmiers ont été invités à évaluer leur expérience avec chaque élément sur une échelle de 7 points avec des réponses allant de jamais</i></p>
--------------------------------------	---

(1) à quelques fois par semaine (7). Les scores de chaque item ont été agrégés pour chaque sous-échelle, et chaque sous-échelle a été traitée comme une variable continue avec des scores allant de faible, modéré à élevé. Scores de ≥ 27 sur l'EE, ≥ 10 sur DP et ≤ 33 sur PA sont considérés comme «épuisement élevé»; scores de 19 à 26 sur l'EE, 6 à 9 sur DP, et 34 à 39 sur PA sont considérés comme «épuisement modéré»; scores de ≤ 18 de l'EE, ≤ 5 sur DP et ≥ 40 sur PA sont considérés comme «épuisement faible» (Maslach et al., 1996). Des études antérieures dans d'autres pays ont démontré que la MBI est un outil efficace pour mesurer l'épuisement infirmier (Poghosyan et al., 2010). Dans cette étude, les trois dimensions de la MBI ont été utilisées pour mesurer l'épuisement infirmier exhaustive. La cohérence interne a été mesurée en utilisant l'alpha de Cronbach avec des coefficients de fiabilité de 0,794 pour le total MBI, 0,851 pour EE, 0,768 pour DP et 0,788 pour la sous-échelle PA dans l'étude.

La satisfaction au travail des infirmiers a été mesurée par un questionnaire de 9 items avec une échelle de type Likert à 4 points (1 = Très satisfait, 2 = Moyennement satisfait, 3 = Plutôt insatisfait, 4 = Très Insatisfait; Aiken, Clarke, Sloane, Sochalski, & Silber, 2002). L'échelle comporte un élément sur la satisfaction générale au travail et huit items sur la satisfaction liée aux horaires de travail, aux opportunités, à l'indépendance, au statut professionnel, au salaire, à la sécurité des soins de santé, à la sécurité de la retraite et aux avantages de la scolarité. La satisfaction au travail a été utilisée comme une variable dichotomique dans cette étude, très satisfait et moyennement satisfait ont été classés comme satisfait; quelque peu insatisfait et pas insatisfait ont été classés

comme insatisfait au travail (You et al., 2013). Le point sur la satisfaction générale au travail a été utilisé dans les analyses de régression (Liu et al, 2012; Vous et al, 2013.). L'alpha de la cohérence interne Cronbach pour le questionnaire de satisfaction au travail était de 0,870, et les coefficients de corrélation (élément-total) des éléments avec l'échelle était de 0,302 à 0,686 dans l'étude.

L'intention de quitter des infirmiers a été évaluée par une seule question ; "Est-ce que vous prévoyez de continuer avec votre employeur actuel l'année qui suit à partir de maintenant?" Les réponses étaient non ou oui (Aiken, 2008 et al.).

L'environnement de travail de l'hôpital a été évalué par la Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (NWI-PSE), qui est composé de 31 items avec une échelle de type Likert à 4 points (1= Fortement en désaccord, 4 = Tout à fait d'accord) en 5 sous-échelles: participation des infirmiers aux affaires hospitalières; fondations infirmiers pour la qualité des soins; Capacité managériale des infirmiers, le Leadership, et le soutien; La dotation et l'adéquation des ressources; et la collaboration infirmiers-médecins. Des scores plus élevés indiquent que l'item est présent dans l'environnement, ce qui signifie un meilleur environnement de travail, et les scores des sous-échelles moyennes sont calculés en moyenne pour chaque élément des sous-échelles (Lake, 2002). Suite à la méthode d'agrégation utilisée dans des études similaires (Aiken et al, 2008; Liu et al, 2012 ; Nantsupawat et al, 2011), nous avons analysé l'environnement de travail au niveau de l'hôpital. Les moyennes de niveau des hôpitaux pour chaque sous-échelle pour tous les 181 hôpitaux ont été calculé, et chaque hôpital a

	<p><i>été codé comme ci-dessous, au niveau ou au-dessus de la moyenne pour chaque sous-échelle. Les hôpitaux avec des scores supérieurs à la médiane sur un ou aucune sous-échelle, deux ou trois sous-échelles, et quatre ou cinq sous-échelles ont été classées comme ayant des environnements de travail «pauvres», «mixtes» et «bonnes» L'alpha de Cronbach était de 0,971 pour le NWI-PES, et les sous-échelles étaient de 0,834 à 0,946 dans l'étude.</i></p>
Conduite de la recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Le processus de collecte des données/enregistrement est-il décrit clairement ? • Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ? • Si l'étude comporte une intervention (variable indépendante), celle-ci est-elle clairement décrite et appliquée de façon constante? <p><i>Le processus de collecte de données et d'enregistrement est clairement décrit. Les données ont été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent.</i></p> <p><i>« Une équipe de recherche composée des membres du corps professoral de neuf universités concernées a été créé, et les membres ont été formés avant la collecte des données afin d'assurer la cohérence de la mise en œuvre sur tous les sites. Dans chaque hôpital, un infirmier de recherche a été nommé, les questionnaires ont été livrés au personnel infirmier par les membres du corps professoral d'une université et l'infirmier de recherche de l'hôpital. Les infirmiers ont rempli les questionnaires individuellement et les ont retournés avec une enveloppe scellée dans une</i></p>

	<p><i>boîte scellée dans les unités en une semaine. Les questionnaires remplis ont été retournés par la poste à l'école des soins infirmiers, Sun Yat-sen University (SYSU). Tous les participants ont pris part à l'étude volontairement. Le projet de recherche a été approuvé par le comité d'éthique de l'École des soins infirmiers, Université Sun Yat-sen. »</i></p>
Analyse des données	<ul style="list-style-type: none"> • Les méthodes d'analyse sont-elles décrites ? • Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ? • Le résumé des résultats est-il compréhensible et met-il en évidence les extraits rapportés ? • Les thèmes font-ils ressortir adéquatement la signification des données ? <p><i>Les méthodes d'analyses pour chaque variable sont décrites comme présentées ci-dessus (dans la partie ; Modes de collectes de données) ainsi que la méthode d'analyse finale aussi comme présentée ci-dessus.</i></p> <p><i>Dans cette partie, le résumé des résultats ne figure pas.</i></p> <p><i>« Les analyses des données statistiques descriptives ont été utilisées pour représenter les caractéristiques des infirmiers, les résultats de l'emploi et l'environnement de travail de l'hôpital. Les fréquences ont été utilisées pour les variables, et les moyens, les écarts-types, les moyennes et les gammes de quartile ont été utilisés pour les variables continues. Les tests du chi-square ont été effectués afin d'examiner les différences en pourcentage de niveaux élevés d'épuisement, l'insatisfaction au travail, et l'intention de quitter dans les hôpitaux avec des</i></p>

	<p><i>environnements de travail médiocres, mixtes, et bons.</i></p> <p><i>Des modèles de régression logistique ont été effectués pour estimer l'influence des milieux de travail des hôpitaux sur l'épuisement professionnel du personnel infirmier, leur satisfaction au travail, et l'intention de quitter après ajustement pour un certain nombre de facteurs de confusion potentiels, qui comprenaient certaines caractéristiques des infirmiers (années de travail, le statut matrimonial, le statut d'emploi, et plus haut niveau d'éducation), le type d'unité (médical, chirurgical, et soins intensifs), et les caractéristiques de l'hôpital (niveau de l'hôpital, l'emplacement et la région). L'analyse statistique a été effectuée en utilisant le progiciel de statistiques pour les sciences sociales (SPSS de version 16.0, SPSS, Inc., Chicago, IL). Le niveau de signification statistique a été fixé à $p < .05$. »</i></p>
RESULTATS	
<p>Présentation des résultats</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures, graphiques ou modèles ? • Les thèmes ou les modèles sont-ils logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène ? • Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif ? • L'auteur a-t-il fait évaluer les données par les participants ou par des experts ? <p><i>Les résultats sont adéquatement présentés à l'aide de tableaux et résumés par un texte narratif. Les thèmes sont logiquement associés entre eux et représentent bien le phénomène. Les données ont été évaluées par une équipe de recherche composée des membres du corps</i></p>

	<p><i>professoral de neuf universités.</i></p> <p><i>« Résultats du travail des infirmiers :</i></p> <p><i>Les scores de l'épuisement émotionnel (EE) et de la dépersonnalisation (DP) étaient modérés, tandis que le score de l'accomplissement personnel réduit (PA) était le plus élevé.</i></p> <p><i>Près de la moitié des infirmiers était insatisfaite de son emploi actuel. L'insatisfaction de salaire représentait la plus grande source d'insatisfaction au travail (75,54%) alors que l'indépendance au travail représentait la plus faible (12,45%). Les pourcentages de l'insatisfaction des prestations de scolarité et du statut professionnel étaient en deuxième et troisième place. Seul un petit nombre d'infirmiers a manifesté l'intention de quitter l'emploi actuel dans l'année qui suit.</i></p> <p><i>L'environnement de travail des hôpitaux :</i></p> <p><i>Les infirmiers considéraient l'environnement de travail de l'hôpital comme satisfaisant. La collaboration entre les infirmiers et médecins avait le score moyen et médian le plus favorable, alors que la dotation en personnel et l'adéquation des ressources étaient les plus basses. Quatre-vingt-un de ces hôpitaux ont été classés comme ayant un milieu de travail pauvre; 78 (43,10%) ont été classés comme bonne selon l'évaluation des infirmiers.</i></p> <p><i>Les effets de l'environnement de travail dans les hôpitaux et les résultats du travail des infirmiers:</i></p> <p><i>Dans les hôpitaux avec de bons milieux de travail, tels que rapportés par les infirmiers, moins d'infirmiers ont déclaré un épuisement professionnel élevé, l'insatisfaction de l'emploi actuel, le statut professionnel, les possibilités d'avancement, le calendrier et l'indépendance au travail, et l'intention de quitter que dans les hôpitaux avec des environnements de travail mixtes. À leur tour, les hôpitaux avec un environnement de travail mixte avaient des</i></p>
--	--

	<p><i>pourcentages plus faibles d'infirmiers ayant déclaré un épuisement professionnel, l'insatisfaction au travail, et l'intention de quitter plus élevé que les hôpitaux avec des environnements de travail médiocres.</i></p> <p><i>Les résultats montrent que, par opposition à un environnement de travail pauvre, les infirmiers dans les hôpitaux avec un environnement de travail mixte ou bon étaient moins susceptibles de déclarer un épuisement professionnel élevé dans les trois dimensions de l'EE, DP et PA, l'insatisfaction au travail, et l'intention de quitter. Tous les ORs étaient <1, ce qui implique que, toutes choses étant égales, l'épuisement professionnel, l'insatisfaction au travail, et l'intention de quitter bas, ont été associés à de meilleurs environnements de travail. Après avoir contrôlé les caractéristiques des infirmiers, les infirmiers ayant déclaré un épuisement professionnel élevé en EE, DP et PA ont été réduits de 35%, 51%, et 27% respectivement, et les infirmiers étant insatisfaits de leur emploi et ayant l'intention de quitter ont été réduits de 47% et 55% dans les hôpitaux avec un bon environnement par rapport à ceux dans les hôpitaux avec un environnement médiocre. »</i></p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou hypothèses ? • Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet ? Sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures? • L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses ? • Les limites de l'étude ont-elles été définies ?

- Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ?
- Soulève-t-on la question du caractère transférable des conclusions ?

Les résultats sont interprétés en fonction du cadre de recherche pour chaque question. Les résultats concordent avec les études antérieures et sont discutés à leurs lumières.

L'interprétation et les conclusions sont conformes aux résultats d'analyse et découlent logiquement des résultats. La question du caractère transférable des conclusions n'est pas concrètement soulevée même si l'étude le permet. Les limites de l'étude sont définies.

« Un grand nombre d'infirmiers dans cet échantillon a rapporté un niveau d'épuisement élevé dans les trois dimensions. Comparé à d'autres pays (Poghosyan et d'autres., 2010), les niveaux d'EE et DP d'infirmiers en Chine étaient semblables à ceux aux USA, au Canada et au Royaume-Uni, mais les infirmiers en Chine ont rapporté un taux d'épuisement plus élevé de PA. Ce niveau inférieur d'accomplissement personnel est probablement le résultat du statut des soins infirmiers car c'est une profession non reconnue en Chine comparé à quelques pays occidentaux. Quelques administrateurs hospitaliers considèrent les infirmiers comme les assistants des médecins et les patients ont tendance à avoir confiance aux médecins, mais pas aux infirmiers en Chine (Hu et al., 2010).

Le bas niveau d'accomplissement personnel va aussi probablement être lié au bas degré d'éducation des infirmiers en Chine que dans d'autres pays, comme les USA (Kalisch et Liu, 2009) et cette étude soutient les résultats d'autres études montrant que les infirmiers avec un diplôme de haut degré allaient probablement moins subir un épuisement élevé en PA. Bien que

le nombre d'infirmiers avec licences ou masters ait augmenté ces dernières années en Chine, ce nombre reste limité comparé aux infirmiers avec un diplôme secondaire. Seulement environ un cinquième d'infirmiers dans cette étude avait obtenu une licence, un nombre qui est beaucoup plus bas par rapport aux USA et la Thaïlande (Aiken et al., 2011). En 2007, environ 71 % d'étudiants d'infirmier en Chine ont étudié dans des programmes de diplôme secondaires et seulement environ 7 % dans des programmes de licence (You et al., 2010). Bien que le pourcentage d'infirmiers avec des diplômes avancés ait augmenté à 51.3 % en 2010 (le Ministère de la Santé de la Chine, 2011), la majorité des infirmiers est toujours moins préparée par rapport à leurs collègues dans d'autres professions de santé. Le statut social bas et le déséquilibre structurel dans la qualification éducative peuvent affecter le sentiment d'accomplissement des infirmiers. Pour soulager l'épuisement des infirmiers à travers l'accomplissement personnel, il sera nécessaire d'agir pour améliorer le statut de professionnel des infirmiers et d'augmenter le nombre de formation avancée pour les soins infirmiers.

Les résultats ont indiqué que les infirmiers bianzhi ont tendance à être plus touchés par l'épuisement dans EE et PA en comparaison aux infirmiers de contrat. Une raison possible peut être que les infirmiers bianzhi sont d'habitude plus des seniors et prennent plus de responsabilités dans le travail.

Presque la moitié des infirmiers (45.20 %) dans cet échantillon a été peu satisfaite avec leur emploi actuel, en comparaison de 17 % - 37 % dans sept autres pays (Aiken et al., 2011). Les infirmiers étaient surtout insatisfaits de leur salaire et les résultats étaient compatibles avec

des rapports précédents (Liu et al., 2011; Lu et d'autres., 2007; McHugh, Kutney-Lee, Cimiotti, Sloane et Aiken, 2011). Pourtant, le taux d'insatisfaction du salaire était beaucoup plus haut que ceux des infirmiers en Europe (You et al., 2013). En plus du bas niveau de satisfaction du salaire et des avantages, plus que la moitié des infirmiers a rapporté l'insatisfaction quant à leur statut professionnel, qui était beaucoup plus haut qu'aux USA, où seulement 17 % d'infirmiers l'avait soulevé (McHugh et d'autres., 2011).

Dans les hôpitaux chinois, les infirmiers sont souvent la première cible pour la diminution de coût, bien qu'il y ait moins de personnel soignant par patient dans les hôpitaux chinois comparé aux autres pays, comme les USA (Kalisch et Liu, 2009). Les infirmiers des hôpitaux travaillent avec de lourdes charges de travail et des salaires bas, mais ils sont aussi probablement moins être respectés par des patients.

Selon les découvertes, les infirmiers ont été satisfaits de leur indépendance au travail, mais peu satisfait de leur salaire, des avantages et le statut professionnel, les infirmiers Bianzhi et les infirmiers avec un diplôme plus élevé ont eu tendance à rapporter une plus haute insatisfaction de travail. Les découvertes suggèrent que les décideurs et managers hospitaliers ciblent les salaires d'infirmiers, les avantages et le statut pour une meilleure satisfaction au travail afin d'améliorer à son tour la qualité des soins et le respect des patients vis-à-vis des infirmiers. Les infirmiers Bianzhi et ceux avec un diplôme plus élevé peuvent avoir une espérance plus haute concernant le travail; les managers hospitaliers doivent prêter attention à leurs besoins dans le développement de leur carrière et essayer de fournir de l'assistance.

Dans cette étude, 5.1 % d'infirmiers a exprimé

l'intention de quitter leur emploi actuel dans les 12 prochains mois, un taux qui était beaucoup plus bas que dans des pays occidentaux (Aiken et al., 2001), bien que les infirmiers de contrat ont rapporté un niveau plus élevé d'intention de démission que les infirmiers bianzhi. Le bas niveau d'intention de quitter l'emploi rapporté dans cet échantillon peut être lié à la culture chinoise. Une étude précédente en Chine a rapporté l'intention de chiffre de roulement beaucoup plus haute que dans cet échantillon (Xun et Wu, 2011), ce qui peut être lié aux questionnements différents. Dans cette enquête, il y avait seulement une question concernant l'intention de roulement. Xun et Wu (2011) ont utilisé un questionnaire de 6 items pour mesurer les différents niveaux d'intention de roulement. Le manque de données à ce sujet est une limitation dans cette étude.

Cette étude indique que le problème de roulement est plus sérieux parmi les infirmiers de contrat. Pour des infirmiers de contrat plus jeunes qui sont employés dans les hôpitaux en Chine, il faudrait plus d'assistance, comme la fournir un même salaire et de l'égalité des chances pour le développement de carrière, ceci devrait être soulignée par les managers pour retenir les infirmiers de contrat.

Ces résultats suggèrent que les infirmiers en Chine ont rapporté des meilleurs environnements de travail comparé à d'autres pays (Aiken et d'autres., 2011), mais que l'environnement dépend des hôpitaux. Un nombre substantiel d'environnement de travail hospitalier pauvre a été rapporté par les infirmiers dans cette étude. La dotation en personnel et des ressources inadéquates étaient la préoccupation majeure des infirmiers dans l'environnement de travail.

La Chine subit une pénurie sérieuse d'infirmiers à

présent et le manque va probablement être encore accroître dans l'avenir en raison des faibles salaires, de la haute pression de travail et le statut professionnel non reconnu (Hu et d'autres., 2010). D'autre part, seulement 4 % - 5.28 % du produit intérieur brut est dépensé pour les soins en Chine (Zhang, 2011), comparé au 17.4 % aux USA et au 8.5 % au Japon (l'Organisation de coopération et de développement économiques, 2011). Les résultats suggèrent que la dotation en personnel d'infirmiers insuffisante et les ressources sont le problème le plus en vue et doivent être augmentés pour que l'environnement de travail des infirmiers soit amélioré.

Dans cette étude, l'environnement de travail a été positivement relié aux résultats d'infirmiers, ce qui est compatible avec les études dans d'autres pays (Aiken et d'autres. 2011; Van Bogaert et d'autres, 2010). Les résultats suggèrent que pour diminuer l'épuisement d'infirmier, il faudrait améliorer leur satisfaction au travail et retenir plus d'infirmiers, il faudra que des leaders du système de santé se questionnent et agissent sur l'amélioration des environnements de travail. Selon les résultats de cette étude, les premiers moyens seraient d'augmenter la dotation en personnel d'infirmiers, de fournir plus de soutien pour le développement de carrière infirmière et améliorer la participation des gestionnaires hospitaliers pour un meilleur environnement de travail et en fin de compte pour la diminution de la pénurie et pour des meilleurs résultats de travail.

Il y a plusieurs limitations à l'étude bien que nous ayons un échantillon d'hôpitaux nationaux. Une limitation de cette étude est qu'elle soit une analyse de données secondaire et les données

	<p><i>sont des rapports d'infirmiers, il y a seulement une question pour mesurer l'intention de démission, mais les mesures ont établi la bonne validité prophétique dans la recherche internationale (Aiken et al., 2011). Dans l'avenir, si une preuve plus objective, comme le taux de roulement d'infirmiers et des données d'environnement de travail dans les hôpitaux pourrait être rassemblée, une compréhension plus complète et précise du sujet pourrait être obtenue. Une autre limitation est que nous ne pouvons pas faire des inférences causales à cause de la conception croisée et de nouvelles études avec des conceptions longitudinales seraient nécessaires pour en savoir plus sur les résultats de travail d'infirmiers et leurs relations avec l'environnement de travail. De plus, la population de cette étude a été limitée à des infirmiers de niveau 2 et 3, donc ces découvertes ne peuvent pas être généralisées aux infirmiers de niveau 1 (avec moins de lits d'hôpital) en Chine. »</i></p>
Conséquences et recommandations	<ul style="list-style-type: none"> • Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ? L'auteur a-t-il précisé les conséquences des résultats ? • L'auteur fait-il des recommandations/applications pour la pratique et les recherches futures ? • Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions ? <p><i>Les données sont suffisamment riches pour appuyer des conclusions. De plus, les auteurs font des recommandations pour la pratique et pour les recherches futures comme présenté ci-dessus.</i></p>

Zhang, L., You, L., Liu, K., Zheng, J., Fang, J., Lu, M., ... Bu, X.
(2014). The Association of Chinese Hospital Work Environment with Nurse
Burnout, Job Satisfaction, and Intention to Leave. *National Institutes of
Health, 62* (2),128 – 137. (Trad. libre)

Grille de Fortin 8 : Work-related factors and early retirement intention: a study of the Danish eldercare sector

Titre	<ul style="list-style-type: none"> Le titre précise t'il clairement les concepts clés et la population a l'étude ? <p><i>Les facteurs liés au travail et à l'intention précoce de démissionner : étude du secteur gériatrique Danois. Donc oui la population à l'étude est bien précisée.</i></p>
Résumé	<ul style="list-style-type: none"> Le résumé synthétise clairement le résumé de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ? <p><i>Oui tout à fait, c'est le cas.</i></p> <p><i>D'une part la population dans les pays occidentaux est de plus en plus vieillissante. De l'autre, on observe une baisse de la main-d'œuvre dans le secteur des soins aux personnes âgées.</i></p> <p><i>Cette étude danoise a pour but d'examiner 12 facteurs liés au travail susceptibles d'influencer les départs précoces à la retraite dans le secteur des soins aux personnes âgées.</i></p> <p><i>Tests : 3 facteurs qui expliqueraient l'intention précoce de partir, facteurs liés aux exigences élevées dans le travail (4 facteurs) et de basses ressources (4 facteurs), motivation face à l'emploi (3 facteurs) et l'effort physique (1 facteur).</i></p> <p><i>Méthodes : Des modèles de régression logistique multinomiale ont montré que 12 facteurs liés au travail (T1) ont été associés à l'intention de la retraite anticipée (T2). 2444 employés âgés de 45 à 57 ans de 2 groupes (T1 et T2) d'une étude prospective. Des modèles de régression logistique multinomiale ont montré 12 facteurs liés au travail (T1) associés à une intention</i></p>

	<p><i>précoce de départ à la retraite (T2). Comparaison entre retraite très anticipée, retraite anticipée et retraite normale.</i></p> <p><i>Résultats : seulement 14% ont l'intention de prendre une retraite normale (65 ans ou plus).</i></p> <p><i>Causes : les efforts physiques intenses (hypothèse 3) et l'engagement organisationnel affectif faible ou normale (hypothèse 2) sont les facteurs qui ressortent quant à la retraite très précoce. Aucun des autres facteurs liés au travail n'est associé à l'intention d'une retraite anticipée ou précoce.</i></p> <p><i>Conclusions : pour les interventions futures : il faudrait réduire l'effort physique des soignants (charge de travail) et maintenir ou augmenter l'engagement organisationnel affectif des employés de ce secteur afin de les garder jusqu'à l'âge de la retraite.</i></p>
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Le problème/phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit ? Que s'agit-il d'étudier ? <p><i>Oui la présente étude a investigué 12 différents facteurs liés au travail qui pourraient expliquer l'intention d'une retraite précoce. Sur une population de 2444 employées âgées entre 45 et 57 ans dans le secteur des soins gériatriques au Danemark (les auteurs ont considéré que c'est une tranche d'âge favorable aux questionnements liés à la retraite. Dans cette étude prospective, ils ont testé si 3 hypothèses pouvaient expliquer l'augmentation de la retraite précoce : la première hypothèse (les exigences de travail élevés – 4 facteurs) et des basses ressources de travail (4 facteurs); la 2^{ème} hypothèse : motivation face au travail (3 facteurs); la 3^{ème} hypothèse : un effort physique très élevé (1 facteur).</i></p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Le problème/phénomène est-il pertinent /approprié dans le contexte des connaissances actuelles ? <i>Oui tout à fait, c'est un problème de santé publique dans notre société actuelle.</i> • Le problème/phénomène a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ? <i>Oui nous sommes dans le domaine des soins, si nous manquons de soignants, nous ne pouvons pas soigner. Surtout que la population occidentale est une population vieillissante ; c'est un défi pour l'avenir du domaine des soins.</i> <p>Les postulats sous-jacents à l'étude sont-ils précisés ? <i>oui le postulat sous-jacent est que dans la plupart des pays occidentaux, la population est de plus en plus vieillissante et en même temps, la main d'œuvre dans les soins gériatriques diminue. La majorité des soignants de ce secteur au Danemark ont entre 50 et 59 ans et vont partir à la retraite dans la prochaine décennie. De plus la population féminine travaillant en gériatrie et dont le niveau d'études est bas part à la retraite avant les employés dans les autres secteurs.</i></p>
Recension des écrits	<ul style="list-style-type: none"> • Une recension a-t-elle été entreprise ? • La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ? <p><i>Plusieurs études ont investigué le lien entre l'environnement de travail et l'intention de la retraite précoce. Beaucoup de ces études supportent le fait qu'une amélioration de l'environnement de travail peut être le moyen pour retarder le moment de la retraite.</i></p>

	<ul style="list-style-type: none"> • La recension des écrits vous semble-t-elle présenter une base solide pour l'étude ? <i>Oui les auteurs partent du constat que dans les pays occidentaux puis plus spécifiquement au Danemark, le secteur gériatrique manque de personnel soignant. Ils précisent ensuite que plusieurs études ont été entreprises à cet sujet. L'auteur présente-il l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème à l'étude ? une étude transversale finlandaise dans le domaine de la santé et du social a montré que les exigences élevées au travail encouragent la réflexion à une retraite précoce et le contrôle de l'emploi aussi. Les résultats d'une méta-analyse ont montré que les conditions de travail, la satisfaction au travail et l'implication au travail sont reliées à la planification de la retraite. De plus, de faibles possibilités d'évolution ou de développement, une charge de travail élevée, une mauvaise qualité de travail, le manque de reconnaissance, le manque de prédictibilité et un faible engagement organisationnel sont associés à la retraite précoce.</i> • La recension présente-t-elle des sources primaires ? <i>Oui quelques-unes : Elovainio M, Forma P, Kivimäki M, et al. Job demands and job control as correlates of early retirement thoughts in Finnish social and health care employees. Work Stress 2005;19:84–92. Boumans NPG, de Jong AHJ, Vanderlinden L. Determinants of early retirement intentions among Belgian nurses. J Adv Nurs 2008;63:64–74. von Bonsdorff ME, Vanhala S, Seitsamo J, et al. Employee well-being, early-retirement intentions, and company performance. J Occup Environ Med 2010; 52:1255–61.</i>
--	---

	<p>Wang M, Shultz KS. <i>Employee retirement: a review and recommendations for future investigation. J Manag</i> 2010;36:172–206.</p>
Cadre de recherche	<ul style="list-style-type: none"> Les concepts clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ? <i>Les concepts clés sont présents (conditions de travail, retraite précoce, satisfaction au travail, engagement organisationnel, implication au travail, charge de travail élevée, manque de reconnaissance, effort physique, qualité de travail, environnement de travail...). Ils sont présents mais pas définis spécifiquement Est-il justifié et décrit de façon adéquate ? oui le cadre conceptuel est défini, le contexte de la recherche est précisé comme spécifié plus haut.</i> Est-ce que les concepts clés s'inscrivent-ils dans un cadre de référence ? <i>Oui les concepts sont en lien avec l'objet de cette recherche. Est-il lié au but de l'étude ? oui le cadre de référence est cohérent avec l'objet de l'étude. Les bases philosophiques et théoriques ainsi que la méthode sous-jacente sont-elles explicitées et appropriées à l'étude ? Base philosophique : la population occidentale est vieillissante. C'est un défi pour le domaine des soins. La méthode sous-jacente est aussi précisée dans cette partie. Il s'agit d'une étude prospective qui se base sur des recherches antérieures (méta-analyses, études transversales, divers écrits).</i>
Buts et question de recherche	<ul style="list-style-type: none"> Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ? <i>Oui comme précisé plus haut</i> Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont-elles clairement

	<p>énoncées ?</p> <p><i>Dans cette étude prospective, ils ont testé si 3 hypothèses pouvaient expliquer l'augmentation de la retraite précoce : la première hypothèse (les exigences de travail élevés – 4 facteurs) et des basses ressources de travail (4 facteurs) ; la 2^{ème} hypothèse : faible attitude de travail – 3 facteurs ; la 3^{ème} hypothèse : un effort physique très élevé – 1 facteur.</i></p> <p><i>Une population de 2444 employées âgées entre 45 et 57 ans dans le secteur des soins gériatriques au Danemark.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Les questions de recherche ou les hypothèses reflètent-elles le contenu de la recension des écrits et découlent-elles logiquement du but ? <p><i>La recension des écrits est en lien avec les hypothèses de l'étude. Traitent-elles de l'expérience des participants, des croyances, des valeurs ou des perceptions ? les questions de recherche traitent de l'âge des participants, de leur nombre, du domaine auquel ils appartiennent, de leur métier.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Les variables reflètent-elles les concepts précisés dans le cadre de recherche ? <p><i>Oui les variables sont en lien avec le cadre de recherche (les variables sont : exigences de travail élevées, basses ressources, effort physique élevé et chaque variable contient plusieurs facteurs).</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Les questions s'appuient-elles sur des bases philosophiques, sur la méthode de recherche sous-jacente ou sur le cadre conceptuel ou théorique ? <p><i>Oui, les questions posées découlent des postulats de base de cette étude.</i></p>
--	---

METHODE	
Population échantillon	<p>et</p> <ul style="list-style-type: none"> La population visée est-elle définie de façon précise ? L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ? la méthode utilisée pour accéder au site ou recruter les participants est-elle appropriée ? <p><i>Tous les employés du secteur des soins gériatriques de 10 municipalités ont reçu des questionnaires pour la partie de la recherche concernant les facteurs reliés au travail (T1) en 2006/2007 et un autre questionnaire en 2008/2009 pour la partie T2 (intention d'une retraite précoce). Le temps de suivi moyen était de 24 mois par répondant (22-26 mois). La sélection des municipalités reflète les variations du domaine des soins gériatriques danois en terme d'organisation et de caractéristiques socio-économiques. Les questionnaires T2 ont été envoyés en fonction des réponses suite au questionnaire T1. Ensuite l'étude a pris en compte seulement les participants ayant renvoyé les 2 questionnaires ; ils étaient âgés entre 45 et 57 ans lors du sondage T1 et n'avaient pas encore atteint l'âge de 60 ans lors du sondage T2. Ils étaient au nombre de 2444. Ils ont veillé à isoler le groupe des 40-45ans comme habituellement dans les études concernant la retraite. Ils ont aussi isolé le groupe qui aurait pu avoir refusé la possibilité d'une pension de retraite anticipée car cela aurait pu biaisé les résultats de la recherche. Ils ont aussi inclus les employés qui ont quitté leur poste de travail entre T1 et T2 si leur âge s'inscrit dans celui de la population à l'étude (45-57ans). La variable de l'intention de la retraite anticipée a été mesurée par un item unique : « quand aimeriez-vous vous retirer du marché du travail ? ». Ils avaient le choix entre 5 catégories</i></p>

	<p>de réponses. Ceux qui ont répondu « je ne sais pas » (391) ont été exclus de la recherche. Les 4 autres catégories ont été ensuite reclassées dans 3 catégories pour l'analyse : retraite normale (65 ans), intention de retraite anticipée (62 à 64 ans) et intention de retraite très anticipée (moins de 61 ans).</p> <p>Ensuite : mesure de l'environnement de travail psychosocial (les exigences de travail et les ressources) de même que l'attitude face au travail grâce au COPSQ → Medium-long Copenhagen Psychosocial Questionnaire. Quatre variables pour les exigences du travail : le rythme de travail, les exigences quantitatives, les exigences émotionnelles, le conflit de rôles. Quatre variables pour les ressources de travail : prédictibilité, possibilité de développement, influence au travail, qualité du leadership. Trois variables pour l'attitude face au travail : le sens du travail, engagement organisationnel affectif, l'équité du lieu de travail. Excepté le rythme de travail qui avait un seul item, toutes les autres variables étaient des échelles, chacune avec 2 à 4 items. Chaque item était de 5 possibilités de réponses sur l'échelle likert. Ensuite les items ont été mis ensemble et calculés sur une échelle de 0 à 100 où 100 représentait le plus haut degré de mesure. Les valeurs des échelles ont été ensuite recodées en 2 ou 3 catégories selon le protocole COPSQ. 2 catégories : l'échelle a été divisée comme suit → le quartile supérieur contre le 3 quartiles inférieurs. 3 catégories : les échelles étaient divisées comme suit → quartile supérieur, interquartiles et quartile inférieur.</p> <p>Ils ont également inclus dans les analyses : l'effort physique qui était mesuré en T1 avec un seul item allant jusqu'à 7 possibilités de réponses allant de très ardu à très facile (divisé en 3 groupes). Des variables de contrôle ont été</p>
--	---

	<p><i>inclus en T1 : genre, âge, statut civil, horaire de travail, type d'occupation et ancienneté.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Dans le plan d'échantillonnage, l'auteur a-t-il envisagé des moyens d'accroître la représentativité de l'échantillon ? La méthode d'échantillonnage utilisée a-t-elle permis s'ajouter des renseignements significatifs et d'atteindre les objectifs visés ? Est-elle justifiée sur la base statistique ou par une saturation des données ? <p><i>Oui cf. le point précédent. Ils ont inclus des variables de contrôle.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle justifiée sur une base statistique ? <p><i>Oui telle que précisée plus haut.</i></p>
Considérations éthiques	<ul style="list-style-type: none"> • Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ? <p><i>Aucun conflit d'intérêt n'a été déclaré dans cette étude.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ? <p><i>Elle ne présente pas de risque particulier pour les participants, il s'agit de sondages et l'étude a du sens pour le secteur des soins.</i></p>
Devis de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ? la méthode de recherche choisie est-elle conciliable avec les outils de collecte des données proposés ? <p><i>La méthode semble cohérente avec les objets à l'étude. Le devis de recherche est mixte car il y a données objectivables quantitatives et des données un peu plus subjectives (qualitatives).</i></p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ? <i>Oui permet d'investiguer les hypothèses objectives et subjectives.</i> • Le choix du devis permet-il de respecter les critères scientifiques ?(Véracité-applicabilité-consistance-Neutralité) • La méthode de recherche proposée est-elle appropriée à l'étude du problème posé ? <i>D'après les auteurs oui.</i> • Y a-il suffisamment de temps passé sur le terrain et auprès des participants ? <i>Oui 24 mois en moyenne.</i>
Modes de collectes de données	<ul style="list-style-type: none"> • Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ? <i>Oui questionnaire T1 et T2 avec différents items. Le COPSOQ.</i> • Les questions de recherche ont-elles été bien posées ou les observations du phénomène, bien ciblées ? Ont-elles été rigoureusement consignées par la suite ? <i>Oui toutes les données ont été recueillies et analysées selon des critères propres au but de l'étude.</i> • L'auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ? <i>Oui certains ont été créés et d'autres importés.</i> • La procédure expérimentale est-elle cohérente avec les outils mesurés ?

Conduite de la recherche	<ul style="list-style-type: none"> Le processus de collecte des données/enregistrement est-il décrit clairement ? <i>Oui cf. population et échantillon.</i> Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ? <i>Pas de précision mais selon les critères de sélection de l'échantillon, on dirait que oui.</i> Si l'étude comporte une intervention (variable indépendante), celle-ci est-elle clairement décrite et appliquée de façon constante? <i>Ce n'est pas une étude interventionniste mais prospective.</i>
Analyse des données	<ul style="list-style-type: none"> Les méthodes d'analyse sont-elles décrites ? <i>Les analyses statistiques ont été réalisées dans PASW 18 (formellement SPSS). Les auteurs ont testé toutes les associations bidirectionnelles entre les variables d'exposition, les variables de contrôle et les résultats avec Pearson chi-square et, le cas échéant, avec le rang de corrélation de Spearman. Une valeur P inférieure à 0,10 a été considérée comme statistiquement significative pour ces analyses bivariées. Les variables ont été incluses dans les analyses ultérieures s'il y a des associations statistiquement significatives entre les variables d'exposition et de résultats, les variables de contrôle et les résultats ou les variables d'exposition et de contrôle. Utilisation de l'analyse multinomiale de régression logistique dans les autres analyses (groupe de référence: intention normal de la retraite). Une valeur P inférieure à 0,05 était considérée comme statistiquement significative. Trois</i>

	<p><i>modèles ont été produits: modèle 1 : modèle brut pour chaque variable d'exposition; modèle 2 , une analyse pour chaque variable d'exposition, y compris les variables de contrôle si le modèle 1 a été acceptée et le modèle 3, comprend toutes les variables d'exposition acceptés (modèle 1) et les variables de contrôle dans la même analyse. L'analyse d'exclusion a été réalisée à l'aide chi-square Pearson (X2).</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ? • Le résumé des résultats est-il compréhensible et met-il en évidence les extraits rapportés ? <i>Oui le résumé des résultats est clair.</i> • Les thèmes font-ils ressortir adéquatement la signification des données ?
RESULTATS	
<p>Présentation des résultats</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures, graphiques ou modèles ? <i>oui présence de tableaux et de textes narratifs pour expliciter les résultats.</i> • Les thèmes ou les modèles sont-ils logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène ? • Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif ? <i>Oui. Le tableau 1 présente les caractéristiques de la population étudiée (variables d'exposition et de contrôle) . Parmi les 2444 participants , plus de la moitié (56 %) ont eu l'intention de la retraite très précoce , alors que 30 % avaient l'intention de la retraite anticipée , et seulement</i>

	<p><i>14 % avaient l'intention d'arrêter de travailler à l'âge normal de la retraite (65 ans).</i></p> <p><i>L'analyse de décrochage a montré des différences significatives entre les participants et les décrocheurs pour 2 variables d'exposition : les possibilités de développement et de l'engagement organisationnel affectif . Chez les décrocheurs , une plus grande proportion a connu peu de possibilités de développement et un faible engagement organisationnel affectif par rapport aux autres participants. Les analyses de décrochage ont également montré des différences entre 4 des 6 groupes de variables de contrôle : le sexe , l'âge , l'ancienneté et la profession.</i></p> <p><i>L'analyse bivariate a montré que sept des variables d'exposition ont été associées à l'intention de la retraite : rythme de travail, exigences émotionnelles, les possibilités de développement, l'équité en milieu de travail, l'engagement organisationnel affectif, le sens du travail et l'effort physique. Toutes les variables de contrôle exceptées l'âge ont été associées à l'intention de la retraite, et toutes les variables de contrôle sont associées à une ou plusieurs des 7 variables d'exposition. Par conséquent, inclusion de toutes les variables de contrôle dans l'analyse de régression logistique multinomiale.</i></p> <p><i>Dans l'analyse brute, les possibilités moyennes de développement, l'engagement organisationnel affectif faible et normale et un effort physique très intense ont été associés à l'intention de la retraite très précoce. Aucun des facteurs liés au travail n'a était associé à l'intention de la retraite anticipée. Les possibilités moyennes de développement, l'effort physique sont restés des variables d'exposition importantes. Un seul facteur lié au travail, l'engagement organisationnel affectif (faible),</i></p>
--	---

	<p><i>avait une tendance à devenir un facteur de l'intention de retraite anticipée.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • L'auteur a-t-il fait évaluer les données par les participants ou par des experts ? <p><i>Pas de précisions à ce sujet</i></p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou hypothèses ? <p><i>Oui c'est le cas.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet ? Sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures? <p><i>Oui les auteurs font référence aux études antérieures et comparent les résultats à ceux des études antérieures.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses ? <p><i>L'effort physique intense (port de lourdes charges) et l'engagement organisationnel affectif faible et normale ont été associés l'intention de la retraite très précoce (61 ans ou plus tôt). Aucun des facteurs liés au travail n'était associé à l'intention de la retraite anticipée (entre 62 et 64 ans). En outre , plus de 50% des participants ont eu l'intention de la retraite très précoce, et seulement 14% des participants ont eu l'intention de travailler jusqu'à l'âge normal de la retraite à l'âge de 65 ans. Cette intention est aussi encouragée par la possibilité de recevoir une pension de retraite anticipée dès l'âge de 60 ans. Cette étude contredit les écrits qui soutiennent que l'environnement de pratique pauvre est l'une des raisons principale d'une retraite anticipée. cette intention de retraite</i></p>

	<p><i>anticipée est problématique pour le secteur des soins. Dans un avenir proche, il y aura une pénurie d'employées dans ce secteur des soins gériatriques.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Les limites de l'étude ont-elles été définies ? <p><i>Les participants à cette étude étaient surtout des femmes et tous du milieu des soins gériatriques donc il est impossible de généraliser les résultats aux autres secteurs. Néanmoins les résultats peuvent aider à réfléchir aux interventions pouvant amener cette population à retarder la retraite.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ? <p><i>Pas de partie conclusion à proprement parlé mais dans la discussion, on décèle une forme de conclusion à l'étude qui est plutôt en adéquation avec les résultats. Les facteurs liés au travail influencent l'intention de la retraite anticipée dans une certaine mesure dans le secteur des soins aux aînés au Danemark. La présente étude a des implications pour les interventions et les études futures. Les interventions futures pourraient augmenter l'âge de la retraite des employés dans le secteur des soins aux aînés en améliorant l'environnement de travail : réduire l'effort physique pour les employés âgés et le renforcement de l'engagement organisationnel affectif. Les recherches futures auraient besoin d'études longitudinales afin de clarifier que d'autres facteurs liés au travail sont associés à l'intention de la retraite anticipée et la retraite réelle , et les études futures doivent pouvoir valider les conclusions de la présente.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Soulève-t-on la question du caractère
--	--

	<p>transférable des conclusions ? <i>Oui cf. limites de l'étude.</i></p>
Conséquences et recommandations	<ul style="list-style-type: none"> • Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ? L'auteur a-t-il précisé les conséquences des résultats ? <i>Dans un avenir proche, il y aura une pénurie de main d'oeuvre dans ce secteur des soins gériatriques. Néanmoins les résultats peuvent aider à réfléchir aux interventions pouvant amener cette population à retarder la retraite.</i> • L'auteur fait-il des recommandations/applications pour la pratique et les recherches futures ? <i>Oui. Les interventions futures pourraient augmenter l'âge de la retraite des employés dans le secteur des soins aux aînés en améliorant l'environnement de travail : réduire l'effort physique pour les employés âgés et le renforcement de l'engagement organisationnel affectif. Les recherches futures auraient besoin d'études longitudinales afin de clarifier que d'autres facteurs liés au travail sont associés à l'intention de la retraite anticipée et la retraite réelle , et les études futures doivent pouvoir valider les conclusions de la présente.</i> • Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions ? <i>Oui selon les auteurs</i>

Sejbaek, C. S., Nexø, M. A., & Borg, V. (2012). Work-related factors and early retirement intention: a study of the Danish eldercare sector. *European Journal of Public Health*, 23(4), 611 – 616. (Trad. libre)

Grille de Fortin 9 : Nurse Outcomes in Magnet® and Non-MagnetHospitals

Titre	<ul style="list-style-type: none"> Le titre précise t'il clairement les concepts clés et la population à l'étude ? <p><i>Titre : « Rendements infirmiers dans les hôpitaux magnétiques et non-magnétiques. »</i></p> <p><i>Le titre précise clairement les concepts clés et la population à l'étude.</i></p>
Résumé	<ul style="list-style-type: none"> Le résumé synthétise clairement le résumé de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ? <p><i>Le résumé synthétise clairement la problématique, la méthode et les résultats. Néanmoins, il n'y a pas de synthèse concernant la discussion.</i></p> <p><i>« Problématique: Les objectifs importants des hôpitaux magnétiques sont de créer des environnements professionnels de soutien pour les soins-infirmiers. Un article publié récemment a démontré peu de différences dans l'environnement de travail entre les hôpitaux magnétiques et non magnétiques. Le but de cette étude était de déterminer si l'environnement de travail, la dotation en personnel, et l'efficacité des infirmiers diffèrent entre les hôpitaux magnétiques et non magnétiques.</i></p> <p><i>Méthode : Une analyse secondaire des données a été faite à partir d'une enquête dans 4 Etats, une population de 26,276 infirmiers dans 567 hôpitaux de soins de courte durée afin d'évaluer les différences.</i></p> <p><i>Résultats : Les hôpitaux magnétiques avaient significativement de meilleurs environnements de travail et les infirmiers étaient plus instruits, ceux-ci étaient 18% moins susceptibles d'être</i></p>

	<p><i>insatisfaits de leur emploi et 13% moins susceptibles de déclarer un niveau élevé d'épuisement professionnel. Les hôpitaux magnétiques ont nettement de meilleurs environnements de travail que les hôpitaux non magnétiques. Les meilleurs environnements de travail dans les hôpitaux magnétiques sont associés à de bas niveaux d'insatisfaction au travail et d'épuisement professionnel. »</i></p>
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Le problème/phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit ? Que s'agit-il d'étudier ? <p><i>Le phénomène est clairement formulé et circonscrit à travers des études précédentes et actuelles (voir ci-dessous dans la recension des écrits). Ainsi, le but de l'étude est clairement défini ;</i></p> <p><i>« Cette étude a été effectuée sur la base de données récentes provenant d'un sondage auprès d'infirmiers de différents hôpitaux de 4 Etats, pour déterminer si les caractéristiques de l'organisation en soins infirmiers et les résultats connexes de l'infirmier diffèrent dans les hôpitaux magnétiques par rapport aux hôpitaux non magnétiques. Nous comparons les différences d'environnements de travail des soins infirmiers dans les hôpitaux magnétiques et non magnétiques en évaluant également la satisfaction, l'épuisement professionnel et l'intention de quitter le travail, tout en évaluant chaque infirmier, hôpital, et les caractéristiques des soins infirmiers en hôpital. »</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Le problème/phénomène est-il pertinent /approprié dans le contexte des connaissances actuelles ?

	<p><i>Puisqu'il a été démontré à travers plusieurs études antérieures et récentes (que les auteurs reprennent notamment dans la problématique) que les hôpitaux magnétiques ont de meilleurs environnements de travail pour les infirmiers et puisqu'aujourd'hui, il serait intéressant de connaître les facteurs qui permettent l'amélioration de l'environnement de travail ainsi que la diminution du taux d'insatisfaction au travail, d'épuisement professionnel et de roulement en soins infirmiers qui restent des questions d'actualité. La problématique est pertinente et appropriée dans le contexte des connaissances actuelles.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Le problème/phénomène a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ? Les postulats sous-jacents à l'étude sont-ils précisés ? <p><i>Le phénomène a une signification particulière pour la discipline des Soins Infirmiers. Elle peut permettre de mettre en évidence les différences entre les hôpitaux magnétiques et non magnétiques en termes d'environnement de travail, de satisfaction au travail, d'épuisement professionnel ainsi que de roulement en soins infirmiers et finalement de déterminer les facteurs qui contribuent à une amélioration de l'environnement de travail en soins infirmiers.</i></p>
Recension des écrits	<ul style="list-style-type: none"> • Une recension a-t-elle été entreprise ? • La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ? • La recension des écrits vous semble-t-elle présenter une base solide pour l'étude ? L'auteur présente-il l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème à l'étude ?

- La recension présente t'elle des sources primaires ?

Une recension a été entreprise et est présentée clairement. Les auteurs présentent l'état des connaissances ultérieures et récentes et ce à travers des sources primaires également.

Néanmoins, même si on peut qualifier la recension comme suffisante pour l'étude, celle-ci semble insuffisante pour être qualifiée comme une base solide puisque les auteurs ne présentent pas toutes les études citées.

« Au cours des années 1980, il y avait une pénurie importante du personnel infirmier et le chiffre d'affaires était élevé dans les hôpitaux. Les leaders en soins infirmiers ont observé que certains hôpitaux étaient mieux à même de retenir les infirmiers et de combler les postes vacants par rapport aux hôpitaux semblables. Une étude menée par l'American Academy of Nursing (AAN) a identifié 41 hôpitaux qui ont agi comme des «aimants» pour les infirmiers en raison de leurs environnements de travail plus favorables. La recherche de Kramer et Hafner a confirmé la suggestion de AAN supposant que les hôpitaux magnétiques avaient des caractéristiques organisationnelles communes associés à une plus grande satisfaction des infirmiers et à les retenir. Ce qu'on ne trouve pas dans d'autres hôpitaux. Aiken et ses collègues ont suivi avec une étude montrant que dans les hôpitaux identifiés comme magnétiques, il y a aussi de meilleurs résultats pour les patients et un plus bas niveau de mortalité hospitalière que les hôpitaux appariés. En 1990, l'ANCC, une composante organisationnelle de l'American Nurses Association, a élaboré un programme de reconnaissance volontaire pour formellement référencer les hôpitaux magnétiques, et le

premier hôpital magnétique l'a été en 1994. Aiken et Al. ont comparé les 7 premières installations ANCC des hôpitaux magnétiques reconnus avec les AAN hôpitaux magnétiques originaux réputés, ils ont trouvé que les hôpitaux de l'ANCC avaient de meilleurs environnements de travail et de meilleurs résultats infirmiers, une plus grande satisfaction de l'emploi, un taux d'épuisement plus bas et une intention de quitter plus basse que dans les hôpitaux AAN originaux.

Les hôpitaux magnétiques ANCC ont connu une croissance exponentielle au cours des dernières années. À ce jour, environ 7% des hôpitaux américains, près de 400, ont obtenu la reconnaissance d'hôpitaux magnétiques. Les hôpitaux magnétiques ont été reconnus jusqu'à présent dans 5 pays en dehors des États-Unis (l'Angleterre, l'Australie, la Nouvelle-Zélande, Singapour et Liban). Ces hôpitaux ont toujours démontré avoir de meilleurs environnements de travail infirmier et une meilleure efficacité des infirmiers ainsi que de meilleurs résultats chez les patients. En outre, les hôpitaux magnétiques reconnus ont démontré plus de collaboration infirmier-médecin.

Des recherches récentes ont mis l'accent sur l'environnement de travail des infirmiers comme contributeur potentiel à l'efficacité infirmière. De nombreux hôpitaux utilisent le processus de reconnaissance du titre des hôpitaux magnétiques comme une feuille de route pour l'amélioration de la qualité des soins et de l'environnement de travail de leur hôpital. Dans une étude concernant le premier hôpital reconnu comme magnétique en dehors des États-Unis, un hôpital en Angleterre a démontré une amélioration considérable au niveau de son environnement de travail par rapport à son statut avant la reconnaissance. Ulrich et al. ont examiné

	<p><i>les milieux de pratique des hôpitaux magnétiques, estimant que l'amélioration de l'environnement dans les hôpitaux magnétiques est nettement plus élevée dans les questions de soins aux patients, de possibilités d'évolution, et de capacité à influencer les décisions. En outre, le lac et Friese ont confirmé que les hôpitaux magnétiques ont observé de meilleurs milieux de pratique que d'autres hôpitaux dans un échantillon unique en Pennsylvanie. »</i></p>
Cadre de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Les concepts clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ? Est-il justifié et décrit de façon adéquate ? • Est-ce que les concepts clés s'inscrivent-ils dans un cadre de référence ? Est-il lié au but de l'étude ? Les bases philosophiques et théoriques ainsi que la méthode sous-jacente sont-elles explicitées et appropriées à l'étude ? <p><i>Les concepts clés sont mis en évidence; l'environnement de travail, la satisfaction au travail, l'épuisement professionnel, le roulement, l'efficacité en soins infirmiers dans les hôpitaux magnétiques et non magnétiques. Néanmoins, ils ne sont pas définis sur le plan conceptuel.</i></p>
Buts et question de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ? • Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont-elles clairement énoncées ? • Les questions de recherche ou les hypothèses reflètent-elles le contenu de la recension des écrits et découlent-elles logiquement du but ? Traitent-elles de l'expérience des participants, des

	<p>croyances, des valeurs ou des perceptions ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les variables reflètent-elles les concepts précisés dans le cadre de recherche ? • Les questions s'appuient-elles sur des bases philosophiques, sur la méthode de recherche sous-jacente ou sur le cadre conceptuel ou théorique ? <p><i>« Cette étude a été effectuée sur une base de données récente unique provenant d'un sondage auprès des infirmiers de différents hôpitaux de 4 Etats pour déterminer si les caractéristiques de l'organisation en soins infirmiers et les résultats connexes de l'infirmier diffèrent dans les hôpitaux magnétiques par rapport aux hôpitaux non magnétiques. Nous comparons les différences d'environnement de travail des soins infirmiers dans les hôpitaux magnétiques et non magnétiques en évaluant également la satisfaction, l'épuisement professionnel, et l'intention de quitter le travail, tout en évaluant chaque infirmier, l'hôpital, et les caractéristiques des soins infirmiers en hôpital. »</i></p> <p><i>La question de recherche et le but de l'étude sont énoncés de façon claire et concise en précisant les variables et la population à l'étude.</i></p> <p><i>Les questions de recherche reflètent le contenu des recensions des écrits et en découlent logiquement. Les questions de recherche traitent les expériences des participants et de leurs perceptions.</i></p> <p><i>Les variables reflètent les questions de recherche et celles-ci s'appuient sur la méthode de recherche sous-jacente (comme présenté plus haut) mais pas sur des bases philosophiques ni sur le cadre conceptuel ou théorique.</i></p>
--	---

METHODE	
Population échantillon	<p>et</p> <ul style="list-style-type: none"> La population visée est-elle définie de façon précise ? L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ? la méthode utilisée pour accéder au site ou recruter les participants est-elle appropriée ? <p><i>La population visée est définie de façon précise. L'échantillon est suffisamment décrit. La méthode pour accéder aux participants est appropriée.</i></p> <p><i>« Nos données proviennent d'une étude faite dans les hôpitaux de 4 Etats (Californie, Floride, Pennsylvanie et New Jersey) en 2006 à 2007. Les chercheurs ont posté un sondage d'un échantillon aléatoire d'infirmiers enregistrés en 2006 et 2007. Notre échantillon final comprenait 567 hôpitaux, dont 46 magnétiques ANCC reconnus. Le taux de réponses était de 86%; la plupart des hôpitaux non inclus étaient très petits. Parmi les participants, 4,562 infirmiers travaillant dans les hôpitaux magnétiques et 21,714 infirmiers travaillant dans les hôpitaux non magnétiques ont été interrogés à leur domicile à travers un questionnaire reçu par la poste. Cette étude a été approuvée par le comité d'examen institutionnel de l'Université de Pennsylvanie. »</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Dans le plan d'échantillonnage, l'auteur a-t-il envisagé des moyens d'accroître la représentativité de l'échantillon ? La méthode d'échantillonnage utilisée a-t-elle permis d'ajouter des renseignements significatifs et d'atteindre les objectifs visés ? Est-elle justifiée sur la base statistique ou par une saturation des données ?

	<p><i>L'auteur a envisagé des moyens pour accroître la représentativité de l'échantillon en questionnant des infirmiers de différents hôpitaux magnétiques et non magnétiques dans 4 Etats différents, ce qui d'ailleurs a permis d'atteindre les objectifs visés.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle justifiée sur une base statistique ? <p><i>On ne sait pas comment la taille de l'échantillon a été déterminée, donc on ne peut dire qu'elle est justifiée sur une base statistique.</i></p>
Considérations éthiques	<ul style="list-style-type: none"> • Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ? <p><i>Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont adéquats, les auteurs ont demandé une autorisation de sondage à l'Etat. De plus, l'étude a été approuvée par le comité d'examen institutionnel de l'Université de Pennsylvanie.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ? <p><i>On ne peut pas dire que l'étude a été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants car les auteurs ne soulignent pas cette question. Mais, l'étude, comme décrit, ne semble pas présenter un risque particulier pour les participants.</i></p>
Devis de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ? la méthode de recherche choisie est-elle conciliable avec les outils de collecte des données proposés ? • Le devis fournit-il un moyen d'examiner

	<p>toutes les questions de recherche ou les hypothèses ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le choix du devis permet-il de respecter les critères scientifiques ?(Véracité-applicabilité-consistance-Neutralité) • La méthode de recherche proposée est-elle appropriée à l'étude du problème posé ? • Y a-t-il suffisamment de temps passé sur le terrain et auprès des participants ? <p><i>La recherche est quantitative, l'étude a été faite à travers un sondage auprès d'infirmiers ce qui est relativement approprié à l'étude. On peut dire que le choix de devis permet de respecter les critères scientifiques, permet d'examiner toutes les questions de recherche et d'atteindre le but de l'étude, puisque les personnes concernées (infirmiers) sont directement inclus dans l'étude. La méthode de recherche est conciliable avec les outils de collecte de données proposés.</i></p> <p><i>Il n'y a pas d'indication sur le temps passé sur le terrain auprès des patients puisque les sondages ont été postés directement aux infirmiers, les chercheurs n'étaient donc pas sur place.</i></p>
<p>Modes de collectes de données</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ? • Les questions de recherche ont-elles été bien posées ou les observations du phénomène, bien ciblées ? Ont-elles été rigoureusement consignées par la suite ? • L'auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ? • La procédure expérimentale est-elle cohérente avec les outils mesurés ? <p><i>Les outils de mesure sont décrits et permettent</i></p>

	<p><i>de mesurer les variables. La plupart des instruments de mesures a été importée et clairement décrit mais les auteurs ont eux aussi créés des instruments qui ne sont néanmoins pas clairement explicités. Les observations du phénomène sont bien ciblées et cohérentes.</i></p> <p><i>« Plusieurs éléments ont été mesurés à travers le sondage; caractéristiques des infirmiers : l'âge, les années d'expérience, le niveau d'éducation, la certification de spécialité, le sexe, et si l'éducation de base en soins infirmiers a été atteinte aux États-Unis.</i></p> <p><i>Mesure de dotation en personnel infirmier : La dotation a été créée à partir du ratio de patients par infirmier, les infirmiers ont été questionnés sur leur dernier quart de travail. Les réponses des infirmiers dans tous les domaines cliniques, y compris les unités de soins intensifs ont été moyennées pour déterminer le rapport moyen de patients par infirmier. Des recherches antérieures sur la charge de travail infirmier ont montré que cette mesure de dotation a une meilleure validité prédictive pour le personnel infirmier à l'hôpital que les données administratives qui comprennent souvent des infirmiers qui ne se pas directement liés à des soins aux patients.</i></p> <p><i>Mesure d'environnement de travail : l'environnement de travail a été mesuré en utilisant les 31 points de l'échelle Practice Environment Scale if the Nursing Work forced, 24 approuvé par le Forum national de la qualité. Les infirmiers ont été invités à indiquer le degré auquel diverses caractéristiques organisationnelles sont présentes dans leur milieu de pratique. Nous avons créé des mesures de niveau hospitalier en agrégeant les réponses des infirmiers à des éléments comprenant 5 sous-échelles et calculant une mesure sommaire.</i></p>
--	--

	<p><i>Les sous-échelles incluent l'infirmier participant aux affaires de l'hôpital; fondations de soins infirmiers pour des soins de qualité; la gestion, le leadership et le soutien; la dotation en personnel et des ressources adéquates; et les relations infirmiers-médecins.</i></p> <p><i>Mesure d'éducation : Une mesure hospitalière de la proportion d'infirmiers avec un diplôme de baccalauréat ou plus a été créée à partir de rapports individuelles des infirmiers avec une plus haute éducation en soins-infirmiers.</i></p> <p><i>Mesure de caractéristiques hospitalières : qui décrivent les caractéristiques de l'hôpital par rapport aux infirmiers inclus et à leur statut d'enseignement. Nous avons également inclus une variable indiquant où l'hôpital a été localisé pour capturer des différences attribuables aux politiques spécifiques de l'Etat ou des marchés.</i></p> <p><i>Résultats : l'épuisement professionnel lié à l'emploi a été mesurée à l'aide de la sous-échelle de l'épuisement émotionnel (Maslach Burnout Inventory Human Services Survey (MBI-HSS)).</i></p> <p><i>Le MBI-HSS est un instrument très fiable et valide qui contient 22 articles de type Likert qui évalue 3 domaines : l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation et l'accomplissement personnel. Comme dans les travaux antérieurs, nous avons utilisé la sous-échelle MBI-HSS car il reflète mieux nos intérêts théoriques et pratiques dans les facteurs qui pourraient éroder la vigilance et la satisfaction des infirmiers. Nous avons utilisé les points de coupure standardisés, développés par Maslach et al., pour classer les infirmiers à fort taux d'épuisement par rapport à celles avec un score égal ou inférieur à 27. L'insatisfaction au travail et l'intention de quitter ont été obtenues à partir d'éléments d'enquête simples. Pour mesurer la satisfaction au travail, nous avons utilisé une question unique ;</i></p>
--	---

	<p><i>Comment êtes-vous satisfaits de votre emploi actuel.". Les options de réponse sur une échelle de Likert à 4 points ont été dichotomisés soit «très insatisfait», «un peu insatisfait», «insatisfaits» ou «modérément satisfaits» et «très satisfaits» ont été classés comme "satisfaits.". L'intention de quitter a été caractérisée par des infirmiers répondant qu'ils avaient l'intention de quitter leur employeur actuel dans les 1 ans ».</i></p>
Conduite de la recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Le processus de collecte des données/enregistrement est-il décrit clairement ? • Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ? • Si l'étude comporte une intervention (variable indépendante), celle-ci est-elle clairement décrite et appliquée de façon constante? <p><i>Le processus de collecte de données ou d'enregistrement n'est pas décrit.</i></p>
Analyse des données	<ul style="list-style-type: none"> • Les méthodes d'analyse sont-elles décrites ? • Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ? • Le résumé des résultats est-il compréhensible et met-il en évidence les extraits rapportés ? • Les thèmes font-ils ressortir adéquatement la signification des données ? <p><i>Les méthodes d'analyse sont décrites étapes par étapes mais restent très superficielles et ne sont pas très compréhensibles.</i></p> <p><i>On ne sait pas si les facteurs susceptibles</i></p>

	<p><i>d'influer sur les résultats sont pris en compte dans l'analyse.</i></p> <p><i>Dans cette partie, les résultats ne sont pas résumés.</i></p> <p><i>« Analyse : Nous avons utilisé des tests t pour les variables continues et des tests χ^2 pour les variables catégoriques afin d'estimer les différences entre les hôpitaux magnétiques et non magnétiques. Nous avons testé les différences entre les groupes au niveau de l'hôpital pour estimer les différences entre ces hôpitaux. Pour estimer les différences entre l'insatisfaction au travail des infirmiers, l'épuisement professionnel, et l'intention de quitter l'emploi des hôpitaux magnétiques et non magnétiques, nous avons mis en œuvre une série de modèles de régression logistique. Dans la première étape, nous avons estimé la probabilité d'efficacité dans les hôpitaux magnétiques en contrôlant seulement les caractéristiques des infirmiers (âge, expérience, etc.). Ensuite, nous avons estimé les modèles des caractéristiques des infirmiers et des hôpitaux (par exemple, l'enseignement de l'état, la taille des lits). Le modèle final a estimé les effets du statut magnétique tout en tenant compte des facteurs de chaque infirmier, caractéristiques de l'hôpital, et les caractéristiques hôpital-infirmiers (la dotation en personnel, l'environnement de travail, et de l'éducation). Nous avons estimé ces modèles séquentiellement pour comprendre les effets du statut magnétique par rapport à chacun des contrôles. Toutes les analyses ont été réalisées avec STATA la version 11 (StataCorp, College Station, Texas). »</i></p>
--	---

RESULTATS		
Présentation des résultats	des	<ul style="list-style-type: none"> • Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures, graphiques ou modèles ? • Les thèmes ou les modèles sont-ils logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène ? • Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif ? • L'auteur a-t-il fait évaluer les données par les participants ou par des experts ? <p><i>Les résultats sont adéquatement présentés à l'aide des tableaux et d'un texte narratifs. Les thèmes sont logiquement associés entre eux. Néanmoins, nous ne savons pas si les auteurs ont fait évaluer les données par les participants et/ou par des experts.</i></p> <p><i>« Notre échantillon comprenait 26,276 infirmiers donnant des soins directs aux patients et travaillant dans 567 hôpitaux. Dans cet échantillon, 4,562 infirmiers travaillaient dans 46 hôpitaux magnétiques et 21,714 infirmiers travaillaient dans les hôpitaux non magnétiques. Les infirmiers des hôpitaux magnétiques étaient démographiquement semblables aux hôpitaux non magnétiques. En moyenne, les hôpitaux magnétiques étaient de plus grande taille (en nombre de lits) et avaient une plus grande proportion d'établissements d'enseignement et plus de technologie.</i></p> <p><i>Les hôpitaux magnétiques étaient plus susceptibles d'être des établissements d'enseignement, avec une haute technologie, un statut à but non lucratif et en moyenne un plus petit nombre de lits par rapport aux hôpitaux non magnétiques. Il n'y avait pas de différences significatives dans la moyenne des années d'expérience des infirmiers ou dans la proportion</i></p>

d'infirmiers formés aux États-Unis. Les hôpitaux magnétiques avaient une proportion plus élevée d'infirmiers certifiés spécialisés. Nos résultats montrent que les hôpitaux magnétiques ont significativement de meilleurs environnements de travail et une plus forte proportion d'infirmiers avec un bachelor ou un niveau d'enseignement supérieur que les hôpitaux non magnétiques. Nous n'avons pas trouvé de différences significatives dans la dotation entre les hôpitaux magnétiques et non magnétiques. Parce qu'un des états, la Californie, a mandaté la dotation qui pourrait gommer les différences entre les hôpitaux magnétiques et non magnétiques, nous avons examiné la dotation spécifique à l'état entre ces hôpitaux. Une fois les hôpitaux de la Californie exclus, nous avons trouvé que le nombre de patients par infirmier dans les hôpitaux magnétiques est significativement plus faible que dans les hôpitaux non magnétiques. Lorsque nous avons testé l'état de Californie seul, nous avons trouvé que la dotation en personnel n'est pas significative entre les 2 groupes, comme on pouvait s'y attendre compte tenu de la législation en matière de dotation en Californie. Il est à noter, cependant, que la moyenne (SD) la charge de travail des patients dans les hôpitaux magnétiques de la Californie est inférieure par rapport aux hôpitaux non magnétiques. Le nombre relativement faible d'hôpitaux magnétiques dans notre échantillon d'hôpitaux en Californie peut avoir un impact sur le niveau de signification. Les infirmiers dans les hôpitaux magnétiques étaient 18% moins susceptibles d'être insatisfaits et 13% moins susceptibles d'avoir des niveaux élevés d'épuisement, en contrôlant pour les infirmiers individuellement, les hôpitaux, et les caractéristiques de soins infirmiers au niveau de

	<p><i>l'hôpital. Les infirmiers des hôpitaux magnétiques étaient significativement moins susceptibles de d'éprouver une intention de quitter leur la position actuelle. Toutefois, lorsque les caractéristiques des hôpitaux comme l'état de l'enseignement et la taille ont été introduites, l'intention de quitter est devenue seulement marginalement significative. »</i></p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou hypothèses ? • Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet ? Sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures? • L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses ? • Les limites de l'étude ont-elles été définies ? • Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ? • Soulève-t-on la question du caractère transférable des conclusions ? <p><i>Les résultats sont interprétés en fonction du cadre de recherche. Ceux-ci concordent avec les études antérieures menées sur le même sujet, les auteurs font un lien avec les études antérieures mais en citent précisément seulement une. L'interprétation et les conclusions sont conformes aux résultats d'analyse et en découlent logiquement, les limites sont définies. Les auteurs soulèvent la question du caractère transférable des conclusions superficiellement.</i></p> <p><i>« Nous fournissons une grande étude prouvant que les hôpitaux magnétiques ont de meilleurs environnements de travail et des infirmiers plus</i></p>

instruites. En dehors de la Californie où les mandats dotation en personnel infirmier diminuent la variation des effectifs, les hôpitaux magnétiques ont une meilleure dotation en personnel infirmier. Les infirmiers dans les hôpitaux magnétiques sont beaucoup moins susceptibles d'éprouver des niveaux élevés d'épuisement ou d'être insatisfaits de leur emploi que les infirmiers dans les hôpitaux non magnétiques. Nos résultats sont cohérents avec une base de recherche importante et croissante sur les hôpitaux magnétiques accumulés sur plusieurs décennies démontrant nettement de meilleurs environnements de travail dans les hôpitaux magnétiques et de meilleurs résultats chez les infirmiers.

Il peut être le cas que l'étude menée par Trinkoff et al. a la puissance suffisante pour détecter les différences avec seulement 14 hôpitaux magnétiques sur 171 étudiés par rapport à l'étude présente avec 47 hôpitaux magnétiques sur 567 hôpitaux. Les résultats de notre étude suggèrent qu'il n'y a aucune raison de croire que les différences positives établies depuis longtemps pour les infirmiers entre les hôpitaux magnétiques et non magnétiques sont différentes aujourd'hui qu'ils ne l'étaient il y a 2 décennies. Les hôpitaux magnétiques montrent encore une supériorité concernant l'environnement de travail des infirmiers et les résultats des infirmiers.

La nature transversale de notre étude limite notre capacité à faire des inférences causales. En 2006, environ 220 hôpitaux du pays ont été enregistré comme magnétiques. Avec seulement 46 capturés dans les 4 états dans notre étude, ou légèrement supérieure à 20% des hôpitaux magnétiques à l'époque, nous ne pouvons pas être certains que ceux étudiés sont

	<p><i>représentatifs de tous les hôpitaux magnétiques. Cependant, nous constatons que le nombre total d'hôpitaux dans notre étude représente près de 25% des patients hospitalisés aux États-Unis au cours de la période d'étude.</i></p> <p><i>Finalement, nos résultats fournissent des preuves démontrant que les environnements de travail en soins-infirmiers restent encore aujourd'hui supérieurs dans les hôpitaux magnétiques. Ce qui explique le taux inférieur de l'insatisfaction au travail et d'épuisement professionnel. Trois décennies de preuves montrant des résultats supérieurs pour les hôpitaux magnétiques placent cette innovation organisationnelle dans une classe qui lui est propre comme «meilleure pratique», qui mérite l'attention des dirigeants des hôpitaux, des infirmiers et du public. »</i></p>
Conséquences et recommandations	<ul style="list-style-type: none"> • Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ? L'auteur a-t-il précisé les conséquences des résultats ? • L'auteur fait-il des recommandations/applications pour la pratique et les recherches futures ? • Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions ? <p><i>Les données sont suffisamment riches pour appuyer des conclusions.</i></p> <p><i>Puisque les études démontrent que les hôpitaux magnétiques ont de meilleurs environnements de travail, de meilleurs résultats infirmiers, par conséquent un taux inférieur d'insatisfaction et d'épuisement professionnel, il serait important que les dirigeants du système de santé, des hôpitaux et les infirmiers investissent sur les facteurs favorisant ces conditions afin de transférer ceux-ci à d'autres hôpitaux pour</i></p>

	<i>favoriser de meilleures conditions de travail des infirmiers et une meilleure efficacité dans les soins. D'ailleurs les auteurs de l'étude recommandent aux dirigeants et aux infirmiers de mettre l'attention sur ce point.</i>
--	---

Kelly, L. A., McHugh, M. D., & Aiken, L. H. (2011). Nurse Outcomes in Magnet® and Non-Magnet Hospitals. *National Institutes of Health*, 41 (10), 428 – 433. (Trad. libre)

**Grille de Fortin 10 : Nursing Practice Environment and Outcomes for
Oncology Nursing**

Titre	<ul style="list-style-type: none"> Le titre précise t'il clairement les concepts clés et la population à l'étude ? <p><i>Oui le titre précise les concepts clés et la population : Environnement de pratique infirmière et efficacité infirmière en oncologie.</i></p>
Résumé	<ul style="list-style-type: none"> Le résumé synthétise clairement le résumé de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ? <p><i>Contexte : Les infirmiers en Oncologie connaissent un haut niveau d'épuisement professionnel et beaucoup de rotation des équipes (équipe change souvent, pas le temps de trouver un équilibre dans une équipe) car leur travail se compose d'aspects très stressants tels que d'administrer des soins aux patients atteints de maladies incurables.</i></p> <p><i>Le but de cette étude est d'évaluer les différences en termes d'efficacité ou rendements, d'insatisfaction au travail, d'épuisement professionnel entre les infirmiers d'oncologie et ceux de médecine/chirurgie et de mettre en évidence les facteurs qui affectent l'efficacité infirmière en oncologie → comparaison entre oncologie et médecine/chirurgie.</i></p> <p><i>Méthode : une seconde analyse d'un sondage fait en 2006 incluant 4047 infirmiers de 282 hôpitaux dans 3 états (Pennsylvanie, Californie, New Jersey). L'étude a comparé les différences entre les infirmiers en oncologie et les infirmiers en médecine et chirurgie en termes d'efficacité infirmière, leur environnement de pratique mesuré sur la base de Practice environment scale of Nursing Work index (PEs-NWI). Ensuite les effets de l'environnement de travail sur :</i></p>

	<p><i>l'épuisement professionnel, la satisfaction, l'intention de démission et la perception de la qualité des soins grâce à une partie de l'inventaire du Burnout de Maslach (l'échelle de l'épuisement émotionnel). Des modèles de régression logistique ont aidé à estimer les effets de l'environnement de pratique infirmière sur 4 aspects rapportés par les infirmiers : épuisement professionnel, insatisfaction au travail, intention de démissionner et la perception de la qualité des soins</i></p> <p><i>Résultats : les infirmiers en oncologie disent bénéficier d'environnements de pratique plus favorables comparé aux infirmiers de médecine et chirurgie. Tous les 4 aspects de l'environnement de pratique infirmière ont été fortement associés à l'efficacité infirmière. Les infirmiers qui ont rapporté avoir des environnements de pratique favorables sont moins affectés par le burnout et l'intention de démission.</i></p> <p><i>Conclusion : Les meilleurs environnements de pratique incluant une bonne qualité des soins peut aider à acquérir un meilleur rendement infirmier.</i></p> <p><i>Implications pour la pratique : l'amélioration des conditions de travail (environnement de pratique hospitalière) promet une amélioration du bien-être, de retenir les infirmiers et préserver la qualité des soins. La hiérarchie devrait continuer en ce sens et augmenter la participation des infirmiers dans les décisions de l'hôpital.</i></p>
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Le problème/phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit ? Que s'agit-il d'étudier ? <p><i>Oui le phénomène est définit. Dans cette étude, les auteurs ont comparé l'efficacité infirmière (le</i></p>

	<p><i>rendement infirmier ou les résultats) entre les infirmiers travaillant dans les unités d'oncologie et les infirmiers travaillant en médecine et chirurgie dans des hôpitaux adultes. Les auteurs ont identifié les facteurs organisationnels infirmiers qui affectent les rendements des infirmiers en oncologie. Les résultats fournissent des recommandations aux hiérarchies afin qu'elles trouvent des moyens d'améliorer les rendements infirmiers en oncologie.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Le problème/phénomène est-il pertinent /approprié dans le contexte des connaissances actuelles ? <p><i>Oui, le phénomène a du sens pour le contexte des connaissances car la recension des écrits conclut que les unités infirmières en oncologie sont souvent affectées par l'épuisement professionnel, l'insatisfaction au travail et une intention de démission. Les auteurs cherchent donc à mettre en évidence les facteurs de l'environnement de travail qui pourraient en être la cause.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Le problème/phénomène a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ? Les postulats sous-jacents à l'étude sont-ils précisés ? <p><i>Oui les postulats sous-jacents sont précisés : beaucoup de personnes dans la population américaine sont atteints de cancer. C'est une maladie difficile, douloureuse, qui conduit à la mort ; les infirmiers en oncologie sont très affectés par l'insatisfaction et l'épuisement professionnel. Ça devient une affaire d'intérêt public de faire en sorte de garder des infirmiers qualifiés pour prendre en soins les patients atteints de cancer.</i></p>
--	--

Recension des écrits	<ul style="list-style-type: none"> • Une recension a-t-elle été entreprise ? <i>Oui un recension des écrits a été entreprise afin de connaître l'état actuel du phénomène à l'étude.</i> • La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ? <i>Oui. En plus de postulats sous-jacents, les études ont mis en évidence des caractéristiques organisationnels qui peuvent faciliter ou contraindre la pratique infirmière : le statut au sein de la hiérarchie, les relations infirmiers-médecins, les opportunités de développement. Les recherches ont aussi identifié que des environnements de pratique favorables donnaient des résultats favorables tels que moins de d'épuisement professionnel, moins d'insatisfaction au travail, et moins de rotation mais les auteurs trouvent que ces études disposaient d'un faible échantillon et ont omis de prendre en compte d'importantes co-variables telles que l'insatisfaction. Cette étude utilise un plus grand échantillon et plus de variables : facteurs organisationnels, rendements, épuisement professionnel et intention de démissionner.</i> • La recension des écrits vous semble-t-elle présenter une base solide pour l'étude ? L'auteur présente-il l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème à l'étude ? <i>Oui, de précédentes études ont démontré les liens entre l'environnement de pratique et le rendement infirmier. Les hôpitaux avec des environnements de pratique pauvres ont tendance à avoir un plus grand taux de mortalité, plus d'insatisfaction au travail et plus</i>
-----------------------------	---

	<p><i>de rotations des équipes. Alors que les infirmiers dont les environnements sont favorables disent avoir moins de blessures par piqûres d'aiguille, moins d'épuisement émotionnel, moins de dépersonnalisation et moins l'intention de démission. De même une importante étude de l'institut de médecine (IOM) a identifié l'importance d'un environnement favorable sur la sécurité des patients. Dans d'autres études, ils démontrent que les spécialisations amélioreraient l'autonomie, un meilleur contrôle, plus de ressources infirmières et renforcent les relations infirmiers-médecins → ces aspects améliorent les rendements pour les infirmiers et pour les patients → Plus les infirmiers sont spécialisés dans un domaine, plus ils sont à même de comprendre les pathologies des patients, de poser des bons diagnostics, de prendre en charge efficacement chaque situation et de communiquer plus efficacement et plus professionnellement avec les médecins. Les études (IOM) ont également montré une pénurie d'infirmiers à cause de toutes les conditions précitées mais aussi la dotation de personnel et les ressources insuffisantes augmentent l'épuisement émotionnel, l'insatisfaction et génèrent une moins bonne qualité des soins. Le leadership infirmier augmente la satisfaction au travail. Les bonnes relations médecins-infirmiers augmentent la qualité des soins. Le leadership relationnel et la qualité des relations médecins-infirmiers améliore les possibilités d'évolution des infirmiers, la dotation, l'autonomie infirmière, la participation aux décisions politiques, soutien de la hiérarchie et meilleure gestion des conflits.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • La recension présente t'elle des sources primaires ? <p><i>Oui.</i></p>
--	---

	<p><i>Lake ET. Advances in understanding and predicting nurse turnover. Res Sociol Health Care. 1998; 15:147–171.</i></p> <p><i>Aiken LH, Xue Y, Clarke SP, Sloane DM. Supplemental nurse staffing in hospitals and quality of care. J Nurs Adm. 2007; 37(7–8):335–342. [PubMed: 17939464]</i></p> <p><i>Vahey DC, Aiken LH, Sloane DM, Clarke SP, Vargas D. Nurse burnout and patient satisfaction. Med Care. 2004; 42(suppl 2):II57–II66. [PubMed: 14734943]</i></p> <p><i>Institute of Medicine (IOM) . Ensuring Quality Cancer Care Through the Oncology Workforce: Sustaining Care in the 21st Century. Washington, DC: the National Academies Press; 2009.</i></p> <p><i>Emold C, Schneider N, Meller I, Yagil Y. Communication skills, working environment and burnout among oncology nurses. Eur J Oncol Nurs. 2010; 15(4):358–63. [PubMed: 20863757]</i></p> <p><i>Barrett L, Yates P. Oncology/haematology nurses: a study of job satisfaction, burnout, and intention to leave the specialty. Aust Health Rev. 2002; 25(3):109–121. [PubMed: 12136551]</i></p>
Cadre de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Les concepts clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ? Est-il justifié et décrit de façon adéquate ? <i>Concepts-clés présents mais pas forcément toujours définis sur le plan conceptuel.</i> • Est-ce que les concepts clés s’inscrivent-ils dans un cadre de référence ? <i>Les concepts s’inscrivent bien dans la recension des écrits. Est-il lié au but de l’étude ? Oui les concepts sont en lien avec le but de la recherche (influence de l’environnement de pratique sur les rendements infirmiers en oncologie : insatisfaction au travail, épuisement professionnel, intention de démission, qualité</i>

	<p><i>des soins).</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Les bases philosophiques et théoriques ainsi que la méthode sous-jacente sont-elles explicitées et appropriées à l'étude ? <p><i>Oui la méthode sous-jacente est précisée (analyse secondaire d'un sondage réalisé en 2006). Les bases philosophiques : la maladie cancéreuse est une maladie très difficile à prendre en charge (douleur, mort) et le secteur connaît une pénurie de personnel. Il est important trouver des moyens pour retenir le personnel qualifié.</i></p>
Buts et question de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ? <p><i>Oui comme précisé plus haut.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont-elles clairement énoncées ? <p><i>Oui (infirmiers en oncologie et infirmiers en médecine et en chirurgie). Hypothèse : l'environnement de pratique influence les résultats. Variables (environnement de travail : insatisfaction au travail, épuisement professionnel, intention de démission, qualité des soins).</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Les questions de recherche ou les hypothèses reflètent-elles le contenu de la recension des écrits et découlent-elles logiquement du but ? <p><i>Oui Traitent-elles de l'expérience des participants, des croyances, des valeurs ou des perceptions ?</i></p> <p><i>Pas de précisions sur les croyances, valeurs et perceptions de participants.</i></p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Les variables reflètent-elles les concepts précisés dans le cadre de recherche ? <i>Oui les concepts sont cohérents avec le cadre de recherche.</i> • Les questions s'appuient-elles sur des bases philosophiques, sur la méthode de recherche sous-jacente ou sur le cadre conceptuel ou théorique ? <i>Les questions s'appuient sur le cadre conceptuel.</i>
METHODE	
Population échantillon	et <ul style="list-style-type: none"> • La population visée est-elle définie de façon précise ? L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ? la méthode utilisée pour accéder au site ou recruter les participants est-elle appropriée ? <i>La population visée est précisée (infirmiers) sur la base d'un sondage de 2006. Environ 4074 infirmiers (40% en Pennsylvanie et Californie et 50% New Jersey). Les infirmiers sondés devaient spécifier leur unité de travail, la qualité de leurs environnements de pratique et leur charge de travail. Tous ces infirmiers travaillaient directement en contact des patients. Parmi eux : 708 travaillaient dans des unités d'hospitalisation spécialisées en oncologie et 3339 infirmiers travaillaient en médecine ou chirurgie ou les 2. Méthode : les mesures ont été bien délimitées, d'un côté les environnements de pratique infirmière et de l'autre les résultats/rendements/efficacité infirmière. Environnements de pratique : mesurée grâce à l'échelle de l'environnement de pratique du Nursing Work Index (PES-NWI), un instrument de 31 items approuvé par le Forum National de qualité comme l'un des 15 instruments de mesure de la performance au travail. Le PES-</i>

	<p>NWI utilise 4 points sur l'échelle Likert : allant de 1 (fortement en désaccord) à 4 (fortement en accord) pour mesurer la présence de facteurs organisationnels soutenant la pratique infirmière professionnelle. Le PES-NWI qui est un outil valide et fiable se composait de 5 sous-échelles : 1 (participation infirmière dans les décisions de l'hôpital), 2 (fondations infirmières pour la qualité des soins,) 3 (leadership infirmier et soutien de la hiérarchie), 4 (dotation en personnel et ressources adéquats), 5 (la qualité des relations infirmiers-médecins). Utilisation du coefficient de cronbach alpha pour toutes les sous-échelles. Regroupement des réponses de tous les infirmiers par item → une moyenne par item par hôpital et cela a été transformé en une variable à 3 niveaux (environnement favorable, mitigé ou non-favorable). Les hôpitaux dont 4 sous-échelles sont au-dessus des valeurs médianes de l'échantillon ont été classé comme favorable, ceux avec 1, 2 ou 3 sous-échelles en dessous des valeurs médianes sont classés comme ayant des environnements mitigés et enfin ceux avec 0 sous-échelles au-dessus des valeurs médianes sont considérés comme défavorables.</p> <p>Rendements infirmiers: le sondage s'est basé sur 4 points (épuisement professionnel, insatisfaction au travail, intention de démission et la perception infirmière de la qualité des soins). Conformément aux rapports antérieurs, dans cette étude, les auteurs ont utilisé l'échelle de l'épuisement émotionnel de l'inventaire du Burnout de Maslach en utilisant un score de coupure de 27 → un score supérieur à 27 reflète donc un haut niveau d'épuisement émotionnel. L'insatisfaction et la qualité de soins ont été mesuré grâce à un seul item à plusieurs variables (insatisfait ou satisfait, intention de</p>
--	--

	<p><i>démissionner ou non, pauvre à moyen ou bonne à excellente pour la qualité des soins). La dotation a été mesurée grâce à une question : combien de patients avez-vous pris en charge lors de votre dernière tranche de travail ? Ce qui est une mesure fiable et assez prédictive de la charge de travail.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Dans le plan d'échantillonnage, l'auteur a-t-il envisagé des moyens d'accroître la représentativité de l'échantillon ? <p><i>Etant donné que les auteurs se basent sur un sondage précédent, il n'y a pas de précisions sur des moyens d'accroître la représentativité de l'échantillon.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • La méthode d'échantillonnage utilisée a-t-elle permis d'ajouter des renseignements significatifs et d'atteindre les objectifs visés ? Est-elle justifiée sur la base statistique ou par une saturation des données ? <p><i>Les auteurs ont fait une seconde analyse d'un précédent sondage de 2006 en utilisant d'autres variables et d'autres points de comparaison donc en cela on peut dire qu'ils ont fait en sorte de se donner les moyens d'analyser ce qui les intéressait pour cette étude.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle justifiée sur une base statistique ? <p><i>Les auteurs, suite à la recension des écrits, se sont rendus compte que les études précédente disposaient de faibles échantillons. Ils ont voulu remédier à cela dans leur étude et y ont aussi rajouté d'autres variables.</i></p>
--	---

Considérations éthiques	<ul style="list-style-type: none"> • Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ? <i>Il n'y a pas de précisions à ce sujet.</i> • L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ? <i>Il n'y a pas de précisions à ce sujet.</i>
Devis de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ? la méthode de recherche choisie est-elle conciliable avec les outils de collecte des données proposés ? <i>Oui les outils utilisés sont cohérents avec les objets mesurés. Le devis semble plutôt mixte : quantitatif vu l'échantillon, les facteurs objectivables comme le nombre de personnes avec l'intention de démission et qualitatif car des aspects plus subjectifs tels que la mesure de la satisfaction au travail.</i> • Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ? <i>Oui le devis a permis aux auteurs d'évaluer toutes les variables de l'étude.</i> • Le choix du devis permet-il de respecter les critères scientifiques ?(Véracité-applicabilité-consistance-Neutralité). • La méthode de recherche proposée est-elle appropriée à l'étude du problème posé ? • Y a-t-il suffisamment de temps passé sur le terrain et auprès des participants ? <i>Pas de précision à ce sujet mais il est dit que l'étude est réalisée sur la base d'une seconde analyse de données recueillies en 2006.</i>

Modes de collectes de données	<ul style="list-style-type: none"> • Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ? • Les questions de recherche ont-elles été bien posées ou les observations du phénomène, bien ciblées ? Ont-elles été rigoureusement consignées par la suite ? <p><i>Les questions de recherche sont bien posées, les auteurs précisent l'objet de leur recherche.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • L'auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ? <p><i>Instruments importés : PES-NWI et MBI de Maslach.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • La procédure expérimentale est-elle cohérente avec les outils mesurés ? <p><i>Oui selon les auteurs, l'utilisation de ces outils est pertinente pour le but visé par cette recherche.</i></p>
Conduite de la recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Le processus de collecte des données/enregistrement est-il décrit clairement ? <p><i>Ils se sont basés sur un précédent sondage de 2006.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ? <p><i>Pas de précision à ce sujet.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Si l'étude comporte une intervention (variable indépendante), celle-ci est-elle clairement décrite et appliquée de façon constante ? <p><i>Ce n'est pas clairement une étude interventionniste mais elle vise à mettre en</i></p>

	<i>évidence les facteurs qui affectent les rendements infirmiers afin que les institutions puissent trouver les moyens de les améliorer.</i>
Analyse des données	<ul style="list-style-type: none"> • Les méthodes d'analyse sont-elles décrites ? <i>Utilisation de modèles de régression logistique pour identifier chacune des 4 variables des rendements infirmiers suite au contrôle de la dotation de personnel (ratio soignants-patients). Réalisation de 2 analyses afin de déterminer les liens entre les 4 variables et l'environnement de pratique infirmière. Dans la première, une mesure catégorielle (non-favorable, mitigé, favorable) sur la base du PES-NWI. Dans la 2^{ème}, les auteurs ont entré pour chaque sous-échelle du PES-NWI, la moyenne de chaque hôpital dans des modèles d'analyses de régression logistique pour le groupe d'infirmiers en oncologie seulement afin d'examiner quels aspects de l'environnement de pratique affectent les rendements infirmiers en oncologie.</i> • Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ? <i>Oui. Ils ont exclu certaines sous-échelles car cela faussait les résultats de l'étude (perception de la charge travail infirmière, la dotation et les ressources adéquates). Ils ont choisi la perception des patients de la charge infirmière car plus représentatif de l'environnement de travail et plus en lien avec les autres items.</i> • Le résumé des résultats est-il compréhensible et met-il en évidence les extraits rapportés ? • Les thèmes font-ils ressortir adéquatement la signification des

	données ?
RESULTATS	
Présentation des résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures, graphiques ou modèles ? <i>Oui les résultats sont présentés avec des tableaux.</i> • Les thèmes ou les modèles sont-ils logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène ? <i>Oui les auteurs ont repris chaque partie de l'analyse des données pour synthétiser les résultats.</i> • Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif ? <i>Oui. Des différences significatives entre les infirmiers en oncologie et les infirmiers de médecine/chirurgie en terme de niveau d'éducation, de dotation de personnel et 3 des 4 variables des rendements infirmiers. Les infirmiers en oncologie ont un plus haut niveau d'instruction et une charge de travail moins importante, moins d'épuisement émotionnel, moins d'insatisfaction au travail et une meilleure perception de l'environnement de pratique comparés à leurs collègues de médecine et chirurgie. Comparé aux autres, les infirmiers en oncologie sont aussi plus à rapporter que leurs environnements de pratique est plus favorable. Les résultats démontrent un lien entre l'environnement de pratique et le niveau d'épuisement professionnel, de satisfaction et la qualité des soins mais pas de lien significatif entre l'environnement de pratique et l'intention de démission. Les infirmiers en oncologie qui rapportent un environnement de pratique</i>

	<p><i>favorable sont moins touchés par l'épuisement professionnel et par l'insatisfaction au travail. De même les infirmiers en oncologie qui se sentent bien impliqués dans les décisions de l'hôpital et qui sont autonomes ont moins l'intention de démissionner. Et enfin les infirmiers en oncologie qui ont de bonnes relations avec les médecins rapportent une meilleure perception de la qualité des soins. En résumé, plus l'environnement de pratique est favorable, plus les infirmiers ont de meilleurs rendements en terme de satisfaction au travail, d'épuisement professionnel et de perception de la qualité des soins. Mais contrairement aux croyances populaires, les infirmiers en oncologie ont un plus bas niveau d'épuisement professionnel, moins d'insatisfaction au travail et moins l'intention de démissionner. Cela s'explique notamment par : de meilleurs environnement de pratiques dans les unités d'oncologie ; l'oncologie étant un secteur spécifique des soins, les infirmiers sont souvent bien formés avec des spécialisations afin de faire des prises en charge efficaces, ils ont donc plus d'autonomie dans leur travail, sont plus inclus dans les décisions, ont de meilleures relations professionnelles (communication et collaboration) avec les médecins et le ratio soignants-patients est plus favorable que dans les autres unités de soins car les patients en oncologie nécessitent des prises en soins complexes qui demandent du temps → meilleure dotation de personnel en oncologie. Et tout cela peut améliorer les rendements infirmiers</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <i>• L'auteur a-t-il fait évaluer les données par les participants ou par des experts ?</i> <p><i>Pas de précisions à cet sujet.</i></p>
--	---

DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou hypothèses ? <p><i>Oui cette étude fournit un examen systématique comparatif des environnements de pratique infirmière et des rendements infirmiers entre les infirmiers en oncologie et ceux travaillant en médecine et chirurgie.</i></p> <p><i>Contrairement aux croyances populaires, les infirmiers en oncologie ont un plus bas niveau d'épuisement professionnel, moins d'insatisfaction au travail et moins l'intention de démissionner. Cela s'explique notamment par : de meilleurs environnement de pratiques dans les unités d'oncologie ; l'oncologie étant un secteur spécifique des soins, les infirmiers sont souvent bien formés avec des spécialisations afin de faire des prises en charge efficaces, ils ont donc plus d'autonomie dans leur travail, sont plus inclus dans les décisions, ont de meilleures relations professionnelles (communication et collaboration) avec les médecins et le ratio soignants-patients est plus favorable que dans les autres unités de soins car les patients en oncologie nécessitent des prises en soins complexes qui demandent du temps → meilleure dotation de personnel en oncologie. Et tout cela peut améliorer les rendements infirmiers. Lorsque les relations de collaboration ne sont pas bonnes, la qualité des soins peut en pâtir car défaut de communication, manque de confiance, augmentation des erreurs médicales. Une charge de travail excessive va toujours de pair avec une pauvre qualité des soins. Dans tous les secteurs mais encore plus en oncologie, l'importance de la fondation infirmière de la qualité des soins (formation continue, spécialisation et soutien organisationnel) est</i></p>

	<p><i>nécessaire car les infirmiers ont besoins de connaissances spécifiques pour prendre en charge efficacement ces patients complexes.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet ? Sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures? • L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses ? <p><i>Oui c'est pertinent.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Les limites de l'étude ont-elles été définies ? <p><i>Oui. Premièrement, la nature transversale de l'étude limite la capacité à déterminer la causalité . Des études longitudinales qui utilisent la modélisation d'équations structurelles seraient donc nécessaires dans de futures études pour examiner les relations de causalité entre les facteurs de l'environnement de travail et les rendements. Deuxièmement, il y a aussi une limitation quant à la fiabilité de la perception infirmière des rendements. De futures études devront améliorer la validité de cet aspect.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ? • Soulève-t-on la question du caractère transférable des conclusions ? <p><i>Non mais les auteurs précisent que les conditions de l'environnement de pratique infirmière valent pour tous les domaines de soins.</i></p>
Conséquences et recommandations	<ul style="list-style-type: none"> • Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ? L'auteur a-t-il précisé les conséquences des résultats ? <p><i>Oui les auteurs soutiennent que leur étude</i></p>

	<p><i>donnent des pistes sur la façon d'améliorer les rendements infirmiers. Ces derniers ainsi que la qualité des soins peuvent être améliorés par l'amélioration des environnements de travail, de la relation de collaboration et de communication infirmiers-médecins car cette dernière contribue à la qualité des soins aux patients et à la satisfaction au travail. Les institutions devraient trouver le moyen de réduire le niveau d'épuisement émotionnel de leurs employés afin de les garder et aussi d'attirer de nouveaux. De même le niveau d'autonomie des infirmiers, leur implications dans les décisions influencent les rendements.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • L'auteur fait-il des recommandations/applications pour la pratique et les recherches futures ? <i>Oui comme spécifié plus haut.</i> • Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions ?
--	---

Shang, J., Friese, R. C., Wu, E., & Aiken, H. L. (2013). Nursing Practice Environment and Outcomes for Oncology Nursing. *National institutes of health*, 36 (3), 206 – 212. (Trad. libre)

Grille de Fortin 11 : Professional nursing practice : environment and emotional exhaustion among intensive care nurses

<p>Titre</p>	<ul style="list-style-type: none"> Le titre précise t'il clairement les concepts clés et la population a l'étude ? <p><i>La pratique professionnelle des soins infirmiers : l'environnement et l'épuisement émotionnel des infirmières en soins intensifs. Ici, les concepts clés et la population cible sont clairement définis. Les concepts sont l'épuisement émotionnel et l'environnement de travail. En ce qui concerne la population, il s'agit d'infirmières travaillant dans le domaine des soins intensifs.</i></p>
<p>Résumé</p>	<ul style="list-style-type: none"> Le résumé synthétise clairement le résumé de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ? <p><i>On retrouve dans ce résumé une synthèse de ces différents points : Objectif de l'étude, méthode, résultats et conclusion. L'objectif est d'évaluer les caractéristiques de l'environnement de travail et la relation avec l'épuisement professionnel, la perception de la qualité des soins, la satisfaction au travail et l'intention de quitter le travail. La méthode consiste en une étude transversale avec une approche quantitative. Un échantillon de 129 infirmières travaillant dans les unités de soins intensifs adultes dans la région de Sao Paolo, Brésil. Les résultats ont révélés que les caractéristiques de l'environnement influence la perception de la satisfaction au travail, la qualité des soins et l'intention de quitter leur emploi. En conclusion, le rôle de la médiation de l'épuisement émotionnel peut avoir une influence négative sur la prestation des soins.</i></p>

INTRODUCTION		
Problème de la recherche	<ul style="list-style-type: none"> Le problème/phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit ? Que s'agit-il d'étudier ? <p><i>Il s'agit d'évaluer les caractéristiques de l'environnement de travail et la relation avec l'épuisement professionnel, la perception de la qualité des soins, la satisfaction au travail et l'intention de quitter le travail.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Le problème/phénomène est-il pertinent /approprié dans le contexte des connaissances actuelles ? <p><i>Les professionnels de la santé qui travaillent dans des environnements dits négatifs sont insatisfaits de leur emploi, ils ont plus souvent l'intention de quitter leur emploi et sont plus exposés à l'épuisement professionnel.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Le problème/phénomène a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ? Les postulats sous-jacents à l'étude sont-ils précisés ? <p><i>Les conditions de travail environnementales affectent négativement les professionnels et les soins qu'ils prodiguent, par conséquent il y a un impact sur les résultats des patients.</i></p>	
Recension des écrits	<ul style="list-style-type: none"> Une recension a-t-elle été entreprise ? <p><i>L'environnement de travail des infirmières a été l'objet d'études précédentes car certains hôpitaux ont été reconnus comme étant en mesure d'attirer plus facilement et retenir les professionnels et, par conséquent fournir des soins de haute qualité. Ces établissements ont été appelés « hôpitaux magnétiques ». La présence de certaines caractéristiques dans les environnements de travail des infirmières peut favoriser le</i></p>	

développement des professionnels ainsi que des pratiques sécuritaires. Parmi ces caractéristiques, on retrouve la philosophie des soins de qualité axés sur la coopération interdisciplinaire, la responsabilité de l'autorité professionnelle, la promotion du leadership infirmier, le soutien au développement professionnel des infirmières, et le développement de relations de coopération entre les travailleurs de la santé.

- La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ?

Les professionnels qui travaillent dans des environnements dits négatifs sont insatisfaits de leur emploi, ont plus souvent l'intention de quitter leur emploi et sont plus exposés à l'épuisement professionnel. Les caractéristiques de l'environnement sont des conditions qui affectent négativement les professionnels et ont des impacts sur les résultats des patients.

- La recension des écrits vous semble-t-elle présenter une base solide pour l'étude ? L'auteur présente-il l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème à l'étude ?
- La recension présente-t-elle des sources primaires ?

Aiken LH, Sloane DM. Effects of specialization and client differentiation on the status of nurses: the case of AIDS. J Health Soc Behav. 1997;38(3):203-22.

Aiken LH, Patrician PA. Measuring organizational traits of hospitals: the revised nursing work index. Nurs Res. 2000;49(3):146-53.

Lake ET, Friese CR. Variations in nursing practice environments: relation to staffing and hospital characteristics. Nurs Res. 2006;55(1):1-9.

	<p><i>American Association of Colleges of Nursing. Hallmarks of the professional nursing practice environment. J Prof Nurs. 2002;18(5):295-304.</i></p> <p><i>Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM. Hospital staffing, organization, and quality of care: cross-national findings. Int J Qual Health Care. 2002;14(1):5-13.</i></p> <p><i>Kanai-Pak M, Aiken LH, Sloane DM, Poghosyan L. Poor work environments and nurse inexperience are associated with burnout, job dissatisfaction and quality deficits in Japanese hospitals. J Clin Nurs. 2008;17(24):3324-9.</i></p> <p><i>Van Bogaert P, Meulemans H, Clarke S, Vermeyen K, Van de Heyning P. Hospital nurse practice environment, burnout, job outcomes and quality of care: test of a structural equation model. J Adv Nurs. 2009;65(10):2175-85</i></p>
<p>Cadre de recherche</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les concepts clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ? Est-il justifié et décrit de façon adéquate ? <p><i>Le concept de l'épuisement professionnel a été mis en évidence. Il a été défini comme étant un syndrome caractérisé par un épuisement émotionnel, une dépersonnalisation, et un faible accomplissement personnel. Il touche principalement les professionnels de la santé en raison de leur exposition continue à des patients atteints de maladies chroniques.</i></p> <p><i>Dans le cadre de l'hôpital, les professionnels travaillant dans des unités de soins intensifs sont chargés de fournir des soins aux patients dans un environnement associé aux soins complexes et le risque imminent de mort. Ils risquent de devenir plus sensibles aux répercussions émotionnelles et au stress, conduisant à l'épuisement, car sont confrontés aux situations de décès et de deuil tous les jours.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Est-ce que les concepts clés s'inscrivent-ils

	<p>dans un cadre de référence ? Est-il lié au but de l'étude ? Les bases philosophiques et théoriques ainsi que la méthode sous-jacente sont-elles explicitées et appropriées à l'étude ?</p>
Buts et question de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ? <p><i>L'objectif de cette étude est d'évaluer les caractéristiques de l'environnement de travail et la relation avec l'épuisement professionnel, la perception de la qualité des soins, la satisfaction au travail et l'intention de quitter le travail. Il est difficile d'identifier et d'analyser les aspects impliqués dans l'environnement de la pratique infirmière, mais une telle entreprise vise à proposer des conditions de travail améliorées et promouvoir des changements dans les milieux hospitaliers.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont-elles clairement énoncées ? • Les questions de recherche ou les hypothèses reflètent-elles le contenu de la recension des écrits et découlent-elles logiquement du but ? Traitent-elles de l'expérience des participants, des croyances, des valeurs ou des perceptions ? • Les variables reflètent-elles les concepts précisés dans le cadre de recherche ? • Les questions s'appuient-elles sur des bases philosophiques, sur la méthode de recherche sous-jacente ou sur le cadre conceptuel ou théorique ?

METHODE	
Population échantillon	<p>et</p> <ul style="list-style-type: none"> • La population visée est-elle définie de façon précise ? L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ? la méthode utilisée pour accéder au site ou recruter les participants est-elle appropriée ? • Dans le plan d'échantillonnage, l'auteur a-t-il envisagé des moyens d'accroître la représentativité de l'échantillon ? La méthode d'échantillonnage utilisée a-t-elle permis s'ajouter des renseignements significatifs et d'atteindre les objectifs visés ? Est-elle justifiée sur la base statistique ou par une saturation des données ? • Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle justifiée sur une base statistique ? <p><i>Cette étude transversale avec une approche quantitative a été menée dans les unités de soins intensifs de 17 hôpitaux publiques, privés et philanthropiques de São Paulo (Brésil). La population comprend 144 infirmières dont 129 qui composent l'échantillon selon les critères d'inclusion. Les critères d'inclusion sont : exclusivement des activités de soins et ayant trois mois ou plus d'expérience dans l'hôpital actuel. Les personnes en vacances ou en congé ont été exclues.</i></p>
Considérations éthiques	<ul style="list-style-type: none"> • Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ? • L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ? <p><i>Le projet d'étude a été approuvé par l'Institutional Review Board et les participants ont signé un formulaire de consentement libre et éclairé.</i></p>

Devis de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ? la méthode de recherche choisie est-elle conciliable avec les outils de collecte des données proposés ? <p><i>Cette étude transversale avec une approche quantitative, nous permet d'avoir une vision objective du problème. Plusieurs outils de mesures quantitatifs sont utilisés pour cette étude.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ? <p><i>Les outils tels que le Nursing Work Index – Revised, le Maslash Burnout Inventory permettent d'examiner le phénomène en question.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Le choix du devis permet-il de respecter les critères scientifiques ? (Véracité-applicabilité-consistance-Neutralité) • La méthode de recherche proposée est-elle appropriée à l'étude du problème posé ? • Y-a-t-il suffisamment de temps passé sur le terrain et auprès des participants ? <p><i>Les données ont été recueillies du 24 novembre 2011 au 31 janvier 2012.</i></p>
Modes de collectes de données	<ul style="list-style-type: none"> • Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ? • Les questions de recherche ont-elles été bien posées ou les observations du phénomène, bien ciblées ? Ont-elles été rigoureusement consignées par la suite ? • L'auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ? • La procédure expérimentale est-elle cohérente avec les outils mesurés ?

	<p><i>Les données ont été collectées par le biais de trois instruments auto déclarés : une forme adressée aux caractéristiques personnelles et professionnelles et l'autre aux caractéristiques de l'environnement de travail ; la version brésilienne courte du « Nursing Work Index – Revised » (NWI-R) ; et le « Malash Burnout Inventory » (MBI). Le NWI-R est conçu pour mesurer la présence de certaines caractéristiques de l'environnement de travail qui contribuent à la pratique professionnelle des infirmières. L'instrument a déjà été traduit et adapté pour la culture brésilienne et contient 57 items, dont 15 ont été sélectionnés et répartis conceptuellement en trois sous-échelles: l'autonomie, les relations infirmières-médecins, et le contrôle de l'environnement de travail. Dix de ces 15 items ont été regroupés et ont donné naissance à une quatrième sous-échelle : le soutien organisationnel.</i></p> <p><i>Une échelle de Likert en quatre points a été utilisée. Plus le score est élevé, plus la présence d'attributs positifs, propices à la pratique des professionnels. Des scores inférieurs à 2,5 indiquent un milieu de pratique professionnelle favorable tandis que des scores supérieurs à 2,5 indiquent des environnements défavorables.</i></p> <p><i>La fiabilité du NWI-R a été évaluée à l'aide du coefficient alpha de Cronbach, ce qui indique une cohérence satisfaisante pour toutes les sous-échelles. Le MBI, déjà validé pour la culture brésilienne, est conçu pour mesurer l'épuisement physique et émotionnel des professionnels par rapport à leur travail. Il contient 22 items et différents scores qui sont : 1 - jamais; 2 - rarement; 3 - parfois; 4 - souvent; 5 - toujours. Il évalue l'épuisement professionnel basé sur trois concepts différents : l'épuisement émotionnel, un faible accomplissement personnel et la</i></p>
--	---

	<p>dépersonnalisation.</p> <p><i>Les résultats concernant la fiabilité de sa construction sont satisfaisants.</i></p>
Conduite de la recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Le processus de collecte des données/enregistrement est-il décrit clairement ? • Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ? • Si l'étude comporte une intervention (variable indépendante), celle-ci est-elle clairement décrite et appliquée de façon constante? <p><i>Les principaux indicateurs utilisés sont les suivants: a) Chi-carré rapport (chi-carré/ DF), qui devrait être inférieur à 2,0 pour indiquer la qualité de t; b) la qualité de l'ajustement de Fit Index (GFI), la valeur acceptable est égale ou supérieure à 0,85; c) GFI Corrigé des degrés de liberté (PAGF), la valeur acceptable est égale ou supérieure à 0,80; d) Root Mean Square (de RMSR), la valeur acceptable est inférieure à 0,10 ou moins; e) l'erreur quadratique moyenne de rapprochement (RMSEA), la valeur acceptable est inférieure à 0,08 ou moins; f) Comparative Fit Index Bentler (FCI), la valeur acceptable est égale ou supérieure à 0,90; et non normé Indice de g) Bentler & Bonett (NNFI), valeur acceptable est égale ou supérieure à 0,90.</i></p> <p><i>Pour analyser la façon dont les données « fits » du modèle proposé, les tests de signification ont été utilisés. Les valeurs absolues pour les statistiques t supérieure à 1,96 indiquent que le coefficient associé avec le chemin est significativement différent de zéro.</i></p>
Analyse des données	<ul style="list-style-type: none"> • Les méthodes d'analyse sont-elles décrites ?

	<ul style="list-style-type: none"> • Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ? • Le résumé des résultats est-il compréhensible et met-il en évidence les extraits rapportés ? • Les thèmes font-ils ressortir adéquatement la signification des données ? <p><i>Les données sont analysées à l'aide d'un expert. Le Progiciel de statistiques pour les sciences sociales (SPSS) version 15.0 a été utilisé pour l'analyse descriptive (moyenne, écart-type, les fréquences et les pourcentages) des caractéristiques des individus. La structure linéaire Relations (LISREL) du logiciel, la version 8.7, a été utilisée pour l'analyse multivariée, à travers laquelle, Structurel Equation Modeling (SEM) a été réalisée. Le SEM a été utilisé car il est capable de mesurer, d'expliquer et de visualiser le degré de relation entre les variables statistiques, par l'établissement de relations de cause à effet pour chaque ensemble de variables dépendantes.</i></p>
RESULTATS	
Présentation des résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures, graphiques ou modèles ? <p><i>3 tableaux présentent les résultats.</i> <i>Tableau 1 : Caractéristiques personnelles, professionnelles et de l'environnement.</i> <i>Tableau 2 : La satisfaction au travail et la perception de la qualité des soins sont évaluées en utilisant une échelle de Likert.</i> <i>Tableau 3 : Le tableau 3 présente les moyennes, écarts-types et la variation des scores obtenus par les sujets en rapport avec l'épuisement professionnel et les caractéristiques de l'environnement de la pratique infirmière.</i></p>

- Les thèmes ou les modèles sont-ils logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène ?
- Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif ?

Oui, une description et une analyse des différents tableaux sont présentes. L'échantillon était composé de 129 infirmiers, 61,2% d'entre eux travaille dans les établissements publics, 22,5% dans les établissements philanthropiques, et 16,3% dans des établissements privés. Parmi les professionnels, 64,3% travaille en soins intensifs généraux, 16,3% en soins intensifs spécialisés en traumatologie et les soins d'urgence, 8,5% en soins intensifs cardiaques, 7% dans les soins intensifs de transplantation, et 3,9% dans les soins intensifs spécialisée en neurologie.

Le niveau d'épuisement professionnel et les caractéristiques de l'environnement obtenus par la NWI-R, ont été évalués. L'analyse des corrélations entre les variables de la NWI-R et le MBI (perception de la qualité des soins, la satisfaction au travail, et l'intention de quitter l'emploi), selon le modèle théorique proposé entraîne dans les statistiques suivantes : $\chi^2 / DF = 2,2$, $GFI = 0,92$, $PAGF = 0,91$, $RMSR = 0,12$, $RMSEA = 0,09$, $CFI = 1,0$ et $NNFI = 1,1$. Une nouvelle spécification du modèle a été nécessaire en raison du nombre élevé de résidus indiqués par le RMSEA; la limite supérieure acceptable étant de 0,08.

Dans ce contexte, les auteurs ont opté pour l'utilisation d'un nouveau modèle théorique ne considérant que l'un des domaines d'épuisement pour l'analyse: l'épuisement émotionnel. Les statistiques obtenues avec ce modèle sont les suivants : $\chi^2 / DF = 0,90$, $GFI = 0,95$, $PAGF = 0,94$, $RMSR = 0,07$, $RMSEA = 0,00$, $CFI = 1,0$ et $NNFI = 1,06$. Les caractéristiques de l'environnement influencent les perceptions des

	<p><i>infirmières concernant la qualité des soins, la satisfaction au travail, et leur intention de quitter leur emploi, quand médiée par l'épuisement émotionnel.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • L'auteur a-t-il fait évaluer les données par les participants ou par des experts ? <p><i>Les données sont analysées avec l'aide d'un expert.</i></p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou hypothèses ? <p><i>Le manque d'expérience est associé à des niveaux plus élevés de l'épuisement émotionnel et l'insatisfaction au travail, ce qui entraîne une mauvaise qualité des soins dispensés aux patients.</i></p> <p><i>Même si la plupart des professionnels ont signalé un seul emploi, la charge de travail hebdomadaire moyenne déclarée était de 51 heures, ce qui est plus élevé que la charge de travail autorisée par la législation du travail brésilienne. Le nombre élevé d'heures de travail hebdomadaire peut être attribué aux besoins de la part du service de la santé, ou de la part des professionnels eux-mêmes à la recherche de revenus plus élevés. Les infirmières ont signalé une moyenne de 5,5 professionnels sous leur supervision et 9,1 patients sous leur responsabilité. Le dernier chiffre est proche de ce qui est recommandé par la Résolution RDC n ° 7, c'est-à-dire au moins une infirmière pour huit patients. La variation observée dans cette étude indique cependant qu'il y a des unités dans lesquelles cette résolution n'est pas respectée, où les infirmières sont responsables jusqu'à 33 patients. En ce qui concerne l'intention</i></p>

des infirmières de quitter leur emploi au cours des 12 prochains mois, la moyenne présentée par les professionnels de cette étude était inférieure à celle des infirmières qui travaillent dans des unités non spécialisées. Même si près de 30% ont déclaré être insatisfaites ou très insatisfaites de leur emploi actuel. En ce qui concerne les soins, elles ont l'impression que la qualité des soins dispensés est bonne.

- Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet ? Sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures?

L'échantillon était composé d'infirmières, la plupart travaillant en soins intensifs généraux des institutions publiques. Les jeunes adultes et les femmes sont majoritaires, ce qui corrobore les résultats rapportés par d'autres études, les résultats qui sont expliquées par la trajectoire historique des soins infirmiers.

Les résultats sont similaires à des études rapportant ce niveau d'épuisement professionnel pour le domaine de l'épuisement émotionnel, mais différent par rapport au domaine de la dépersonnalisation et de l'accomplissement personnel. Les auteurs remarquent que la sous-échelle de la dépersonnalisation a également présentée une moyenne supérieure à celle trouvée dans d'autres études.

- L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses ?
- Les limites de l'étude ont-elles été définies ?

Une des limites de cette étude est le fait qu'elle a été limitée aux unités de soins intensifs d'une seule région dans l'état de São Paulo, au Brésil qui représente un petit échantillon par rapport à tout

l'état. Des échantillons plus vastes, donc des échantillons provenant d'autres régions du pays sont nécessaires. En ce qui concerne l'analyse des résultats, la comparaison avec d'autres études a été entravée car les auteurs n'incluent pas toujours dans leurs analyses, toutes les variables disponibles dans le NWI-R et MBI.

- Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ?

Le fait d'avoir de l'autonomie, du contrôle sur leur pratique, et de bonnes relations médecins-infirmières peut indirectement influencer la perception de la qualité des soins, la satisfaction au travail, et l'intention des infirmières de quitter leur emploi. Les infirmières en perte d'autonomie, ayant un mauvais contrôle de leur pratique, et avec de mauvaises relations avec les médecins, font l'expérience d'un plus grand niveau d'épuisement émotionnel, qui peut influencer négativement la qualité des soins, la satisfaction au travail et l'intention de quitter leur emploi.

- Soulève-t-on la question du caractère transférable des conclusions ?

Les résultats de cette étude corroborent les conclusions présentées par d'autres études montrant que les infirmières avec une plus grande expérience de l'autonomie et des niveaux inférieurs de l'épuisement émotionnel, présentent une intention inférieure de quitter leur emploi, une plus grande satisfaction au travail et la perception de l'amélioration de la qualité de soins. En outre, la présence de l'autonomie dans l'environnement de la pratique professionnelle des infirmières travaillant dans les unités de soins intensifs est un facteur important dans le maintien des travailleurs spécialisés, tant pour promouvoir des soins sécuritaires que pour former les

	<i>nouvelles infirmières.</i>
Conséquences et recommandations	<ul style="list-style-type: none"> • Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ? L'auteur a-t-il précisé les conséquences des résultats ? <i>Comme indiqué dans une étude récente, la mise en œuvre de stratégies visant à promouvoir un environnement de travail positif est important pour réduire le niveau d'épuisement professionnel, réduire les intentions de quitter leur emploi, et l'insatisfaction au travail.</i> • L'auteur fait-il des recommandations/applications pour la pratique et les recherches futures ? <i>Les auteurs soulignent l'importance d'autres études proposant d'autres modèles théoriques pour expliquer les caractéristiques des milieux de pratique des soins infirmiers professionnels et évaluer ces variables du point de vue des infirmières travaillant dans les unités de soins intensifs. Le but est que les infirmières aient plus de soutien dans la littérature pour élaborer des stratégies et pour proposer des changements dans l'environnement de la pratique infirmière. De tels changements peuvent entraîner une baisse des coûts pour les institutions, les coûts qui découlent d'erreurs dans la prestation des soins et des congés de travail en raison de problèmes émotionnels des travailleurs.</i> • Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions ? <i>L'environnement de la pratique infirmière, évalué au moyen des variables du NWI-R, a été considéré comme propice à la pratique professionnelle. L'analyse multivariée a permis l'identification de corrélations entre les</i>

	<i>caractéristiques de l'environnement avec un impact direct sur les niveaux de l'épuisement émotionnel et un impact indirect sur la perception de la qualité des soins, la satisfaction au travail, et l'intention de quitter leur emploi dans les douze prochains mois. Les auteurs soulignent que l'épuisement émotionnel était le domaine de l'épuisement professionnel qui a montré le plus d'impact sur la corrélation du modèle présenté, donc, indiquant la nécessité d'adopter des stratégies qui minimisent cette condition chez les infirmières.</i>
--	---

Panunto, M. R., & Guirardello, E. B. (2013). Professional nursing practice: environment and emotional exhaustion among intensive care nurses. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 21 (3), 765 – 772. (Trad. libre)

Grille de Fortin 12 : Nursing Workload as a Risk Factor for Healthcare Associated Infections in ICU : A Prospective Study

<p>Titre</p>	<ul style="list-style-type: none"> Le titre précise-t-il clairement les concepts clés et la population à l'étude ? <p><i>Oui les concepts clés sont présents dans le titre. Il s'agit de : charge de travail des infirmiers ; infections nosocomiales ; facteurs de risque. La population à l'étude y figure également, il s'agit de la population infirmière des milieux des soins aigus.</i></p>
<p>Résumé</p>	<ul style="list-style-type: none"> Le résumé synthétise clairement le résumé de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ? <p><i>Oui. Le problème à l'étude est que la dotation du personnel et la charge de travail sont des risques potentiels pour les infections nosocomiales. L'étude a pour but d'évaluer le rôle ou l'impact de la charge de travail des infirmiers dans la fréquence de la survenue des maladies nosocomiales. En d'autres termes est-ce que la charge de travail augmente la fréquence des infections nosocomiales ?</i></p> <p><i>La méthode : étude de cohorte prospective, pendant 3 mois en 2009 dans 4 unités de service (3 services de médecine et une unité de soins intensifs) sur tous les patients admis durant cette période; les observations ont été faites directement grâce aux observations quotidiennes des activités infirmières. La charge de travail a été mesurée grâce au NAS (Nursing activities score).</i></p> <p><i>Tout a été pris en compte : les soins invasifs, la non-compliance aux traitements grâce au NPC, monitoring, charge de travail, interventions hospitalières, gravité de l'état clinique des patients et la fréquence de la survenue d'autres</i></p>

	<p><i>évènements défavorables ; comparaison faite ensuite entre les patients ayant développé une infection nosocomiale et ceux qui ne l'ont pas développé. Etude menée à São Paulo au Brésil.</i></p> <p><i>Résultats : La charge de travail excessive des infirmiers et la gravité de l'état des patients ont été identifiées comme les facteurs de risque dans la survenue des infections nosocomiales. Sur 195 patients inclus dans l'étude, 43 (22%) ont développé des infections nosocomiales de types pneumonie, urinaire, septicémie, respiratoire, sur des sites chirurgicaux et autres. La moyenne de la proportion de non-compliance et la moyenne de NAS (nursing activities score-temps de prise en charge) étaient significativement plus élevées chez ces patients et ils étaient aussi plus sujets à d'autres évènements défavorables à leur santé.</i></p> <p><i>Discussion : à leur connaissance, cette étude est la première à évaluer la charge de travail infirmière comme un risque potentiel pour les infections nosocomiales, en utilisant l'outil NAS.</i></p>
INTRODUCTION	
<p>Problème de la recherche</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Le problème/phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit ? Que s'agit-il d'étudier ? <p><i>Il s'agit d'évaluer l'impact de la charge de travail infirmière dans la fréquence de la survenue des infections nosocomiales. Car cela peut constituer un risque pour ces infections.</i></p> <p><i>D'un côté les études ont montré que la majorité de ces infections est générée par des contaminations liées à l'inadéquation des pratiques en regard à la stérilité, manque d'asepsie...et que d'un autre côté, si les pratiques sont sécurisées, les infections sont rares.</i></p> <p><i>La dotation en personnel et la charge de travail sont hypothétiquement des risques potentiels</i></p>

	<p><i>pour les infections nosocomiales mais leur rôle n'a vraiment jamais été évalué jusque-là (hypothèses à vérifier dans cette étude). Le but ici est donc d'évaluer l'impact de la charge de travail des infirmiers sur la fréquence de survenue des infections nosocomiales dans les unités de soins intensifs en utilisant l'outil NAS.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Le problème/phénomène est-il pertinent /approprié dans le contexte des connaissances actuelles ? <i>Oui le problème s'inscrit pleinement dans la réalité actuelle car les conditions de travail des infirmiers de part et d'autres dans le monde deviennent de plus en plus difficiles (charge de travail, dotation, qualité des soins) et répercussions sur les patients. Il est donc important d'avoir une étude scientifique sur laquelle s'appuyer.</i> • Le problème/phénomène a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ? Les postulats sous-jacents à l'étude sont-ils précisés ? <i>C'est un problème récurrent dans le milieu des soins, il convient de l'étudier et de le mesurer. Postulats sous-jacents : les procédures invasives ont fait l'objet de plusieurs études notamment en lien avec les maladies nosocomiales et sont traditionnellement considérées comme facteurs de risque. Ex : cathéter veineux dans la survenue des infections sanguine ou encore la ventilation mécanique dans la survenue des pneumonies.</i>
Recension des écrits	<ul style="list-style-type: none"> • Une recension a-t-elle été entreprise ? <i>Ils ont investigué les différents écrits à ce sujet.</i> • La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au

	<p>problème de recherche ?</p> <p><i>Oui. Il n'y a pas encore eu d'étude reliant la charge de travail directement aux infections nosocomiales.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • La recension des écrits vous semble-t-elle présenter une base solide pour l'étude ? L'auteur présente-il l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème à l'étude ? <p><i>Oui il précise l'état de la situation à l'heure actuelle : les procédures invasives au-delà d'être des facteurs de risque contribuent à l'augmentation de la charge de travail des infirmiers.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • La recension présente t'elle des sources primaires ? <p><i>Marschall J, Mermel LA, Classen D, Arias KM, Podgorny K, et al. (2008) Strategies to prevent central line-associated bloodstream infections in acute care hospitals. Infection Control Hosp Epidemiol 29: S22–S30.</i></p> <p><i>Coffin SE, Klompas M, Classen D, Arias KM, Podgorny K, et al. (2008) Strategies to prevent ventilator-associated pneumonia in acute care hospitals. Infection Control Hosp Epidemiol 29: S31–S40.</i></p> <p><i>Lobo RD, Levin AS, Oliveira MS, Gomes LM, Gobara S, et al. (2010) Am J Infect Control 38: 440–448.</i></p> <p><i>Manchikanti L, Malla Y, Wargo BW, Bert Fellows B (2011) Infection control practices (safe injection and medication vial utilization) for interventional techniques: are they based on relative risk management or evidence? Pain Physician 14: 425–434.</i></p>
--	--

Cadre de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Les concepts clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ? Est-il justifié et décrit de façon adéquate ? <i>Concepts clés présents mais pas vraiment définis : charge de travail des infirmiers, infections nosocomiales, procédures invasives, facteurs de risque, dotation du personnel.</i> • Est-ce que les concepts clés s'inscrivent-ils dans un cadre de référence ? Est-il lié au but de l'étude ? Les bases philosophiques et théoriques ainsi que la méthode sous-jacente sont-elles explicitées et appropriées à l'étude ? <i>Les concepts sont appropriés au but de l'étude.</i>
Buts et question de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ? <i>Le but de l'étude est d'évaluer l'impact de la charge de travail infirmière dans la fréquence de la survenue des infections nosocomiales dans les unités des soins aigus et intensifs utilisant un système de score spécifique (NAS).</i> • Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont-elles clairement énoncées ? <i>Hypothèse présentes : la charge de travail a une influence sur la survenue des infections nosocomiales. La population : les infirmiers et les patients des unités de soins aigus.</i> • Les questions de recherche ou les hypothèses reflètent-elles le contenu de la recension des écrits et découlent-elles logiquement du but ? Traitent-elles de l'expérience des participants, des croyances, des valeurs ou des

	<p>perceptions ?</p> <p><i>Oui la recension est en lien avec les hypothèses et la question de recherche. L'expérience, les valeurs et les perceptions des patients ne sont pas clairement énumérées mais il est spécifié que l'étude prend en compte d'autres évènements défavorables dans la situation des patients hormis les infections.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Les variables reflètent-elles les concepts précisés dans le cadre de recherche ? <p><i>Les variables sont en lien avec les concepts – facteurs de risque, infections nosocomiale, administration de médicaments → charge de travail infirmière.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Les questions s'appuient-elles sur des bases philosophiques, sur la méthode de recherche sous-jacente ou sur le cadre conceptuel ou théorique ? <p><i>La question est pertinente pour le domaine des soins infirmiers, en ce sens elle s'appuie sur les bases philosophiques car les soins infirmiers visent la meilleure qualité de soins ou les meilleurs rendements pour les patients.</i></p>
METHODE	
Population échantillon	<p>et</p> <ul style="list-style-type: none"> • La population visée est-elle définie de façon précise ? L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ? la méthode utilisée pour accéder au site ou recruter les participants est-elle appropriée ? <p><i>Etude de cohorte prospective sur une population de patients en soins intensifs de São Paolo, qui est une grande ville de 11 millions d'habitants. La population est bien définie : patients âgés de 12 ans et plus, dans un grand hôpital (2000 lits répartis sur 7 institutions) à São Polo au Brésil</i></p>

	<p>dans des services de médecine générale, pneumologie, urgence et soins intensifs. Des patients avec un séjour moyen de 7 jours. Etude réalisée sur une période de 3 mois. Seule est prise en compte la première admission dans le service et les patients sont suivis jusqu'à la survenue d'une infection nosocomiale ou jusqu'à leur sortie et le cas échéant la mort. Le taux d'absentéisme durant l'étude a varié entre 1.6 et 5.7%, le ratio de patients par infirmier a également été pris en compte. C'est un hôpital affilié à l'université de São Paulo. Etude réalisée entre mai et août 2009 dans 3 unités médicales. Les changements d'équipe se faisaient à 7h et à 19h et encadrés par un personnel de l'étude (c'était aussi du personnel formé spécialement pour la collecte des données).</p> <p>Pour l'étude : observation de l'âge des patients, sexe, origine, niveau de l'urgence, état de gravité de leur situation mesuré avec score APACHE II (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II), évaluation quotidienne de la gravité avec SAPSII (Simplified Acute Physiology Score II) et SOFA (Sepsis-related Organ Failure Assessment). Prise en compte de la durée du temps de séjour, des comorbidités avec score Charlson. Pour calculer les tâches infirmières au quotidien et la non-compliance aux soins, utilisation de l'outil NPC, pour la charge de travail, utilisation du NAS qui se base sur une observation quotidienne et avec 23 items répartis en 7 catégories : monitoring et contrôle, assistance respiratoire, assistance cardiaque, assistance rénale, assistance métabolique, intervention spécifique dans et hors de l'unité. Le score donne information sur l'estimation du temps que passent les infirmiers auprès des patients durant leur journée de travail. Un questionnaire NAS était rempli par infirmier et pour chaque patient suivi</p>
--	--

par jour. Ils ont été entraînés à l'utilisation de cet outil avant. Ils ont estimé qu'un NAS supérieur ou égal à 51% par patient par jour représente une charge de travail excessive. Prise en compte aussi des procédures invasives durant l'hospitalisation, observations des fautes de communication parmi les professionnels (incompréhensions des prescriptions, informations erronées, querelles impliquant les soignants avec ou sans les patients, utilisation de produits sanguins et fréquence du surrelèvement du dossier du lit à plus de 30°.

Avec toutes ces données, ils ont ensuite évalué la survenue des infections nosocomiales et prise en compte des infections apparues dans les 48 heures après la sortie.

- Dans le plan d'échantillonnage, l'auteur a-t-il envisagé des moyens d'accroître la représentativité de l'échantillon ? La méthode d'échantillonnage utilisée a-t-elle permis d'ajouter des renseignements significatifs et d'atteindre les objectifs visés ? Est-elle justifiée sur la base statistique ou par une saturation des données ?

D'autres considérations telles que la gravité de l'état des patients, l'âge, le sexe, l'origine, des scores tels que SAPS et SOFA, antécédents, comorbidités, l'utilisation ou non pendant l'hospitalisation, de procédures invasives, les erreurs lors des transmissions infirmières ; périodes d'hypoglycémie, phlébites, chutes ; également prises en compte les infections contractées 48h après la sortie de l'hôpital. Ces considérations supplémentaires ont permis de donner plus de précisions aux résultats.

	<ul style="list-style-type: none"> • Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle justifiée sur une base statistique ? <p><i>Sur un hôpital constitué de 7 institutions, l'étude a tout de même pris en compte 4 d'entre elles. Un hôpital affiliée à l'université de São Paulo qui est tout de même une ville de 11 millions d'habitants.</i></p>
Considérations éthiques	<ul style="list-style-type: none"> • Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ? <p><i>Le comité d'examen de l'hôpital a approuvé l'étude alors on s'imagine qu'éthiquement il devait être correct.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ? <p><i>S'agissant d'une étude visant à faire un constat sur l'état d'une problématique ou d'un questionnaire, les erreurs observées durant cette dernière n'ont pas été signalées aux équipes et en ce sens, l'étude n'a pas minimisé les risques pour les patients mais il le fallait pour que les résultats soient le plus fiables possible et servent ensuite à l'amélioration des conditions des soignants comme des patients.</i></p>
Devis de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ? la méthode de recherche choisie est-elle conciliable avec les outils de collecte des données proposés ? <p><i>L'étude fournit un résultat et l'article donne un impact factor assez élevé alors on s'imagine que le résultat servira au domaine visé. Il s'agit d'une recherche quantitative mais avec quelques notions de subjectivité. C'est un devis de type quantitatif.</i></p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ? • Le choix du devis permet-il de respecter les critères scientifiques ? (Véracité-applicabilité-consistance-Neutralité) <p><i>Oui puisqu'il s'agit ici de connaître le nombre de patients ayant été atteints d'une infection nosocomiale en fonction de la charge de travail des infirmiers.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • La méthode de recherche proposée est-elle appropriée à l'étude du problème posé ? <p><i>Oui c'est le cas</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Y a-t-il suffisamment de temps passé sur le terrain et auprès des participants ? <p><i>Il s'agit d'une étude menée sur une période de 3 mois.</i></p>
Modes de collectes de données	<ul style="list-style-type: none"> • Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ? <p><i>Oui une base de données a été créée pour la collecte et l'analyse des données recueillies (Microsoft Excel 2007) ; ANOVA pour la comparaison des variables, Chi-square test.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Les questions de recherche ont-elles été bien posées ou les observations du phénomène, bien ciblées ? Ont-elles été rigoureusement consignées par la suite ? <p><i>Oui c'est la première étude de ce genre à cibler la charge de travail comme cause des infections nosocomiales.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • L'auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ? <p><i>Utilisation d'instruments existant déjà mais</i></p>

	<p><i>également une méthode d'analyse à variables multiples a été développée pour évaluer les facteurs potentiels associés à la survenue des infections.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • La procédure expérimentale est-elle cohérente avec les outils mesurés ?
Conduite de la recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Le processus de collecte des données/enregistrement est-il décrit clairement ? <i>Oui cela est défini dans la partie méthode.</i> • Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ? <i>Oui les données ont été recueillies par du personnel compétent ou formé pour les besoins de l'étude.</i> • Si l'étude comporte une intervention (variable indépendante), celle-ci est-elle clairement décrite et appliquée de façon constante? <i>Il ne s'agit pas d'une étude interventionniste mais transversale.</i>
Analyse des données	<ul style="list-style-type: none"> • Les méthodes d'analyse sont-elles décrites ? <i>Oui clairement.</i> • Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ? <i>Prise en compte de variables telles que les facteurs associés à la survenue des infections.</i> • Le résumé des résultats est-il compréhensible et met-il en évidence les extraits rapportés ?

	<p><i>Oui. Comparaisons entre les patients ayant développé des infections et les autres.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Les thèmes font-ils ressortir adéquatement la signification des données ? <p><i>Oui c'est le cas : patients ayant développé des infections nosocomiales et ceux qui n'en ont pas développé, facteurs de risque.</i></p>
RESULTATS	
Présentation des résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures, graphiques ou modèles ? <p><i>Les résultats sont présentés avec des tableaux et des figures.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Les thèmes ou les modèles sont-ils logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène ? <p><i>Oui tel est le cas.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif ? <p><i>Oui, Sur un total de 195 patients inclus dans l'étude, 22% ont contracté une infection nosocomiale :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - 16 personnes avec une pneumonie - 12 personnes avec une infection urinaire - 8 personnes avec infections sanguine - 2 personnes avec une infection du site opératoire - 2 personnes avec une infection respiratoire - 3 personnes avec respectivement une infection abdominale, du tissu mou et vasculaire <p><i>La majorité des patients ayant contracté une infection souffrait déjà d'une comorbidité ou avait un antécédent quelconque; pour la plupart non-compliants aux traitements et avec un état assez</i></p>

	<p><i>grave à la base.</i></p> <p><i>En plus d'autres facteurs de risque tels que la non-compliance aux TTT et les procédures invasives, la charge de travail excessive est le facteur de risque le plus important dans la survenue des infections nosocomiales parmi les patients soumis à l'étude.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • L'auteur a-t-il fait évaluer les données par les participants ou par des experts ? <p><i>Non, pas d'évaluation par d'autres experts ni pas les participants.</i></p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou hypothèses ? <p><i>Oui, les résultats sont repris un à un et discutés. Dans cette étude prospective ils ont observé que la charge de travail infirmière excessive est un risque très important dans la survenue des infections nosocomiales même s'il existe d'autres facteurs. Les erreurs médicales sont la cause de 44000 à 98000 décès par année aux USA. Cela est due à la charge de travail mais aussi à la fragmentation du travail, manque de supervision, erreurs de communication, dotation insuffisante en personnel soignants.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet ? Sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures? <p><i>Oui des études avaient associé les infections nosocomiales à l'absentéisme ou à l'épuisement mais c'est la première étude à considérer les infections nosocomiales en lien avec la charge de travail. Les études antérieures relative aux</i></p>

	<p><i>facteurs de risque des infections nosocomiales ont été discutées. Celle-ci se concentre aussi sur la sécurité des patients.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses ? <i>Oui et en lien avec la question de départ</i> • Les limites de l'étude ont-elles été définies ? <p><i>Il existe toujours des notions subjectives telles que les prédispositions qui ne peuvent pas toujours être évaluées. Cela a concerné surtout les unités de médecine et en ce sens, on ne peut pas généraliser à tous les domaines. De plus la charge de travail des médecins n'a pas été évaluée.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ? <p><i>Oui. La charge de travail excessive est le facteur de risque le plus important pour les infections nosocomiales quand elle est évaluée avec les procédures invasives.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Soulève-t-on la question du caractère transférable des conclusions ? <p><i>Oui les résultats vont servir au domaine des soins. De plus la discussion reste ouverte car ils ont aussi découvert que les sujets ayant contracté une infection nosocomiale ont plus de risque de décès durant leur hospitalisation.</i></p>
Conséquences et recommandations	<ul style="list-style-type: none"> • Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ? L'auteur a-t-il précisé les conséquences des résultats ? <p><i>La charge de travail excessive a des répercussions sur la qualité des soins prodigués (erreurs médicales, erreurs de transmissions),</i></p>

	<p><i>l'étude peut servir à améliorer les choses.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • L'auteur fait-il des recommandations/applications pour la pratique et les recherches futures ? <p><i>L'auteur pense que d'autres variables leur ont sûrement échappé lors de cette étude et ces dernières seront à prendre également en compte pour d'autres études éventuelles. Et aussi que les personnes atteintes d'infections nosocomiales sont plus à risque de mourir et il faudrait investiguer cela dans des études futures.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions ? <p><i>Oui, la méthode est bien fournie et bon nombre de variables ont été analysées.</i></p>
--	--

Daud-Gallotti, M. R., Costa F. S., Guimara T., GrilloPadilha K., Inoue N. E., Vasconcelos N. T., ... Levin A. (2012). Nursing Workload as a Risk Factor for Healthcare Associated Infections in ICU: A Prospective Study. *PLOS ONE*, 7(12), 1 – 6. (Trad. libre)

Grille de Fortin 13 : Bacterial colonization due to increased nurse workload in an intensive care unit

Titre	<ul style="list-style-type: none"> Le titre précise t'il clairement les concepts clés et la population a l'étude ? <p><i>La colonisation bactérienne due à une augmentation de la charge de travail infirmière dans une unité de soins intensifs.</i></p>
Résumé	<ul style="list-style-type: none"> Le résumé synthétise clairement le résumé de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ? <p><i>Le résumé de cet article présente les différents paragraphes : l'introduction/problème, la méthode, les résultats et la discussion/conclusion. Problème : le taux de colonisation de bactéries multi résistantes dans les unités de soins intensifs est très élevé. Le but de cette étude est de déterminer s'il y a une association entre le risque de développer une infection nosocomiale et l'augmentation de la charge de travail quotidienne des infirmières. Méthode : 168 patients ont été inclus dans cette étude. L'intensité de la charge de travail et les procédures appliquées aux patients ont été relevées grâce aux « Projet de Recherche en Nursing » et « Omega score ». Alors que les critères utilisés pour les infections nosocomiales ont été définies par les « Centers for Disease Control ». Résultat : Sur les 168 patients, 54.2% était des femmes et 45.8% des hommes, leur âge moyen était de 64.9 +/- 6.2 ans et 63.1 +/- 11.9 ans. Les mises en cultures de 39 patients ont présenté des bactéries multi résistantes. Le développement de bactéries multi résistantes a été corrélé avec la durée d'hospitalisation, l'Omega 1, l'Omega 2, l'Omega 3, l'Omega total, le PRN quotidien et le PRN total. Au contraire, le développement de ces bactéries n'a pas été corrélé avec le sexe, l'âge et le score APACH-II. Conclusion :</i></p>

	<p><i>Le risque de développer des infections nosocomiales dans les unités de soins intensifs est directement lié à l'augmentation de la charge de travail infirmière, les interventions appliquées et la longueur du séjour. La charge de travail, la dotation infirmière et d'autres conditions de travail doivent être respectées pour contrôler les infections nosocomiales. Le développement de l'infection nosocomiale a jeté un lourd fardeau sur l'économie de nombreux pays.</i></p>
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Le problème/phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit ? Que s'agit-il d'étudier ? <p><i>Le but de cette étude est de déterminer la possible association entre le risque de développer des infections nosocomiales et l'augmentation de la charge de travail quotidienne des infirmières en raison de l'insuffisance d'effectifs en soins intensif ; et de déterminer les facteurs de risque dans le développement de bactéries multi résistantes chez les patients colonisés et non-colonisés en utilisant les échelles Omega et le Projet de Recherche en Nursing (PRN).</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Le problème/phénomène est-il pertinent /approprié dans le contexte des connaissances actuelles ? <p><i>Les infections nosocomiales sont couramment observées dans les unités de soins intensifs. L'impact des effets des infections nosocomiales sur la charge de travail infirmière est difficile à évaluer, car la relation entre ces deux paramètres est complexe. En effet, le manque de personnel et la charge de travail infirmière élevée peuvent être considérés comme des facteurs de risque pour les infections nosocomiales ou comme un effet de celles-ci.</i></p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Le problème/phénomène a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ? Les postulats sous-jacents à l'étude sont-ils précisés ? <p><i>Des protocoles pour éviter et contrôler la propagation des infections nosocomiales ont été publiées. Les effets indésirables des bactéries multi résistantes sont bien documentés ; le taux de mortalité et de comorbidité, la durée de séjour augmente, ainsi que les coûts hospitaliers. La charge de travail excessive peut contribuer aux épidémies récurrentes des infections nosocomiales et le niveau élevé d'interventions thérapeutiques auprès d'un patient peut être un facteur de risque pour ces infections. Les infections nosocomiales peuvent augmenter la gravité de la maladie chez les patients et par conséquent augmenter le nombre d'interventions thérapeutiques, ce qui s'ajoute à la charge de travail des infirmières.</i></p>
Recension des écrits	<ul style="list-style-type: none"> • Une recension a-t-elle été entreprise ? • La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ? • La recension des écrits vous semble-t-elle présenter une base solide pour l'étude ? L'auteur présente-il l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème à l'étude ? • La recension présente t'elle des sources primaires ? <p><i>Ici, la recension des écrits n'est pas présente dans l'introduction, mais dans la discussion.</i></p> <p><i>Dans la littérature, il y a peu d'études sur la relation entre la charge de travail infirmière et le développement des infections nosocomiales. Haley est l'un des premiers à souligner le fait que la surcharge de travail infirmière entraîne des retards dans les soins aux patients qui se traduisent par un</i></p>

	<p><i>développement des infections nosocomiales. Il avait déterminé que les épidémies à staphylocoque chez les nourrissons en unités de soins intensifs sont liées à l'insuffisance de personnel soignant. Dans une autre étude Taunton et al. ont corrélé les infections urinaires et les septicémies dans une salle d'urgence et en soins intensifs à une augmentation de la charge de travail en raison de l'absentéisme « non-excuse » des infirmières.</i></p> <p><i>Girou et al. (1998) détermine une relation entre le développement des infections nosocomiales avec la durée d'hospitalisation et l'activité infirmière.</i></p>
Cadre de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Les concepts clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ? Est-il justifié et décrit de façon adéquate ? • Est-ce que les concepts clés s'inscrivent-ils dans un cadre de référence ? Est-il lié au but de l'étude ? Les bases philosophiques et théoriques ainsi que la méthode sous-jacente sont-elles explicitées et appropriées à l'étude ?
Buts et question de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ? <p><i>Le but de cette étude est de déterminer la possible association entre le risque de développer des infections nosocomiales et l'augmentation de la charge de travail quotidienne des infirmières en raison de l'insuffisance d'effectifs en soins intensifs ; et de déterminer les facteurs de risque dans le développement de bactéries multi résistantes chez les patients colonisés et non-colonisés en utilisant les échelles Omega et le Project de Recherche en Nursing system (PRN).</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont-elles clairement énoncées ? • Les questions de recherche ou les hypothèses reflètent-elles le contenu de la recension des

	<p>écrits et découlent-elles logiquement du but ? Traitent-elles de l'expérience des participants, des croyances, des valeurs ou des perceptions ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les variables reflètent-elles les concepts précisés dans le cadre de recherche ? <p><i>Les bactéries multi résistantes sont définies comme des micro-organismes qui sont principalement des bactéries, qui sont résistantes à une ou plusieurs classes d'agents antimicrobiens.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Les questions s'appuient-elles sur des bases philosophiques, sur la méthode de recherche sous-jacente ou sur le cadre conceptuel ou théorique ?
MÉTHODE	
<p>Population et échantillon</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La population visée est-elle définie de façon précise ? L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ? la méthode utilisée pour accéder au site ou recruter les participants est-elle appropriée ? <p><i>Une étude rétrospective a été menée dans une unité de soins intensifs au Diyarbakir Memorial Hospital au Diyarbakir (en Turquie). Les patients ont été séparés en 2 groupes, d'une part ceux ne présentant aucune infection et d'autre part ceux présentant une infection nosocomiale à l'admission ou pendant le séjour en soins intensifs. Les critères utilisés pour les infections ont été définis par les « Center for Disease Control ». L'échantillon est constitué de 168 patients, 54.2% était des femmes et 45.8% des hommes, leur âge moyen était respectivement de 64.9 +/- 6.2 ans et 63.1 +/- 11.9 ans.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Dans le plan d'échantillonnage, l'auteur a-t-il envisagé des moyens d'accroître la représentativité de l'échantillon ? La méthode d'échantillonnage utilisée a-t-elle permis

	<p>s'ajouter des renseignements significatifs et d'atteindre les objectifs visés ? Est-elle justifiée sur la base statistique ou par une saturation des données ?</p> <p><i>Pour chaque patient, les données suivantes ont été enregistrées : données sociodémographiques, le diagnostic primaire, la date d'admission et celle de sortie de l'unité des soins intensifs ainsi que la gravité de la maladie basée sur l'APACHE-II calculé au cours des 24 premières heures de séjour au soins intensifs.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle justifiée sur une base statistique ? <p><i>Tous les patients ayant été admis dans les unités durant les 6 mois d'étude, c'est-à-dire 168 patients.</i></p>
Considérations éthiques	<ul style="list-style-type: none"> • Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ? • L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ? <p><i>Le protocole de cette étude a été approuvé le 14.07.2013 par le comité éthique de l'université de Bozok.</i></p>
Devis de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ? la méthode de recherche choisie est-elle conciliable avec les outils de collecte des données proposées ? <p><i>C'est une recherche quantitative utilisant différentes échelles (Omega, PRN9 afin de déterminer s'il y a une association entre le taux de la charge de travail et les infections nosocomiales. De plus, les patients ont été répartis en deux groupes (« infecté = positif » et « non-infecté = négatif »), afin de faire une comparaison.</i></p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ? • Le choix du devis permet-il de respecter les critères scientifiques ?(Véracité-applicabilité-consistance-Neutralité) • La méthode de recherche proposée est-elle appropriée à l'étude du problème posé ? • Y a-t-il suffisamment de temps passé sur le terrain et auprès des participants ? <p><i>L'étude a eu lieu entre le 1^{er} octobre 2012 et le 31 mars 2013. Les infections nosocomiales ont été suivies par une équipe de contrôle des infections nosocomiales. Des cultures et dépistages périodiques ont été effectuées sur tous les patients lors de leur admission en soins intensifs et de manière hebdomadaire par la suite. Par conséquent, il est peut probable que des épisodes de bactéries multi résistantes et d'infections nosocomiales ont été manquées.</i></p>
Modes de collectes de données	<ul style="list-style-type: none"> • Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ? <p><i>L'APACHE-II permet de mesurer la gravité de la maladie de chaque patient au cours des 24 premières heures. L'échelle Omega et le système PRN permettent de mesurer l'activité thérapeutique des infirmières. L'échelle Omega est constituée de 45 items allant d'un score de 1 à 10, divisés en 3 catégories ; 1) les tâches enregistrées seulement la première fois qu'elles sont effectuées, 2) les tâches enregistrées à chaque fois qu'elles sont réalisées, 3) les tâches enregistrées chaque jour qu'elles sont effectuées. Une échelle simplifiée a été utilisée pour l'évaluation de la charge de travail, elle inclut 8 catégories couvrant toutes les procédures infirmières, c'est-à-dire les habiletés techniques, relationnelles et les soins de base. Dans chaque</i></p>

	<p><i>catégorie, les tâches infirmières sont soigneusement individualisées, décrites et pondérées. Le temps nécessaire pour effectuer chaque tâche à juste titre a été déterminé par le Delphi consensus.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Les questions de recherche ont-elles été bien posées ou les observations du phénomène, bien ciblées ? Ont-elles été rigoureusement consignées par la suite ? • L'auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ? <p><i>Aucun outil n'a été créé pour cette étude.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • La procédure expérimentale est-elle cohérente avec les outils mesurés ?
Conduite de la recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Le processus de collecte des données/enregistrement est-il décrit clairement ? <p><i>Des mises en cultures et des dépistages périodiques ont été effectués sur tous les patients lors de leur admission en soins intensifs et de manière hebdomadaire par la suite. Par conséquent, il est peu probable que des épisodes de bactéries multi résistantes et d'infections nosocomiales ont été manquées.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ? • Si l'étude comporte une intervention (variable indépendante), celle-ci est-elle clairement décrite et appliquée de façon constante ?
Analyse des données	<ul style="list-style-type: none"> • Les méthodes d'analyse sont-elles décrites ? • Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ? • Le résumé des résultats est-il compréhensible

	<p>et met-il en évidence les extraits rapportés ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les thèmes font-ils ressortir adéquatement la signification des données ? <p><i>La gestion et l'analyse des données ont été effectuées en utilisant le SPSS logiciel 11.5. Les résultats ont été exprimés en moyenne +/- écart-type. Les variables continues des 2 groupes ont été comparées grâce au Student's t test. Pour les données qui ne sont pas normalement distribuées, le test non paramétrique « Mann-Whitney » a été utilisé. Les valeurs p inférieure à 0.05 ont été considérées comme significatives.</i></p>
RESULTATS	
Présentation des résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures, graphiques ou modèles ? <p><i>L'article présente 4 tableaux ;</i></p> <p><i>1) Le score Omega divisé en trois catégories,</i></p> <p><i>2) Le PRN simplifié pour les patients de l'unité des soins intensifs,</i></p> <p><i>3) Diagnostics premiers de la population étudiée,</i></p> <p><i>et 4) La comparaison entre les groupes MRB (-) et MRB (+).</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Les thèmes ou les modèles sont-ils logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène ? • Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif ? <p><i>Le temps moyen de la durée d'hospitalisation était de 22.3 +/- 10.8 jours pour les patients MRB (+) et de 14.2 +/- 7.1 jours pour les patients MRB (-). Le score Omega était plus élevé chez les patients MRB (+), 21 +/- 9.1 alors que pour le groupe MRB (-) on retrouve un score de 10.3 +/- 2.1. Le score PRN pour les patients MRB (+) et MRB (-) était respectivement de 1519 +/- 103 et 719 +/- 52.</i></p>

	<p><i>Le développement d'infections nosocomiales a été corrélé avec la durée d'hospitalisation, les scores Omega 2 et 3, et PRN. Par contre, il n'existe aucune corrélation entre les infections nosocomiales et le sexe, l'âge, le score APACHE-II, et l'Omega 1. La charge de travail était considérablement plus élevée pour les patients MRB (+) que pour les patients MRB (-).</i></p> <p><i>L'analyse fonctionnelle a révélée que la quantité de temps nécessaire chaque jour pour effectuer des soins aux patients MRB (-) était de 88 min/jours par patient. La plupart du temps a été consacrée à des précautions d'isolement et des bains antiseptiques.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • L'auteur a-t-il fait évaluer les données par les participants ou par des experts ?
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou hypothèses ? <p><i>Les résultats nous montrent que les infections nosocomiales ou les infections bactériennes multi résistantes accroissent la morbidité, les mortalités ainsi que la durée d'hospitalisation et les coûts hospitaliers. En effet, le manque de personnel et l'augmentation de la charge de travail des infirmières sont des facteurs de risque qui induisent ces types d'infections. Une dotation infirmière appropriée en soins intensifs, réduirait le développement de ces infections et les coûts à long terme.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet ? Sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures? <p><i>Dans une étude qui a été réalisée sur 177 patients au cours d'une période de 8 mois, les interventions infirmières appliquées à ces patients ont été évaluées avec Omega 1, 2 et 3. La relation entre les MRB (+),</i></p>

	<p><i>le développement des infections nosocomiales et les Omega 2 et 3 et les scores totaux d'Omega était statistiquement significative. Dans la présente étude, Oméga a été également utilisé pour évaluer le traitement et les interventions appliquées aux patients. Ils ont découvert qu'il y a une corrélation statistiquement significative entre le développement des infections nosocomiales et les scores Omega 2, 3 et total. Les soins prodigués aux patients sont un facteur de risque pour le développement des infections nosocomiales. Le système PRN est une activité effective dans l'évaluation de la charge de travail infirmière. Dans son étude, Pittet (1996) a démontré que durant les périodes où la charge de travail augmente ou lorsqu'il y a un manque de personnel infirmier, la fréquence des infections nosocomiales augmente. Il existe de nombreux systèmes pour l'évaluation de la charge de travail du personnel de santé. Dans la présente étude, le système PRN a été utilisé. Le temps de soins maximal pour chaque patient dans des circonstances optimales a été suggéré à 745 minutes. Dans cette étude, il y avait une corrélation directe entre le PRN totale et quotidien et le développement des infections nosocomiales. En effet, si la charge de travail augmente, le temps à disposition pour chaque patient diminue.</i></p> <p><i>Dans une autre étude en Angleterre, il a été démontré que la qualité des soins a été augmentée avec des niveaux de dotation adaptés et une baisse de la charge de travail infirmière, permettant ainsi un meilleur contrôle des infections nosocomiales.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses ? <p><i>En conclusion, le risque de développer des infections nosocomiales dans les unités de soins intensifs est directement corrélé à une augmentation de la charge de travail infirmière, les interventions infirmières et la</i></p>
--	--

	<p><i>durée d'hospitalisation. Pour contrôler le développement des infections nosocomiales en soins intensifs, la charge de travail infirmière, le taux de dotation en personnel soignant et les conditions de travail doivent être adaptés.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Les limites de l'étude ont-elles été définies ? • Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ? • Soulève-t-on la question du caractère transférable des conclusions ?
Conséquences et recommandations	<ul style="list-style-type: none"> • Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ? L'auteur a-t-il précisé les conséquences des résultats ? • L'auteur fait-il des recommandations/applications pour la pratique et les recherches futures ? • Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions ? <p><i>Le développement des infections nosocomiales est un lourd fardeau pour l'économie du pays. Contrairement à ce qu'on pourrait croire, les principaux facteurs qui augmentent les coûts du système de santé sont les infections nosocomiales et l'augmentation des durées d'hospitalisation plutôt que les salaires du personnel.</i></p>

Aycan, I. O., Celen, M. K., Yilmaz, A., Almaz, M. S., Dal, T., Celik, Y., & Bolat, E. (2014). Bacterial colonization due to increased nurse workload in an intensive care unit. *Revista Brasileira de anestesiologia*, 65 (3), 180 – 185.
(Trad. libre)

Grille de Fortin 14 : Patient Mortality is associated with staff resources and workload in the ICU : A Multicenter Observational Study

<p>Titre</p>	<ul style="list-style-type: none"> Le titre précise t'il clairement les concepts clés et la population a l'étude ? <p><i>La mortalité des patients est associée à la dotation en personnel et la charge de travail dans une unité de soins intensifs : Une étude observationnelle multicentrique. Ici, on retrouve les concepts clés qui sont la dotation en personnel infirmier et médical ainsi que la charge de travail. Pour ce qui est de la population, on retrouve les patients hospitalisés en soins intensifs et le personnel soignant (infirmiers et médecins).</i></p>
<p>Résumé</p>	<ul style="list-style-type: none"> Le résumé synthétise clairement le résumé de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ? <p><i>Dans ce résumé, on retrouve l'objectif de l'étude, le cadre, la méthode, les principaux résultats et la conclusion. L'objectif est d'évaluer l'impact du ratio soignants/patients et de la charge de travail sur le taux de mortalité dans 8 unités de soins intensifs (USI) de 4 hôpitaux universitaires en France. La méthode et les principaux résultats : ils ont mesuré le rapport en dotation soignants/patients en fonction de différentes « tranches horaires » en combinaison avec la charge de travail pour identifier leur impact sur le taux de mortalité dans les USI. L'étude présente un échantillon de 5'718 patients hospitalisés à l'exclusion des patients qui ont pris la décision de renoncer aux thérapies de maintien en vie. Ils ont quantifié le risque de mortalité dans les USI en utilisant une « multilevel Poisson regression » en l'ajustant au roulement des patients, la gravité et le niveau de dotation en personnel. Les résultats</i></p>

	<p><i>ont montré que le risque de décès augmente de 3.5% lorsque le rapport patients/infirmières est supérieur à 2.5 ; et il augmente de 2.0 si le rapport patients/médecins dépasse les 14. Les ratios les plus élevés sont retrouvés fréquemment le weekend pour les infirmières et la nuit pour les médecins. Le taux élevé de roulement de patients et le nombre élevé de procédures vitales effectuées par le personnel soignant sont également associés à l'augmentation de la mortalité. Conclusion : cette étude propose des preuves concernant le ratio patients/soignant à partir duquel la sécurité du patient est mise en danger dans les USI.</i></p>
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Le problème/phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit ? Que s'agit-il d'étudier ? • Le problème/phénomène est-il pertinent /approprié dans le contexte des connaissances actuelles ? <p><i>La dotation du personnel soignant correspond aux besoins des patients et est un facteur clé pour le maintien de la sécurité des soins en USI. Les ratios adéquats de patients/infirmières (P / N) et patients/médecins (P / P) peuvent être associés à des taux de survie plus élevés et un moindre risque d'échec de secours. Cependant, les ratios optimaux ne sont pas tout à fait établis.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Le problème/phénomène a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ? Les postulats sous-jacents à l'étude sont-ils précisés ? <p><i>Bien que des seuils arbitraires de ratio patients/soignants aient été fixés, ces recommandations sont basées sur les opinions</i></p>

	<i>d'experts plutôt que sur des preuves scientifiques.</i>
Recension des écrits	<ul style="list-style-type: none"> • Une recension a-t-elle été entreprise ? <i>Bien qu'il soit communément admis que la mortalité des patients est influencée par le nombre de soignants qui les prennent en charge, il y a un manque de preuves pour appuyer cette hypothèse.</i> • La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ? • La recension des écrits vous semble-t-elle présenter une base solide pour l'étude ? L'auteur présente-il l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème à l'étude ? <i>Plusieurs études évaluant l'influence de la dotation en personnel infirmier sur la mortalité ont donné lieu à des résultats contradictoires. Certains travaux ont trouvé une association significative entre la mortalité et le rapport patients/infirmiers alors que d'autres ne l'ont pas relevé. Même s'il est communément admis que le niveau de dotation médecins/patients affecte la mortalité, aucun rapport objectif P /M n'a été élaboré à ce jour.</i> • La recension présente-t-elle des sources primaires ? <i>Griffiths P, Jones S, Bottle A. West E, Barron DN, Harrison D, et al. Bray K, Wren I, Baldwin A, et al. Ward NS, Afessa B, Kleinpell R, et al. Tarnow-Mordi WO, Hau C, Warden A, et al. Dimick JB, Swoboda SM, Pronovost PJ, et al. Metnitz PG, Reiter A, Jordan B, et al. Person SD, Allison JJ, Kiefe CI, et al. Tourangeau AE, Doran DM, McGillis Hall L, et al.</i>

	<i>Stone PW, Mooney-Kane C, Larson EL, et al.</i>
Cadre de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Les concepts clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ? Est-il justifié et décrit de façon adéquate ? <i>Les concepts clés de cette étude sont la dotation en personnel soignant (ratio P/I et P/M), ainsi que la charge de travail et le taux de mortalité dans les USI.</i> • Est-ce que les concepts clés s'inscrivent-ils dans un cadre de référence ? Est-il lié au but de l'étude ? Les bases philosophiques et théoriques ainsi que la méthode sous-jacente sont-elles explicitées et appropriées à l'étude ?
Buts et question de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ? <i>Le but de cette étude est d'évaluer l'impact du ratio soignants/patients et de la charge de travail sur le taux de mortalité dans 8 unités de soins intensifs (USI) de 4 hôpitaux universitaires de Lyon (France).</i> • Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont-elles clairement énoncées ? • Les questions de recherche ou les hypothèses reflètent-elles le contenu de la recension des écrits et découlent-elles logiquement du but ? Traitent-elles de l'expérience des participants, des croyances, des valeurs ou des perceptions ? • Les variables reflètent-elles les concepts précisés dans le cadre de recherche ? <i>Pour cette étude, ils ont mesuré le rapport en</i>

	<p><i>dotation soignants/patients en fonction de différentes « tranches horaires » en combinaison avec la charge de travail afin d'établir leurs relations avec le taux de mortalité dans les USI au fil du temps.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Les questions s'appuient-elles sur des bases philosophiques, sur la méthode de recherche sous-jacente ou sur le cadre conceptuel ou théorique ? <p><i>En principe, pour garantir des résultats cohérents des patients, la dotation en personnel devrait refléter en permanence la charge de travail en soins intensifs à laquelle les équipes de soins sont confrontées. En plus des niveaux de dotation en personnel, l'état de gravité des patients et le nombre des procédures de survie des patients ont été réalisés ; la charge de travail est traditionnellement basée sur le roulement des patients.</i></p>
METHODE	
<p>Population échantillon</p>	<p>et</p> <ul style="list-style-type: none"> • La population visée est-elle définie de façon précise ? L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ? la méthode utilisée pour accéder au site ou recruter les participants est-elle appropriée ? <p><i>Cette étude a eu lieu dans 8 USI de 4 hôpitaux universitaires de Lyon (France). Sur ces 8 unités, 2 sont plutôt axées médecine, 4 sont plutôt orientées chirurgie et 2 sont des unités de soins intensifs médico-chirurgicales.</i></p> <p><i>Trois grandes bases de données utilisées pour les tâches de routine ont été fusionnées pour établir précisément où et quand les soignants ont travaillé et où et quand les patients ont été traités : 1) données de réclamations utilisées pour les facturations des patients hospitalisés, 2) la planification de jour en jour, et d'heures en</i></p>

	<p><i>heures pour le personnel infirmier et médical et 3) la base de données des ressources humaines contenant des informations sur les qualifications et les affiliations des membres du personnel. En plus, ils ont examiné les dossiers médicaux de chaque patient décédé au cours du séjour en USI ; où il n'y avait aucune précision concernant la décision de renoncer aux thérapies de maintien en vie.</i></p> <p><i>L'échantillon était de 5'718 patients, ce qui correspond à tout les patients qui ont été admis dans les USI en question durant la période de l'étude. Dans cette étude, ils ont extrait la présence de soignants au travail sur une base horaire pour chaque employé de l'unité en soins intensifs (c'est-à-dire : infirmières et les médecins) et pour chaque jour durant la période de l'étude. Principalement, le travail a été organisé sur une base de 12 heures, mais au cours de la journée, le personnel supplémentaire avec différentes heures de travail pourrait être présent. Pour minimiser les variations d'effectifs observés au cours de chaque période, le décalage a été choisi comme unité temporelle pour l'analyse. Le temps de travail a été divisé en quatre délais : 7h00 à 12h59, 13h00 à 18h59, 19h00 à 00h59 et 1h00 à 6h59.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Dans le plan d'échantillonnage, l'auteur a-t-il envisagé des moyens d'accroître la représentativité de l'échantillon ? La méthode d'échantillonnage utilisée a-t-elle permis s'ajouter des renseignements significatifs et d'atteindre les objectifs visés ? Est-elle justifiée sur la base statistique ou par une saturation des données ? • Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle justifiée sur une
--	---

	base statistique ?
Considérations éthiques	<ul style="list-style-type: none"> • Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ? • L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ? <p><i>L'étude était en accord avec la loi française, par conséquent elle a été exemptée de l'approbation par le comité d'éthique local.</i></p>
Devis de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ? la méthode de recherche choisie est-elle conciliable avec les outils de collecte des données proposées ? <p><i>Ici, il s'agit d'une étude longitudinale multicentrique. Avec un devis de recherche quantitatif utilisant différentes échelles de mesure permettant de mesurer les ratios patients/infirmières et patients/médecins en fonction de la charge de travail des soignants.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ? • Le choix du devis permet-il de respecter les critères scientifiques ? (Véracité-applicabilité-consistance-Neutralité) • La méthode de recherche proposée est-elle appropriée à l'étude du problème posé ? • Y a-t-il suffisamment de temps passé sur le terrain et auprès des participants ? <p><i>Oui. L'étude a été faite sur le terrain de janvier à décembre 2013.</i></p>
Modes de collectes de données	<ul style="list-style-type: none"> • Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ? <p><i>Le modèle multivarié final comprenait les variables</i></p>

	<p><i>suivantes: les ratios P/I et P/M, le roulement des patients, le nombre de procédures médicales pour le maintien en vie du patient, la proportion d'hommes, la proportion de cas chirurgicaux, le score SAPSII et le nombre de comorbidités.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Les questions de recherche ont-elles été bien posées ou les observations du phénomène, bien ciblées ? Ont-elles été rigoureusement consignées par la suite ? • L'auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ? • La procédure expérimentale est-elle cohérente avec les outils mesurés ? <p><i>Les renseignements relatifs de tous les patients, admis dans ces USI entre le 1er Janvier et le 31 Décembre 2013, ont été utilisés dans la présente analyse. On retrouve dans les résumés de décharge standard pour chaque hospitalisation, des informations obligatoires sur les patients (sexe, âge et résidence), le contexte d'admission (c'est-à-dire l'état d'urgence, la chirurgie ou les soins médicaux), le Simplified Acute Physiology Score (SAPS) II qui est mesuré au cours des 24 premières heures suite à l'admission dans l'USI, une sélection de procédures de survie médicale (LSP est par exemple, la ventilation mécanique, les médicaments vasopresseurs, la thérapie de remplacement rénal, et des membranes d'oxygénation extracorporelle), et 31 conditions coexistantes extraites de la liste de comorbidités Elixhauser.</i></p>
Conduite de la recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Le processus de collecte des données/enregistrement est-il décrit clairement ? <p><i>Un total de 11,666 « tranches horaires » dans les huit USI a été étudié sur 1 an (14 quarts avec des</i></p>

	<p><i>valeurs manquantes ne sont pas inclus dans l'analyse), y compris 415 tranches horaires au cours desquelles au moins un décès est survenu.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ? • Si l'étude comporte une intervention (variable indépendante), celle-ci est-elle clairement décrite et appliquée de façon constante?
Analyse des données	<ul style="list-style-type: none"> • Les méthodes d'analyse sont-elles décrites ? <p><i>Les 14 tranches horaires pour lesquelles les valeurs étaient manquantes concernant les dotations en personnel ne sont pas incluses dans les analyses. Les variables catégorielles sont présentées en utilisant des fréquences absolues et relatives et ont été comparées en utilisant le test du chi carré. Les variables continues sont présentées en utilisant la moyenne et un SD a été comparé à l'aide du test de Mann-Whitney U. Pour explorer les déterminants de la mortalité en soins intensifs et pour régler l'analyse du site, les auteurs ont effectué plusieurs niveaux de régression de Poisson tenant compte de l'effet de regroupement des patients dans les USI. La mort était le résultat d'intérêt dans ce modèle, alors que la dotation en personnel et la charge de travail étaient les principaux prédictors.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ? <p><i>Pour contrôler les variables de confusion potentiels, les caractéristiques des patients ont été sélectionnées a priori comme co-variables cliniquement importantes.</i></p>

	<ul style="list-style-type: none"> Le résumé des résultats est-il compréhensible et met-il en évidence les extraits rapportés ? <p><i>Les résultats sont présentés sous forme de risques relatifs ajustés avec leur correspondant à 95% CIs. Les variations possibles au fil du temps dans les plus hautes valeurs de P/I et les ratios P/M ainsi que le roulement des patients sont décrits en fonction des changements fonctionnels et des jours calendaires.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Les thèmes font-ils ressortir adéquatement la signification des données ? <p><i>Toutes les analyses ont été effectuées en utilisant R version 2.3 et la paquet lme4 (fonction glmer).</i></p>
RESULTATS	
Présentation des résultats	<ul style="list-style-type: none"> Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures, graphiques ou modèles ? <p><i>Cette étude présente les tableaux et les figures suivants :</i></p> <p><i>Tableau 1 : Caractéristiques des 8 unités de soins intensifs en lien avec l'échantillon de 5'718 patients hospitalisés durant cette année d'étude.</i></p> <p><i>Tableau 2 : Caractéristiques des changements (selon le ration P/I et P/M) sans aucun décès ou avec au moins un décès.</i></p> <p><i>Figure 1 : A – Ratio P/I ; B – Ratio P/M ; C – Roulement des patients.</i></p> <p><i>Figure 2 : Répartition plus élevée des patients pour les ratios médecin/infirmière par tranches horaires.</i></p> <p><i>Figure 3 : Répartition plus élevée des patients pour les ratios médecin/infirmière pendant les jours de weekend.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Les thèmes ou les modèles sont-ils

	<p>logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif ? <p><i>Le nombre moyen de patients par quart de travail variait de 8,3 à 22,2 selon la taille de l'USI fonctionnelle. Dans l'ensemble, 67% d'entre eux était des hommes, âgés de $60,6 \pm 6,3$ ans et le score SAPSII était de $50,5 \pm 10,6$ avec une moyenne de 2,2 par comorbidité. En ce qui concerne la charge de travail, il y avait 1,3 procédures médicales pour maintenir le patient en vie et un roulement moyen des patients de 6,9%. Le taux de mortalité global était de 14,9% (851/5718) et 7% (424/5718) des décès se sont produits sans la décision de renoncer aux thérapies de maintien en vie.</i></p> <p><i>La moyenne du rapport P/I est stable à travers les différentes tranches horaires de travail, avec une moyenne de 1,8 patients par infirmière. Au contraire, le rapport P/M variait considérablement entre jour et nuit, avec une moyenne de 3,6 patients par médecin pendant la journée contre 8,5 pendant la nuit. Le roulement qui varie en fonction de l'heure de la journée, est maximal entre 7h00 et 18h59, avec une moyenne de 9,9. Alors qu'il est plus bas pendant la nuit entre 19h00 et 6h59, avec une moyenne de 3,2.</i></p> <p><i>Le modèle entièrement ajusté, en tenant compte des deux niveaux de dotation en personnel et de la charge de travail, a montré que le risque de mortalité augmentait, proportionnellement à l'augmentation des valeurs pour les ratios P/M et P/I. En effet, le risque de mortalité a augmenté avec un facteur de 3,5 (1.3 – 9.1) lorsque le nombre de patients était supérieur à 2,5 par infirmière ; et par un facteur de 2,0 (1.3 – 3.2) lorsque le nombre de patients était supérieur à 14 par médecin. Le roulement des patients a soutenu</i></p>
--	--

	<p><i>un risque relatif de 5,9 (2 – 15) pour les décès en soins intensifs. Le score SAPSII et le nombre d'interventions pour maintenir le patient en vie ont été associés à une augmentation de la mortalité.</i></p> <p><i>Les valeurs les plus élevées du rapport P/M (> 14 patients par médecin) ont été représentées durant 3% des périodes temporelles et principalement durant la nuit. Les valeurs les plus élevées de P/I (> 2,5 patients par infirmière) ont été représentées dans 5% des tranches horaires.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • L'auteur a-t-il fait évaluer les données par les participants ou par des experts ?
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou hypothèses ? <p><i>Cette étude multicentrique propose des preuves, c'est-à-dire que 5 patients pour 2 infirmières et 14 patients pour 1 médecin engendre une augmentation de la mortalité dans les services de soins intensifs. En effet, ces tranches horaires avec des ressources en personnel insuffisantes par rapport aux besoins des patients, ont eu lieu la plupart du temps pendant les week-ends pour les infirmières et durant les nuits pour les médecins. De plus, le risque élevé de décès a été fortement influencé par les lourdes charges de travail causées par l'augmentation du roulement des patients et le grand nombre d'interventions afin de maintenir la personne en vie.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet ? Sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures? <p><i>Certains sous-paramètres de ces variables ont été</i></p>

pris en compte dans de précédentes études, mais la littérature est rare en ce qui concerne l'analyse par « tranches horaires » des deux mesures de dotation en personnel (infirmier et médical) et de la charge de travail dans un cadre multicentrique. En effet, les études sont traditionnellement basées sur des niveaux fixes de personnel (c'est-à-dire des ratios fixés à l'avance pour des périodes de quelques mois), au lieu de considérer les variations quotidiennes en personnel. En accord avec les lignes directrices de la Society of Critical Care Medicine pour des soins sécuritaires, les présents résultats montrent clairement un effet en ce qui concerne la taille du personnel médical par rapport au nombre de patients et de leurs besoins. De plus, les présents résultats confirment les observations antérieures, suggérant une éventuelle relation entre le taux de mortalité dans les USI et la dotation en personnel infirmier.

- L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses ?
- Les limites de l'étude ont-elles été définies ?

Une limitation de cette étude serait qu'aucun ajustement n'a été fait en ce qui concerne la spécialité des médecins en soins intensifs (c'est-à-dire réanimateur, anesthésiste, et mixte) cela peut avoir une influence sur les résultats des patients.

- Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ?
- Soulève-t-on la question du caractère transférable des conclusions ?

Malgré une taille limitée de l'échantillon, les auteurs pensent que les résultats peuvent probablement être généralisés aux autres hôpitaux universitaires français étant donné que

	<p><i>leur organisation ne varie pas beaucoup. De plus, leurs analyses n'ont montré aucune influence du nombre de patients par médecin quant à la mortalité des patients. Par conséquent, nous pouvons affirmer que nos résultats peuvent s'appliquer également aux hôpitaux non universitaires. Il serait intéressant de démontrer le même phénomène dans d'autres pays.</i></p>
<p>Conséquences et recommandations</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ? L'auteur a-t-il précisé les conséquences des résultats ? <p><i>Ces résultats appuient des recommandations pour adapter les ressources des soignants aux besoins des patients. L'observation d'une dotation insuffisante au-dessus des seuils maximaux a montré une augmentation du risque de mortalité. Une attention particulière devrait être portée sur des périodes identifiées comme critiques car étant à risque de rapports patients/soignants trop élevés (c'est-à-dire : le week-end pour les infirmières et la nuit pour les médecins). En outre, l'identification du nombre de roulement de patients comme un facteur de risque indépendant de la mortalité, devrait conduire à une gestion réfléchie de l'afflux des patients pendant une seule tranche horaire. Un tel suivi des ratios de patient/soignant permettait non seulement d'avoir des ressources suffisantes pour garantir la sécurité des patients en cas de besoin, mais aussi pour éviter le gaspillage en cas de sureffectifs temporaires. Par conséquent, les ressources d'équilibrage en continu entre la dotation et la charge de travail peuvent augmenter l'efficacité des soins dans les USI.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • L'auteur fait-il des recommandations/applications pour la

	<p>pratique et les recherches futures ?</p> <p><i>Représentant une image réelle de la charge de travail quotidienne dans les USI, cette étude soulève d'autres questions non résolues. Quelles sont les conditions exactes de la charge de travail excessive et le manque de personnel qui mènent à des décès évitables dans les unités de soins intensifs? Ici, les auteurs ont fourni des informations au niveau de l'unité pour chaque période de temps donnée. La prochaine étape serait d'introduire la liaison de données individuelles entre les patients et les soignants, permettant une analyse dynamique de leurs interactions. En effet, la charge de travail ne peut pas être répartie uniformément dans le temps entre les différents membres de l'équipe. Par exemple, 2 patients assignés à la même soignante peuvent avoir besoin de soins d'urgence, considérant que les autres soignants pourraient simultanément faire l'expérience d'une charge de travail plus faible.</i></p> <p><i>En outre, quels sont les déterminants de la performance de l'équipe clinique, et comment pouvons-nous faire des équipes efficaces? Quantifier les ratios patients/soignants en temps réel fournit une vue d'ensemble du niveau de dotation approprié.</i></p> <p><i>Une évaluation plus précise de la capacité d'une équipe à gérer correctement les situations difficiles représente l'étape suivante. En effet, une analyse des caractéristiques individuelles et les interactions entre les membres de l'équipe devrait être considérée car la composition de l'équipe et la familiarité peuvent influencer la capacité de résistance aux variations de la charge de travail intense. Ainsi, les équipes de haute performance permettraient de maintenir des niveaux élevés de qualité lorsqu'ils sont exposés à des situations stressantes, et l'esprit d'équipe peut dépasser la</i></p>
--	--

	<p><i>somme des talents individuels. L'expérience du personnel, ou le nombre de tranches horaires impliquant les mêmes collègues, peut refléter l'expertise et la façon dont les gens communiquent entre eux par l'acquisition de compétences qui permettent des réponses rapides qui peuvent garantir la sécurité des patients. De même, la sécurité dans l'équipe peut jouer un rôle pour la sécurité des patients. La formation de l'équipe pourrait être utile pour améliorer les résultats des patients en USI.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions ?
--	--

Neuraz, A., Guérin, C., Payet, C., Polazzi, S., Aubrun, F., Dailler, F., Lehot, J.-J., ... Duclos, A. (2015). Patient Mortality Is Associated With Staff Resources and Workload in the ICU : A Multicenter Observational Study. *Clinical Investigations*, 43 (8), 1587 – 1594. (Trad. libre)

Grille de Fortin 15 : Work Hours, Work Stress, and Collaboration Among Ward Staff in Relation to Risk of Hospital-Associated Infection Among Patients

<p>Titre</p>	<ul style="list-style-type: none"> Le titre précise t'il clairement les concepts clés et la population à l'étude ? <p><i>Titre : « Heures de travail, stress au travail et la collaboration du personnel d'unité en lien avec le risque d'infection des patients en milieu hospitalier ». Le titre précise clairement les concepts clés et la population à l'étude.</i></p>
<p>Résumé</p>	<ul style="list-style-type: none"> Le résumé synthétise clairement le résumé de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ? <p><i>Le résumé synthétise clairement la recherche : « Objectifs: Examiner le lien entre les heures de travail, le stress au travail, la collaboration du personnel d'unité et le risque d'infection nosocomiale chez les patients. Conception: Les données transversales sur les infections nosocomiales ont été recueillies entre mars et juin 2004 et ont été liées aux réponses du personnel d'unité, récoltées lors d'une enquête au cours de la même période. Cadre: Les dossiers médicaux des patients de 60 unités non-psychiatriques dans 6 hôpitaux finlandais. Participants: 1092 patients et 1159 réponses du personnel suite à un sondage. Mesures: la surveillance de la prévalence a été réalisée sur la base du contrôle de 4 infections, par les infirmiers utilisant des critères standards. Les données sur plusieurs facteurs de risque infectieux potentiels ont été recueillies: le sexe, l'âge, le type de patient (chirurgie ou autre), le type d'hôpital (universitaire ou régional), le type</i></p>

	<p><i>d'unité, le nombre de patients dans l'unité, l'exposition aux dispositifs invasifs, la classification internationale des maladies version 10 diagnostic, la chimiothérapie, la radiothérapie et l'utilisation de corticostéroïdes. les conditions de travail du personnel ont été mesurées par des échelles de l'enquête.</i></p> <p><i>Résultats: 99 cas (9,1%) d'infection nosocomiale ont été trouvés. Les analyses de régression logistique de multi niveaux, ajustées pour les facteurs de l'hôpital et les facteurs de risque liés aux patients, ont montré que de longues heures de travail du personnel sont associées à un risque accru d'infection, intervalle de confiance à 95%. Autres facteurs d'infection liés au personnel étaient le stress au travail élevé, un fort déséquilibre entre les efforts et les récompenses, le manque de confiance entre les membres de l'unité de travail, l'injustice dans la répartition du travail et une pauvre collaboration entre les superviseurs d'unités.</i></p> <p><i>Conclusions: De longues heures de travail, le haut niveau de stress au travail, et la mauvaise collaboration entre le personnel de service sont associés à un risque d'infection nosocomiale chez les patients. »</i></p>
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Le problème/phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit ? Que s'agit-il d'étudier ? • Le problème/phénomène est-il pertinent /approprié dans le contexte des connaissances actuelles ? • Le problème/phénomène a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ? Les postulats sous-jacents à l'étude sont-ils précisés ?

	<p><i>Le problème à l'étude est clairement formulé, il s'agit d'étudier le lien entre les heures de travail, le stress au travail, les pratiques de leadership ainsi que la collaboration du personnel hospitalier et le risque d'infections nosocomiales chez les patients hospitalisés.</i></p> <p><i>Il est pertinent dans le contexte des connaissances actuel puisque plusieurs études démontrent que les patients subissent des infections nosocomiales assez facilement lors de leurs hospitalisations et que les facteurs favorisant concernent souvent le personnel.</i></p> <p><i>L'étude a donc une signification dans la discipline concernée, puisqu'elle vise à identifier les facteurs liés au personnel ou à l'organisation favorisant le risque d'infections nosocomiales chez les patients. Identifier les facteurs de risque permettra de réfléchir aux moyens de prévention.</i></p> <p><i>Les postulats sous-jacents à l'étude ne sont pas précisés.</i></p>
<p>Recension des écrits</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Une recension a-t-elle été entreprise ? • La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ? • La recension des écrits vous semble-t-elle présenter une base solide pour l'étude ? L'auteur présente-il l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème à l'étude ? • La recension présente t'elle des sources primaires ? <p><i>Les auteurs présentent superficiellement les connaissances actuelles sur le problème à l'étude en présentant rapidement les résultats d'autres études. Néanmoins, ils ne précisent pas les études et leurs auteurs.</i></p>

Cadre de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Les concepts clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ? Est-il justifié et décrit de façon adéquate ? • Est-ce que les concepts clés s'inscrivent-ils dans un cadre de référence ? Est-il lié au but de l'étude ? Les bases philosophiques et théoriques ainsi que la méthode sous-jacente sont-elles explicitées et appropriées à l'étude ? <p><i>Les concepts clés sont mis en évidence mais pas définis sur le plan conceptuel. Ceux-ci sont liés au but de l'étude ; Heures de travail, stress au travail, la collaboration, le Leadership et les infections nosocomiales.</i></p> <p><i>Le cadre de référence est très limité et les auteurs ne présentent pas de bases philosophiques, théoriques ainsi que la méthode sous-jacente.</i></p>
Buts et question de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ? • Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont-elles clairement énoncées ? • Les questions de recherche ou les hypothèses reflètent-elles le contenu de la recension des écrits et découlent-elles logiquement du but ? Traitent-elles de l'expérience des participants, des croyances, des valeurs ou des perceptions ? • Les variables reflètent-elles les concepts précisés dans le cadre de recherche ? • Les questions s'appuient-elles sur des bases philosophiques, sur la méthode de recherche sous-jacente ou sur le cadre conceptuel ou théorique ? <p><i>Le but de l'étude est énoncé de façon claire et</i></p>

	<p><i>concise, les variables clés et la population sont clairement énoncées ; le but était d'examiner les liens entre la moyenne d'heures de travail de l'unité, le stress au travail, la collaboration du personnel et les pratiques de leadership en ce qui concerne le risque d'infections nosocomiales chez les patients.</i></p> <p><i>Comme dit ci-dessus, le cadre de référence est très limité mais il reflète la question de recherche qui en découle logiquement. Les auteurs ne présentent pas de bases philosophiques ni de méthode sous-jacente.</i></p>
METHODE	
Population échantillon	<p>et</p> <ul style="list-style-type: none"> • La population visée est-elle définie de façon précise ? L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ? la méthode utilisée pour accéder au site ou recruter les participants est-elle appropriée ? • Dans le plan d'échantillonnage, l'auteur a-t-il envisagé des moyens d'accroître la représentativité de l'échantillon ? La méthode d'échantillonnage utilisée a-t-elle permis s'ajouter des renseignements significatifs et d'atteindre les objectifs visés ? Est-elle justifiée sur la base statistique ou par une saturation des données ? • Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle justifiée sur une base statistique ? <p><i>L'échantillon est décrit de façon suffisamment détaillée. La population visée est définie de façon précise; 62 unités de 6 hôpitaux finlandais (1 hôpital universitaire et 5 hôpitaux régionaux dans le district de Varsinais-Suomi)</i></p> <p><i>1092 patients : parmi les patients, 32% étaient</i></p>

	<p><i>dans les services de chirurgie; 33% en médecine interne; 5% en pédiatrie; 11% en gynécologie et obstétrique; 4% en pneumologie; 4% en oncologie; 3% dans les unités de soins intensifs (USI); et le 8% en neurologie, ophtalmologie, otologique, dermatologie et les unités de réadaptation.</i></p> <p><i>1159 employés : parmi les répondants, 999 (86%) étaient des infirmiers (IA) et les infirmiers auxiliaires autorisés, 73 (6%) étaient des médecins, et 87 (8%) étaient d'autres membres du personnel, comme les secrétaires et les travailleurs sociaux.</i></p> <p><i>Il n'y a pas assez d'informations concernant la méthode utilisée pour accéder au site et recruter les participants, mais nous savons que le conseil d'examen institutionnel du district hospitalier Varsinais-Suomi a approuvé l'étude sans demander un consentement éclairé et de plus, ce sont des professionnels de contrôle d'infection formés qui ont visité chaque unité et qui ont choisi les patients adéquats à l'étude et examiné leurs dossiers.</i></p> <p><i>Les auteurs ont envisagé des moyens d'accroître la représentativité de l'échantillon en sélectionnant les patients adaptés à l'étude après les avoir examinés à travers les dossiers médicaux et différents examens cliniques, microbiologiques et radiologiques (patients exclus; patient utilisant des corticoïdes, patients infectés dans d'autres hôpitaux, patients ayant une bactériurie asymptomatique).</i></p> <p><i>Nous ne savons pas comment la taille de l'échantillon a été déterminée.</i></p>
Considérations éthiques	<ul style="list-style-type: none"> • Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ? • L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les

	<p>bénéfices pour les participants ?</p> <p><i>Le conseil d'examen institutionnel du district hospitalier Varsinais-Suomi a approuvé l'étude ; aucun consentement éclairé n'a été demandé. Le comité d'éthique de l'Institut a approuvé l'étude.</i></p>
Devis de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ? la méthode de recherche choisie est-elle conciliable avec les outils de collecte des données proposés ? • Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ? • Le choix du devis permet-il de respecter les critères scientifiques ? (Véracité-applicabilité-consistance-Neutralité) • La méthode de recherche proposée est-elle appropriée à l'étude du problème posé ? • Y a-t-il suffisamment de temps passé sur le terrain et auprès des participants ? <p><i>Le devis fournit un moyen d'examiner la question de recherche et permet à l'étude d'atteindre son but. La méthode de recherche est donc appropriée à la question d'étude et conciliable avec les outils de collecte de données. Le choix de devis respecte les critères scientifiques mais il n'y a pas d'informations sur le temps passé sur le terrain.</i></p> <p><i>C'est une recherche quantitative. L'étude combine les données de 2 projets indépendants en cours qui sont menés dans 6 hôpitaux finlandais. Un des projets examine la prévalence d'infection et les facteurs de risque chez les patients hospitalisés et l'autre projet examine les heures de travail, le stress et la collaboration dans les unités de l'hôpital. Le devis fournit donc</i></p>

	<i>un moyen d'examiner la question de recherche et permet à l'étude d'atteindre son but.</i>
Modes de collectes de données	<ul style="list-style-type: none"> • Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ? • Les questions de recherche ont-elles été bien posées ou les observations du phénomène, bien ciblées ? Ont-elles été rigoureusement consignées par la suite ? • L'auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ? • La procédure expérimentale est-elle cohérente avec les outils mesurés ? <p><i>Comme explicité plus haut, la question de recherche est bien posée, les observations sont bien ciblées et la procédure expérimentale est cohérente avec les outils mesurés. Les outils de mesures sont clairement décrits et permettent de mesurer les variables, de plus, l'auteur précise que les instruments sont importés.</i></p> <p><i>« Concernant l'étude de la prévalence d'infection et les facteurs de risque chez les patients, les données sur plusieurs facteurs potentiels de risque d'infection ont été recueillies: le sexe, l'âge, le type de patient (chirurgie vs autre), le type d'hôpital (université vs hôpital régional), unité spécialisée et le nombre de patients dans les unités. Les données sur l'exposition aux dispositifs qui peuvent augmenter le risque d'infections ont également été recueillies. Les patients avec des diagnostics (CIM-10) augmentant le risque d'infection ont été soustraits de l'étude.</i></p> <p><i>Une enquête au personnel sur les facteurs psychosociaux a été faite pour les heures de travail, le stress et la collaboration dans les unités de l'hôpital. Les heures de travail par jour</i></p>

ont été calculées à partir des réponses du personnel. Le stress au travail a été évalué avec des échelles de 2 modèles phares, le modèle du stress au travail et le modèle de déséquilibre effort-récompense (ERI). L'échelle de stress au travail a été basé sur le Job Content Questionnaire comprenant les exigences de l'emploi (3 articles, alpha de un Cronbach = 0,82) et de contrôle de l'emploi (comme la possibilité de prise de décision et la créativité: 9 articles, $\alpha = 0,82$). Le stress au travail a été défini en divisant les exigences de l'emploi et les échelles de contrôle de l'emploi en tertiles: les 2 tertiles plus élevés des demandes combinées avec les 2 tertiles plus bas dans le contrôle de l'emploi a constitué la catégorie de haute tension, et les 2 tertiles plus bas dans la demande combinée avec les 2 tertiles plus élevés dans le contrôle formé la catégorie de contrainte faible. Toutes les autres combinaisons ont été placées dans la catégorie souche. La mesure du déséquilibre effort-récompense a été faite à travers le décalage entre l'effort élevé au travail (1 point), de faibles récompenses en retour (comme les salaires, les perspectives d'estime, et de promotion; 3 articles, $\alpha = 0,63$) et une validité prédictive en termes de résultats de santé mentale et physique indésirables chez les employées. L'outil utilisé n'est pas l'échelle originale ERI, mais l'étude de Fahlen et al. ont montré que l'instrument original ERI a souligné la même direction. Le déséquilibre entre l'effort et la récompense a été calculé de façon standard: rapport des échelles d'effort et de récompense divisé en tertiles, indiquant un faible intermédiaire et un niveau déséquilibre élevé entre l'effort et la récompense. Par exemple, une personne avec un score élevé d'effort (4) et un faible score de récompense (1) a un rapport

de $4/1 = 4$ comme indicateur de déséquilibre, alors qu'un individu avec un faible score de l'effort (2) et un niveau de récompense élevé (5) obtient un score de déséquilibre faible $2/5 = 0,4$. Les indicateurs de collaboration étaient la confiance entre les membres (1 point), la communication (4 éléments, $a = 0,88$), la répartition du travail correcte (1 point), le soutien du superviseur (3 articles, $a = 0,93$) et la qualité de la collaboration entre les superviseurs de l'unité (1 objet). Chaque indicateur du niveau de collaboration a également été divisé en tertiles.

Pour l'analyse, puisque les participants ont été imbriqués dans les unités de travail, nous avons appliqué la méthode du Generalized Estimating Equations (GEE) pour étudier l'association entre les caractéristiques du travail au niveau du service et les infections nosocomiales au niveau individuel. Cette méthode prend en compte la non-indépendance des observations au sein des groupes. Nous avons également compté les composantes de variance (effets aléatoires) des infections nosocomiales pour estimer la variation par rapport à l'unité. La composante de variance différait significativement du zéro ($P = 0,021$), tout comme l'estimation du GEE. Nous avons exprimé les résultats sous forme de rapports de cotes (OR) et leurs intervalles de confiance à 95% (IC à 95%). Des ajustements ont été faits quant à la démographie des patients, les caractéristiques de l'hôpital et de l'unité et les facteurs de risque concernant les patients. Afin d'assurer l'ajustement complet, dans le modèle 1, l'ajustement a été fait pour tous les facteurs de risque et la prévalence des risques de tout diagnostic potentiellement associés à une infection nosocomiale. Dans le modèle 2, l'ajustement n'a été effectué que pour les

	<i>diagnostics de risque qui étaient significativement associés à une infection. Pour toutes les analyses, nous avons utilisé le logiciel SAS 9.1. »</i>
Conduite de la recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Le processus de collecte des données/enregistrement est-il décrit clairement ? • Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ? • Si l'étude comporte une intervention (variable indépendante), celle-ci est-elle clairement décrite et appliquée de façon constante? <p><i>Le processus de collecte de données est décrit en partie comme présenté ci-dessus. Le processus de collecte de donnée concernant l'étude de la prévalence d'infection et les facteurs de risque chez les patients a aussi été décrit.Des professionnels de contrôle d'infection formés ont visité chaque unité et ont choisi les patients adéquats à l'étude en examinant leurs dossiers.</i></p>
Analyse des données	<ul style="list-style-type: none"> • Les méthodes d'analyse sont-elles décrites ? • Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ? • Le résumé des résultats est-il compréhensible et met-il en évidence les extraits rapportés ? • Les thèmes font-ils ressortir adéquatement la signification des données ? <p><i>Comme présenté ci-dessus, les méthodes d'analyses sont suffisamment décrites. Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats</i></p>

	<p><i>sont pris en considération avant même l'analyse et ont été écartés.</i></p> <p><i>Dans cette partie de la présentation des méthodes le résumé des résultats ne figure pas.</i></p>
RESULTATS	
Présentation des résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures, graphiques ou modèles ? • Les thèmes ou les modèles sont-ils logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène ? • Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif ? • L'auteur a-t-il fait évaluer les données par les participants ou par des experts ? <p><i>Les résultats sont adéquatement présentés à l'aide de tableaux et d'un texte narratif. Les thèmes sont logiquement associés entre eux et représentent bien le phénomène.</i></p> <p><i>Nous ne savons pas si les auteurs ont fait évaluer les données par les participants ou experts.</i></p> <p><i>« Parmi les 1092 patients hospitalisés, 99 (9,1%) ont été identifiés comme ayant contracté des infections nosocomiales ;105 (9,6%) infections nosocomiales en tout. Ceci correspond à la prévalence trouvée dans les statistiques nationales (9%). Par rapport aux statistiques nationales, la proportion de la pneumonie était légèrement plus élevée dans le présent échantillon (23% contre 15%), alors que celle de l'infection de plaie chirurgicale ou d'un site (20% contre 29%) et l'infection des voies urinaires(16% contre 19%)était légèrement inférieure. L'exposition aux appareils était liée à l'infection d'une manière dose-réponse dans le modèle ajusté pour le sexe et l'âge. Les patients</i></p>

	<p><i>diagnostiqués de lymphome, leucémie ou myélome étaient 5 fois plus à risque d'infection et les patients utilisant de corticostéroïdes élevés étaient 4 fois plus à risque d'infection. Plusieurs caractéristiques psychosociales du travail au sein du personnel étaient liées à l'infection chez les patients. Nous avons trouvé un seuil dans lequel les heures de travail au niveau du service (plus de 8 heures 45 minutes par jour) a été associé à près de 3 fois plus de risque d'infection, même dans le modèle le plus ajusté. Le taux de haut déséquilibre entre l'effort et la récompense, le manque de confiance entre les membres, l'injustice dans la répartition du travail, et la pauvre collaboration entre les superviseurs étaient tous associés à environ 2 fois plus de risque d'infection chez les patients. Les perceptions de la justice au travail peuvent être conceptualisées comme la justice procédurale, relationnelle et distributive. Bien que la justice a été suggérée comme étant un modèle redondant du déséquilibre effort-récompense par rapport à la prévision des risques, nous avons finalement entré ces variables dans le même modèle statistique. Nous avons trouvé que le rapport de cotes pour un déséquilibre effort-récompense faible ou élevé était de 2,30 (IC à 95%: 1,14 à 4,66), alors que l'effet de l'injustice n'était pas significatif (OR: 1,34; IC à 95%: 0,78 à 2,29). »</i></p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou hypothèses ? • Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet ? Sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures?

- L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses ?
- Les limites de l'étude ont-elles été définies ?
- Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ?
- Soulève-t-on la question du caractère transférable des conclusions ?

Les résultats sont interprétés en fonction du cadre de recherche pour chacune des questions. Même si minimes, celles-ci sont discuté à la lumière d'autres études et concordent avec les études antérieures. L'interprétation et les conclusions sont conformes aux résultats d'analyses et en découlent logiquement. Les limites de l'étude ont été définies et la question du caractère transférable des conclusions est soulevée.

« Nos résultats montrent que le niveau du service, les heures de travail du personnel, le stress au travail élevé et les problèmes de travail liés à la collaboration entre le personnel sont associés aux infections nosocomiales chez les patients. Ces associations ont persisté après ajustement pour plusieurs facteurs de risque. Un seuil du dépassement de 8 heures 45 minutes de travail au niveau du service par jour, le stress élevé au travail en termes de déséquilibre élevé effort-récompense au sein du personnel, le manque de confiance entre le personnel, l'injustice dans la répartition du travail et une mauvaise collaboration entre les superviseurs ont tous été liés à une infection nosocomiale chez les patients. Le mécanisme entre de longues heures de travail et les infections nosocomiales peut être liée à l'effet de la fatigue sur la performance cognitive, ce qui contribue à la non-observance de l'hygiène des mains et d'autres recommandations procédurales, au risque de

	<p><i>faire des erreurs telles que les erreurs de médication et les procédures de traitement des patients et omission. Le manque de personnel déjà présent dans les hôpitaux finlandais peut avoir conduit à une augmentation du temps de travail au sein du personnel.</i></p> <p><i>Le stress élevé en termes de déséquilibre élevé entre l'effort et la récompense est basé sur la notion d'échange sociale qui définit les obligations ou tâches distinctes à effectuer en échange équitable. Le manque d'équité entre les efforts et les récompenses peuvent déboucher sur un engagement pauvre quant aux procédures de contrôle de l'infection et par la réduction de la motivation au travail. L'ajustement mutuel en cas de déséquilibre effort-récompense et l'injustice ont montré que le concept d'injustice peut également être inclus dans l'expérience de déséquilibre effort-récompense.</i></p> <p><i>Les problèmes de collaboration entre le personnel ont auparavant été démontrés pour prévoir des résultats défavorables autres que les infections sur les patients. Dans l'étude de Stone et al, le mauvais climat organisationnel a été lié aux infections associées aux cathéters des voies urinaires. Dans la présente étude, nous avons constaté que les différents aspects de la collaboration du personnel, le manque de confiance entre les membres du service, l'injustice dans la répartition du travail et une mauvaise collaboration entre les superviseurs ont tous été associés à un risque accru d'infection des patients. La bonne collaboration des membres de l'unité au travail a été associée à un engagement organisationnel plus élevé chez les infirmiers. Une unité de travail discordante peut être une cause profonde de capacité réduite de ses membres à s'engager vis-à-vis de leur</i></p>
--	--

équipe, à l'organisation et aux politiques de lutte contre les infections. En outre, la participation active de l'ensemble du personnel dans une unité de travail et l'engagement du personnel administratif dans les interventions peuvent améliorer la conformité de l'hygiène des mains. L'équipe de contrôle des infections et l'échelle guide du district ont également été proposées comme importants quant aux infections nosocomiales. Nous avons trouvé que le risque d'infection nosocomiale chez les patients était accentué autant par les heures de travail supplémentaires, le stress au travail, la mauvaise collaboration que l'exposition aux dispositifs invasifs. Cela donne à penser que les facteurs psychosociaux liés au travail peuvent être des contributeurs importants quant aux résultats sur les patients.

Sur les 2 principaux modèles de stress au travail, le modèle de stress au travail et le modèle de déséquilibre effort-récompense, seule cette dernière a été associée aux infections nosocomiales. Le modèle de stress au travail a été développé au cours des années 1970 dans le contexte de l'industrialisation influencé par certains aspects contemporaines fondamentaux. La motivation au travail, par exemple, le contrôle de l'emploi (une composante de la souche de l'emploi), la variété de tâches et l'autonomie. Le modèle de déséquilibre de l'effort-récompense, développé au cours des années 1990, partage des éléments avec le modèle de stress au travail, mais souligne en outre d'autres caractéristiques de motivation au travail comme les justices de la distributivité des tâches, la vie de travail flexible postmoderne, les changements d'organisation et l'insécurité au travail. Nos résultats montrent que le stress au travail, comme indiqué par le modèle de déséquilibre effort-récompense plutôt que le

modèle de stress au travail est associé aux résultats indésirables chez les patients tels que les infections nosocomiales. Nous avons examiné la prévalence des infections à l'aide des données individuelles au lieu des données écologiques. L'avantage de la surveillance de la prévalence est qu'il soit un moyen rapide et peu coûteuse pour estimer l'ampleur des problèmes d'infection dans les hôpitaux. Cependant, il y a au moins 2 inconvénients, tout d'abord, dans les petits hôpitaux le nombre de patients étudié peut être insuffisant pour détecter les différences importantes entre les populations de patients, deuxièmement, le risque d'infection des patients peut être surestimé avec le taux de prévalence qui est calculé par le nombre d'infections actives divisé par le nombre de patients. Le plan d'étude idéal serait des mesures répétées de la prévalence d'infections, ce qui est malheureusement rarement possible pour des raisons économiques.

Dans la présente étude, les professionnels de contrôle d'infection (les infirmiers autorisés) ont réalisé la surveillance, ceux-ci ont précédemment effectué 5 études de prévalence dans les mêmes hôpitaux, en utilisant la même procédure; ils ont été formés pour utiliser des définitions de surveillance et ils ont l'expérience dans l'examen des dossiers. La validité de la surveillance a été établie grâce à la présence tout au long de l'étude des mêmes enquêteurs formés, ils ont continuellement comparé leurs critères les uns avec les autres et discuté de cas douteux ensemble dans l'équipe avec le médecin de contrôle des infections. Ils ont utilisé un tableau structuré, large analyse de chaque situation du patient, comme décrit précédemment, consulté l'opinion d'experts et ont mené une étude pilote. La sous-estimation

	<p><i>n'a pas été une grande préoccupation dans cette surveillance parce que les infirmiers de contrôle des infections l'ont fait auprès des patients (par exemple, en vérifiant les résultats des tests microbiologiques logiques).</i></p> <p><i>Contrairement à beaucoup d'autres études réalisées dans des centres individuels ou unités, notre échantillon couvre tous les patients admissibles dans l'ensemble du district de l'hôpital pendant 1 période d'étude. Enfin, le regroupement des patients en termes de risque d'infection a été comptabilisé selon les (GEE) des statistiques à plusieurs niveaux. Certaines limites de notre étude sont remarquables. Tout d'abord, cette étude était transversale, ce qui limite les conclusions sur le sens de la causalité dans les associations. La prévalence élevée des infections chez les patients peut entraîner une pression pour faire des heures supplémentaires, le stress et la mauvaise collaboration entre le personnel. Cette question reste à étudier dans les recherches futures. Deuxièmement, nous n'avons pas eu de données sur la durée du séjour des patients et ne pouvons donc pas ajuster nos analyses pour ce facteur. Parmi les patients, l'infection nosocomiale retarde le moment de la sortie de l'hôpital; ainsi, l'infection est susceptible d'augmenter la durée du séjour. Dans ce cas, les analyses d'ajustement pour la durée du séjour conduiraient à plus de contrôle. Cependant, un séjour plus à l'hôpital génère également plus de risque d'exposition au risque de contamination, ce qui augmente l'incidence d'infection de l'hôpital. Ainsi, un défaut d'ajustement pour la durée du séjour peut confondre l'association entre les facteurs liés au personnel et à l'infection nosocomiale si la durée du séjour est associée à la fois à des facteurs du personnel et à des infections. Il existe des preuves pour</i></p>
--	---

	<p><i>soutenir cette dernière association mais nous ne sommes pas au courant d'études sur l'association entre la durée du séjour et les facteurs liés au personnel étudié, ceci serait un sujet d'étude important à l'avenir. Troisièmement, en raison du faible nombre de sorties spécifique, nous avons été incapables d'enquêter sur le type infection ayant été la plus engendrée par le climat psychosocial. Un sujet important pour les études à l'avenir serait donc la question de la spécificité des résultats. L'interaction entre les facteurs de risque individuels et des facteurs d'unité serait également une question d'étude intéressante dans de futures études avec des échantillons plus importants. Quatrièmement, cette étude a été réalisée dans les hôpitaux publics en Finlande, la réplication de l'étude dans les hôpitaux privés et d'autres pays avec différents systèmes de santé serait également importante. En résumé, les infections acquises dans les hôpitaux ont atteint le sommet de l'ordre du jour de la santé ces derniers temps. Cette étude indique que les longues heures de travail, le stress de travail élevé, et une mauvaise collaboration entre le personnel de service sont parmi les facteurs associés à l'infection chez les patients. Les dirigeants et les employeurs devraient reconnaître les conditions psychosociales du travail en tant que contributeurs potentiels d'une infection à l'hôpital. »</i></p>
Conséquences et recommandations	<ul style="list-style-type: none"> • Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ? L'auteur a-t-il précisé les conséquences des résultats ? • L'auteur fait-il des recommandations/applications pour la pratique et les recherches futures ?

	<ul style="list-style-type: none"> • Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions ? <p><i>Les données sont suffisamment riches pour appuyer les conclusions. Comme présenté ci-dessus, les auteurs font des recommandations pour la pratique et les recherches futures. Les résultats de l'étude ont des conséquences sur la discipline, ils permettent de mieux comprendre l'influence des facteurs psychosociaux des employés sur les infections nosocomiales des patients et enfin de pouvoir les prévenir en prenant en compte diverses mesures sur ces facteurs psychosociaux.</i></p>
--	---

Virtanen, M., Kurvinen, T., Terho, K., Oksanen, T., Peltonen, R., Vahtera, J., ... Kivimäki, M. (2009). Work Hours, Work Stress, and Collaboration Among Ward Staff in Relation to Risk of Hospital-Associated Infection Among Patients . *Medical Care*, 47(3), 310 – 318. (Trad. libre)