

# Les stratégies de coping permettant de faire face à l'épuisement professionnel des soignants en soins palliatifs

Revue de littérature étoffée

Travail en vue de l'obtention du titre de  
Bachelor of Science HES-SO en soins infirmiers

Par

**Briccafiori Aurélie et Sautière Alix**

Promotion 2011-2014

Sous la direction de Catherine Bassal

**Haute Ecole de Santé, Fribourg**

Filière soins infirmiers

Le 27 juin 2014

*« Les soins palliatifs ajoutent de la vie aux jours  
lorsqu'on ne peut ajouter des jours à la vie. »*

Jean Bernard, 1907-1992

## Résumé

De nos jours, l'épuisement professionnel, ou burnout, représente sans conteste un problème de santé publique. En effet, la Confédération helvétique estime à quatre milliards de francs le coût des maladies liées au stress, dont la majeure partie est consacrée au burnout. Celui-ci affecte particulièrement les métiers où les relations interpersonnelles tiennent une place importante, spécifiquement dans les services de soins palliatifs, où les soignants sont quotidiennement exposés à la souffrance et à la mort.

*Objectif* : le but de cette revue de littérature étoffée est d'identifier et de décrire les stratégies permettant de faire face à l'épuisement professionnel dans les unités de soins palliatifs.

*Méthode* : cette revue de littérature étoffée est composée de 16 études scientifiques qui ont été sélectionnées dans les banques de données PubMed, Medline et CINAHL. Les soignants exerçant en soins palliatifs représente la population cible.

*Résultats* : les stratégies de coping relevées sont les suivantes : garder une distance professionnelle, prendre soin de soi, recourir à la supervision et à la réinterprétation positive ainsi qu'avoir conscience de l'existence de la foi et de la spiritualité.

*Recommandations pour la pratique* : une meilleure compréhension des mécanismes du stress, du soutien social et de la politique, des formations continues, une clarification du rôle des cadres ainsi que l'élaboration d'un modèle du stress et du coping sont mis en évidence. Ces recommandations permettraient de proposer des interventions efficaces aux professionnels de la santé et ainsi de diminuer le burnout en soins palliatifs.

*Mots-clés* : épuisement professionnel, soins palliatifs, infirmiers, soignants, fatigue de compassion, stress

## Remerciements

Nous tenons à remercier particulièrement Madame Catherine Bassal pour son soutien, son professionnalisme et ses précieux conseils tout au long de l'élaboration de notre travail.

Nous remercions chaleureusement nos mamans, Corinne et Anne-Claude pour le temps consacré à la correction de cette revue de littérature étoffée

Enfin, nous nous remercions mutuellement pour la bonne humeur et la très bonne collaboration durant ces nombreux mois.

## Table des matières

Résumé .....	1
Remerciements .....	2
Introduction.....	5
1. Etat des connaissances .....	6
1.1. Les étapes de l'épuisement professionnel .....	7
1.2. Les soins palliatifs.....	8
1.3. L'épuisement professionnel dans les services de soins palliatifs.....	8
1.4. Les facteurs de stress en soins palliatifs.....	9
2. Problématique de recherche .....	12
2.1. Objectif de la recherche .....	13
2.2. Question de la recherche .....	13
3. Cadre de référence .....	14
4. Méthode .....	16
4.1. Argumentation du devis .....	16
4.2. Banques de données .....	16
4.3. Critères de sélection .....	16
4.4. Mots clés en anglais .....	17
4.5. Démarche d'analyse et stratégies de recherche .....	17
5. Résultats .....	19
5.1. Tableau 2 : Synthèse des résultats issus de la revue de littérature (N=16).....	21
5.2. Les facteurs de stress en soins palliatifs.....	22
5.3. Les relations entre la fatigue de compassion, la satisfaction de compassion et le burnout.....	24
5.4. Les stratégies de coping utilisées en soins palliatifs .....	25
5.4.1. Le coping dans les soins palliatifs .....	25
5.4.2. Les stratégies de coping mises en place par les infirmières en soins palliatifs.....	26
6. Discussion.....	28
6.1. Principaux résultats en lien avec la problématique .....	28

6.1.1. L'épuisement professionnel en soins palliatifs .....	28
6.1.2. Comparaison du niveau d'épuisement professionnel entre les soins palliatifs et les autres spécificités.....	29
6.1.3. Les stratégies de coping des soignants en soins palliatifs .....	30
6.2. Recommandations pour la pratique et perspectives .....	32
6.3. Limites et critiques méthodologiques des études.....	34
6.4. Limites de la revue de littérature étoffée .....	35
6.5. Regard critique.....	36
Conclusion.....	37
Bibliographie.....	38
Annexe 1 : Déclaration d'authenticité .....	42
Annexe 2 : Life Model.....	43
Annexes 3 : Stratégies de recherche.....	44
Annexes 4 : Grilles d'analyse des recherches .....	47

## Introduction

L'épuisement professionnel est sans conteste, un problème de santé publique. En effet, les médias et les campagnes de prévention concernant cette thématique sont en constante augmentation. Plus d'un tiers des Suisses se disent surmenés au travail, avec une augmentation de 7% durant ces dix dernières années (Jaberg, 2012). Selon Gonik et Lazor-Blanchet (2006), les professionnels de la santé sont une population à risque car le burnout affecte particulièrement les professions dans lesquelles les relations interpersonnelles occupent une place prépondérante. Il nous paraît intéressant de se centrer sur les soignants exerçant en soins palliatifs, au vu de nos représentations de départ quant à la pénibilité de ce type de service. En effet, les soignants en soins palliatifs sont quotidiennement confrontés à des patients en fin de vie, à la souffrance et à la mort. De plus, nous avons fait preuve d'une grande motivation à approfondir ce sujet en nous penchant sur les stratégies de coping permettant de faire face au burnout. En tant que futures professionnelles, nous nous sentons pleinement concernées par cette problématique actuelle qui touche un grand nombre d'infirmiers.

Ce travail débutera par une contextualisation basée sur des fondements théoriques, afin de mieux s'approprier le sujet. Ensuite, la problématique ainsi que la question de recherche seront explicitées, puis le cadre de référence utilisé dans ce travail sera exposé. Le chapitre suivant concernera la méthodologie utilisée. L'analyse des divers résultats obtenus sera exposée et tentera de répondre à la question de recherche. Un chapitre sera consacré à la discussion où les résultats obtenus seront reportés et associés à la question de recherche et le cadre de référence. Des recommandations ainsi que des perspectives pour la pratique seront également décrites. Pour terminer, les limites de la revue de littérature, un regard critique des auteurs et une conclusion seront apportés.

## 1. Etat des connaissances

De nos jours, l'épuisement professionnel, également appelé le burnout, représente sans conteste un problème de santé publique. La Confédération Helvétique estime à quatre milliards de francs le coût des maladies liées au stress, dont la majeure partie en lien avec le burnout (Fernex et Kammermann, 2008). To burnout signifie brûler, se consumer entièrement. Ce terme anglophone est désormais reconnu dans le dictionnaire de la langue française.

En 1969, Bradley a mis en évidence la notion de stress lié au travail. Celle-ci a été reprise en 1970 par le psychanalyste Freudenberger qui décrit un état de fatigue généralisé chez des professionnels de la santé mentale. Selon Freudenberger (1970), il s'agit d'un problème qui prend naissance lors de situations conduisant à épuiser ses énergies, à se détacher de soi-même et à perdre le contact avec autrui.

Selon Luthi (2007), la Suisse se place, avec la Suède, au premier rang européen en matière de stress au travail, devant la Norvège, l'Allemagne et la France. Selon Jaberg (2012), les Suisses souffrent de plus en plus au travail car ils détiennent la première place au niveau de la compétitivité européenne. L'auteur souligne qu'ils sont réputés assidus à la tâche et attachés à la valeur du travail car ils tiennent à préserver leur modèle économique. Cette excellence au travail a cependant des répercussions : plus d'un tiers des Suisses se disent surmenés au travail, avec une augmentation de 7% durant ces dix dernières années.

Selon Gonik et Lazor-Blanchet (2006), l'épuisement professionnel affecte particulièrement les métiers où les relations interpersonnelles tiennent une place importante. Les auteurs affirment que ces professions sont plus exposées au risque de burnout en raison de fortes sollicitations émotionnelles et affectives au sein de leurs activités. Selon Demirci et al. (2009), les professionnels de la santé qui sont constamment à l'écoute des problèmes de leurs patients, peuvent être amenés à perdre toutes sensations émotionnelles. En effet, Catherine Lazor-Blanchet (2008), responsable en médecine du personnel au centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), a témoigné qu'un soignant sur trois souffre de burnout. Selon une étude suisse (Reutlinger 2001), 35% des soignants de l'hôpital cantonal de

Lucerne souffrent de symptômes typiques du burnout, se manifestant par des douleurs au niveau de la nuque et du dos ainsi que par de l'irritabilité.

### **1.1. Les étapes de l'épuisement professionnel**

Maslach et Jackson (1981) ont développé une échelle qui évalue l'atteinte psychologique au travail en étudiant les conséquences du stress chronique. Ce test contient 22 questions permettant d'évaluer l'état du burnout et il explore les trois dimensions suivantes (Giorgio, 2013) :

#### *L'épuisement émotionnel*

Cette composante est caractérisée par une absence d'énergie, de la lassitude, un sentiment d'épuisement et de vide intérieur provoqué par le travail. Elle fait aussi référence à l'appauvrissement des ressources émotionnelles et à la difficulté de soigner en tenant compte de l'aspect psychologique des patients. L'épuisement émotionnel s'accompagne généralement d'un sentiment de frustration et de culpabilité, car le soignant se rend compte qu'il n'arrive pas à offrir une prise en charge optimale.

#### *La dépersonnalisation*

La deuxième dimension relève une perte d'affectivité aboutissant à considérer les patients comme des objets et peut conduire à une déshumanisation progressive. La dépersonnalisation est causée par l'insuffisance de ressources et des difficultés relationnelles avec l'équipe pluridisciplinaire.

#### *Le manque d'accomplissement personnel*

Ce dernier axe se reflète par des sentiments d'incompétence, d'inefficacité, d'inutilité, la perte d'estime de soi et un manque de réalisation personnelle des soignants au sein de leur profession. En effet, le sentiment d'être utile, ainsi que la gratification renforcent l'estime de soi face à la charge élevée de travail et aux difficultés des relations.

L'épuisement émotionnel agit sur les individus qui développent une attitude de dépersonnalisation, puis ressentent une baisse du sentiment d'accomplissement

personnel. L'intensité du burnout dépend de l'écart entre les exigences demandées aux travailleurs et leurs capacités à y répondre.

Selon DiTullio et MacDonald (1999), les soins palliatifs sont l'unique spécificité demandant aux soignants des ressources physiques, émotionnelles et spirituelles, afin d'entourer les patients jusqu'à leur dernier souffle. Ils doivent également aider les personnes à confronter le plus grand dilemme de la vie humaine, la mort.

## **1.2. Les soins palliatifs**

Selon l'Office fédéral de la santé publique (2012), les soins palliatifs comprennent le soutien et les traitements apportés aux personnes souffrant de maladies incurables, potentiellement mortelles et évolutives. Ils visent à limiter la souffrance et les complications possibles. La mission des unités de soins palliatifs (USP) est d'accueillir des malades en fin de vie, en période de répit ou en réévaluation de traitement antalgique. Ces unités se différencient des unités d'oncologie par une spécificité propre telle que l'abandon de la visée curative. Il y règne une collaboration interdisciplinaire et une prise en charge globale du patient et de la famille en leur mettant à disposition des chambres, des locaux et du matériel leur permettant de pouvoir rester auprès de leur proche durant l'hospitalisation et les fins de vie.

Selon DiTullio et MacDonald (1999), les soignants exerçant en soins palliatifs sont soumis à de nombreux facteurs de stress, c'est pourquoi ils sont exposés à un risque élevé de burnout.

## **1.3. L'épuisement professionnel dans les services de soins palliatifs**

Selon Kushnir, Rabin et Azoulay (1998), une exposition répétée à la mort des patients, le sentiment d'impuissance face à leur souffrance et un surinvestissement durant la prise en charge aboutissent généralement au burnout. Les soignants se sentent obligés d'assister aux funérailles, de rendre visites aux familles qu'ils ont soutenues tout au long de l'hospitalisation de leur proche. De plus, ils relèvent fréquemment que leur âme est en deuil d'un idéal ; ils sont les témoins directs de la souffrance, la misère, le malheur, la maladie et la mort. Par conséquent, les professionnels de la santé exerçant en soins palliatifs sont sujets à l'épuisement professionnel (Barbier, 2004).

#### **1.4. Les facteurs de stress en soins palliatifs**

Les professionnels de la santé ignorent souvent leur propre souffrance et négligent leurs expériences émotionnelles. Les études démontrent plusieurs facteurs de stress susceptibles de mener au burnout. Humbert (2004) a indiqué que le manque de reconnaissance de la profession d'infirmière, où seul l'acte technique est pris en considération, pèse sur le moral des professionnels. De plus, les horaires irréguliers, les veilles et le fait de travailler plus de 40 heures par semaines, entraînent également du stress.

Selon Vachon (1987), le manque de personnel a une incidence directe sur la charge de travail. Kushnir et al. (1998) ont relevé plusieurs facteurs favorisant le stress : les conflits de rôles entre les médecins et infirmiers, la difficulté à répondre aux nombreuses demandes des familles et des patients, ainsi que la préoccupation de la mort. De plus, le décès des patients confronte les soignants à de nombreuses émotions qu'il est essentiel de décrypter afin de gérer au mieux le deuil. Dans ce sens, Teresa (2010) a décrit que la durée et le type de relations que le personnel soignant entretient avec les patients et leurs proches, ainsi que leur vécu individuel avec la mort vont influencer leurs capacités à faire leur deuil. Senem et al. (2009) ont relevé des facteurs de stress directement liés au soignant : âge inférieur à 35 ans, moins de dix ans d'expérience dans le domaine de l'oncologie et le célibat. Maslach et Jackson (1984), cité par Stordeur, Vandenberghe et D'hoore (1999), ont montré que le fait d'être parent diminue le risque d'épuisement professionnel.

Au vu des éléments cités ci-dessus, les facteurs de stress en soins palliatifs peuvent être classés en deux catégories: les facteurs institutionnels et les facteurs personnels (Tableau 1).

**Tableau 1 : Classification des facteurs de stress en soins palliatifs**

<b>Facteurs de stress institutionnels</b>	<b>Facteurs de stress personnels</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Echec du traitement</li><li>- Décès → mauvaise gestion du deuil</li><li>- Travail en équipe pluridisciplinaire</li><li>- Surcharge de travail</li><li>- Pénurie de soignants</li><li>- Complexité des soins</li><li>- Conflit de rôles</li><li>- Difficultés à répondre aux demandes des familles</li><li>- Travailler plus de 40 heures par semaine</li><li>- Les horaires irréguliers et les veilles</li><li>- Manque de reconnaissance → seul l'acte technique compte</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Âge inférieur à 35 ans</li><li>- Moins de 10 ans d'expérience dans le domaine de l'oncologie</li><li>- Le célibat</li><li>- Ne pas avoir d'enfant</li><li>- Préoccupation de la mort</li><li>- Vécu personnel lié à la mort</li><li>- Types et durée de la relation avec le patient et les proches</li></ul>

Stordeur, Vandenberghe et D'hoore (1999) ont différencié deux types d'agents stressants auxquels les soignants sont confrontés dans la relation d'aide : l'un est lié au travail comme la surcharge, l'absentéisme, les horaires irréguliers et l'autre est directement lié aux patients, tels que la mort, la souffrance, l'anxiété. Dans les soins palliatifs, les soignants font face à ces deux catégories, ce qui accroît le risque de burnout.

Ces facteurs de stress induisent, chez les soignants, des conséquences non-négligeables sur la santé physique et mentale comme des douleurs, de la fatigue, une dépression, des troubles du sommeil et gastro-intestinaux, de l'anxiété, une diminution du rendement, une augmentation du taux d'absentéisme et de congés maladie, une diminution du bien-être psychologique ainsi que des erreurs professionnelles. Selon Schraub et Marx (2004), les soignants en soins palliatifs ressentent un niveau élevé d'épuisement émotionnel et un sentiment de dépersonnalisation marqué, caractérisé par une sensation de détachement, de mise à distance de la personne soignée, de déshumanisation de la relation d'aide, menant à un sentiment d'échec personnel avec une perte de l'estime de soi. Toutes ces

conséquences ont un impact direct sur la qualité des soins et la satisfaction des patients et de leurs familles, ce qui peut amener les soignants à quitter leur emploi.

Les résultats de l'étude de Stordeur, Vandenberghe et D'hoore (1999) relèvent plusieurs facteurs protecteurs afin de prévenir les conséquences négatives liées au stress: trouver du soutien au sein de l'équipe, favoriser une autonomie et de la confiance dans le travail, en investissant dans des formations spécifiques et dans l'intervision, méthode d'observation et de réflexion par une personne externe, sur la pratique professionnelle. Zerwekh (2010), a comparé les infirmiers à un arbre ; ce sont les racines qui permettent à l'arbre de se nourrir et de tenir debout. Afin de pouvoir prendre soin de l'autre, le soignant doit, en premier lieu, prendre soin des racines, c'est-à-dire de lui-même. En effet, l'auteur préconise de pratiquer une activité sportive et de prendre du temps pour exercer des activités appréciées. Ceci permet de se ressourcer et de retrouver de l'énergie positive. Le fait de se sentir bien dans son corps et son esprit permet de se préserver et de rester en bonne santé.

Truchot (2004) a distingué trois niveaux de prévention: la prévention primaire, qui consiste à éliminer ou à réduire les sources d'épuisement, la prévention secondaire qui repose sur le soulagement des tensions ressenties par l'individu et finalement, la prévention tertiaire qui comprend le traitement des symptômes. Chaque type de prévention peut agir sur l'individu, les interactions avec les patients, l'organisation personnelle ou l'organisation institutionnelle.

DiTullio et MacDonald (1999) ont repris un modèle de stress spécifique aux soins palliatifs, créé par Vachon en 1987. Ce dernier tente d'identifier les conditions menant au stress et les exigences nécessaires au maintien d'un équilibre. Il soulève des facteurs de stress personnels et environnementaux ayant un impact sur les soignants. Ce dernier dispose de ressources personnelles et environnementales qui, si elles sont adéquates, permettent aux soignants de trouver un équilibre malgré la présence d'agents stressants. Cependant, il se peut que ces ressources ne soient pas suffisantes, ce qui engendre un stress et des manifestations individuelles (physiques et émotionnelles) et organisationnelles (conflits, altération de la communication au sein de l'équipe). Le professionnel va alors mettre en place des stratégies de coping afin d'y faire face et de rétablir un équilibre.

## 2. Problématique de recherche

Selon Gosselin (2009), la souffrance des soignants peut être qualifiée comme la gestion impossible de micro-compromis, perturbant le « prendre-soins ». Cette souffrance, poussée à son extrême, prend le nom de burnout. Truchot et Borteyrou (2009) ont précisé que le burnout est le résultat d'un écart entre les attentes initiales du professionnel lorsqu'il débute sa carrière et la réalité à laquelle il fait face lorsqu'il exerce sa profession.

Les soignants travaillant en soins palliatifs sont quotidiennement exposés à la souffrance et à la mort, ce qui peut ainsi amener à un sentiment d'impuissance. L'accompagnement des patients et de leurs familles durant cette dernière phase de la maladie leur demande un investissement intense.

De plus, l'institution hospitalière peut également contribuer à l'épuisement professionnel puisque le climat de travail peut être altéré par un manque de personnel, une surcharge de travail, des heures supplémentaires et horaires irréguliers, des conflits au sein de l'équipe ou encore le manque de reconnaissance. Aussi, l'institution ne laisse que peu d'espace pour le processus de deuil. Après le décès d'un patient, les soignants doivent réaliser les soins post-mortem, offrir un temps relationnel à la famille endeuillée, tout en assurant la continuité des soins auprès des autres patients. La charge de travail imposée ne permet pas toujours à l'équipe soignante de disposer de temps pour exprimer leurs ressentis et émotions face aux situations difficiles. Les soignants sont soumis à une double contrainte : créer conjointement des liens relationnels avec le patient et ses proches, tout en prenant de la distance afin de faciliter leur travail de deuil. En outre, d'autres facteurs institutionnels tels que la surcharge de travail, la pénurie ou la sous-dotation de soignants, la complexité des soins, les horaires irréguliers et le travail d'équipe n'offrent pas une qualité de travail optimale (Stordeur, Vandenberghe et D'hoore, 1999).

Actuellement, le système économique suisse restructure le financement des prestations de soins. L'économie a une place prépondérante au sein des hôpitaux et le besoin de rentabilité engendre un changement dans la prise en charge des

patients. Ainsi, les soignants, contraints à ces nouvelles directives, doivent s'adapter à cette nouvelle politique de santé et s'ils n'y parviennent pas, encourrent un risque d'épuisement professionnel (Wild, Pfister et Biller-Andorno, 2009).

Etant donné l'ampleur de ce phénomène au sein des services de soins palliatifs, il serait judicieux de le mettre en évidence et d'y apporter des solutions. Cependant, peu d'études sont publiées à ce sujet, les recherches étant principalement axées sur les « survivants », c'est-à-dire, les familles et les proches, plutôt que sur les soignants (Teresa, 2010).

### **2.1. Objectif de la recherche**

Le but de cette revue de littérature étoffée est d'identifier et de décrire les stratégies de coping permettant de faire face à l'épuisement professionnel dans les unités de soins palliatifs.

### **2.2. Question de la recherche**

L'état des connaissances nous amène à nous poser la question suivante : Quelles sont les stratégies d'adaptations que les soignants mettent en place afin de faire face à l'épuisement professionnel en soins palliatifs?

### 3. Cadre de référence

Le coping provient de l'anglais « to cope » qui signifie « faire face ». Ce modèle transactionnel du stress a été élaboré par Lazarus et Folkman dès 1966. Bruchon-Schweitzer (2001) souligne qu'au 19<sup>ème</sup> siècle, le concept de coping se rapportait à celui de mécanisme de défense puis a évolué vers la notion d'adaptation. En 1984, Lazarus et Folkman ont fait la distinction entre le coping et l'adaptation. En effet, une stratégie de coping est flexible, consciente, différenciée, et orientée vers la réalité. Elle permet à l'individu de maîtriser, diminuer ou accepter les perturbations induites par une situation stressante.

L'adaptation est un concept extrêmement large, incluant les notions de psychologie et de biologie ainsi que tous les modes de réactions des organismes vivants qui interagissent avec leur environnement. De plus, ce concept comprend des réactions d'ajustement répétitives et automatiques.

À l'inverse de l'adaptation, le coping inclut uniquement les situations vécues comme menaçantes ou stressantes et comprend des efforts cognitifs et comportementaux permettant à chaque individu de faire face à la situation stressante.

Selon Lazarus et Folkman (1984), trois éléments peuvent influencer la réaction de l'individu face au stress :

- La perception du stress
- L'expérience d'un agent de stress similaire
- Les efforts conscients pour surmonter une situation difficile (coping)

Le modèle transactionnel du stress s'intéresse à la manière dont l'individu perçoit la situation (stress perçu) et comment il mobilise ses ressources pour y faire face (contrôle perçu). Ainsi, une situation similaire peut être vécue différemment selon les individus, c'est pourquoi, nous pouvons dire que le stress est un processus multifactoriel, ayant des composantes affectives, cognitives, sensorielles, viscérales, endocriniennes et comportementales. Le coping est utilisé par un grand nombre de chercheurs en sciences infirmières et permet d'identifier les risques d'épuisement professionnel tout en mettant en évidence les stratégies de coping.

Afin de faire face à la situation stressante, le sujet met en place toutes sortes de stratégies centrées sur :

#### *La résolution du problème*

Le *coping centré sur le problème* vise à réduire les agents stressants et/ou à faire appel à ses propres ressources lors d'une situation stressante. L'individu cherche alors à mettre en place une action dans le but de résoudre le problème comme par exemple la planification, la prise de décision, la confrontation, etc.

#### *Les émotions*

Le *coping centré sur les émotions* comprend les diverses tentatives que l'individu met en place afin de réguler les tensions émotionnelles ressenties. Plusieurs méthodes peuvent atténuer ces tensions : la fuite, l'évitement, le déni, l'autoaccusation, la minimisation ou la recherche de soutien émotionnel.

Ce cadre de référence est particulièrement adapté à notre objectif de recherche, étant donné que les professionnels de la santé sont soumis à de nombreuses émotions intenses sur leur lieu de travail. Ils sont également amenés à utiliser leurs propres ressources quant à la résolution de problèmes auxquels ils sont quotidiennement confrontés. De plus, ce cadre est le plus appliqué en sciences infirmières et permet d'identifier des stratégies de coping dans le but de faire face à l'épuisement professionnel.

## **4. Méthode**

### **4.1. Argumentation du devis**

Selon Loiselle et Profetto-Mc Grath (2007), la revue de littérature étoffée permet de définir un problème de recherche en procédant à un état des connaissances actuelles. La confrontation des résultats des différentes recherches donne la possibilité de synthétiser les savoirs d'une thématique et de favoriser des stratégies afin d'améliorer la pratique professionnelle. Celle-ci permet de décrire les connaissances et d'identifier les stratégies de coping mises en place par les soignants afin de faire face à l'épuisement professionnel en soins palliatifs et de répondre de manière pertinente à la question de recherche.

### **4.2. Banques de données**

Dans le but d'apporter des éléments de réponse à la question, des recherches ont été effectuées dans des banques de données afin d'obtenir des articles scientifiques en lien avec le sujet. Ceux-ci sont issus des banques de données suivantes : PubMed, Medline et CINAHL. Les banques de données sont des bibliothèques fondamentales permettant de partager des informations ou d'élaborer une revue en sciences infirmières (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007). Cette recherche a été menée de septembre 2012 à juin 2014.

### **4.3. Critères de sélection**

Afin de cibler les études scientifiques retenues pour cette revue de littérature, différents critères de sélection ont été déterminés. Ceux-ci permettent de cibler des études concordantes avec le sujet.

#### **Les critères d'inclusion :**

- Etudes en anglais ou en français
- Population cible : les soignants exerçant dans un service de soins palliatifs
- Etudes en lien avec l'épuisement professionnel en soins palliatifs
- Etudes datées de moins de 15 ans

**Les critères d'exclusion :**

- Etudes datées de plus de 15 ans
- Etudes traitant du burnout dans d'autres services que les soins palliatifs

**4.4. Mots clés en anglais**

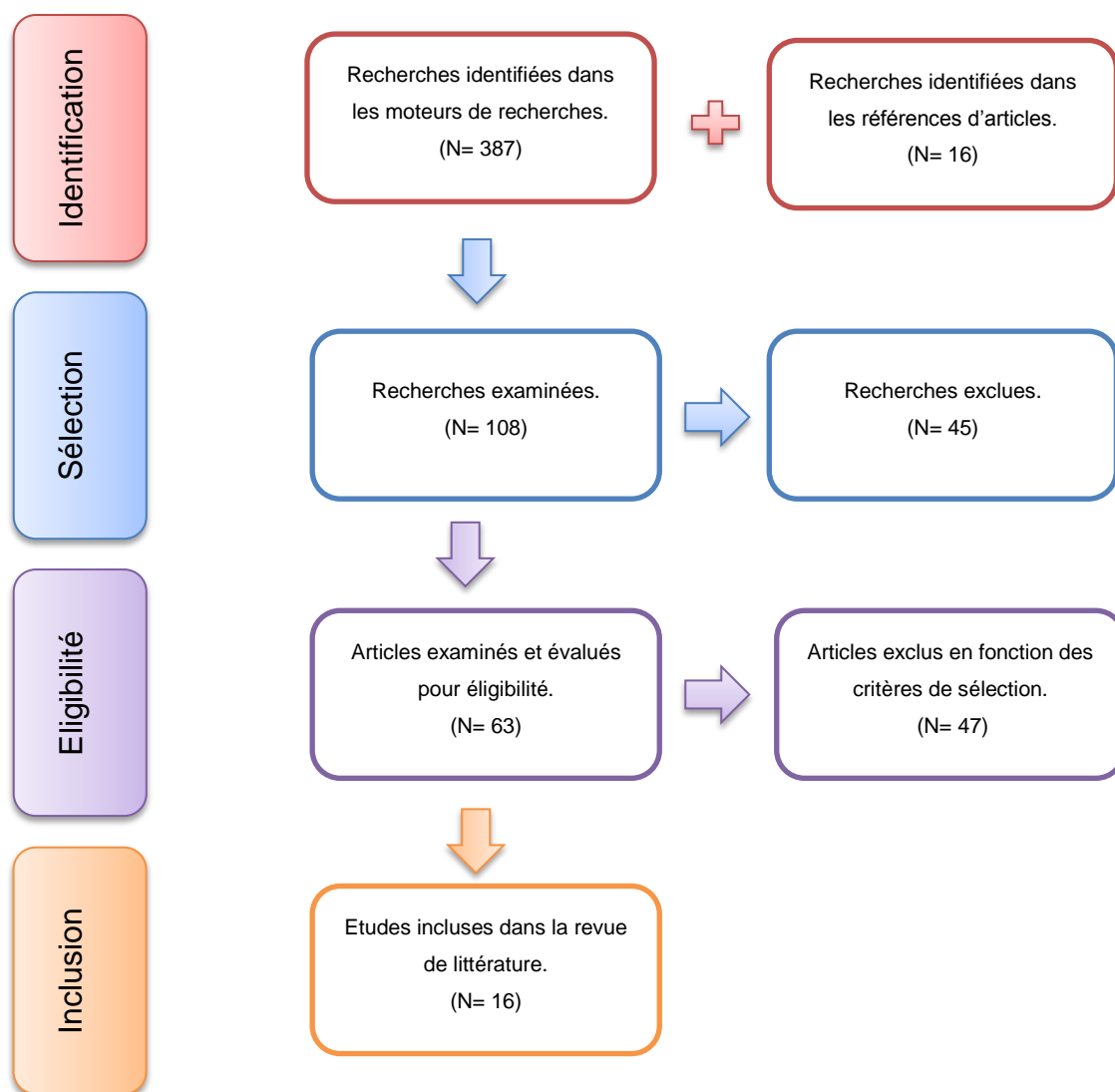
Afin de délimiter les recherches, les mots-clés suivants ont été choisis :

- |                        |                      |
|------------------------|----------------------|
| - Burnout professional | - Palliative care    |
| - Hospice care         | - Hospice nurses     |
| - Caregiver            | - Compassion fatigue |
| - Nurses               | - Stress             |

**4.5. Démarche d'analyse et stratégies de recherche**

Afin de procéder aux recherches dans les banques de données Pubmed, Medline et CINAHL, des termes MeSH en lien avec notre thématique ont été identifiés. Cela a permis de cibler les articles. Les bibliographies des études identifiées ont conduit vers d'autres articles scientifiques, ainsi 402 études ont été trouvées. La consultation des références des articles ont permis d'obtenir 16 recherches supplémentaires pour cette revue de littérature. La lecture des titres a donné la possibilité de faire une première sélection, 108 articles ont été retenus. Ensuite, afin d'évaluer leurs pertinences en lien avec le thème, les résumés ont été lus attentivement, ce qui a mené à conserver 63 articles. 47 de ceux-ci ont été exclus car ils ne correspondaient pas aux critères de sélection. Ces démarches ont permis de rassembler le nombre d'articles requis et au terme des recherches, 16 articles ont été retenus et intégrés à l'élaboration de la revue de littérature. Dans le but d'analyser les recherches, une grille de lecture critique a été utilisée et inclut plusieurs éléments : le type d'étude ou de devis de recherche, le but, la population, la méthode utilisée, les résultats et les aspects importants de la discussion. De plus, celle-ci a permis de synthétiser et de faire émerger les points essentiels de chaque article. Enfin, l'analyse de ces grilles donne la possibilité non seulement de catégoriser les résultats mais aussi de structurer le texte de la revue de littérature.

## Flow Chart des stratégies de recherches



## 5. Résultats

Cette revue de littérature étoffée comprend 16 articles scientifiques, qui ont appliqué différents devis de recherche. Trois études ont appliqué un devis de recherche qualitatif basée sur la phénoménologie et deux sur la théorisation ancrée. Un article retenu se présente sous la forme d'une revue de littérature systématique. Les autres études ont appliqué des devis quantitatifs : deux enquêtes, trois études descriptives transversales, trois descriptives corrélationnelles, deux observationnelles, ainsi que deux études expérimentales. L'ensemble de ces études a été publié entre 1999 et 2013. La revue de littérature systématique est composée d'articles datant de 1990 à 2010.

Les articles ont été réalisés dans plusieurs pays : le Royaume-Unis (5), les États-Unis (5), les Pays-Bas (1), le Canada (3), l'Australie (2), la France (1), l'Italie (1) et l'Afrique du Sud (1). Cette diversité géographique révèle l'impact international de cette problématique.

Le nombre de participant varie selon les études sélectionnées. Deux d'entre-elles comprennent jusqu'à dix participants tandis que neuf ont un échantillon entre 11 et 100 personnes. Cinq études contiennent un échantillon variant de 100 à 630 participants. Ces derniers travaillent dans des services de soins palliatifs sauf dans une étude qui compare une unité de soins palliatifs à une unité d'oncologie. Les soignants sont des infirmiers diplômés spécialisés ou non en soins palliatifs dans neuf études. Cinq portent sur des professionnels de la santé tels que les infirmiers, les médecins, les aides-soignants et les physiothérapeutes. Deux études incluent des professionnels travaillant dans des unités de soins palliatifs qui ne sont pas impliqués dans les soins (aumônier, secrétaire, assistant social, femmes de ménage, etc). Seules sept études ont obtenu l'approbation par un comité d'éthique mais toutes ont garanti l'anonymat des participants.

L'analyse des résultats a permis de faire émerger plusieurs thématiques principales (voir Tableau 2). Les facteurs de stress ainsi que le niveau de stress éprouvé par les soignants sont investigués dans six études (Ostacoli et al., 2010 ; Ablett et al., 2007 ; Sardiwalla et al., 2007 ; DiTullio et al., 1999 ; Peters et al., 2013 ; Hackett et al., 2009 ; Payne, 2001). Une étude (Ostacoli et al., 2010) a comparé le risque de

burnout entre une unité de soins palliatifs et une unité d'oncologie. 13 études ont évalué les stratégies de coping (Ablett et al., 2007 ; Sardiwalla et al., 2007 ; Peters et al., 2012 ; Abendroth et al., 2006 ; Alkema et al., 2008 ; DiTullio et al., 1999 ; Hackett et al., 2009 ; Payne, 2001 ; Desbiens et al., 2007 ; Melvin, 2012 ; Hackett et al., 2010 ; Pronost, 2001 ; Van Staa et al., 2000). La relation entre divers facteurs et le burnout a été explorée dans quatre études (Slocum-Gori et al., 2011 ; Abendroth et al., 2006 ; Alkema et al., 2008 ; Melvin, 2012). Pour finir, deux études (Pronost, 2001 ; Van Staa et al., 2000) ont évalué l'impact de la formation en soins palliatifs et la mise en œuvre d'un système de soins, afin de diminuer le risque d'épuisement professionnel.

### 5.1. Tableau 2 : Synthèse des résultats issus de la revue de littérature (N=16)

Thématiques	Articles correspondants	Synthèse des résultats
<b>Les facteurs de stress en soins palliatifs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ablett et al. (2007)</li> <li>- Ostacoli et al. (2010)</li> <li>- Payne (2001)</li> <li>- Sardiwalla et al. (2007)</li> <li>- DiTullio et al. (1999)</li> <li>- Alkema et al. (2008)</li> <li>- Van Staa et al. (2000)</li> <li>- Hackett et al. (2009)</li> <li>- Desbiens et al. (2007)</li> <li>- Peters et al. (2012)</li> <li>- Abendroth et al. (2006)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Facteurs institutionnels</b> : charge de travail, conflits dans l'équipe, pénurie de soignants, horaires irréguliers, salaires inadéquats, manque de soutien et de temps pour le deuil.</li> <li>- <b>Facteurs individuels</b> : Emotions ressenties face à l'exposition répétée à la mort, impuissance devant la souffrance du patient, manque d'expérience, jeune âge.</li> </ul>
<b>Les relations entre la fatigue de compassion, la satisfaction de compassion et le burnout</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alkema et al. (2008)</li> <li>- Slocum-Gori et al. (2011)</li> <li>- Abendroth et al. (2006)</li> <li>- Melvin (2012)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Risque plus élevé de burnout chez les personnes souffrant de fatigue de compassion.</li> <li>- La satisfaction de compassion diminue la fatigue de compassion.</li> </ul>
<b>Les stratégies de coping en soins palliatifs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Abendroth et al. (2006)</li> <li>- Alkema et al. (2008)</li> <li>- Ablett et al. (2007)</li> <li>- Pronost (2001)</li> <li>- Peters et al. (2012)</li> <li>- DiTullio et al. (1999)</li> <li>- Payne (2001)</li> <li>- Hackett et al. (2009)</li> <li>- Hackett et al. (2010)</li> <li>- Desbiens et al. (2007)</li> <li>- Sardiwalla et al. (2007)</li> <li>- Melvin (2012)</li> <li>- Van Staa et al. (2000)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Garder une distance professionnelle</li> <li>- Prendre soins de soi</li> <li>- Recourir à la supervision</li> <li>- Utiliser la réinterprétation positive</li> <li>- Avoir conscience de la foi et de la spiritualité</li> </ul>

Dans le but de répondre à la question de recherche, les thématiques citées dans le tableau sont développées.

## **5.2. Les facteurs de stress en soins palliatifs**

Selon Ablett et al. (2007), les professions relationnelles sont plus exposées au burnout que d'autres professions par rapport à la charge de travail accrue et le besoin d'accompagnement affectif et physique du patient et de sa famille. Ostacoli et al. (2010) mettent en évidence que les unités d'oncologie visent la guérison des patients en leur offrant des interventions de haute technologie. Les soins palliatifs, quant à eux, ont pour objectif de prendre soins des patients en phase terminale par la présence, le soutien, les soins de confort et la spiritualité.

Selon l'étude de Payne (2001), les résultats du Maslach Burnout Inventory ont relevé un faible niveau de stress chez les soignants en soins palliatifs, 60% des participants avaient un risque faible d'épuisement émotionnel. Des signes de dépersonnalisation ont été ressentis par 28%. L'accomplissement personnel est présent chez 31% des soignants qui se disent pleinement épanouis au travail. Ces résultats sont en contradiction avec l'étude de Sardiwalla et al. (2007), indiquant que les soignants avaient un niveau élevé des stress. Ces données ont été mesurées à l'aide de deux outils : le Maslach Burnout Inventory et le test "Experience of Work and Life Circumstances", basé sur sept types de facteurs de stress (internes et externes au travail, les facteurs institutionnels et le stress lié à la tâche professionnelle, les conditions physiques de la profession, la carrière et le salaire).

Les auteurs ont regroupé les facteurs en deux catégories : les facteurs de stress institutionnels (par exemple, charge de travail, conflits dans l'équipe) ainsi que les facteurs individuels (par exemple, la mort, le manque de soutien, l'incertitude face aux traitements ainsi que le manque de préparation pour faire face aux besoins émotionnels des patients et de leurs familles).

### *Les facteurs institutionnels*

Selon Sardiwalla et al. (2007), certains facteurs liés au travail incluent des problèmes de communication entre les différents professionnels, des conflits au sein de l'équipe pluridisciplinaire ainsi que des facteurs administratifs. DiTullio et al. (1999), Alkema et al. (2008) et Van Staa et al. (2000) ont relevé d'autres facteurs de stress tels que la charge de travail élevée, la pénurie de soignants, les horaires irréguliers, le salaire inadéquat, la faible reconnaissance sociale, la complexité des demandes, un

dysfonctionnement dans l'institution, l'imprévisibilité, l'insécurité au travail, le manque de soutien, le manque de préparation à subvenir aux besoins émotionnels de patients et des familles ainsi qu'un manque de temps pour le deuil. Hackett et al. (2009) et Sardiwalla et al. (2007) soulèvent également l'importance de la clarification des rôles. En effet, une ambiguïté peut se présenter lorsque les soignants n'ont pas de rôles définis au sein de l'organisation ou ne respectent pas leur rôle.

### *Les facteurs individuels*

Les facteurs individuels regroupent des facteurs psychologiques, démographiques, personnels, etc. Selon Desbiens et al. (2007), en plus de faire face à plusieurs facteurs de stress organisationnels affectant la vie et la santé des soignants, travailler en soins palliatifs exige de composer avec des facteurs émotionnels liés à la nature de du travail lui-même. Par exemple, l'anxiété au sujet de la mort, l'exposition à des deuils multiples, ainsi que l'impuissance devant la souffrance des patients et la détresse de leur famille. L'exposition répétée à la douleur et la souffrance physique et psychique est un facteur fréquemment relevé par les soignants (Ablett et al., 2007 ; Peters et al., 2013 ; Payne, 2001). Sardiwalla et al. (2007), ont également mentionné que des facteurs tels que le sentiment d'impuissance, la gestion des conflits avec le patient et leur famille et le processus de deuil augmentent le niveau de stress.

Selon Ablett et al. (2007), prendre soins de jeunes patients favorise le stress étant donné que les soignants s'y identifient et sont confrontés à leur propre mort. Plusieurs études ont soulevé que l'âge plus élevé, la longévité dans le service, l'expérience et que d'avoir choisi de travailler en soins palliatifs diminue le risque de burnout chez les soignants (Sardiwalla et al., 2007 ; Peters et al., 2012 ; Abendroth et al., 2006)

Sardiwalla et al. (2007) ont relevé qu'un environnement où les soignants font face à la mort est susceptible de développer chez eux une anxiété qui peut affecter les attitudes positives à l'égard de leurs patients. Ces facteurs de stress mènent à des conséquences telles que de l'absentéisme, une diminution de la qualité des soins, une augmentation des démissions pouvant aboutir à l'épuisement professionnel.

C'est pourquoi il est important que les soignants utilisent des stratégies de coping efficaces afin d'éviter les risques de burnout.

### **5.3. Les relations entre la fatigue de compassion, la satisfaction de compassion et le burnout**

La fatigue de compassion désigne les effets physiques et émotionnels ressentis par les soignants qui sont perpétuellement exposés à la souffrance. Ceux-ci comprennent l'anxiété, des pensées intrusives, des troubles du sommeil, de l'apathie et la dépression. La satisfaction de compassion, quant à elle, représente le plaisir de bien faire son travail. Etre de nature optimiste, avoir de bonnes ressources sociales, maintenir une bonne santé et mener une vie équilibrée sont des facteurs influençant la satisfaction de compassion (Alkema et al., 2008).

Selon Slocum-Gori et al. (2011), les personnes souffrant de fatigue de compassion étaient plus à risque d'épuisement professionnel. Parmi tous les corps de métiers analysés, ce sont les infirmières qui ont le niveau de fatigue de compassion le plus élevé car c'est une profession en lien direct avec les patients et les soins, où la compassion est vitale. Les résultats indiquent que le niveau de satisfaction de compassion pourrait augmenter si la politique de santé soutenait davantage les employés en soins palliatifs. De plus, le taux d'activité ainsi que le statut professionnel ont un lien direct avec le risque d'épuisement professionnel. En effet, travailler à temps partiel augmente la satisfaction de compassion car elle permet au soignant de maintenir un bon équilibre entre la vie professionnelle et privée. Par rapport au statut professionnel, le fait d'avoir des responsabilités et de l'autonomie valorise le professionnel et tend à diminuer ainsi la fatigue de compassion et le risque de burnout.

D'après l'étude d'Abendroth et al. (2006), une empathie malsaine trouble la frontière entre la vie professionnelle et personnelle. Etant donné que la souffrance, la tristesse et la mort sont des réalités aux soins palliatifs, les infirmières y travaillant font preuve de beaucoup d'empathie envers les patients et leurs familles et sont donc à risque en matière d'épuisement professionnel. Sur 216 infirmières interrogées, 57 d'entre-elles avaient un haut risque de fatigue de compassion, se traduisant chez 36.1% d'entre-

elles par des maux de tête. Le 80% de l'échantillon avait un risque modéré à élevé de fatigue de compassion pouvant se transformer en épuisement professionnel. L'étude de Melvin (2012) soutient que sans stratégie de coping adéquate, les participants étaient à risque de développer de la fatigue de compassion. Deux facteurs de stress menant à la fatigue de compassion ont été relevés : l'exposition répétée à la mort ainsi que la charge physique et émotionnelle que requièrent les soins palliatifs.

#### **5.4. Les stratégies de coping utilisées en soins palliatifs**

Le coping dans les soins ainsi que les stratégies mises en place par les infirmières en soins palliatifs sont présentés dans les points suivants.

##### **5.4.1. Le coping dans les soins palliatifs**

Les stratégies de coping permettent d'identifier les risques d'épuisement professionnel tout en mettant en évidence les moyens pour y faire face. Dans cette revue de littérature, 13 auteurs ont évalués l'importance et l'efficacité des stratégies de coping en soins palliatifs.

Abendroth et al. (2006), soulèvent que les infirmières en soins palliatifs utilisent de nombreux mécanismes de défenses afin de travailler dans un environnement calme et serein. Toutefois, c'est la nature même du travail en soins palliatifs qui est difficile et qui peut amener au burnout. Selon Alkema et al. (2008), la durée de travail dans la profession dépend de sa capacité à faire face aux facteurs de stress et de prendre soin de soi, ce qui réduit considérablement le risque d'épuisement professionnel. Selon Ablett et al. (2007), les soignants résilients et qui maintiennent un sentiment de bien-être sont plus susceptibles de continuer à travailler en soins palliatif et de fournir des soins de qualité.

Pronost (2001) soutient que la formation post-grade en soins palliatifs permet aux infirmiers d'utiliser des stratégies de coping positives. De plus, la formation développe de nouvelles stratégies actives et cognitives de coping ayant pour but d'augmenter le sens de l'accomplissement personnel et ainsi, diminuer le risque de burnout. Peters et al. (2012), soulignent que les stratégies de coping sont souvent utilisées par les infirmiers et qu'elles ont un effet positif sur le stress. Cependant, les

cadres ont souvent tendance à négliger ce point, alors que de nombreuses stratégies de coping touchant l'aspect organisationnel du service ne sont réalisables qu'avec l'appui des supérieurs. De plus, le manque de soutien est relevé fréquemment comme facteur menant à la détresse psychologique.

#### **5.4.2. Les stratégies de coping mises en place par les infirmières en soins palliatifs**

##### *La distance professionnelle*

Ablett et al. (2007) relèvent que les soignants sont contraints à mettre des distances entre leur vie professionnelle et personnelle car la relation avec les patients et leur famille est omniprésente et il y a un risque de trop s'attacher aux patients. Parfois, les soignants vivent des fins de vie compliquées et il est difficile de ne plus y penser lorsqu'ils quittent leur lieu de travail. Les soignants en soins palliatifs sont particulièrement contraints à établir une distance professionnelle et non amicale avec les patients et leur famille car l'attachement peut rendre le deuil difficile et entraîner à long terme, un risque d'épuisement professionnel. DiTullio et al. (1999) soulèvent également qu'il est primordial de poser un cadre et des limites car cela peut engendrer une fatigue psychique chez les soignants.

##### *Prendre soin de soi*

DiTullio et al. (1999) ressortent des stratégies permettant de prendre soin de soi : la relaxation, la méditation, partager des relations en dehors du travail, prendre du temps pour exercer des activités comme pratiquer de l'exercice physique, ou des loisirs permet de se sentir épanoui au niveau personnel et professionnel et d'éviter un risque d'épuisement professionnel. Ablett et al. (2007) mettent également en évidence la nécessité d'un bon équilibre entre la vie privée et professionnelle.

##### *La résolution de problème au moyen de la supervision*

Selon Payne (2001), afin d'améliorer le bien-être au travail et diminuer le risque d'épuisement émotionnel, il est recommandé que les cadres ou responsables de services favorisent les échanges et mettent en place des groupes de parole et de résolution de problème avec une personne externe au service. Cette méthode est aussi appelée la supervision. De plus, une préparation et un soutien externe quant à la manière de se détacher et de traiter les besoins émotionnels des patients en fin de

vie devrait être mise en œuvre car cela ne fait pas partie de la formation d'infirmier et augmente le risque d'épuisement émotionnel. Hackett et al. (2010) soutiennent qu'un encadrement par une personne externe devrait inclure un enseignement sur les effets du stress et l'importance de prendre du temps pour soi, afin d'être apte à gérer les exigences inhérentes au travail en soins palliatifs.

La pratique réflexive est une démarche de réflexion afin d'améliorer la pratique. Pour Ablett et al. (2007), un superviseur permet également au personnel soignant de reconnaître l'impact émotionnel des soins en fin de vie et de pouvoir y mettre des mots. Selon Peters et al. (2012), des interventions organisationnelles telles que le débriefing, le mentorat et la supervision ont été relevés comme ayant un effet positif sur les soignants. Ils soulignent également qu'un moment de discussion après un événement traumatique, tel un décès, aide les soignants à gérer leurs deuils.

#### *La réinterprétation positive*

Desbiens et al. (2007) ont observé que la réinterprétation positive constitue la stratégie de coping la plus employée, tandis que le désengagement est une stratégie moins fréquemment utilisée, tout comme les stratégies religieuses. La réinterprétation positive est la capacité à trouver un sens positif. L'utilisation de « stratégies de fabrication du sens » permet aux infirmières qui travaillent en soins palliatifs de s'adapter de manière positive face à l'exposition répétée à la mort des patients tout en favorisant une qualité de vie, malgré la présence de la douleur et de la fatigue. DiTullio et al. (1999) relèvent les aspects positifs et enrichissants des soins palliatifs : être là plutôt que de s'acharner à guérir, vivre la mort comme une transition de la vie et une délivrance. C'est un domaine qui requiert des qualités de travail uniques où l'on soutient les patients et les familles dans un climat de travail propre aux soins palliatifs.

#### *La foi*

Pour DiTullio et al. (1999), la spiritualité et la foi constituent des stratégies de coping permettant de trouver un sens lors de situations difficiles. Selon Alkema et al. (2008), la satisfaction au travail est liée aux aspects émotionnels et spirituels. Cependant, Desbiens et al. (2007) relèvent que la spiritualité n'est que très peu utilisée par les soignants.

## 6. Discussion

Les principaux résultats en lien avec la problématique seront discutés. Six études portaient sur les facteurs de stress en soins palliatifs, tandis que quatre ont abordé les relations entre la fatigue de compassion, la satisfaction de compassion et le burnout. La majorité des recherches ont mis en évidence des stratégies permettant aux soignants de faire face à l'épuisement professionnel. Puis, des perspectives pour la pratique professionnelle seront décrites. Pour finir, nous exposons les limites des études sélectionnées, de la revue de littérature étoffée ainsi qu'un regard critique sur celle-ci.

### 6.1. Principaux résultats en lien avec la problématique

L'épuisement professionnel en soins palliatifs, la comparaison du niveau d'épuisement entre les soins palliatifs et les autres spécificités ainsi que les stratégies de coping des soignants sont discutés dans les paragraphes suivants.

#### 6.1.1. L'épuisement professionnel en soins palliatifs

Selon DiTullio et al. (1999), les soins palliatifs exigent des compétences répondant aux besoins physiques, émotionnels et spirituels de personnes en fin de vie ainsi qu'à leurs proches. Les soignants les accompagnent jusqu'à la mort, le plus grand dilemme de la vie humaine. Ceux-ci ont des besoins et des préoccupations qui se trouvent au-delà des limites conventionnelles de la médecine et font face à de nombreux facteurs de stress.

La principale source de stress en soins palliatifs qui figure dans chaque étude et amène à l'épuisement professionnel est l'exposition perpétuelle à la mort. Selon Slocum-Gori et al. (2011), travailler entre la vie et la mort cultive une conscience aigüe de la fragilité de la vie et cela renvoie également le soignant à sa propre mort. Sardiwalla et al. (2007), relèvent également que l'exposition à la mort est émotionnellement intense pour les soignants qui se sentent impuissants. Hackett (2010) et Ablett et al. (2007) soutiennent que de travailler avec les patients en phase terminale peut être potentiellement stressant, car cela éveille une prise de conscience de sa propre vulnérabilité et mort. D'après l'étude de Melvin (2010), les soins palliatifs exigent des professionnels compétents, procurant des soins fondés

sur la compassion, le respect de la dignité et une appréciation de la personne à part entière et de sa famille. Les soignants ont un rôle crucial dans l'accompagnement des personnes en fin de vie. Selon Slocum-Gori et al. (2011) et Abendroth et al. (2006), cette profession requiert une empathie considérable, ce qui amène les soignants à ressentir de la fatigue émotionnelle. Van Staa et al. (2000) et Alkema et al. (2008) soulignent que les professionnels de la santé sont présents lors de périodes difficiles pour les patients et leur famille et vivent continuellement des situations stressantes, traumatiques, et bouleversantes. Ces confrontations augmentent le risque d'épuisement professionnel par rapport à d'autres professions, c'est pourquoi il est important que de travailler en soins palliatifs soit une vocation pour le soignant.

#### **6.1.2. Comparaison du niveau d'épuisement professionnel entre les soins palliatifs et les autres spécificités**

Une seule étude (Sardiwalla et al. 2007), indique que les soignants ont un niveau élevé de stress dans les unités de soins palliatifs. L'épuisement émotionnel et la dépersonnalisation étaient omniprésents. De plus, le niveau d'accomplissement personnel était très bas, ce qui indique un degré élevé de burnout parmi les soignants.

Cependant, les autres études montrent des résultats contraires. Selon Ablett et al. (2007), bien que le fait de travailler avec des patients atteints de cancer est considéré comme un facteur de stress, le personnel en soins palliatifs vit des niveaux inférieurs d'épuisement professionnel par rapport à d'autres types d'unités de soins. Plusieurs raisons sont mentionnées. Aux soins palliatifs, il y a moins de conflits et de dilemmes éthiques entre les traitements curatifs et palliatifs. Selon Peters et al. (2012), les soignants qui exercent en soins palliatifs ne s'acharnent pas à maintenir en vie le patient mais l'accompagne durant son stade de la maladie. La philosophie des soins palliatifs inclut une prise en charge holistique, c'est-à-dire, non seulement les sciences médicales mais également les aspects relationnels, la compassion et le prendre soin. La place accordée au temps relationnel avec les patients ainsi que leur famille offre une grande satisfaction de travail. De plus, les infirmiers en soins palliatifs possèdent de nombreuses ressources personnelles permettant de prévenir l'épuisement professionnel.

Desbiens et al. (2007), et Sardiwalla et al., (2007) mentionnent que l'accompagnement de personnes en fin de vie peut également avoir des résultats affectifs positifs. En effet, cela peut être une source de croissance personnelle et de satisfaction et permet aux soignants de donner un sens à la mort. La nécessité de trouver ce sens est considérée comme une force de motivation profonde pouvant diminuer la détresse des soignants et ainsi, améliorer leur qualité de vie au travail et dans la vie privée.

### **6.1.3. Les stratégies de coping des soignants en soins palliatifs**

La distance professionnelle, prendre soin de soi, la résolution de problèmes par la supervision, la réinterprétation positive et la foi sont les principales stratégies de coping mentionnées dans les études. Selon le modèle transactionnel du stress élaboré par Lazarus et Folkman (1966), certaines stratégies de coping sont basées sur la résolution de problème et d'autres, sur les émotions.

Les soignants qui recourent à la résolution du problème visent à réduire les agents stressants et/ou font appel à leurs propres ressources. Selon les études, la stratégie de coping suivante est relevée :

#### *La résolution de problème par la supervision*

Selon Payne (2001), afin d'améliorer le bien-être au travail et de diminuer le risque d'épuisement émotionnel, il est recommandé que les cadres ou responsables de services favorisent les échanges et mettent en place des groupes de parole et de résolution de problème avec une personne externe au service. De plus, une préparation et un soutien externe quant à la manière de se détacher et de traiter les besoins émotionnels des patients en fin de vie devrait être mise en œuvre. Pour Ablett et al. (2007), cela permet au personnel soignant de reconnaître l'impact émotionnel des soins en fin de vie et de pouvoir y mettre des mots. D'autres stratégies ont été relevées par Peters et al. (2012), telles que le débriefing, le mentorat et un moment de discussion après un événement traumatique aident les soignants à s'adapter et à gérer leurs deuils. Ces stratégies sont reconnues comme étant efficaces mais sont parfois ignorées par les responsables de service ou alors,

les contraintes institutionnelles telles que le manque de temps et de ressources financières entravent ces possibilités.

Les stratégies de coping centrées sur les émotions permettent aux soignants de réguler les tensions émotionnelles ressenties. Dans les recherches, trois d'entre-elles ont émergées :

#### *La distance professionnelle*

Ablett et al. (2007) relèvent que les soignants sont contraints à mettre des distances entre leur vie professionnelle et personnelle car il y a un risque d'attachement excessif aux patients. Dans les soins, la relation favorise la confiance, l'aide et le respect, c'est pourquoi il est important de se préparer à la séparation ce qui facilite ainsi le processus de deuil. Cependant, la notion d'attachement est ambiguë étant donné que les soignants entrent dans l'intimité des patients, par exemple lors des soins d'hygiène ou lorsque le patient se confie au soignant. L'implication des soignants dans ce type de relation rend difficile leur processus de deuil. Parfois, les soignants vivent des fins de vie compliquées et il est difficile de ne plus y penser lorsqu'ils quittent leur lieu de travail. S'ils ne parviennent pas à faire la distinction entre leur vie privée et professionnelle, ils sont alors à risque de burnout.

#### *Prendre soin de soi*

Afin de trouver un équilibre entre la vie privée et professionnelle, il est primordial que les individus prennent soins d'eux en faisant des activités qui leur procurent du plaisir. DiTullio et al. (1999) ressortent des stratégies telles que la relaxation, la méditation, les relations sociales, l'exercice physique, ou les hobbies qui permettent de se sentir épanoui au niveau personnel. Le bien-être psychologique contribue à la satisfaction personnelle et professionnelle et permet d'éviter un risque de burnout (Ablett et al., 2007). Les soignants ne peuvent pas prendre soins des autres s'ils ne prennent pas soins d'eux car le mal-être se fait ressentir dans la relation.

#### *La foi*

La spiritualité et la foi constituent des stratégies de coping permettant de trouver un sens lors de situations difficiles (DiTullio et al. 1999). Les convictions religieuses sont propres à chaque individu et les soignants sont confrontés à prendre soins de patients de religions différentes. Croire en la vie éternelle permet aux soignants de

mettre un sens aux fins de vie des patients et permet une meilleure gestion des deuils.

Les deux types de stratégies de coping ont été utilisés par les soignants. En effet, la stratégie par la résolution de problème a fréquemment été relevée dans les études et a démontré l'importance de reconnaître l'existence de problèmes et d'agir en conséquence. La stratégie centrée sur les émotions permet également de ne pas se laisser submerger par des situations stressantes et envahissantes.

## **6.2. Recommandations pour la pratique et perspectives**

Selon les études, plusieurs recommandations pour la pratique ont été mises en évidence.

### *Compréhension du stress*

Selon DiTullio et al. (1999), persévérer la recherche dans l'identification et la clarification de l'impact de l'environnement sur le stress préserverait la santé et la viabilité des professionnels dévoués au service des autres. Ceci permettrait aux soignants d'en connaître davantage, d'évaluer leur niveau de stress et ainsi, d'agir sur les facteurs déclenchants et de trouver des stratégies pour faire face au burnout. De plus, Melvin (2012) a soutenu que des travaux scientifiques complémentaires sur le phénomène de la fatigue de compassion amélioreraient les connaissances et la compréhension des effets de l'exposition répétée à la mort du patient. En effet, la littérature scientifique, basée sur de nombreuses études, apporte des éléments et des pistes d'actions concrètes ayant pour but d'aider les soignants en matière d'épuisement professionnel.

### *Soutien social*

La communication entre les membres de l'équipe est une aide essentielle pour prévenir le stress (Abendroth et al. 2006 ; Van Staa et al. 2000 ; Hackett et al. 2010 ; Di Tullio et al. 1999 ; Sardiwalla et al. 2007 ; Peters et al. 2012). Les conflits d'équipe engendrent un niveau élevé de fatigue psychologique et de tensions. Etant donné que les soignants consacrent la majeure partie de leur temps au travail, il est primordial de résoudre ces conflits et de prendre le temps de communiquer avec ces

collègues. La résolution de problème par la communication permet de se libérer des tensions internes et diminuer ainsi le risque de burnout.

#### *Soutien du système politique*

De nombreuses recherches ont appuyé le fait que les professions d'aide sont les plus touchées par le burnout, c'est pourquoi, le système politique de santé doit en tenir compte et fournir le financement nécessaire pour la prévention (Slocum-Gori et al. 2011). Les recommandations permettant de soulager cette problématique devraient inclure l'examen du fonctionnement institutionnel par rapport à la dotation du personnel, des salaires plus élevés ainsi que de meilleurs équipements matériels (Sardiwalla et al., 2007).

#### *Formation continue*

Ostacoli et al. (2010) et Van Staa et al. (2000) ont mentionné que des formations centrées sur l'accompagnement des patients en phase terminale permettraient de réduire l'écart entre l'idéal (guérison) et le possible (prestations de soins) car la formation de base enseigne la visée curative des soins. En effet, les soignants sans formation complémentaire ne sont que peu préparés à prodiguer des soins palliatifs et sont susceptibles de ressentir un sentiment d'impuissance et d'échec face à la réalité d'une guérison impossible. Payne (2001) a également relevé qu'une préparation quant à la manière de se détacher et de traiter les besoins émotionnels des patients devrait être mise en œuvre. Une évaluation du stress sur le lieu de travail serait également pertinente afin de juger la nécessité de programmes de soutien (Peters et al., 2012).

De plus, la formation continue amène généralement les soignants à analyser l'importance des liens entre leurs actes, leur affectivité et leurs représentations. Elle permettrait aux soignants de développer des stratégies de coping positives, de favoriser l'adaptation, de développer une capacité d'analyse et de prise de conscience de l'existence du burnout ainsi qu'une meilleure utilisation des ressources pour diminuer les tensions (Pronost, 2001).

### *Rôle des cadres*

Selon Melvin (2012), ce rôle devrait permettre d'étudier et d'élaborer des stratégies de coping spécifiques aux besoins des soignants en soins palliatifs afin de leur apporter un soutien. Payne (2001) a indiqué que les cadres ou responsables de services devraient favoriser les échanges positifs interdisciplinaires et mettre en place des groupes de parole et de résolution de problème avec une personne externe au service. En effet, les soignants ont la possibilité de relever les dysfonctionnements et leurs attentes par rapport à un changement bénéfique dans leur milieu de travail. C'est pourquoi les cadres disposent d'un rôle primordial, eux seuls, ont le pouvoir d'agir et de mettre en place des actions permettant d'améliorer les conditions de travail.

### *Modèle de stress et coping*

D'après l'étude de DiTullio et al. (1999), un modèle serait conseillé afin de maintenir la santé des soignants dans ce type de soins où la compassion est très présente. Il permettrait de proposer des interventions efficaces aux professionnels de la santé. Les auteurs de l'étude ont créé un modèle (Annexe 2) à partir de celui de Vachon (1987) donnant la possibilité de mieux comprendre la dynamique du stress en soins palliatifs. Le modèle créé, nommé Life Model (Annexe 2), permet d'identifier les conditions menant au burnout et les besoins nécessaires pour maintenir l'homéostasie. Le rétablissement de cet équilibre dépend uniquement de la présence de stratégies d'adaptation. Ce modèle est concret et donne des pistes d'actions efficaces, c'est pourquoi il devrait être proposé dans toutes les unités de soins palliatifs.

## **6.3. Limites et critiques méthodologiques des études**

Plusieurs limites ont été observées dans les études sélectionnées. Il est important de les mentionner car elles ont influencé les résultats.

### *La sélection des participants*

Dans les études de Hackett et al. (2009) ainsi que Peters et al. (2013), les participants ont choisi d'y participer, ce qui ne représente peut-être pas la réalité. Par exemple, il est possible que le personnel soignant se sentant significativement

stressé ou sous pression n'a pas eu l'énergie et la force de prendre du temps et de s'investir dans l'étude. Payne (2001) relève également cette problématique en précisant que les soignants souffrant d'épuisement professionnel ou de niveau de stress élevé ont peut-être déjà quitté leur emploi. Il précise également que le fait de ne pas distinguer le personnel qualifié ou non, peut influencer les résultats. Cependant, pour Desbiens et al. (2007), les soignants les plus stressés ont pu ressentir plus d'enclins à participer à l'étude et ainsi, s'assurer que leur voix a été entendue et prise en compte.

Dans l'étude de Peters et al. (2013), le questionnaire a été proposé aux infirmiers en soins palliatifs qui ont assisté à la réunion de présentation de l'étude. Cette méthode de recrutement a pu contribuer au faible taux de réponse qui était de 46%.

#### *La récolte des données*

Dans l'étude de Payne (2001), les participants se sont autoévalués en matière de stress et d'épuisement, plutôt que de recourir à une observation par des pairs ou des évaluations indépendantes. Ceci signifie que les réponses ont pu être biaisées car les participants n'ont pas osé parler de ce qui n'est socialement pas acceptable. Selon Hackett et al. (2009), comme il s'agit d'une étude transversale, les résultats ont donné un aperçu du stress régnant dans deux unités de soins palliatifs durant un temps limité. Peters et al. (2013) soulignent qu'une étude longitudinale pourrait contribuer à une compréhension plus approfondie et holistique des phénomènes de stress vécus par les soignants en soins palliatifs. De plus, selon Hackett et al. (2009), l'outil de mesure HSE ne peut fournir des indications précises concernant le stress lié au travail. Il suggère que de recourir à de groupes de discussions serait une façon d'y remédier. Desbiens et al. (2007) relèvent que les instructions fournies sur la manière de remplir le questionnaire COPE n'étaient pas suffisamment précises et que cela a eu une influence sur les résultats.

#### **6.4. Limites de la revue de littérature étoffée**

Cette revue de littérature comprend quelques limites. Premièrement, le taux d'épuisement professionnel chez les soignants varie considérablement selon les recherches, en indiquant des taux parfois plus faibles ou plus élevés. Deuxièmement,

la plupart de nos études étaient transversales. Selon Desbiens et al. (2007), les études longitudinales permettraient de mieux correspondre à la réalité car il s'agit d'un processus qui agit au fil du temps et permet d'évaluer les stratégies de coping à long terme. Les dates des études ont également été une limite à la réalisation de la revue de littérature étoffée. En effet, quatre d'entre-elles datent de plus de dix ans, ce qui peut biaiser les données car la recherche en science infirmière est en constante évolution. Pour finir, six études possédaient un échantillon de moins de 100 participants, ce qui rend les résultats moins significatifs par rapport à un échantillon plus large.

### **6.5. Regard critique**

Un grand nombre d'études scientifiques consacrées à l'épuisement professionnel en soins palliatifs ont été publiées, le sujet étant d'actualité. De plus, de nombreuses études se rapportaient à notre question de recherche en identifiant les stratégies de coping. Les résultats des études étaient généralement identiques et correspondent aux espérances de départ. En effet, de nombreuses stratégies permettant de faire face à l'épuisement professionnel ont été mises en évidence et en tant que futures professionnelles, cette revue de littérature étoffée apporte des pistes d'action concrètes.

## Conclusion

Cette revue de littérature étoffée a permis de récolter des données actuelles sur l'épuisement professionnel en soins palliatifs. Celui-ci a des répercussions sur la diminution de la qualité des soins. C'est pourquoi, identifier des stratégies d'adaptations efficaces permettant de faire face au burnout nous a semblé primordial. Nous espérons que les soignants puissent trouver un soutien et une aide concrète grâce aux pistes d'actions relevées dans cette revue de littérature étoffée. De plus, nous sommes convaincues que ces résultats sont transférables dans toutes les spécificités infirmières.

Ce travail nous a donné la possibilité de trouver des réponses à notre questionnement ainsi que de faire évoluer nos représentations de départ. En effet, la pénibilité du travail en soins palliatifs par rapport à la confrontation perpétuelle à la souffrance et à la mort nous semblait plus intense qu'au sein d'autres types de services. Les professionnels de la santé exerçant en soins palliatifs sont davantage préparés à accompagner les patients durant la fin de leur vie. Ainsi, l'absence de dilemme éthique du passage entre les soins curatifs aux soins palliatifs diminue considérablement les conflits au sein des équipes, le sentiment d'échec et l'épuisement professionnel.

Durant la réalisation de ce travail, nous aurions souhaité pouvoir rencontrer les professionnels sur le terrain. Toutefois, avec du recul, nous constatons que la revue de littérature étoffée a un réel avantage : elle nous a permis de récolter des données provenant de plusieurs pays, comprenant un échantillon de population important. En tant que novices, nous avons développé des compétences applicables pour notre futur professionnel et sommes conscientes de ses bénéfices.

## Bibliographie

- Abendroth M., Flannery J., (2006). Predicting the Risk of Compassion Fatigue. A study of Hospice Nurses, *Journal of Hospice and palliative nursing*, 8(6), 346-356.
- Ablett J., Jones R.S.P. (2007) Resilience and well-being in palliative care staff : A qualitative study of hospice nurses'experience of work. *Psycho-Oncology*, 16, 733-740.
- Alkema, K., Linton, J-M., (2008). A study of the relationship between self-care, compassion satisfaction, compassion fatigue, and burnout among hospice professionals, *Journal of social work in end-of-life & palliative care*, 4(2), 101-119.
- Barbier, D. (2004). The burnout syndrome of the caregiver. *Presse Médicale*, 6, 394-399.
- Binder, J., Von Wartburg, L. (2010). Directives nationales concernant les soins palliatifs. Berne : OFSP et CDS.
- Bruchon-Schweitzer, M., (2001). Le coping et les strategies d'ajustement face au stress. *Recherche en soins infirmiers*, 67, 68-83.
- Demirci, S., & al. (2009). Evaluation of burnout syndrome in oncology employees. *Medical Oncology*, 3, 968-974.
- Desbiens, J-F., Fillion, L. (2007). Coping strategies, emotional outcomes and spiritual quality of life in palliative care nurses, *International Journal of Palliative Nursing*, 13(6), 291-300.
- DiTullio, M., MacDonald, D. (1999). The struggle for the soul of hospice : Stress, coping, and change among hospice workers. *American journal of hospice and palliative care*, 5, 641-655.
- Giorgio, M-T., (2013, 16 décembre). *Test d'inventaire de Burn Out de Maslach : pour diagnostiquer un épuisement professionnel*. [Page WEB]. Repéré à <http://www.atousante.com/risques-professionnels/sante-mentale/stress->

professionnel/test-inventaire-burn-out-maslach-diagnostiquer-epuisement-  
professionnel/

Gonik, V., Lazor-Blanchet, C., (2013, 14 mars). *HR Today, Le Burnout concerne 20% de la population active.* [Page WEB]. Repéré à <http://www.hrtoday.ch/fr/article/le-burnout-concerne-20-pour-cent-de-la-population-active>.

Gosselin, L. (2009). La souffrance des soignants en oncologie : études des ethnométhodes individuelles et collectives de distanciation. *Cahier d'éthnométhologie*, 3, 35-50.

Hackett, A., Palmer, S., Farrants J., (2009), Phase 1 of an investigation into the levels of stress in United Kingdom hospice services. *International Journal of Palliative Nursing*, 15(2), 66-72.

Hackett, A., Palmer, S., (2010). An investigation into the perceived stressors for staff working in the hospice service, *International Journal of Palliative Nursing*, 16(6), 289-295.

Jaberg, S., (2013, 3 mai). *Swissinfo, La souffrance au travail, toujours un tabou.* [Page WEB]. Repéré à [http://www.swissinfo.ch/fre/societe/La\\_souffrance\\_au\\_travail,\\_toujours\\_un\\_tabou.html?cid=32549108](http://www.swissinfo.ch/fre/societe/La_souffrance_au_travail,_toujours_un_tabou.html?cid=32549108).

Kushnir, T., Rabin, S., Azoulay, S. (1998). A descriptive study of stress management in a group of pediatric oncology nurses. *Cancer Nursing*, 6, 414-421.

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

Loiselle, C., Profetto-Mc Grath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : ERPI.

Lüthi, U. (2007). Prévenir l'infarctus de l'âme. *Soins infirmiers*, 1, p. 38-40.

Melvin, C-S., (2012). Professional compassion fatigue: what is the true cost of nurses caring for the dying?, *International Journal of Palliative Nursing*, 18(12), 606-611.

Noburnout. (2013, 3 avril). *Qu'est-ce que le burnout ?* [Page WEB]. Repéré à <http://www.noburnout.ch/live/information#quoiburnout>.

- Office Fédéral de la Santé Publique. (2013, 3 mai). *Stratégie soins palliatifs*. [Page WEB]. Repéré à : <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/13764/index.html?lang=fr>
- Ostacoli, L., et al. (2010). Comparison of experienced burnout symptoms in specialist oncology nurses working in hospital oncology units or in hospices, *Palliative and Supportive Care*, 8, 427-432.
- Paulhan, I., Bourgeois, M. (1995). *Stress et coping. Les stratégies d'ajustement à l'adversité*. France : PUF.
- Payne, N., (2001), Occupational stressors and coping as determinants of burnout in female hospice nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 33(3), 396-405.
- Peters, L. et al. (2012). Is work stress in palliative care nurses a cause for concern? *International journal of Palliative Nursing* 2012, 18(11), 561-567.
- Peters, L., Lee, S., O'Connor, M., (2013)., Workplace stressors : a survey of palliative care nurses in Australia, *End of Life Journal*, 3(1), 1-10.
- Pronost, A-M., (2001). La prévention du burnout et ses incidences sur les stratégies de coping, *Recherche en soins infirmiers*, 67, 121-131.
- Psy.be. (2013, 3 avril). *Le burn-out*. [Page WEB]. Repéré à <http://www.psy.be/travail/fr/maletre/burn-out.htm>.
- Reutlinger, B. (2014, 27 janvier). *Le burnout à l'hôpital cantonal de Lucerne*. [Page WEB]. Repéré à <http://www.interpharma.ch/fr>.
- Roberton, G. (2012). *Mémoire de fin d'études*. Paris : Elsevier Masson.
- Sardiwalla, N., VanderBerg, H., Esterhuyse, K. (2007). The role of stressors and coping strategies in the burnout experienced by hospice workers. *Cancer nursing*, 6, 488-497.
- Schraub, S., Marx, E. (2004). Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants ou burnout en cancérologie. *Bull Cancer*, 91(9), 673-676.
- Senem, D., & al. (2009). Evaluation of burnout syndrome in oncology employees. *Medical Oncology*, 27, 968-974.
- Slocum-Gori S., Hemsworth D., Wy chan W., Carson A., Kazanjian A. (2011). Understanding Compassion Satisfaction, Compassion Fatigue and Burnout : A

- survey of the Hospice palliative care workforce. *Palliative Medicine*, 27(2), 172-178.
- Spinetta, J., & al. (2000). Guidelines for the Recognition, Prevention, and Remediation of Burnout in Health Care Professionals Participating in the Care of Children With Cancer : Report of the SIOP Working Committee on Psychosocial Issues in Pediatric Oncology. *Medical and Pediatric Oncology*, 35, 122-125.
- Stordeur, S., Vandenberghe, C., D'hoore, W. (1999). Prédicteurs de l'épuisement professionnel des infirmières : une étude dans un hôpital universitaire. *Recherche en soins infirmiers*, 59, 57-67.
- Teresa, M. (2010). Pediatric Oncology Nurse and Grief Education : A Telephone Survey. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 2, 93-99.
- Truchot, D. (2004). Épuisement professionnel et burnout concepts, modèles, interventions. Paris : Dunod.
- Truchot, D., Borteyrou, X. (2009). Le burnout chez les infirmières en cancérologie : une approche contextuelle du modèle exigences-contrôle-soutien. *PTO*, 1, 27-45.
- Vachon, M-S. (1987). Occupational Stress in the Care of the Critically Ill, the Dying, and the Bereaved. New York : Hemisphere Publishing.
- Van Staa, A-L., Visser, A., Van der Zouwe, N., (2000). Caring for caregivers : experiences and evaluation of interventions for a palliative care team, *Patient Education and Counseling*, 41, 93-105.
- Wild, V., Pfister, E., Biller-Andorno, N. (2009). Les DRG : l'éthique contre l'économie ? *Bulletin ASSM*, 1, 1-8.
- Zerwekh, J. (2010). Etre infirmier en soins palliatifs. Bruxelles : de Boeck.

## Annexe 1 : Déclaration d'authenticité

« Nous déclarons avoir effectué ce travail nous-mêmes, conformément aux directives. Les références utilisées dans cette revue sont nommées et clairement identifiées»:

Aurélie Briccafiori

Alix Sautière

## Annexe 2 : Life Model

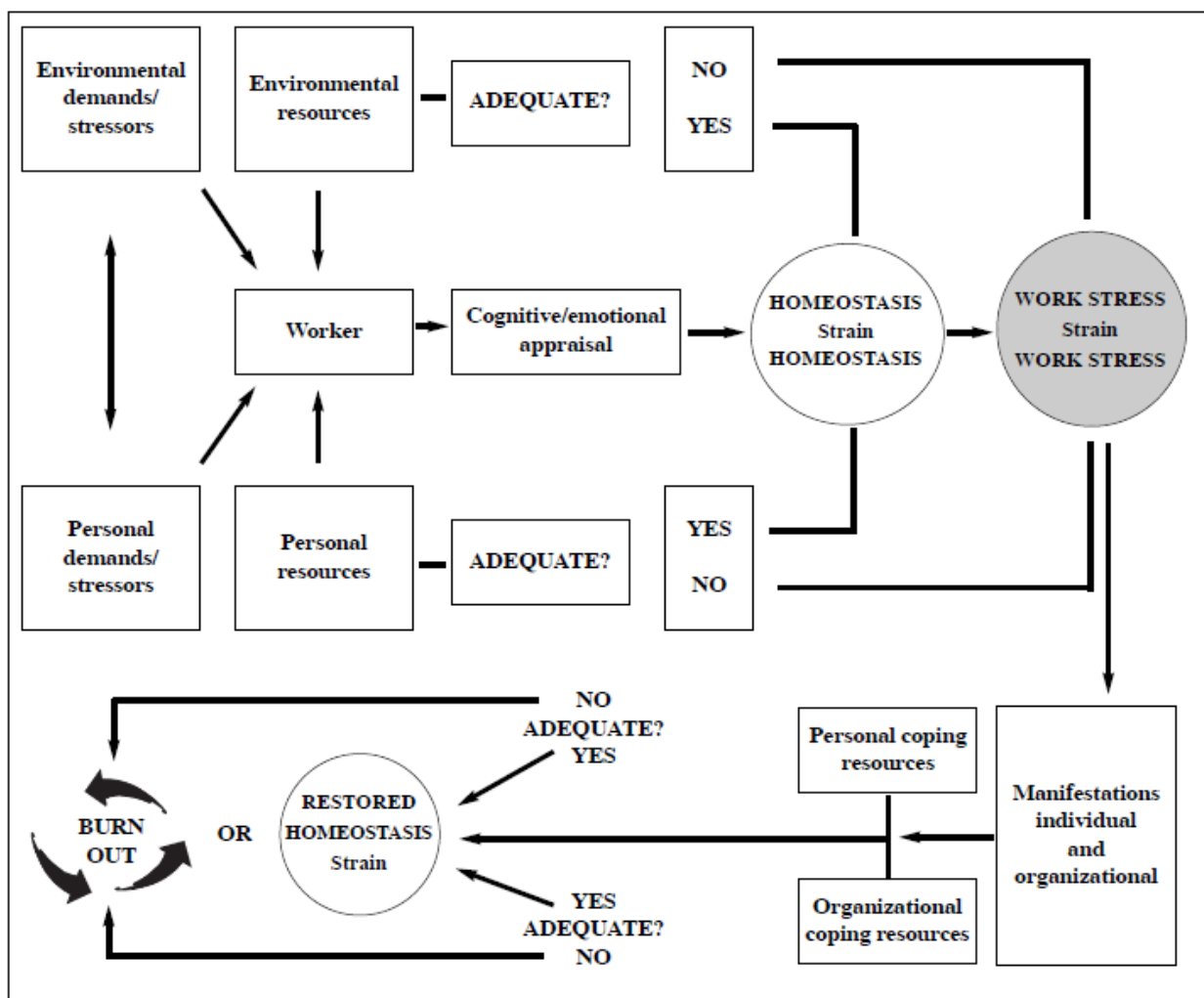


Figure 1. Generic 'life model' of occupational stress

## Annexes 3 : Stratégies de recherche

Nous présentons nos stratégies de recherches sous forme de tableaux récapitulatifs :

### Stratégie 1 :

<b>Banque de données</b>	Pubmed
<b>Technique</b>	Mots mesh
<b>Mots-clés</b>	("Burnout professional "[Mesh]) AND ("hospice care"[Mesh])
<b>Résultats</b>	29 résultats dont 2 retenus
<b>Articles sélectionnés et retenus :</b> - Alkema, K., Linton, J-M., (2008). A study of the relationship between self-care, compassion satisfaction, compassion fatigue, and burnout among hospice professionals, <i>Journal of social work in end-of-life &amp; palliative care</i> , 4(2), 101-119. - Slocum-Gori S., Hemsworth D., Wy chan W., Carson A., Kazanjian A. Understanding Compassion Satisfaction, Compassion Fatigue and Burnout : A survey of the Hospice palliative care workforce.(2011). <i>Palliative Medecine</i> , 27(2), 172-178.	

### Stratégie 2 :

<b>Banque de données</b>	Cinhal
<b>Technique</b>	Mots mesh
<b>Mots-clés</b>	("Burnout"[Mesh]) AND ("nurses"[Mesh]) AND ("hospice care"[Mesh])
<b>Résultats</b>	18 résultats dont 2 retenus
<b>Articles sélectionnés et retenus :</b> - Peters, L. et all. (2012). Is work stress in palliative care nurses a cause for concern? <i>International journal of Palliative Nursing</i> 2012, 18 (11), 561-567. - Abendroth M., Flannery J., (2006). Predicting the Risk of Compassion Fatigue. A study of Hospice Nurses, <i>Journal of Hospice and palliative nursing</i> , 8(6), 346-356.	

### Stratégie 3 :

<b>Banque de données</b>	Medline
<b>Technique</b>	Mots mesh
<b>Mots-clés</b>	("Burnout"[Mesh]) AND ("hospice care Mesh])
<b>Résultats</b>	48 résultats dont 3 retenus

**Articles sélectionnés et retenus :**

- Hackett, A., Palmer, S., (2010). An investigation into the perceived stressors for staff working in the hospice service, *International Journal of Palliative Nursing*, 16(6), 289-295.
- Ablett J., Jones R.S.P. (2007) Resilience and well-being in palliative care staff : A qualitative study of hospice nurses'experience of work. *Psycho-Oncology*, 16, 733-740.
- Pronost, A-M., (2001). La prévention du burnout et ses incidences sur les stratégies de coping, *Recherche en soins infirmiers*, 67, 121-131.

**Stratégie 4 :**

<b>Banque de données</b>	Cinhal
<b>Technique</b>	Mots mesh
<b>Mots-clés</b>	("Compassion fatigue "[Mesh]) AND ("hospice care "[Mesh])
<b>Résultats</b>	11 résultats dont 1 retenu
<b>Articles sélectionnés et retenus :</b>	
- Melvin, C-S., (2012). Professional compassion fatigue: what is the true cost of nurses caring for the dying?, <i>International Journal of Palliative Nursing</i> , 18(12), 606-611.	

**Stratégie 5 :**

<b>Banque de données</b>	Cinhal
<b>Technique</b>	Mots mesh
<b>Mots-clés</b>	("stress"[Mesh]) AND ("hospice nurses"[Mesh])
<b>Résultats</b>	116 résultats dont 4 retenus
<b>Articles sélectionnés et retenus :</b>	
- Peters, L., Lee, S., O'Connor, M., (2013)., Workplace stressors : a survey of palliative care nurses in Australia, <i>End of Life Journal</i> , 3(1), 1-10.	
- Hackett, A., Palmer, S., Farrants J., (2009), Phase 1 of an investigation into the levels of stress in United Kingdom hospice services. <i>International Journal of Palliative Nursing</i> , 15(2), 66-72.	
- Payne, N., (2001), Occupational stressors and coping as determinants of burnout in female hospice nurses. <i>Journal of Advanced Nursing</i> , 33(3), 396-405.	
- Desbiens, J-F., Fillion, L. (2007). Coping strategies, emotional outcomes and spiritual quality of life in palliative care nurses, <i>International Journal of Palliative Nursing</i> , 13(6), 291-300.	

*Stratégie 6 :*

<b>Banque de données</b>	Pubmed
<b>Technique</b>	Mots mesh
<b>Mots-clés</b>	("stress psychological "[Mesh]) AND ("hospice care"[Mesh])
<b>Résultats</b>	165 résultats dont 1 retenu
<b>Articles sélectionnés et retenus :</b> - Van Staa, A-L., Visser, A., Van der Zouwe, N., (2000). Caring for caregivers : experiences and evaluation of interventions for a palliative care team, <i>Patient Education and Counseling</i> , 41, 93-105.	

*Stratégie 7 :*

<b>Banque de données</b>	Bibliographie des articles trouvés sur ces bases de données qui nous ont orientées vers des articles similaires
<b>Articles sélections et retenus :</b> - Sardiwalla, N., VanderBerg, H., Esterhuyse, K., (2007). The role of stressors and coping strategies in the burnout experienced by hospice workers. <i>Cancer nursing</i> , 6, 488-497. - Ostacoli, L., et al. (2010). Comparison of experienced burnout symptoms in specialist oncology nurses working in hospital oncology units or in hospices, <i>Palliative and Supportive Care</i> , 8, 427-432. - DiTullio, M., MacDonald, D. (1999). The struggle for the soul of hospice: Stress, coping, and change among hospice worker, <i>American Journal of Hospice and Palliative Care</i> , 16(5), 641-655.	

## Annexes 4 : Grilles d'analyse des recherches

<b>Référence</b>	Abendroth M., Flannery J., (2006). Predicting the Risk of Compassion Fatigue. A study of Hospice Nurses, <i>Journal of Hospice and palliative nursing</i> , 8(6), 346-356.	Commentaires
<b>Devis</b>	Étude descriptive non-expérimentale, corrélationnelle	
<b>Buts/ Objectifs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Décrire la prévalence et les risques de fatigue de compassion au sein d'unités de soins palliatifs.</li> <li>- Explorer la relation entre les caractéristiques individuelles des infirmières et le risque de fatigue de compassion</li> <li>- Fournir un modèle permettant d'identifier les risques et ainsi de les prévenir.</li> </ul>	
<b>Population/ Echantillon</b>	N=216 infirmiers travaillant dans 22 centres de soins palliatifs différents de Floride, USA.	<p>Force : large échantillon de professionnel, large échantillon de centres de soins palliatifs.</p> <p>Faiblesse : l'échantillon est basé que dans un seul état d'Amérique.</p>
<b>Procédure/ Récolte des données</b>	<p>Un questionnaire écrit a été envoyé à 583 infirmiers provenant de 40 unités de soins palliatifs différents. 2 instruments ont permis de recueillir les données :</p> <p>1) un questionnaire comprenant les données démographiques et les informations sur l'état de santé, incluant les concepts théoriques.</p> <p>2) le ProQOL (Professional Quality of Life Compassion Satisfaction and Fatigue Subscales, 3<sup>ème</sup> édition), instrument mesurant les comportements pouvant amener à la fatigue de compassion.</p>	<p>Force : deux types de questionnaires différents afin de récolter un grand nombre de données,</p>
<b>Résultats</b>	<p>Il a été relevé qu'une empathie malsaine, c'est-à-dire, trop d'empathie trouble la frontière entre la vie professionnelle et personnelle et est un facteur important d'épuisement professionnel. Etant donné qu'aux soins palliatifs la souffrance, la tristesse et la mort sont quotidiens, les infirmiers y travaillant font preuve de beaucoup d'empathie envers les patients et leurs familles : elles sont donc très à risque en matière d'épuisement professionnel. De plus, les conflits familiaux, le décès des patients et le peu de temps pour faire le deuil ont également été relevés comme des facteurs favorisant le burnout. De plus, les auteurs soulèvent que les infirmiers en soins palliatifs utilisent de nombreux mécanismes de défenses afin de travailler dans un environnement calme et serein. Toutefois, c'est la nature même du travail en soins palliatifs qui est difficile et qui peut amener au burnout. Sur 216 infirmiers interrogées, 57 d'entre-eux avaient un haut risque de fatigue de compassion, se traduisant chez 36.1% d'entre-eux par des maux de tête. Le 80% de l'échantillon avait un risque modéré à élevé de fatigue de compassion pouvant se transformer en épuisement professionnel. Cependant, les données démographiques des participants n'ont pas de corrélation avec le risque de burnout.</p>	<p>Force : une nouvelle cause du burnout est mise en évidence : l'empathie malsaine. Cela peut donner des pistes d'actions pour les professionnels. Les résultats sont probants quant au fort risque d'épuisement professionnel en soins palliatifs.</p>

<b>Perspectives/Conclusion</b>	<u>Implications pour la pratique :</u> Cette thématique a peu été évaluée et les connaissances sur ce sujet sont pauvres, c'est pourquoi les résultats de cette étude permettent d'identifier les causes d'épuisement professionnel (le stress, les traumatismes, l'anxiété, les demandes excessives etc.), ainsi que les facteurs de risque (travailler en soins palliatifs, l'exposition à la mort, l'empathie malsaine.) L'étude souligne qu'un moment de discussion après un événement traumatique, tel un décès, aide positivement les soignants à s'adapter. Le manque de soutien par l'équipe et les cadres est relevé fréquemment comme facteur menant à la détresse psychologique.	
--------------------------------	--	--

<b>Référence</b>	Ablett J., Jones R.S.P. (2007) Resilience and well-being in palliative care staff : A qualitative study of hospice nurses' experience of work. <i>Psycho-Oncology</i> , 16, 733-740.	Commentaires
<b>Devis</b>	Etude qualitative, phénoménologique	
<b>Buts/ Objectifs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Décrire le vécu des infirmiers en soins palliatifs afin d'identifier les facteurs qui favorisent la résilience et le bien-être au travail.</li> <li>- Evaluer l'impact physique et psychologique des effets du stress.</li> <li>- Rechercher les aspects interpersonnels des participants contribuant à leur bien-être et leur permettant de continuer à travailler dans ce type de service.</li> </ul>	Force : identifie les stratégies de coping et donne des pistes d'action concrètes pour aider les soignants.
<b>Population/ Echantillon</b>	N= 10 infirmiers travaillant dans une unité de soins palliatifs au nord de l'Angleterre. Echantillon composé de 9 infirmières et d'1 infirmier.	Faiblesse : échantillon restreint au niveau du nombre de participants mais également uniquement dans un seul service de soins palliatifs. Force : les résultats ont été exposés aux participants de manière anonyme avec l'approbation d'un comité éthique
<b>Procédure/ Récolte des données</b>	Entretiens semi-structurés contenant des questions ouvertes et fermées. En premier lieu, les auteurs demandaient aux infirmiers de décrire leurs expériences et ressentis générales par rapport au travail en soins palliatifs. Les facteurs interpersonnels de chaque soignant ont été explorés et les participants ont finalement pu s'exprimer librement sur le sujet. Des thèmes émergents des entretiens ont été regroupés et ensuite comparés avec la théorie de la résilience qui comprend deux modèles : la résistance et la cohérence. La résistance comprends trois aspects étroitement liés aux attitudes : l'engagement, qui signifie de donner un sens à sa vie, le contrôle, qui se réfère à avoir de l'autonomie et le défi, qui conduit un individu à percevoir le changement comme une occasion de croissance.	Force : les entretiens ont été enregistrés afin de ne pas « perdre ou modifier » les propos récoltés, ils ont été retranscrits « mot pour mot. »

<b>Résultats</b>	<p>D'après les récoltes de données, les thèmes suivants ont émergé :</p> <p>1) <i>Travailler en soins palliatifs : un choix</i> Tous les participants ont choisi de travailler dans un service de soins palliatifs et se sentent privilégiés d'accompagner les patients jusqu'à leur dernier souffle.</p> <p>2) <i>Les expériences personnelles antérieures influencent les soignants</i> Plusieurs infirmiers ont vécu des expériences personnelles en lien avec les soins palliatifs et ont été déçus par les soins requis. Ils ont donc la volonté de prodiguer des soins de meilleure qualité.</p> <p>3) <i>Les attitudes personnelles</i> La majeure partie de leur travail consiste à prendre soins des patients et de les accompagner au mieux jusqu'à leur mort.</p> <p>4) <i>Les attitudes personnelles envers la vie et la mort</i> Le fait d'être confronté quotidiennement avec la mort fait prendre conscience aux soignants de la beauté de la vie et de ce fait, ils profitent pleinement du jour présent.</p> <p>5) <i>Conscience de sa propre spiritualité</i> La plupart des soignants sont croyants et ceci les aide à répondre aux besoins des patients et de leur famille. L'humour les aide également à mettre un peu de légèreté dans leur prise en charge.</p> <p>6) <i>Attitudes personnelles envers son travail</i> Pour travailler dans ce type de service où la souffrance et le décès de patients sont présents, les infirmiers ont besoin de voir qu'ils sont capables de garder le contrôle et de gérer leur prise en charge.</p> <p>7) <i>Les aspects de la satisfaction au travail</i> Pour être satisfaits de leur travail, les infirmiers ont besoin de sentir un esprit d'équipe, un environnement favorable et le temps nécessaire pour écouter et parler avec les patients.</p> <p>8) <i>Le stress au travail</i> Ils perçoivent plus de stress lorsqu'il manque du personnel et que c'est des remplaçants car la routine habituelle est perturbée. Les infirmiers se sentent également frustrés lorsque le travail devient trop stressant.</p> <p>9) <i>Les moyens de faire face</i> Les infirmiers utilisent des moyens de « coping », c'est-à-dire des moyens pour faire face au stress et à la pénibilité du travail comme l'humour, une équipe solidaire, une balance équilibrée entre la vie privée et professionnelle et des activités sociales en dehors de la profession.</p> <p>10) <i>Les frontières personnelles et professionnelles</i> Les infirmiers sont contraints à mettre des distances entre leur vie professionnelle et personnelle. Parfois, quand ils vivent des fins de vie compliquée, il est difficile pour eux de ne plus y penser lorsqu'ils sont chez eux mais ils s'y forcent afin que la vie professionnelle ne prenne pas le dessus.</p>	<p>Force : les résultats sont très complets et détaillés.</p>
------------------	--	---

<b>Perspectives/Conclusion</b>	<p><u>Implications pour la pratique :</u></p> <p>L'épuisement professionnel contribue à une diminution de la qualité dans les soins, c'est pourquoi il est important de le repérer et ne pas le négliger. Cela peut permettre aux soignants de soins palliatifs de résister aux effets négatifs du stress. Les résultats de l'étude ont de nombreuses similitudes avec les recherches de littérature, cependant, certaines données divergent. En effet, exercer sa profession d'infirmier en soins palliatifs confronte les soignants à un grand nombre de changements permanents tels que le décès des patients, le déclin de leur état de santé etc. Les infirmiers sont donc partagées entre le besoin de stabilité, de repères et percevoir le changement comme une opportunité unique et enrichissante. Les facteurs interpersonnels tels que la détermination et la rigueur contribuent également à la façon de réagir face aux changements.</p> <p>La pratique réflexive permet au personnel de reconnaître l'impact émotionnel lors des soins en fin de vie, et à répondre à leurs questions existentielles. Il est ressorti que les soignants qui sont résilients et maintiennent un sentiment de bien-être sont plus susceptibles de continuer à travailler en soins palliatif et de fournir les meilleurs soins à leurs patients et leur familles</p>	<p>Force :</p> <p>Des pistes d'actions concrètes sont relevées pour la pratique.</p>
--------------------------------	--	--

<b>Référence</b>	Alkema, K., Linton, J-M., (2008). A study of the relationship between self-care, compassion satisfaction, compassion fatigue, and burnout among hospice professionals, <i>Journal of social work in end-of-life &amp; palliative care</i> , 4(2), 101-119.	<b>Commentaires</b>
<b>Devis</b>	Etude observationnelle, corrélationnelle	
<b>Buts/ Objectifs</b>	Etudier la relation entre les auto-soins, la fatigue de compassion, la satisfaction de compassion et le burnout.	
<b>Population/ Echantillon</b>	N=37 professionnels (infirmiers, aides-infirmiers, assistants sociaux, coordinateur, spécialistes du deuil, aumônier, directeur médical, assistant administratif) travaillant dans deux unités de soins palliatifs du Midwest, USA, dont deux hommes et 35 femmes	Faiblesse : Trop de corps de métiers confondus
<b>Procédure/ Récolte des données</b>	Les chercheurs ont rencontrés les équipes interdisciplinaires de chaque unité de soins palliatifs et les ont invités à participer à l'étude. Les participants ont délivrés des informations très sensibles sur leur vie privée et professionnel. Trois types de récoltes de données ont été utilisés. Une récolte d'informations basiques démographiques, une évaluation sur la qualité de vie des professionnels avec trois sous-échelles (la satisfaction au travail, la fatigue et le burnout) et une évaluation sur les auto-soins contenant 6 items (auto-soins physiques, psychologiques, émotionnels, spirituels, positionnement professionnel et l'équilibre entre le travail, la famille, etc).	Force : large spectre de récolte de données. Respect des paramètres de confidentialité et soumission au comité d'éthique.
<b>Résultats</b>	Les professionnels ont tous eu un score dans la moyenne par rapport à l'évaluation de la qualité de vie sauf la fatigue qui avait une moyenne légèrement plus élevée. Les résultats ont tous été mis en lien. L'âge des participants a un lien avec le burnout mais pas avec la fatigue ni la satisfaction. La durée de travail dans la profession est significativement liée avec tous les aspects d'auto-soins. La satisfaction au travail est liée aux aspects émotionnels, spirituels et le fait de réussir à faire la balance entre la vie personnelle et professionnelle. Cependant, il n'y a pas de lien entre les autres variables démographiques, la fatigue, la satisfaction et le burnout.	Faiblesse : Peu de résultats significatifs
<b>Perspectives/Conclusion</b>	Les professionnels de la santé sont en meilleure position pour aider leurs collègues travaillant en soins palliatifs car ils connaissent le fonctionnement de travail et la santé émotionnelle. Ils ont une bonne habileté par rapport à la santé mentale et au soutien. Il est recommandé que les professionnels en soins palliatifs impliquent le développement de programmes sur les auto-soins dans les unités. Les travailleurs dans le social pourraient offrir des services qui surveillent le niveau de santé émotionnelle. Une bonne santé émotionnelle est primordiale avant de travailler sur la satisfaction au travail.	Force : L'étude explique ses faiblesses et limites et indique ce qu'il faudrait investiguer pour la suite

<b>Référence</b>	Desbiens, J-F., Fillion, L. (2007). Coping strategies, emotional outcomes and spiritual quality of life in palliative care nurses, <i>International Journal of Palliative Nursing</i> , 13(6), 291-300.	<b>Commentaires</b>
<b>Devis</b>	Etude descriptive corrélationnelle	
<b>Buts/ Objectifs</b>	Décrire l'association entre les stratégies de coping, les résultats émotionnels et la qualité de vie. Trois hypothèses sont relevées: 1. Il existe un lien positif entre les stratégies de désengagement et la détresse émotionnelle des infirmières 2. Il existe un lien positif entre les stratégies cognitives et la vigueur 3. Il existe un lien positif entre les stratégies cognitives et la qualité spirituelle	
<b>Population/ Echantillon</b>	N=117 infirmiers travaillant en soins palliatifs au Québec	
<b>Procédure/ Récolte des données</b>	<p>Le recrutement a été effectué en utilisant des affiches placées dans des centres de soins concernés ou dans les journaux locaux de ces établissements. Les infirmiers sont volontaires. Plusieurs outils de mesure ont été utilisés :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Les stratégies de coping ont été évaluées à l'aide de l'échelle COPE, qui comprend 56 items, regroupés en 14 sous-échelles de quatre points chacun auxquels ont été ajoutés deux stratégies émotionnelles. Pour réduire le nombre des stratégies, et donc de variables possibles pour l'analyse, celles-ci ont été regroupées en 4 méta-stratégies : cognitives, comportementales, émotionnelles et le désengagement.</li> <li>1) Les résultats émotionnels ont été évalués par la version courte du POMS, une échelle composée de 37 items évaluant six dimensions émotionnelles permettant d'identifier l'état d'humeur. Il est pertinent car il est un indicateur positif ou négatif de la réponse émotionnelle.</li> <li>2) Un score de détresse (indicateur négatif) a été calculé en additionnant l'anxiété, la dépression, la colère et la confusion. La sous-échelle de la vigueur, qui comprend six éléments, a été utilisée pour mesurer les résultats émotionnels positifs.</li> <li>3) La qualité de vie a été évaluée à l'aide de la version française de l'échelle du bien-être spirituel ou évaluation des thérapies des maladies chroniques. Cet instrument comprend 12 items regroupés en deux sous-échelles. C'est le score global de la qualité de vie qui a été utilisé dans cette étude.</li> <li>4) Pour prendre en compte l'effet de l'organisation et le soutien social sur les résultats, deux échelles d'évaluation ont été utilisées : la version française de l'échelle d'organisation de la politique et des pratiques pour les confusions potentielles dues à l'organisation et une mesure développée par Johnson et Hall pour les confusions dues au soutien social.</li> <li>5) Enfin, un questionnaire de mesures socio- démographiques a été utilisé.</li> </ol>	<p>Force : les différents instruments de mesures permettent un recueil d'information très complet pour la recherche de l'étude.</p> <p>Faiblesse : Pas d'approbation par un comité éthique.</p>

<b>Résultats</b>	<p>Il a été observé que la réinterprétation positive constitue la stratégie la plus employée, tandis que le désengagement est une stratégie moins fréquemment utilisée, tout comme les stratégies religieuses. Pour tester les hypothèses, les coefficients de corrélation entre les variables de coping et les variables dépendantes (détresse, vigueur et qualité de vie) ont été calculés. Il en ressort que les stratégies de désengagement sont positivement associées à la détresse, ce qui confirme l'hypothèse n°1. La vigueur a été par ailleurs positivement associée à la réinterprétation positive, confirmant ainsi l'hypothèse n°2. Enfin, les analyses révèlent que la qualité de vie est associée positivement avec deux stratégies cognitives : la réinterprétation positive et se tourner vers la religion, ce qui confirme l'hypothèse n°3. Il est également relevé que la qualité de vie n'est pas significativement liée aux méta-stratégies comportementales, émotionnelles et de désengagement. Ces résultats confirment l'hypothèse qui soutient que la capacité des infirmiers en soins palliatifs à donner un sens à la mort induit un effet positif en réponse au stress, notamment une meilleure qualité de vie.</p>	<p>Force : les hypothèses de départ sont reprises et des liens sont faits entre toutes les variables.</p>
<b>Perspectives/Conclusion</b>	<p>Cette étude visait à déterminer l'association entre les stratégies de coping des infirmiers qui travaillent en soins palliatifs soins lorsqu'ils sont confrontés à de multiples deuils. Les résultats obtenus confirment l'importance de faire face au deuil, ils mettent en lumière l'importance d'avoir des stratégies d'adaptations individuelles et d'y mettre un sens. L'utilisation d'études longitudinales permettrait de mieux correspondre à la réalité, comme il s'agit d'un processus inscrit dans la durée. Cela permettrait aussi de valider les effets à long terme des stratégies de « fabrication du sens ». Il serait aussi pertinent de se demander comment il est possible de transmettre ces connaissances aux soins palliatifs dans le but de favoriser l'utilisation des stratégies de coping qui pourrait les aider à accroître leur bien-être face aux deuils multiples.</p> <p>L'utilisation de « stratégies de fabrication du sens » permet aux infirmiers qui travaillent en soins palliatifs de s'adapter de manière positive face l'exposition répétée à la mort des patients tout en favorisant une meilleure qualité de vie malgré la présence de la douleur et de la fatigue.</p>	<p>Force : les limites sont exposées clairement dans l'étude</p>

<b>Référence</b>	DiTullio, M., MacDonald, D. (1999). The struggle for the soul of hospice: Stress, coping, and change among hospice worker, <i>American Journal of Hospice and Palliative Care</i> , 16(5), 641-655.	<b>Commentaires</b>
<b>Devis</b>	Etude qualitative basée sur la théorisation ancrée et la recherche action	
<b>Buts/ Objectifs</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Identifier les aspects du travail aux soins palliatifs considérés comme uniques et enrichissants</li> <li>2) Examiner les conditions qui créées des problématiques de stress chez le personnel soignant</li> <li>3) Décrire la manifestation du stress vécu quotidiennement par le personnel soignant, identifier les méthodes utilisées par ces employés pour améliorer les symptômes de stress et explorer les méthodes qui renforcent les mécanismes d'adaptation sans aide organisationnelle.</li> </ol>	
<b>Population/ Echantillon</b>	N = 38 soignants en soins palliatifs dans l'état de New-York, USA	
<b>Procédure/ Récolte des données</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Observation participative: environ 115 heures permettant d'établir une première approche et des voir les limites en soins palliatifs.</li> <li>2) Entretiens semi-structurés : 38 soignants en soins palliatifs avec pour objectif d'explorer leur expérience et leur savoir quant au travail en soins palliatif.</li> <li>3) 3 groupes de discussions: le principe est de développer une compréhension qui émerge des résultats. Cela permet de centrer la compréhension initiale de l'étude et d'établir des liens entre la validité et l'utilité des résultats.</li> </ol>	<p>Force : récolte de données très complète</p> <p>Faiblesse : Pas d'approbation par un comité éthique</p>
<b>Résultats</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Les aspects enrichissants des soins palliatifs : être là plutôt que de s'acharner à guérir, transition de vie, domaine qui requiert des qualités de travail uniques, soutenir les familles, l'originalité du climat de travail, l'opportunité de grandir.</li> <li>2) Les facteurs de stress en soins palliatifs : manque de temps, gêne émotionnel, complexité/diversité/quantité de demandes, difficulté dans la communication, dysfonctionnement dans l'institution, imprévisibilité, insécurité au travail, salaire inadéquat, paperasserie, tensions interpersonnelles, ...</li> <li>3) Stratégies de coping : relaxation, méditation, relation interpersonnelles en dehors du travail, maintien d'un équilibre, humour, organisation personnelle, exercice physique, hobbies, intérêts, spiritualité, foi, mettre des limites, savoir dire non, etc.</li> </ol> <p>Les auteurs ont créé un modèle à partir de celui de Vachon qui permet de mieux comprendre la dynamique du stress en soins palliatifs. Le modèle créé, nommé <i>Life Model</i>, permet d'identifier les conditions menant au burnout et les besoins pour maintenir l'homéostasie. Le rétablissement de cet équilibre dépend uniquement de la présence de stratégies d'adaptation.</p>	<p>Force : réponses variées et concrètes, permet de donner des pistes d'actions concrètes.</p>

<b>Perspectives/Conclusion</b>	D'éventuels approfondissements seraient importants dans l'identification et la clarification de l'impact de l'environnement sur le stress des soignants. Un modèle cohérent de stress et coping serait requis pour maintenir la santé des soignants dans ce type de soins où la compassion est très présente. Il faudrait aussi affiner ce modèle de stress et de stratégies d'adaptations dans le but de proposer des interventions efficaces. Une meilleure compréhension du stress dans les soins palliatifs préserverait la santé et la viabilité des professionnels dévoués au service des autres. Dans le but d'améliorer les conditions de travail, un meilleur soutien social de meilleurs rapports humains sont également importants.	Force : les limites de l'étude et les perspectives sont décrites
--------------------------------	--	---

<b>Référence</b>	Hackett, A., Palmer, S., Farrants J., (2009), Phase 1 of an investigation into the levels of stress in United Kingdom hospice services. <i>International Journal of Palliative Nursing</i> , 15(2), 66-72.	<b>Commentaires</b>
<b>Devis</b>	Etude observationnelle, transversale	
<b>Buts/ Objectifs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comprendre de manière approfondie quelles sont les causes du stress dans les unités de soins palliatifs</li> <li>- Evaluer l'utilité d'interventions externes, afin d'aider les professionnelles à faire face à ce stress.</li> </ul>	Force : ils tentent déjà d'apporter des solutions/soutien en évaluant l'efficacité de coachs externes.
<b>Population/ Echantillon</b>	N = 91 professionnels travaillant dans deux centres de soins palliatifs au Royaume-Uni.	Force : large échantillon, provenant de deux centres différents.
<b>Procédure/ Récolte des données</b>	<p>Trois questionnaires ont été envoyés aux participants.</p> <p>1) le DASS-21 (Depression, Anxiety and Stress Scale), permet d'évaluer le niveau de dépression, d'anxiété et de stress liés au travail.</p> <p>2) le HSE (Health and Safety Executive), est un outils indicateur des normes de gestion. Il permet d'évaluer les sept facteurs de stress clés : les demandes, le contrôle, l'appui des pairs, la gestion, les relations, le rôle de changements organisationnels. Il permet de voir comment le professionnel s'organise et réagit aux changements mais également quelles sont ses forces de travail.</p> <p>3) un questionnaire tenant compte de l'aspect démographique des participants.</p>	Force : un comité d'éthique a approuvé la procédure de récolte des données. Les trois questionnaires permettent de récolter un large choix de données.
<b>Résultats</b>	<p>1) le DASS-21 : les barèmes ont été adaptés à la population anglaise et il est ressorti que le niveau de stress est inférieur au Royaume-Unis par rapport aux Etats-Unis. Il a également révélé que qu'il n'y a pas de différence en matières de stress entre les soignants en soins palliatifs des deux centres de soins et la population anglaise en général.</p> <p>2) le HSE a montré que les relations, les demandes, l'appui de la hiérarchie et les changements sont problématiques dans les deux établissements et qu'il y a un fort besoin d'attention et d'y remédier. Le contrôle et l'appui des collègues étaient les seuls points où tout allait bien.</p>	
<b>Perspectives/Conclusion</b>	Il serait intéressant que la Phase 2 étudie les possibles corrélations entre les résultats contradictoires du HSE et du DASS-21.	Force : La phase 2 de l'étude a été publiée et analysée dans notre travail.

<b>Référence</b>	Hackett, A., Palmer, S., (2010). An investigation into the perceived stressors for staff working in the hospice service, <i>International Journal of Palliative Nursing</i> , 16(6), 289-295.	<b>Commentaires</b>
<b>Devis</b>	Etude qualitative, théorisation ancrée	
<b>Buts/ Objectifs</b>	Cette étude présente la deuxième phase d'une étude en deux phases sur le stress et les besoins d'encadrement dans deux centres de soins palliatifs au Royaume-Uni. Cette deuxième phase de l'étude a pour but d'obtenir une meilleure compréhension des facteurs de stress vécus par le personnel soignant et d'identifier leurs besoins d'encadrement afin de développer un programme de coaching sur mesure pour ce service.	
<b>Population/ Echantillon</b>	N = 91 professionnels travaillant dans deux centres de soins palliatifs au Royaume-Uni.	
<b>Procédure/ Récolte des données</b>	Deux groupes de discussion ont été organisés à chaque hospice et les données ont été analysées. Chaque groupe de discussion a duré environ 1 heure et les enregistrements ont été retranscrits. La possibilité de désaccord entre les participants peut aider à une meilleure compréhension, différents points de vue et une récolte de données plus riche à l'analyse des résultats. Une liste a été utilisée pour les deux groupes de discussion afin d'assurer les mêmes principaux sujets abordés dans les discussions. Le HSE mentionne que l'utilisation de groupes de discussion est un moyen approprié pour atteindre des données supplémentaires afin de compléter le questionnaire qui a été utilisé dans la première phase.	Force : L'approbation éthique a été accordée par un comité d'éthique et les participants ont signé un consentement éclairé.
<b>Résultats</b>	<p>Suite aux discussions, cinq catégories ont émergées :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Les demandes: les demandes cliniques, les exigences émotionnelles, les demandes de formation, les contraintes de temps et les nouvelles exigences du NHS</li> <li>2) Le changement: la gestion des changements et la communication lors de changements</li> <li>3) Le soutien des collègues : une grande équipe, encourager les gens à parler, l'écoute de nouveaux membres du personnel, la stabilité, le partage d'expériences, etc</li> <li>4) Le soutien des directeurs: l'expérience de travail pour le NHS, le leadership, la gestion des risques</li> <li>5) Prendre soin de soi : se décharger, partager avec les collègues, la supervision, une bonne gestion du temps et la gestion des situations exigeantes aiguës</li> </ol> <p>Les résultats ont indiqué l'utilité d'une intervention de coaching pour soutenir les soignants par le fait de prendre soin d'eux. L'encadrement devrait inclure un enseignement sur les effets à long terme du stress sur la santé et l'importance de «prendre du temps pour soi et de penser à soi» pour gérer les exigences qui sont inhérentes au travail en soins palliatifs.</p>	

<b>Perspectives/Conclusion</b>	<p>Les participants ont mentionné que d'avoir une certaine personnalité était nécessaire pour travailler en soins palliatifs. Il est nécessaire d'avoir des soignants engagés et avec une vocation d'offrir des soins palliatifs de haute qualité ainsi que la volonté d'aller toujours plus loin. Le fait que près d'un tiers du personnel a travaillé dans les soins palliatifs plus de 10 ans pourrait soutenir l'idée d'une formation professionnelle spécifique aux soins palliatifs. Les pressions et les attentes d'un personnel de haut niveau des soins des patients et de leurs familles envers les soignants est très présent dans les deux groupes de discussion. Ceux-ci mentionnent que ce perfectionnisme peut à la fois être un facteur de stress important mais peut également aider à la réalisation personnelle et de procurer les meilleurs soins possibles. Un bon soutien des collègues est mis en évidence pour diminuer les facteurs de stress. Cette étude met en évidence la nécessité de systèmes de soutien du personnel au sein de l'organisation y compris la supervision. Il est également important de souligner la nécessité d'un bon équilibre entre la vie et le travail. L'approche cognitivo-comportementale peut être utile pour gérer ce besoin de perfectionnisme qui peut nuire aux professionnels de la santé.</p>	<p>Force : des pistes d'actions concrètes sont exposées. La phase deux permet de prolonger les connaissances de la phase une.</p>
--------------------------------	--	---

<b>Référence</b>	Melvin, C-S., (2012). Professional compassion fatigue: what is the true cost of nurses caring for the dying?, <i>International Journal of Palliative Nursing</i> , 18(12), 606-611.	<b>Commentaires</b>
<b>Devis</b>	Etude qualitative descriptive	
<b>Buts/ Objectifs</b>	<p>Explorer la prévalence de la fatigue de compassion dans le milieu des soins palliatifs ainsi que la nature de ses effets et les stratégies de coping que les infirmiers adoptent pour y faire face.</p> <p>Le but de l'étude est également de répondre à ces deux questions :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Est-ce que les infirmiers dont la profession est sans cesse confrontée à des mourants et des décès ont un risque de développer de la fatigue de compassion?</li> <li>2) Quelles sont les conséquences (physiques et émotionnelles) des infirmiers travaillant en soins palliatifs?</li> </ol>	
<b>Population/ Echantillon</b>	N=6 infirmiers travaillant aux soins à domicile aux USA. Cette agence de SAD est affiliée à un institut de recherche. Les volontaires pour cette étude ont minimum 10 ans d'expérience. Les participants étaient volontaires et n'ont pas été choisis car ils présentaient des signes de fatigue de compassion professionnelle.	Faiblesse : très faible échantillon
<b>Procédure/ Récolte des données</b>	L'auteur a procédé à un entretien semi-structuré et a encouragé les participants à parler librement par rapport au thème, tout en leur permettant de fournir des exemples personnels et explications qu'ils souhaitent ajouter. Les entretiens se sont déroulés un par un, ont duré à peu près une heure et ont été enregistrés. Chaque entrevue a été retranscrite et les résultats analysés en lien avec des thèmes de la littérature. L'auteur a ensuite comparé, classé et élaboré des catégories par thème.	Force : Tous les participants ont obtenu le consentement éclairé et ont été informés quant au respect de l'anonymat. L'étude a été approuvée par un comité éthique.
<b>Résultats</b>	<p>Sans stratégie de coping adéquates, les participants étaient à risque de développer de la fatigue de compassion. Un participant avait clairement expérimenté la fatigue de compassion et chaque participant a déclaré avoir déjà développé quelques aspects de cette fatigue. Chacun a affirmé être au courant de la nécessité de maintenir des stratégies de coping saines pour assurer leur capacité à continuer de procurer des soins de fin de vie. Les différents thèmes relevés lors de l'analyse des données sont les suivants :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Risque de fatigue de compassion par rapport à l'exposition aux morts répétées sur de longues périodes</li> <li>2) La charge physique et émotionnelle des prestations en soins palliatifs.</li> <li>3) Etablir des stratégies saines par exemple : parler avec les collègues, avoir un partenaire de soutien, faire de l'exercice physique, etc.</li> </ol>	
<b>Perspectives/Conclusion</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Le rôle de l'infirmier-chef devrait être étudié pour élaborer des stratégies de coping pour les infirmiers en soins palliatifs et leur apporter un soutien.</li> <li>2) Des travaux scientifiques complémentaires sur le phénomène de la fatigue de compassion amélioreraient les connaissances et la compréhension des effets de l'exposition répétée à la mort du patient.</li> <li>3) L'identification des infirmières en situation de fatigue de compassion doit être faite dès le début et des stratégies doivent être développées afin de mieux aider les infirmiers en difficulté.</li> <li>4) Les infirmiers devraient être mieux préparés à identifier les signes et symptômes de leurs collègues pour leur porter de l'aide.</li> </ol>	Force : des pistes d'action concrètes sont proposées

<b>Référence</b>	Ostacoli, L., et al. (2010). Comparison of experienced burnout symptoms in specialist oncology nurses working in hospital oncology units or in hospices, <i>Palliative and Supportive Care</i> , 8, 427-432.	<b>Commentaires</b>
<b>Devis</b>	Etude non expérimentale transversale	
<b>Buts/ Objectifs</b>	Clarifier les effets des facteurs situationnels (institutionnels) et individuels (expérience de travail, anxiété, dépression et style relationnel) contribuant au burnout chez les infirmières travaillant dans deux domaines différents (oncologie et soins palliatifs).	
<b>Population/ Echantillon</b>	Infirmières travaillant dans des unités d'oncologie et d'infirmières en soins palliatifs en Italie N = 59 infirmiers travaillant dans des unités d'oncologie dont 51 femmes et 8 hommes N = 33 infirmiers travaillant en soins palliatifs dont 32 femmes et 1 homme	Force : les critères d'inclusion sont mentionnés.
<b>Procédure/ Récolte des données</b>	Après une séance de présentation des objectifs de cette étude, les participants ont fourni des caractéristiques démographiques et professionnelles et ont répondu à trois questionnaires de manière anonyme. Les données ont été analysées avec l'utilisation de trois questionnaires de mesures : 1) Le Maslach Burnout Inventory (MBI), une échelle évaluant les symptômes de l'épuisement émotionnel, de la dépersonnalisation et de la diminution de l'accomplissement personnel 2) L'Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), une échelle d'auto-évaluation des troubles affectifs, de l'anxiété et de la dépression 3) Le Questionnaire du Style d'Attachement (ASQ), qui évalue le style relationnel. Cinq points sont relevés : confiance, malaise et proximité, besoin d'attachement, préoccupation avec les relations et les relations secondaires.	Force : trois questionnaires permettent un champ d'analyse plus large. L'étude a reçu l'approbation du comité éthique de la recherche locale et a obtenu le consentement éclairé par chaque participant.
<b>Résultats</b>	Les deux groupes d'infirmiers spécialisés ont été appariés pour l'âge, l'expérience de travail ainsi que pour leur niveau d'anxiété et de dépression, mesurées par les HADS. Concernant l'ASQ, les deux groupes différaient de manière significative par rapport à la « confiance » et « relations secondaires » tandis que les autres points ne différaient pas. Concernant le MBI, le groupe d'infirmiers en oncologie montrait un plus haut niveau d'épuisement émotionnel et de sentiment de dépersonnalisation avec un faible niveau d'accomplissement personnel. Au total, les résultats ont souligné la présence de niveaux significativement plus élevés de symptômes d'épuisement professionnel au sein du groupe des infirmiers spécialisés en oncologie. Le facteur personnel « dépression » était fortement influencé par l'épuisement émotionnel et le sentiment de dépersonnalisation. Le facteur personnel « malaise et proximité » influençait fortement l'épuisement émotionnel alors que le facteur personnel « préoccupation avec les relations » a un lien avec le sentiment de dépersonnalisation.	Faiblesse : l'étude met en évidence la différence entre les deux groupes mais ne donne pas d'explications précises.
<b>Perspectives/ Conclusion</b>	<u>Implication pour la pratique</u> Des formations centrées sur l'accompagnement des patients en phase terminale au lieu de viser la guérison permettrait de réduire l'écart entre l'idéal (guérison) et le possible (prestations de soins). Des programmes et interventions mettant l'accent non seulement sur les caractéristiques individuelles mais aussi sur les aspects institutionnels.	

<b>Référence</b>	Payne, N., (2001), Occupational stressors and coping as determinants of burnout in female hospice nurses. <i>Journal of Advanced Nursing</i> , 33(3), 396-405.	<b>Commentaires</b>
<b>Devis</b>	Etude descriptive	
<b>Buts/ Objectifs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Investiguer le niveau de burnout des infirmières en soins palliatifs,</li> <li>- Identifier les aspects du rôle professionnel ainsi que les interventions permettant de diminuer le risque d'épuisement professionnel.</li> </ul>	
<b>Population/ Echantillon</b>	N = 89 infirmiers provenant de neuf centres de soins palliatifs du Royaume-Uni.	Force : l'échantillon provient de 9 centres de soins palliatifs différents.
<b>Procédure/ Récolte des données</b>	<p>Plusieurs questionnaires sur le stress et l'épuisement professionnel ont été distribués aux participantes, comme :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) le MBI (Maslach Burnout Inventory), il permet de mesurer le syndrome d'épuisement professionnel pour les professions d'aide et de santé. Elle comporte 22 items séparés en trois dimensions telles que l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation et l'accomplissement personnel.</li> <li>2) Le NSS (Nursing Stress Scale) comprenant 34 items séparés en 7 groupes : la mort, les conflits de..., les fins de vie problématiques et mal vécues, les conflits d'équipe, l'incertitude face aux traitements.</li> <li>3) L'échelle du coping a été utilisée, elle comprend 66 items sur les stratégies de faire-face au stress et à l'épuisement professionnel.</li> <li>4) un questionnaire sur les données démographique des participants.</li> </ol>	<p>Force : de nombreux questionnaires ont été utilisés, permettant ainsi de toucher un grand nombre d'aspects en corrélation avec l'épuisement professionnel.</p> <p>Faiblesse : les précautions éthiques n'ont pas été prises en compte.</p>
<b>Résultats</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Les résultats de MBI ont soulignés que peu d'infirmiers avaient un niveau de burnout élevé. Concernant l'épuisement émotionnel, 60% avait un risque faible et 24% avait un risque moyen. 72% n'ont ressenti que très peu les signes de dépersonnalisation. Concernant l'accomplissement personnel, 31% se sentaient pleinement épanouies au travail.</li> <li>2) Le facteur de stress le plus fréquent et problématique était la mort. L'incertitude face aux traitements a très peu été ressortie.</li> <li>3) La stratégie de coping la plus souvent utilisée était la résolution des problèmes. La moins employée était la fuite des problèmes.</li> <li>4) Cette étude a relevé un faible taux d'épuisement professionnel. De plus, il est ressorti que le niveau d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation aux soins palliatifs était inférieur par rapport aux infirmières exerçant dans d'autres types de services.</li> </ol>	

<b>Perspectives/Conclusion</b>	Afin d'améliorer le bien-être au travail et de diminuer le risque d'épuisement émotionnel, il est recommandé que les cadres ou responsables de service favorisent les échanges positifs et mettent en place des groupes de parole et de résolution de problème avec une personne externe au service. De plus, une préparation quant à la manière de se « détacher » et de traiter les besoins émotionnels des patients devrait être mise en œuvre car cela ne fait pas parti de la formation d'infirmière et mène régulièrement à l'épuisement émotionnel.	Force : L'étude révèle des stratégies de coping et des moyens concrets pour faire face à l'épuisement professionnel.
--------------------------------	--	---

<b>Référence</b>	Peters, L. et al. (2012). Is work stress in palliative care nurses a cause for concern? <i>International journal of Palliative Nursing</i> 2012, 18 (11), 561-567.	Commentaires
<b>Devis</b>	Double devis: qualitative et quantitative. Revue de littérature systématique.	
<b>Buts/ Objectifs</b>	Examiner de façon critique la littérature disponible sur le niveau de stress et les stratégies de coping utilisées par les infirmiers en soins palliatifs	
<b>Population/ Echantillon</b>	Articles scientifiques issus des banques de données entre 1990 et 2010, Journal des soins palliatifs → infirmiers travaillant dans des unités de soins palliatifs au Royaume-Uni, USA, Canada et Australie.	Force : se basent sur plusieurs grands pays industrialisés. Large choix de population.
<b>Procédure/ Récolte des données</b>	Articles scientifiques issus des banques de données entre 1990 et 2010 (113 articles) ainsi que du Journal des soins palliatifs et du Journal Américain des Soins et de Médecine Palliative. Ensuite, le questionnaire CASP a été utilisé afin d'éliminer ou de garder les articles en adéquation avec la question de recherche. Les études ont été réparties en fonction de leur devis.	Force : de nombreux articles, grande population. Faiblesse : se base sur des études de dates très différentes, les résultats ont pu évoluer.
<b>Résultats</b>	Les infirmiers avaient un taux de stress élevé mais pas plus élevé en soins palliatif que dans d'autres services. Plusieurs facteurs contribuent au stress et au risque d'épuisement professionnel : 1) L'environnement de travail → problèmes organisationnels, difficultés de communication et financières etc. 2) Les conflits de rôles → entre médecins/infirmières. Egalement conflits sur les différentes perceptions de la prise en charge des patients en fin de vie. 3) Les patients et leurs familles → difficultés à être constamment en contact avec patients en fin de vie, parfois cela se passe moins bien, difficultés ou conflits au sein des familles, difficulté à accepter la situation et la séparation, etc.	Force : Le stress des infirmiers en SP est comparé à celui d'autres services. Plusieurs causes de stress sont relevées.
<b>Perspectives/Conclusion</b>	<u>Implications pour la pratique :</u> Les stratégies de coping sont souvent utilisées par les infirmiers eux-mêmes et ont un effet positif sur le stress mais les cadres ont tendance à minimiser ce point. Les stratégies les plus souvent relevées sont prendre soin de soi, garder une distance avec les patients/familles, le travail de développement personnel etc. Il est également relevé que d'avoir un service de « pool » et de remplacer le personnel absent s'avère être un bon moyen pour lutter contre le burnout car la charge de travail n'augmente pas lorsqu'il manque du personnel soignant. Des interventions organisationnelles telles que le débriefing, le mentorat, la supervision ont été relevées comme ayant un effet positif sur les soignants.	Force : L'étude révèle des stratégies de coping et des moyens concrets pour lutter contre l'épuisement professionnel.

<b>Référence</b>	Peters, L., Lee, S., O'Connor, M., (2013)., Workplace stressors : a survey of palliative care nurses in Australia, <i>End of Life Journal</i> , 3(1), 1-10.	<b>Commentaires</b>
<b>Devis</b>	Etude quantitative, enquête	
<b>Buts/ Objectifs</b>	Investiguer les sources et le niveau de stress au travail vécu par les infirmiers en soins palliatifs.	
<b>Population/ Echantillon</b>	N=71 infirmiers australiens en soins palliatifs dont 67 femmes et 4 hommes	
<b>Procédure/ Récolte des données</b>	<p>1) Un questionnaire incluant des données démographiques, le grade, si les sujets ont déjà dû arrêter le travail car ils souffraient de burnout ainsi que plusieurs échelles regroupées a été distribué.</p> <p>2) La Nursing Stress Scale (NSS) complétée de trois des six sous-échelles de la Nurse Stress Index (NSI) car les auteurs ont jugé que des éléments de la NSS étaient inadéquatement représentés. Quatre autres items d'un nouveau devis de recherche ont été ajoutés car ils étaient considérés comme des facteurs de stress potentiels en soins palliatifs non présents dans l'original NSS et NSI. Les participants ont été interrogés sur la fréquence et le niveau de stress sur une échelle de un à dix vécu dans chaque situation.</p>	Force : L'approbation de l'étude a été obtenue par le comité éthique. Une phase pilote avec 20 infirmiers a permis d'apporter des changements au questionnaire.
<b>Résultats</b>	Le niveau de stress des participants était généralement bas. Les professionnels ayant plus de 50 ans ont de manière significative moins de stress que les participants plus jeunes. Plus de 50% des participants ont relevés avoir vécu 48 sur les 53 facteurs de stress. Les principales sources de stress sont la confrontation avec les mourants et les décès, la charge de travail ainsi que la relation avec le patient et ses proches. Deux facteurs de stress ont été vécus par tous les participants : voir un patient souffrir et avoir à faire aux conflits familiaux.	Force : les résultats sont analysés et des pistes sont données par rapport à ceux-ci. De plus, les études sont comparées à d'autres études réalisées sur ce thème.
<b>Perspectives/Conclusion</b>	Les professionnels qui ont le choix de leur place de travail présentent moins de stress que ceux qui n'ont pas eu le choix. Il est important pour les professionnels en soins palliatifs de maintenir une bonne santé au travail ainsi qu'une force de travail. L'étude relève l'importance d'avoir une relation adéquate entre l'infirmiers et le patient, de fournir une formation au personnel pour la pratique et de trouver des stratégies permettant de réduire le stress et d'augmenter la capacité à trouver des stratégies de coping pour les infirmiers en soins palliatifs. Une évaluation devrait être faite pour évaluer le stress dans le lieu de travail et la mise en place d'un programme de soutien.	Force : les limites et perspectives de l'étude sont décrites et prises en compte.

<b>Référence</b>	Pronost, A-M., (2001). La prévention du burnout et ses incidences sur les stratégies de coping, <i>Recherche en soins infirmiers</i> , 67, 121-131.	<b>Commentaires</b>
<b>Devis</b>	Etude observationnelle, comparative	
<b>Buts/ Objectifs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifier si la formation en soins palliatifs diminue les caractéristiques du burnout, ainsi que les stratégies de coping négatives et défensives</li> <li>- Comparer deux populations d'infirmiers, formées et non formées aux soins palliatifs.</li> </ul>	
<b>Population/ Echantillon</b>	L'étude a été réalisée dans des services de cancérologies et dans des unités de soins palliatifs en France. N=185 infirmiers dont N1 = 91 formés en soins palliatifs et N2 = 94 non formés	Force : Le nombre de participants des deux groupes est équitable.
<b>Procédure/ Récolte des données</b>	<p>Deux instruments de mesure ont été utilisés.</p> <p>1) L'échelle MBI (Maslach Burnout Inventory), qui permet de mesurer le syndrome d'épuisement professionnel pour les professions d'aide et de santé. Elle comporte trois dimensions telles que l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation et l'accomplissement personnel.</p> <p>2) L'échelle ETC (Echelle Toulousaine de Coping) est présentée sous forme d'affirmations que l'infirmier s'attribue en se référant à six stratégies : focalisation, support social, retrait, conversion, contrôle et refus.</p>	Faiblesse : Aucune information concernant les principes éthiques et sur la procédure sont mentionnés.
<b>Résultats</b>	Chez tous les infirmiers, l'épuisement émotionnel, en fréquence et en intensité, est fortement corrélé à toutes les dimensions du retrait (comportemental, cognitif ou affectif) et de la focalisation émotionnelle. La formation en soins palliatifs permet aux infirmiers d'utiliser des stratégies de coping positives, telles la conversion par les valeurs et l'utilisation du support social émotionnel (intensité/fréquence), et informationnel (fréquence). Dans les deux populations, la dépersonnalisation est en corrélation forte avec le retrait comportemental et mental. Chez les infirmiers formés, il y a de fortes corrélations avec la conversion comportementale et avec la régulation des activités. Ainsi la formation tendrait à développer de nouvelles stratégies actives et cognitives de coping positif ayant pour but d'augmenter le sens de l'accomplissement personnel.	
<b>Perspectives/Conclusion</b>	<p><u>Implications pour la pratique :</u></p> <p>La formation permet :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- De développer des stratégies de coping positives</li> <li>- De favoriser l'adaptation</li> <li>- De développer une capacité d'analyse et de prise de conscience de l'existence du burnout</li> <li>- Développer chez les infirmières des «processus de dégageant» et une meilleure utilisation des ressources pour diminuer les tensions</li> </ul>	Force : L'étude démontre les impacts positifs de la formation.

<b>Référence</b>	Sardiwalla, N., VanderBerg, H., Esterhuyse, K., (2007). The role of stressors and coping strategies in the burnout experienced by hospice workers. <i>Cancer nursing</i> , 6, 488-497.	Commentaires
<b>Devis</b>	Etude non-expérimentale, descriptive.	
<b>Buts/ Objectifs</b>	Déterminer les agents stressants internes et externes du travail vécus par les soignants en soins palliatifs et les stratégies d'adaptations utilisées afin de prévenir l'épuisement professionnel.	Fore : Des recommandations afin de palier à cette problématique ont été citées.
<b>Population/ Echantillon</b>	N=78 aides-soignants en soins palliatifs à Bloemfontein et Ladysmith, Afrique du Sud. Tous les participants parlent et comprennent l'anglais (langue du questionnaire.)	
<b>Procédure/ Récolte des données</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Un questionnaire biographique a été utilisé pour obtenir les informations démographiques.</li> <li>2) Les niveaux d'épuisement ont été mesurés en utilisant le Maslach Burnout Inventory qui se compose de 22 éléments avec 3 sous-échelles : l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation, et le manque d'accomplissement personnel.</li> <li>3) Les facteurs de stress liés au travail (internes) et non-liés au travail (externes) ont été mesurés à l'aide du questionnaire suivant : "Experience of Work and Life Circumstances", basé sur 7 types de facteurs de stress (situation personnelle, les facteurs externes au travail, les facteurs institutionnels, le stress lié à la tâche professionnelle, les conditions physiques de la profession, la carrière et le salaire.</li> <li>4) L'échelle de coping a été utilisée afin de mesurer les stratégies utilisées par les participants.</li> </ol>	Force : tous les types de facteurs de stress sont pris en compte. L'étude analyse également les stratégies de coping → but de trouver des solutions à cette problématique d'épuisement professionnel. Une permission de la part des coordinateurs d'équipe a été obtenue.
<b>Résultats</b>	Les résultats ont montré que les participants ont un niveau élevé de stress, l'épuisement émotionnel et la dépersonnalisation étaient omniprésents. De plus, l'accomplissement personnel a obtenu des résultats très bas, ce qui indique un degré élevé de burnout au sein de la population cible. Ceci s'explique par une exposition répétée de la mort des patients et par la stigmatisation de leur travail. Il est ressorti que les problèmes institutionnels contribuent plus fortement à l'épuisement que les conditions physiques spécifiques au travail d'infirmière. Les soignants en soins palliatifs ont obtenus en haut score de stress lié à l'environnement externe du travail. Cependant, les stress internes comme par exemple un salaire non apparenté aux tâches effectuées et aux responsabilités, le manque de personnel, le manque de formation etc. entraînent un risque d'épuisement professionnel. Chaque individu a régulièrement recourt à des stratégies de coping (centrées sur le problème, les émotions et les stratégies inefficaces.) Les jeunes soignants sont plus vulnérables à l'épuisement émotionnel.	Force : Les résultats sont bien ciblés, ils répondent à notre question de recherche.
<b>Perspectives/Conclusion</b>	<u>Implications pour la pratique :</u> Les recommandations pour soulager cette problématique incluent l'examen du fonctionnement institutionnel et des pressions en faveur de la dotation du personnel, des salaires plus élevés ainsi que de meilleurs équipements matériels.	

<b>Référence</b>	Slocum-Gori S., Hemsworth D., Wy chan W., Carson A., Kazanjian A. (2011). Understanding Compassion Satisfaction, Compassion Fatigue and Burnout : A survey of the Hospice palliative care workforce. <i>Palliative Medecine</i> , 27(2), 172-178.	Commentaires
<b>Devis</b>	Etude observationnelle, enquête.	
<b>Buts/ Objectifs</b>	- Fournir une meilleure compréhension du niveau de satisfaction de compassion, de fatigue de compassion et d'épuisement professionnel - Examiner les caractéristiques clés de chacun.	
<b>Population/ Echantillon</b>	N=630 personnes, travaillant dans des unités de soins palliatifs au Canada, toutes professions confondues.	Force : la taille de l'échantillon est grande.  Faiblesse : englobe toutes professions confondues, pas uniquement le personnel soignant.
<b>Procédure/ Récolte des données</b>	L'outil ProQOL (the professional quality of life scale) a été utilisé car il prend en compte trois concepts : la satisfaction de compassion, la fatigue de compassion et l'épuisement professionnel. L'association canadienne des soins palliatifs a contacté les différentes unités de SP du pays, afin de pouvoir interroger leurs travailleurs. Les données démographiques des participants ont été prises en compte (âge, sexe, statut marital, profession etc.) Il y a eu une phase pilote où 13 personnes ont répondues à l'enquête en Colombie Britannique, et une fois fonctionnel, un questionnaire en ligne en français et anglais, a été distribué à 630 participants au niveau national. Une lettre d'accompagnement expliquant le but de l'étude et un lien web sécurisé au questionnaire ont été envoyé à tous les participants.	Force : phase pilote afin que le questionnaire soit rectifié au besoin.  Faiblesse : Pas d'approbation par un comité éthique
<b>Résultats</b>	Il a été relevé que la satisfaction de compassion n'a pas de corrélation avec le risque de burnout. Par contre, les personnes souffrant de fatigue de compassion étaient plus à risque d'épuisement professionnel. Parmi tous les corps de métiers analysés, ce sont les infirmiers qui ont le niveau de fatigue de compassion le plus élevé car c'est une profession en lien direct avec les patients et les soins, où la compassion est de rigueur. Les résultats indiquent que le niveau de satisfaction de compassion pourrait augmenter si la politique de santé au niveau national et institutionnel soutenait plus leurs employés en soins palliatifs. (Médecins et infirmiers.) 4 hypothèses posées dès le départ sont la plupart confirmées : 1) Le type de services de soins palliatifs fourni un impact significatif sur le niveau de satisfaction, de fatigue et de burnout. 2) Le taux de travail (temps partiel ou plein) est significativement lié au niveau de satisfaction, de fatigue et d'épuisement 3) L'affiliation professionnelle a des répercussions importantes sur le niveau de satisfaction, de fatigue et de burnout 4) 4. L'établissement principal a un impact significatif sur le niveau de satisfaction, de fatigue et d'épuisement.	

<b>Perspectives/Conclusion</b>	<u>Implications pour la pratique :</u> De nombreuses recherches appuient sur le fait que les professions d'aide sont les plus touchées par le burnout, c'est pourquoi, le système politique de santé doit en tenir compte et fournir le financement nécessaire aux moyens de prévention. De plus, l'empathie dans les soins palliatifs a un impact positif sur la qualité des soins (se mesure par le niveau de satisfaction de compassion.) L'étude souligne également que prendre soin de soi, la pleine conscience, la méditation et l'écriture créative réduisent la fatigue de compassion et augmente la satisfaction.	
--------------------------------	--	--

<b>Référence</b>	Van Staa, A-L., Visser, A., Van der Zouwe, N., (2000). Caring for caregivers : experiences and evaluation of interventions for a palliative care team, <i>Patient Education and Counseling</i> , 41, 93-105.	<b>Commentaires</b>
<b>Devis</b>	Etude observationnelle comparative	
<b>Buts/ Objectifs</b>	La première unité de soins palliatifs aux Pays-Bas a été conçue pour développer, mettre en pratique et évaluer des concepts de soins palliatifs. Dès le début, une attention particulière a été accordée à la mise en œuvre d'un système de «soins pour les soignants» afin de soutenir le personnel de l'UCP dans les soins aux malades en phase terminale et à prévenir l'épuisement professionnel. Une évaluation du processus a été réalisée au cours de la première année de son existence.	
<b>Population/ Echantillon</b>	N=43 dont 16 soignants directement impliqués dans l'unité de soins palliatifs (médecin, infirmières, secrétaires et leader du projet) et N=27 membres de l'équipe interdisciplinaire.	
<b>Procédure/ Récolte des données</b>	L'étude est caractérisée par une évaluation du processus en utilisant plusieurs méthodes pour documenter la préparation de l'innovation de l'USP et son implantation durant la première année. Elle utilise la méthode qualitative et quantitative, ce qui permet de valider les données en comparant les informations de différentes sources. 1) Dans la méthode qualitative, les données ont été analysées par un questionnaire contenant des questions sur la motivation de travailler dans cette unité, la vision de l'équipe sur les soins palliatifs, l'évaluation sur l'organisation, sur la qualité de soins des patients, sur la formation et les activités de soutien à l'équipe et a été réévaluée dans le temps (après six mois et une année). 2) Dans la méthode qualitative, l'analyse de documents écrits, des réunions et des entretiens semi-structurés ont été utilisés.	Faiblesse : Pas de consentement éclairé mentionné.
<b>Résultats</b>	Dans la seconde moitié de l'année, le personnel de l'USP a connu une augmentation des niveaux de stress au travail liés à des facteurs organisationnels, des problèmes de gestion, la collaboration avec les collègues et d'un manque de soutien institutionnel mais aussi par une lourde charge de travail, des soins complexes, un manque de personnel, un manque d'expérience et de compétences. Les questions de soutien affectif quant à la mort et au deuil ne se posent pas comme étant des problèmes majeurs.	
<b>Perspectives/Conclusion</b>	<u>Implications pour la pratique :</u> Un niveau de stress élevé menace le bien-être des soignants. Le manque de soutien institutionnel, de formation et la charge élevée de travail sont des sources majeures de stress. Une équipe d'intervention serait un bon soutien. Il faut continuer à investiguer sur des méthodes plus efficaces pour prendre soins des soignants. Elles devraient être accompagnées par des ressources adéquates, une structure de gestion de soutien, un programme de formation et un soutien aux besoins individuels.	