

# **Comment soutenir la résilience dans le milieu professionnel des infirmières ?**

Une revue de littérature étoffée

Travail de Bachelor

Par

**Valérie Cottet**

**Noémie Richoz**

**Sandrine Sifringer**

Promotion 2012 – 2015

Sous la direction de : Madame Catherine Senn-Dubey

**Haute Ecole de Santé, Fribourg**

Filière soins infirmiers

Le 9 juillet 2015

***Composition du jury***

**Madame Catherine Senn-Dubey, professeure HES**

Haute Ecole de Santé, Fribourg

**Madame Christiane Hoeppli, experte clinique en oncologie et ICUS**

HFR-Fribourg

## **Sommaire**

**Problématique :** Les infirmières<sup>1</sup> sont confrontées à des défis professionnels qui leur procurent du stress. Ce stress a un impact sur leur santé et la qualité des soins. Il est difficile de retenir les infirmières dans leur milieu professionnel. Soutenir la résilience des infirmières est alors important pour qu'elles prospèrent dans l'adversité du travail.

**Méthode :** Ce travail est une revue de littérature étoffée. Les banques de données telles que *PubMed*, *Cinahl* et *Google Scholar* ont été consultées à l'aide de mots-clés. Sept articles ont été analysés avec des grilles d'analyse et de lecture quantitatives, qualitatives et mixtes. Les articles donnant des interventions ou des stratégies pour soutenir la résilience dans le milieu professionnel des infirmières ont été retenus.

**Résultats :** Le *coaching* est une intervention efficace pour soutenir la résilience. Les autres interventions n'ont pas prouvé leur efficacité. Néanmoins, les interventions de *mindfulness* et la formation sur la résilience sont prometteuses. L'éducation à la résilience et le *caring* offrent des pistes d'action sans mesurer la résilience.

**Discussion :** Il existe peu d'interventions soutenant la résilience des infirmières. Des résultats significatifs sont rarement décrits dans les études testant une intervention. La faisabilité des interventions devrait être explorée davantage dans la pratique. Il serait judicieux d'agir sur les défis affectant les infirmières pour renforcer leur résilience. Soutenir la résilience permet d'améliorer la satisfaction au travail, la rétention des infirmières et la qualité des soins.

**Mots-clés :** *Resilience, infirmière, milieu professionnel, revue.*

---

<sup>1</sup> Le terme « infirmière » est utilisé au féminin mais il inclut aussi les infirmiers.

## ***Tables des matières***

<b>Introduction.....</b>	<b>1</b>
<b>Problématique.....</b>	<b>3</b>
Résilience personnelle.....	5
Question de recherche .....	7
<b>Méthode.....</b>	<b>8</b>
Argumentation du devis .....	9
Etapes de la revue de la littérature .....	9
<b>Résultats .....</b>	<b>12</b>
Coaching .....	14
Mindfulness .....	16
Formation sur la résilience.....	18
Education à la résilience dans le milieu de travail .....	19
Caring.....	20
<b>Discussion .....</b>	<b>22</b>
Synthèse des résultats .....	23
Critique des articles scientifiques.....	23
Interventions efficaces.....	25
Application des interventions dans la pratique .....	26
Défis et résilience .....	27
Recommandations.....	28
Recommandations pour la pratique .....	28
Recommandations pour la formation .....	28
Recommandations pour la recherche .....	29
<b>Conclusion .....</b>	<b>30</b>
<b>Liste des références bibliographiques.....</b>	<b>32</b>
<b>Appendices .....</b>	<b>36</b>

Appendice A : Déclaration d'authenticité .....	37
Appendice B Grille d'évaluation et de lecture, approche mixte .....	38
Article de Grant et al. (2009) .....	38
Appendice C Grille d'évaluation et de lecture, approche quantitative .....	55
Article de Fortney et al. (2013) .....	55
Appendice D Grille d'évaluation et de lecture, approche mixte .....	64
Article de Foureur et al. (2013) .....	64
Appendice E Grille d'évaluation et de lecture, approche quantitative .....	75
Article de Mealer et al. (2013) .....	75
Appendice F Grille d'évaluation et de lecture, approche qualitative .....	85
Article de McDonald et al. (2013) .....	85
Appendice G Grille d'évaluation et de lecture, revue de littérature .....	96
Article de Lowe (2013) .....	96
Appendice H Grille d'évaluation et de lecture, approche quantitative .....	104
Article de Gillespie et al. (2013) .....	104

### ***Liste des figures***

<i>Figure 1.</i> Résilience des groupes à travers le temps.....	15
<i>Figure 2.</i> Moyennes et écarts-types pour toutes les variables.....	16

### ***Remerciements***

Nous tenons à remercier notre directrice de travail de Bachelor, Madame Catherine Senn-Dubey. Merci pour son investissement, sa disponibilité, son soutien et son assiduité.

Nous remercions Cristiana Martins, Justine Richoz et Nicolas Cottet d'avoir consacré du temps à la syntaxe et à l'orthographe de notre travail. Un grand merci pour leur lecture.

## ***Introduction***



Les infirmières sont confrontées à des défis professionnels qui leur procurent du stress (Hart, Brannan & De Chesnay, 2014). Ces défis influencent la santé des infirmières (Jackson, Firtko & Edenborough, 2007) et la qualité des soins (Grafton, Gillespie & Henderson, 2010). Les infirmières résilientes font face à l'adversité dans leur milieu professionnel mais ces défis ne cessent d'augmenter (Jackson et al., 2007). Ce qui rend l'adaptation des infirmières difficile. Soutenir la résilience des infirmières est alors important pour une meilleure santé (Hart et al., 2014).

Il existe peu d'interventions soutenant la résilience dans le milieu professionnel des infirmières. De plus, il est difficile de savoir si ces interventions sont faisables et réalisables dans la pratique. Ce travail vise à approfondir et réaliser une évaluation critique des articles scientifiques sur la résilience dans le milieu professionnel des infirmières.

## ***Problématique***

Dans leur milieu professionnel, les infirmières sont confrontées à un stress ayant des effets néfastes sur les milieux de soins, la dotation du personnel, l'efficacité et les coûts. Il y a également une répercussion sur la qualité des soins prodigués aux patients (Grafton et al., 2010). L'environnement de travail est un facteur important pour la satisfaction et la rétention des infirmières (Grafton et al., 2010 ; Gillespie, Chaboyer, Wallis & Grimbeek, 2007).

Dans leur revue intégrative, Hart et al. (2014) affirment que « la pénurie d'infirmières est un problème mondial. Deux facteurs sont à l'origine de cette pénurie : une diminution de l'offre d'emploi et un besoin accru d'infirmières » (p. 720). Il manque environ 3'000 infirmières en Suisse (Hart et al., 2014).

Il est difficile de retenir les infirmières dans leur profession à cause d'une charge de travail excessive, d'un manque d'autonomie, de l'intimidation, de la violence et des questions organisationnelles (Jackson et al., 2007).

Des défis professionnels affectent les infirmières (Hart et al., 2014) :

Les erreurs médicales favorisées par une pénurie de personnel ; un manque de soutien et d'écoute ; de longs horaires de travail ; la violence provenant des patients et de leur famille ; les comportements perturbateurs des collègues de travail, notamment des abus, de l'intimidation, de la violence et du harcèlement sexuel (p. 721).

Des facteurs influencent la résilience personnelle des infirmières dans leur milieu de travail (Hart et al., 2014). Des tensions entraînent de l'anxiété. Des changements constants demandent une adaptation continue. Les buts organisationnels ne sont pas toujours congruents avec les objectifs professionnels et personnels des infirmières. Les institutions ne soutiennent pas toujours la personnalité et les valeurs des infirmières, ce qui peut mener à l'épuisement de leurs réserves psychologiques.

Les infirmières qui peinent à équilibrer travail et vie privée s'épuisent plus facilement.

Lorsque les infirmières n'arrivent pas à faire face à cette adversité, tels que les demandes, défis, frustrations, stress et anxiété, des conséquences négatives en découlent (Hart et al., 2014 ; Jackson et al., 2007 ; McAllister & Mckinnon, 2008 ; Grafton et al., 2010). Un épuisement professionnel, associé à des résultats de santé négatifs comme détresse, plaintes somatiques, abus d'alcool et de drogues. Les maladies coronariennes et un taux de suicide élevé sont également des conséquences négatives (McAllister & Mckinnon, 2008). Les infirmières peuvent quitter leur lieu de travail voire leur profession (Jackson et al., 2007).

Hart et al. (2014) affirment que « le développement de la résilience des infirmières dans leur lieu de travail (...) est associé à une meilleure qualité de vie, une meilleure santé et à un comportement plus productif » (p. 728).

### **Résilience personnelle**

La résilience personnelle des infirmières est une stratégie pour survivre et prospérer dans l'adversité du travail (Jackson et al., 2007).

La résilience est la capacité de rebondir ou de faire face à des situations éprouvantes avec succès (Hart et al., 2014). Une personne résiliente se remet facilement et rapidement des échecs rencontrés dans sa vie. Elle persiste à surmonter les obstacles difficiles.

La résilience se réfère à un processus dynamique qui résulte de l'adaptation à une adversité significative (Hart et al., 2014 ; Gillespie et al., 2007). A certaines étapes de la vie, un élément perturbateur peut provoquer une fragilité. La personne

est touchée dans son équilibre bio-psycho-social et quitte alors sa zone de confort (Richardson, 2002).

La résilience est contextuelle. Les individus ne peuvent pas être résilients dans tous les aspects de leur vie (McAllister & Mckinnon, 2008). Les transitions de la vie demandent une adaptation spécifique. Les individus peuvent apprendre ou acquérir des qualités résilientes (McAllister & Mckinnon, 2008 ; Hart et al., 2014 ; Grafton et al., 2010). Des techniques ciblées de thérapie cognitivo-comportementale sont utilisées pour que l'individu s'adapte davantage et soit plus résilient (McAllister & Mckinnon, 2008). La thérapie cognitivo-comportementale vise à transformer la pensée pessimiste en pensée optimiste. Un cadre éducatif, centré sur l'individu et qui « prend soin » peut améliorer la résilience (McAllister & Mckinnon, 2008). Ce cadre éducatif renforce les facteurs de protection et les pratiques.

La résilience ne dépend pas que de l'âge, l'expérience, l'éducation, la collaboration et les années d'emploi (Hart et al., 2014 ; Gillespie et al., 2007). Les composantes principales de la résilience sont succès, espoir, auto-efficacité, contrôle, compétence, flexibilité, faculté d'adaptation, vigueur, sentiment de cohérence, reconnaissance et concentration optimale (Hart et al., 2014). Ces composantes peuvent évoluer à chaque instant de l'existence (Gillespie et al., 2007). L'étude de Gillespie et al. (2007) rapporte que l'espoir a la plus forte contribution à la résilience des infirmières. L'auto-efficacité et l'adaptation ont aussi une influence importante sur la résilience (Gillespie et al., 2007).

La résilience personnelle est un concept actuel qui s'inscrit dans le paradigme de la transformation (Pepin, Kérouac & Ducharme, 2010). Ce travail n'inclut pas une théorie de soins car il ne porte pas sur les patients mais sur les infirmières.

### **Question de recherche**

Au quotidien, les infirmières doivent gérer des problèmes affectant leur capacité à rester résilientes (Hart et al., 2014). Soutenir les qualités résilientes des infirmières permet d'éviter des conséquences négatives. Les infirmières résilientes sont capables de mieux s'adapter (Grafton et al., 2010).

La problématique actuelle fait émerger la question de recherche suivante :  
Comment soutenir la résilience dans le milieu professionnel des infirmières ?

## ***Méthode***

### **Argumentation du devis**

Le devis est une revue de littérature étoffée. Il s'agit d'« une évaluation critique de recherches approfondies et des théories relatives à un sujet spécifique » (Coughlan, Ryan & Cronin, 2013, p.7).

Ce devis est adapté pour répondre à la question de recherche. Il donne une meilleure connaissance du problème, en cherchant différentes opinions scientifiques. Ce devis sert à avoir un point de repère par rapport à la situation actuelle des soins. Ce devis relève les manques et les apports sur la résilience dans le milieu professionnel des infirmières (Fortin, 2010).

### **Etapes de la revue de la littérature**

Les banques de données telles que *PubMed*, *Cinahl* et *Google Scholar* ont été consultées. Des articles scientifiques ont été sélectionnés pour répondre à la question de recherche.

Les mots-clefs anglais suivants ont été sélectionnés pour délimiter les recherches :

*Resilience, nurses, nursing staff, workplace, intervention.*

Les critères d'inclusion de cette revue de littérature étoffée correspondaient aux articles scientifiques :

- Donnant des interventions ou des stratégies pour soutenir la résilience dans le milieu de travail des infirmières ou du personnel soignant.
- S'intéressant de manière explicite à la résilience des infirmières.
- Datant de 2004 à 2014.

Les articles scientifiques ne répondant pas à ces critères ont été exclus.



Après une observation minutieuse des articles scientifiques figurant dans les banques de données, douze ont été retenus. Un article a été trouvé dans la bibliographie d'un article sélectionné. Sur treize articles, sept articles ont été choisis car ils correspondaient aux critères d'inclusion.

Les grilles d'analyse suivantes ont été utilisées pour analyser les articles scientifiques, selon leur devis de recherche :

- Grille de lecture d'un article scientifique, approche quantitative (Loiselle & Profetto-McGraft, 2007 ; Fortin, 2010)
- Grille de lecture d'un article scientifique, approche qualitative (Loiselle & Profetto-McGraft, 2007 ; Fortin, 2010)
- Grille de lecture critique d'un article scientifique, approche mixte (Loiselle & Profetto-McGraft, 2007)

Les grilles d'analyse ont permis d'identifier les éléments importants des articles scientifiques, en suivant leurs étapes de recherche.

D'autres grilles adaptées au devis des articles scientifiques ont été sélectionnées pour évaluer leur qualité :

- Grille de lecture critique d'un article scientifique, approche quantitative (Loiselle & Profetto-McGraft, 2007)
- Grille de lecture critique d'un article scientifique, approche qualitative (Loiselle & Profetto-McGraft, 2007)
- Grille de lecture critique d'un article scientifique, approche mixte (Loiselle & Profetto-McGraft, 2007)
- *PRISMA-2009-Checklist* (Moher, Liberati, Tetzlaff, Altman & The PRISMA Group, 2009)

La première analyse d'un article scientifique a été réalisée en commun. Ainsi, tous les articles scientifiques ont été analysés de la même manière.

Des catégories ont été identifiées pour mettre en avant les résultats principaux. Tous les résultats des articles scientifiques ont été comparés. Les thèmes communs ont été ressortis. La significativité des résultats et la qualité des articles ont

déterminé la pertinence des résultats. Seuls les résultats concernant la résilience ont été retenus. Lors de cette étape, la directrice de ce travail de Bachelor était présente pour assurer la cohérence de la démarche.

## ***Résultats***

Des sept articles scientifiques sélectionnés, il y avait : trois articles quantitatifs, un article qualitatif, deux articles mixtes et une revue de littérature. Un article a été retiré lors de l'analyse des résultats car il examinait les rapports entre certaines variables explicatives et la résilience (Gillespie et al., 2007). Tous les articles scientifiques étaient de bonne qualité. Ils remplissaient les critères des grilles d'analyse (appendices). Les six études sélectionnées étaient en anglais. Elles ont été réalisées en Australie (Grant, Curtayne & Burton, 2009 ; McDonald, Jackson, Wilkes & Vickers, 2013 ; Foureur, Besley, Burton, Yu & Crisp, 2014) et aux Etats-Unis (Lowe, 2013 ; Fortney, Luchterhand, Zakletskaia, Zgierska & Rakel, 2013 ; Mealer, Conrad, Evans, Jooste, Solyntjes, Rothbaum & Moss, 2014).

La population n'était pas toujours des infirmières. Un article avait pour population des cadres et dirigeants du secteur des soins infirmiers, dans une agence de santé publique (Grant et al., 2009). Les sages-femmes et les infirmières représentaient la population de deux articles (McDonald et al., 2013 ; Foureur et al., 2013).

Les articles suivants présentaient une intervention de *mindfulness* :

- Fortney et al. (2013) : étude pilote non-contrôlée, devis quantitatif.
- Foureur et al. (2013) : étude pilote "pre and post intervention", devis mixte.

Dans leur article quantitatif de faisabilité, Mealer et al. (2014) ont testé un programme multidimensionnel de formation sur la résilience. Une intervention de *coaching* a été expérimentée par Grant et al. (2009). McDonald et al. (2013) ont mis en oeuvre et évalué une intervention d'éducation à la résilience dans le milieu professionnel. Dans sa revue de littérature, Lowe (2013) a fourni des pistes pour soutenir la résilience des infirmières dans un cadre de *caring*.

## Coaching

Grant et al. (2009), dans leur étude randomisée contrôlée, ont obtenu des résultats quantitatifs et qualitatifs sur l'impact d'une intervention de *coaching*. Le *Leadership Development Program* de 8 à 10 semaines contenait un *individual 360-degree feedback*, une demi-journée de formation et de *workshop* sur le *leadership* et quatre séances de *coaching* individuel. L'objectif de ce programme était de développer la capacité de *leadership* et de gestion chez les participants (Grant et al., 2009). L'approche cognitivo-comportementale a été utilisée. L'intervention concernait 41 cadres et dirigeants du secteur des soins infirmiers dans une agence de santé publique en Australie. Ce programme a été mené par des psychologues externes à l'institution et qualifiés dans le *coaching*.

La résilience a été évaluée en trois temps, à l'aide du *Cognitive Hardiness Scale*. Tous les participants ont complété des mesures initiales (Temps 1 : avant de débiter la formation) (Grant et al., 2009). Ils ont ensuite été répartis au hasard dans le groupe 1 (groupe contrôle) ou le groupe 2 (*waitlist control group*). Lorsque le groupe 1 a terminé l'intervention de *coaching*, des mesures ont été prises pour les groupes 1 et 2 (Temps 2). Le Temps 3 correspondait à la prise de mesures uniquement chez le groupe 2, après qu'il ait reçu l'intervention de *coaching*.

Les *repeated measures ANOVA* pour la *Cognitive Hardiness Scale* ont montré que le groupe 1 a obtenu une résilience plus élevée à la fin du *coaching* (Temps 2) que le groupe 2,  $F(1,39) = 6,75$ ,  $p < 0,05$  (Grant et al., 2009). Les *planned contrasts* ont indiqué que les résultats de résilience du groupe 2 n'étaient pas significativement différents du Temps 1 au Temps 2,  $t(20) = 0,59$ ,  $p = ns$ . Les participants du groupe 2 étaient plus résilients lorsque l'intervention de *coaching* était terminée (Temps 3),  $t(20) = 3,10$ ,  $p < 0,01$ .

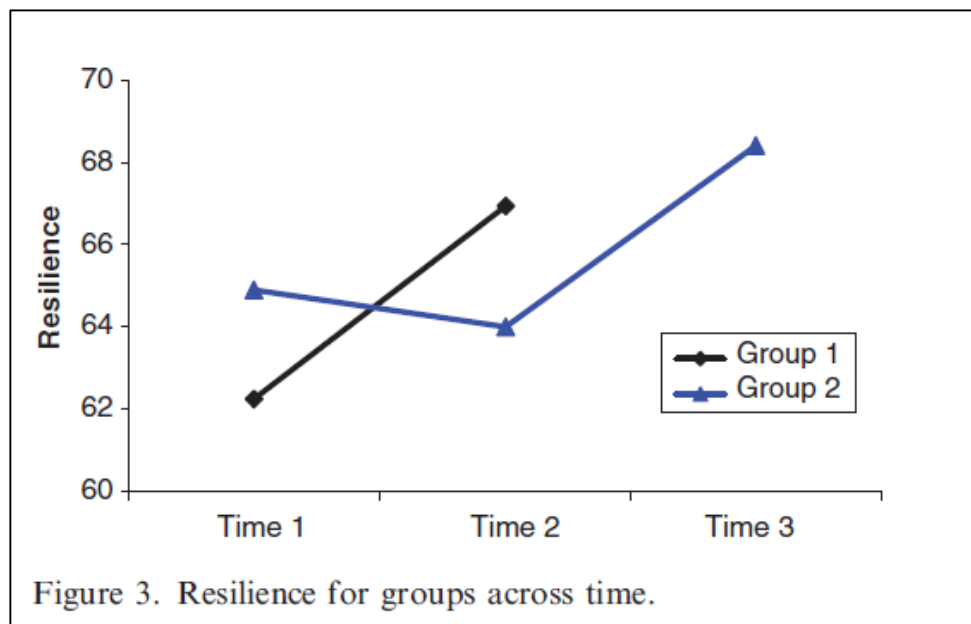


Figure 1. Résilience des groupes à travers le temps.

Source : Grant, A.-M., Curtayne, L. & Burton, G. (2009). Executive coaching enhances goal attainment, resilience and workplace well-being : a randomised controlled study. *The Journal of Positive Psychology*, 4(5), 396-407.

La résilience augmente suite à l'intervention chez le groupe 1 (Temps 2). Contrairement au groupe 2 qui n'a pas reçu l'intervention (Temps 2). Au Temps 3, la résilience augmente chez le groupe 2 qui reçoit l'intervention (Grant et al., 2009). Les courbes sont parallèles après l'intervention (Temps 2 et Temps 3). Ce qui signifie que la résilience augmente de la même manière chez les deux groupes.

Table 3. Means and standard deviations for all variables.

	Time 1		Time 2		Time 3	
	M	SD	M	SD	M	SD
GAS						
Group 1	128.00 <sub>a</sub>	52.87	199.50 <sub>a</sub>	49.99	—	—
Group 2	148.00 <sub>a</sub>	46.00	138.09 <sub>a,b</sub>	51.14	202.85 <sub>b</sub>	47.34
Resilience						
Group 1	62.25 <sub>d</sub>	6.49	66.95 <sub>d</sub>	6.74	—	—
Group 2	64.90 <sub>d</sub>	5.70	64.00 <sub>c,d</sub>	8.53	68.42 <sub>c</sub>	6.24
Depression						
Group 1	5.00 <sub>d</sub>	8.14	2.00 <sub>d</sub>	3.37	—	—
Group 2	3.23 <sub>d</sub>	3.06	5.42 <sub>d</sub>	9.31	2.28	3.36
Anxiety						
Group 1	2.40	4.13	2.50	3.83	—	—
Group 2	3.33	4.57	4.00	9.12	1.52	2.89
Stress						
Group 1	10.40	10.39	8.10	8.49	—	—
Group 2	9.90	7.75	10.09 <sub>e</sub>	9.08	5.80 <sub>e</sub>	5.86
WWB						
Group 1	102.66 <sub>d</sub>	25.58	113.95 <sub>d</sub>	24.11	—	—
Group 2	104.80 <sub>d</sub>	22.26	104.61 <sub>c,d</sub>	31.62	115.42 <sub>c</sub>	25.39

GAS = Goal Attainment Scaling; WWB = Workplace Well-being.

Notes: Subscript *a* denotes statistically significant interaction effect;  $p < 0.001$ . Subscript *b* denotes statistically significant difference;  $p < 0.001$ . Subscript *c* denotes statistically significant difference;  $p < 0.01$ . Subscript *d* denotes statistically significant interaction effect;  $p < 0.05$ . Subscript *e* denotes statistically significant difference;  $p < 0.05$  (one tailed test).

Figure 2. Moyennes et écarts-types pour toutes les variables.

Source : Grant, A.-M., Curtayne, L. & Burton, G. (2009). Executive coaching enhances goal attainment, resilience and workplace well-being : a randomised controlled study. *The Journal of Positive Psychology*, 4(5), 396-407.

Les données au Temps 2 et au Temps 3 démontrent également une augmentation significative de la résilience chez le groupe 1 et le groupe 2 suite à l'intervention, par rapport au Temps 1 (mesures initiales) (Grant et al., 2009).

### Mindfulness

Le terme *mindfulness* est un instant de conscience et une pratique d'auto-soins, qui accroît la conscience de soi et la compassion envers les autres (Fortney et al., 2013).

Dans leur étude quantitative, Fortney et al. (2013) ont évalué la résilience en 4 temps. Les chercheurs ont utilisé l'échelle *Resilience Scale* (RS) de 14 items chez 30 professionnels de la santé. Le questionnaire 1 (mesures de base) a été envoyé avant l'intervention. Les questionnaires 2, 3 et 4 ont été complétés 1 jour, 8 semaines et 9 mois après l'intervention (Fortney et al., 2013).

L'intervention est une version abrégée du programme *mindfulness-based stress reduction* (MBSR) de 8 semaines par Jon Kabat-Zinn, professeur en médecine (Fortney et al., 2013). Les participants ont reçu une formation sur les pratiques de la pleine conscience (*mindfulness*). Ils ont appris à l'appliquer dans leur pratique et leur vie quotidienne.

La résilience a augmenté 1 jour et 8 semaines après l'intervention mais a diminué 9 mois après l'intervention (Fortney et al., 2013). Ces changements ne sont pas significatifs : questionnaire 1 à 79.9, questionnaire 2 à 82.0 ( $p = 0.35$ ), questionnaire 3 à 83.2 ( $p = 0.26$ ), questionnaire 4 à 81.4 ( $p = 0.63$ ). Les scores élevés signifient une résilience élevée.

Foureur et al. (2013) ont mesuré la résilience de manière indirecte dans leur étude mixte. Quarante infirmières et sages-femmes ont rempli 3 questionnaires avant un atelier d'une journée de *mindfulness-based stress reduction* (MBSR) (Foureur et al., 2013). Pendant 8 semaines, les infirmières et les sages-femmes ont pratiqué individuellement et quotidiennement le *mindfulness* à l'aide d'un CD. Elles ont à nouveau complété les questionnaires 4 à 8 semaines après l'intervention. Pour les données qualitatives, les participantes ont participé à un groupe de discussion d'une heure ou à une entrevue individuelle de 20 minutes. Le but était d'identifier l'impact du *mindfulness* sur leur pratique (Foureur et al., 2013).



Des changements significatifs sur les scores des échelles GHQ-12 ( $p = 0.011$ ), SOC ( $p = 0.009$ ) et DASS ( $p = 0.004$ ) ont été objectivés (Foureur et al., 2013). Ces résultats indiquent une diminution des mesures indirectes de la résilience, à savoir la dépression, le stress et l'anxiété. Les infirmières et les sages-femmes ont rapporté le sentiment d'être plus détendues et concentrées suite à l'intervention. Elles ont réalisé l'importance de prendre du temps pour elles-mêmes. Elles sont capables de mieux contrôler leurs pensées et leur stress. Foureur et al. (2013) affirment que les infirmières pratiquant le *mindfulness* sont des infirmières plus résilientes.

### **Formation sur la résilience**

Dans leur étude quantitative de faisabilité, Mealer et al. (2014) ont déterminé si un programme multidimensionnel de formation sur la résilience pour les infirmières était réalisable et acceptable.

L'intervention s'étalait sur 12 semaines (Mealer et al., 2014). Les infirmières ont participé à deux jours d'introduction et de formation sur la résilience. Ces deux jours contenaient aussi un enseignement de techniques de réduction du stress basé sur la pleine conscience (MBSR). Les experts ont demandé aux infirmières de continuer à pratiquer la pleine conscience durant les 12 semaines suivantes. Des séances d'écriture ont été données par des experts qui leur ont demandé des *feedbacks* écrits hebdomadaires. Les infirmières avaient un abonnement de 3 mois au centre de bien-être de l'institution afin de pratiquer de l'exercice physique. Les participantes devaient suivre au moins une séance de *Event-Triggered Counseling* avec un thérapeute. L'approche thérapeutique était la thérapie cognitivo-comportementale.

En tout 27 infirmières, 13 dans le groupe d'intervention et 14 dans le groupe de contrôle, ont participé à cette étude (Mealer et al., 2014). Les deux groupes d'infirmières ont rempli des questionnaires avant le début de l'intervention et une semaine après la fin de l'intervention. Seul le groupe d'intervention a reçu l'intervention.

La *Connor-Davidson Resilience Scale* (CD-RISC) a été utilisée pour quantifier la résilience (Mealer et al., 2014). La médiane de la résilience CD-RISC était de 73 chez les participants. Avant l'intervention, la médiane de la CD-RISC mesurant la résilience était de 71 pour le groupe d'intervention et de 72 pour le groupe contrôle (Mealer et al., 2014). Après l'intervention, la médiane de la CD-RISC mesurant la résilience était de 78 pour le groupe d'intervention et de 79 pour le groupe contrôle. Les scores plus élevés reflètent une plus grande résilience. Un score supérieur ou égal à 82 est défini comme un score positif pour être résilient (Mealer et al., 2014). Les mesures de la résilience ne différaient pas de manière significative entre les deux groupes. Mais elle augmente chez les deux groupes (Mealer et al., 2014). Le programme multidimensionnel de formation sur la résilience est faisable et acceptable pour les infirmières.

### **Education à la résilience dans le milieu de travail**

Dans leur étude qualitative, McDonald et al. (2013) ont réalisé une étude de cas sur les effets d'une intervention éducationnelle basée sur le travail. Cette intervention avait pour but de promouvoir la résilience personnelle de 14 infirmières et sages-femmes (McDonald et al., 2013). L'intervention contenait 6 ateliers de résilience à raison d'un atelier par mois et un programme de mentorat sur une période de 6 mois. L'intervention portait sur les caractéristiques clés d'une personne résiliente et sur les éléments favorisant la résilience personnelle des participantes.

Le but des ateliers était d'offrir aux infirmières et sages-femmes une variété de stratégies et de ressources afin d'améliorer leur résilience personnelle (McDonald et al., 2013). Les infirmières et sages-femmes étaient retirées de leur environnement de travail. Elles ont pris part à des entretiens semi-structurés en 3 temps : avant l'intervention, immédiatement après l'intervention et 6 mois après l'intervention. Les auteurs ont réalisé une analyse thématique afin de ressortir les thèmes et sous-thèmes des données récoltées.

Pour les participantes, les ateliers de résilience ont été bénéfiques au niveau personnel et professionnel (McDonald et al., 2013). Les infirmières et sage-femmes ont eu l'opportunité de faire des apprentissages expérientiels. Elles ont pu s'exprimer à travers des activités créatrices et améliorer leur conscience de soi. Un autre avantage était l'ouverture à de nouvelles idées et stratégies. Elles ont déclaré être plus affirmées au travail et avoir une meilleure communication et relation avec les autres. Leur capacité d'adaptation a été renforcée par l'adoption de pratique d'auto-soins. L'amélioration de la résilience personnelle protège les infirmières et les sages-femmes de l'aversion du travail.

### **Caring**

Dans sa revue de littérature, Lowe (2013) fournit des pistes d'action pour améliorer la résilience des infirmières. Il est important que les infirmières évoluent dans un environnement de travail favorisant la résilience. Plusieurs stratégies sont mises en avant pour soutenir la résilience des infirmières dans un cadre de *caring* (Lowe, 2013).

Il est essentiel de promouvoir l'auto-soins et l'auto-efficacité en concevant des programmes de mentorat et éducatifs. Ce qui favorise la confiance en soi et l'autonomisation des infirmières (Lowe, 2013). Une autre stratégie consiste à

s'adapter, être flexible, avoir une pensée critique et explorer de nouvelles idées. Le renforcement de l'estime, de la confiance et de la vision positive de soi peut également favoriser la résilience des infirmières.

Des structures de soutien et des horaires adaptés facilitent la collaboration, l'amitié et le soutien entre collègues (Lowe, 2013). Promouvoir l'empathie des infirmières et leur fournir des possibilités d'apprendre à se connaître sont des stratégies qui renforcent leur résilience.

Il est nécessaire que les infirmières apprennent de leurs expériences négatives (Lowe, 2013). Les encourager à exprimer leurs sentiments et à se défendre sont des stratégies de résilience importantes. Tout comme promouvoir l'optimisme et l'espoir.

## ***Discussion***

### Synthèse des résultats

Le *coaching* est une intervention efficace car la résilience a augmenté significativement pour les deux groupes, une fois l'intervention terminée (Grant et al., 2009). Les interventions de *mindfulness* sont prometteuses. Dans l'article de Fortney et al. (2013), la résilience augmente après l'intervention mais les résultats ne sont pas significatifs. Pour Foureur et al. (2013), une diminution significative des mesures indirectes de la résilience, tels que la dépression, le stress et l'anxiété a été démontrée. Le programme de formation sur la résilience est prometteur (Mealer et al. 2014). Les participants sont plus résilients suite à l'intervention mais ces résultats ne sont pas significatifs. L'éducation à la résilience dans le milieu de travail et le *caring* ne sont pas des résultats prometteurs (McDonald et al., 2013 ; Lowe, 2013). Ces études offrent des pistes d'action pertinentes pour améliorer la résilience mais ne la mesurent pas.

### Critique des articles scientifiques

L'article scientifique de Grant et al. (2009) est le seul article où la résilience augmente significativement. Il est prouvé que l'intervention de *coaching* à court terme est efficace. Le devis randomisé contrôlé donne des résultats probants avec un grand échantillon (41 participants). C'est le seul article scientifique quantitatif avec un devis randomisé contrôlé sélectionné pour ce travail. Dans cette étude expérimentale, les participants sont répartis de manière aléatoire dans les deux groupes. Cette méthode permet d'observer des différences dues à l'intervention et non à d'autres éléments influençants (Fortin, 2010).

Au début de leur étude, Fortney et al. (2013) ont une population de 30 participants. Cet échantillon est insuffisant pour une étude quantitative. Le nombre de participants diminue à chaque temps de l'étude. A la fin de l'étude, il ne reste que

23 participants, ce qui intervient sur la véracité des résultats. Les chercheurs ne peuvent pas être sûrs à 95% que leurs résultats ne soient pas dus au hasard (Fortin, 2010). Les résultats ne sont donc pas généralisables.

L'article mixte de Foureux et al. (2013) est critiquable car les mesures indirectes telles que la dépression, l'anxiété et le stress n'ont peut-être pas un effet sur la résilience. Une autre étude est alors nécessaire afin de mesurer l'influence de ces composantes sur la résilience.

Les interventions de *mindfulness* ne sont pas décrites précisément (Fortney et al., 2013 ; Foureux et al., 2013). Il est difficile de savoir ce que les participants ont réalisé au niveau de la pleine conscience.

La population de l'étude de Mealer et al. (2014) est un petit échantillon (27 participantes). Les résultats ne donnent pas de données significatives. Avec l'échelle *Connor-Davidson Resilience Scale* (CD-RISC), les auteurs ont utilisé la médiane et non la moyenne comme l'indiquent Connor et Davidson (2003). De plus, Fortin (2010) affirme que « la moyenne est plus stable que la médiane. Elle est considérée comme la mesure de tendance centrale la plus sensible, car elle est la seule à tenir compte de tous les scores d'une distribution » (p. 493). Le programme multidimensionnel de formation sur la résilience n'a pas prouvé son efficacité auprès des infirmières. Les auteurs mentionnent qu'il y a sûrement eu une contamination entre le groupe d'intervention et le groupe contrôle car la population travaille dans la même unité de soins. Les résultats peuvent alors être influencés et ne sont pas généralisables à d'autres institutions.

McDonald et al. (2013) présentent une intervention qui a des résultats positifs pour les participants, mais la résilience n'est pas mesurée.

Lowe (2013) fournit des pistes d'action pour permettre aux infirmières de prospérer dans leur milieu professionnel. Des stratégies sont décrites pour améliorer la résilience mais il n'y a pas d'intervention précise. Une revue de littérature ne donne pas de mesures ni d'expérience auprès d'une population.

### **Interventions efficaces**

Cette revue de littérature étoffée a mis en évidence le peu d'interventions testées qui augmentent la résilience. Parmi les interventions testées, seul le *coaching* s'est révélé efficace avec des résultats significatifs (Grant et al., 2009). Il y a peu de recherches sur la résilience dans le milieu professionnel des infirmières (McDonald et al., 2013). Contrairement à la résilience largement étudiée chez les patients atteints d'une maladie chronique (cancer, diabète,...) et les étudiants.

Des interventions basées sur les preuves sont nécessaires pour encourager la résilience dans le milieu professionnel des infirmières (McDonald et al., 2013). Peu de recherches utilisent un devis randomisé contrôlé (Grant et al., 2009). La majorité des articles de ce travail étudie les effets de l'intervention dans un seul groupe. Seules deux études utilisent un groupe contrôle. Avec un groupe d'intervention et un groupe contrôle, les effets de l'intervention sont étudiés plus précisément. Il est alors possible de voir si la résilience augmente grâce à l'intervention ou à un effet placebo. L'effet placebo étant l'augmentation de la résilience chez le groupe contrôle n'ayant pas reçu l'intervention.

La fidélité de l'intervention n'est pas testée dans les articles. Ce qui ne permet pas de distinguer si c'est l'intervention qui est efficace ou la personne qui donne l'intervention.



Les articles analysés n'ont pas calculé la puissance de la taille de l'échantillon (*powersize*). Il est possible que la taille de l'échantillon permettant de voir un effet significatif n'ait pas été atteinte. Les interventions auraient probablement été efficaces si la taille de l'échantillon était suffisante.

La résilience n'a pas toujours été mesurée par la même échelle dans les articles analysés. Les échelles *Cognitive Hardiness Scale* (Grant et al., 2009), *Resilience Scale* (Fortney et al., 2013) et *Connor-Davidson Resilience Scale* (CD-RISC) (Mealer et al., 2014) ont été utilisées. Parfois les auteurs mesurent indirectement la résilience, en mesurant d'autres concepts (anxiété, dépression, stress,...). Le concept de résilience diffère selon les auteurs. Ce qui ne permet pas d'avoir des données provenant des mêmes outils.

Les composantes de la résilience mesurées dans les articles sont le sentiment de contrôle (Grant et al., 2009) et la flexibilité (McDonald et al., 2013). Avec le *coaching*, les participants s'autorégulent pour atteindre leurs objectifs (Grant et al., 2009). Les autres composantes de la résilience ne sont pas étudiées dans les articles analysés, bien qu'elles influencent la résilience (Hart et al., 2014 ; Gillespie et al., 2007).

### **Application des interventions dans la pratique**

Les interventions testées sont complexes, longues et demandent une quantité importante de ressources extérieures. Les coûts et le manque de temps sont des obstacles à la réalisation des interventions. La faisabilité des interventions devrait être plus explorée dans le contexte des soins infirmiers (McDonald, 2013). Les institutions instaurent peu de telles interventions. Les interventions devraient être plus réalistes et adaptées au milieu professionnel car elles s'avèrent positives et utiles (McDonald, 2013). Les ressources déjà à disposition pourraient être utilisées

pour des interventions plus réalisables. Ce qui demande un effort des institutions et des infirmières.

Une intervention sur le long terme est nécessaire afin de maintenir une résilience. La résilience est un processus dynamique (Hart et al., 2014 ; Gillespie et al., 2007) avec des transitions qui demandent une adaptation spécifique (McAllister & Mckinnon, 2008 ; Hart et al., 2014 ; Grafton et al., 2010). L'intervention de *mindfulness* de Fortney et al. (2013) est une intervention qui améliore la résilience. Cette intervention n'est pas à long terme. Dès qu'elle se termine, la résilience diminue (Fortney et al., 2013).

### **Défis et résilience**

Les auteurs des articles analysés se sont intéressés à augmenter la résilience des infirmières. Néanmoins, aucun d'entre eux n'a essayé d'augmenter la résilience en diminuant les défis. Il serait judicieux de diminuer les longs horaires, la violence, les tensions et les changements (Hart et al., 2014). En parallèle, augmenter le soutien et l'écoute. Agir sur les défis et les facteurs qui affectent les infirmières pourrait renforcer leur résilience. En intervenant sur ces défis et facteurs, le stress vécu par les infirmières diminuera probablement. En effet, les infirmières peinent à faire face aux défis actuels. Dans l'étude de Mealer et al. (2014), les infirmières ont un faible niveau de résilience. Les mesures de la *Connor-Davidson Resilience Scale* (CD-RISC) indiquent une médiane de 73 avant l'intervention chez les infirmières (Mealer et al., 2014). Les scores supérieurs ou égaux à 82 étant des scores positifs de résilience.

Durant les prochaines années, les défis vont augmenter. Il est important de créer un environnement de travail favorisant la résilience des infirmières (Lowe, 2013).

Soutenir la résilience personnelle dans le milieu professionnel des infirmières est essentiel (McDonald et al., 2013). En soutenant les caractéristiques de la résilience dans la pratique, le stress et l'épuisement professionnel des infirmières diminuent (Lowe, 2013 ; McDonald et al., 2013). La satisfaction au travail, la rétention des infirmières et la qualité des soins aux patients sont alors améliorées (Lowe, 2013 ; McDonald et al., 2013). Les structures de soutien, les horaires adaptés, l'atteinte d'objectifs personnels, l'autonomie et l'acceptation de soi des infirmières sont des moyens pour améliorer le bien-être au travail (Grant et al., 2009 ; Lowe, 2013).

## **Recommandations**

### ***Recommandations pour la pratique***

Le *coaching* est avantageux pour les infirmières mais également pour les institutions (Grant et al., 2009). Être coaché renforce le sentiment de confiance personnelle, la satisfaction et le bien-être au travail. Les infirmières sont ainsi mieux armées pour affronter les changements institutionnels (Grant et al., 2009).

Lowe (2013) décrit le *caring* comme une approche utile pour créer un environnement permettant aux infirmières de prospérer dans l'adversité du milieu professionnel. Les infirmières sont encouragées à prendre soins d'elles-mêmes et de leurs collègues. Ainsi, les soins prodigués aux patients sont de meilleure qualité (Lowe, 2013).

Pour Foureur et al. (2013), la psychologie positive est efficace pour augmenter et maintenir la résilience des infirmières dans la pratique.

### ***Recommandations pour la formation***

Une formation sur la résilience devrait être incluse dans la formation des étudiants infirmiers (McDonald et al., 2013). La formation sur la résilience permettrait de

réduire les effets néfastes de l'adversité du travail. La formation sur la résilience est reconnue comme une intervention importante pour promouvoir la satisfaction au travail (Mealer et al., 2014).

### ***Recommandations pour la recherche***

Des essais cliniques randomisés contrôlés sont nécessaires pour tester les interventions efficaces renforçant la résilience des infirmières (McDonald et al, 2013 ; Fortney et al., 2013 ; Mealer et al., 2014). Des recherches sur l'impact à long terme de l'adversité dans le milieu professionnel sont essentielles (McDonald et al., 2013).

Les stratégies renforçant la résilience devraient être introduites dans la pratique et l'enseignement (McDonald et al., 2013). Des recherches sont à investiguer sur le moment propice pour l'introduction de ces stratégies. Et sur l'élaboration et la mise en place de ces stratégies dans le contexte institutionnel.

## ***Conclusion***

Les défis professionnels affectent la résilience des infirmières. Ils nuisent à leur santé et à la qualité des soins.

Le *coaching* est l'intervention la plus efficace pour soutenir la résilience dans le milieu professionnel des infirmières. La thérapie cognitivo-comportementale et la psychologie positive renforcent aussi la résilience.

Il y a peu de recherches sur les interventions qui soutiennent la résilience dans le milieu professionnel des infirmières. Les interventions testées jusqu'à aujourd'hui sont de courte durée. De plus, les résultats sont rarement significatifs.

En tant que futures professionnelles de la santé, ce travail offre des pistes pour prospérer comme infirmières. Il sera possible d'apporter des connaissances dans les milieux professionnels. L'interrogation qui subsiste à la fin de ce travail est : pourquoi soutenir uniquement la résilience au lieu de diminuer les défis professionnels ?

***Liste des références bibliographiques***

Connor, K.-M. & Davidson, J.-R. (2003). Development of a new resilience scale : the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18(2), 76-82.

Coughlan, M., Ryan, F. & Ronin, P. (2013). *Doing a Literature Review in Nursing, Health and Social Care*. London : Sage.

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2<sup>e</sup> ed). Montréal : Chenelière Education.

Fortney, L., Luchterhand, C., Zakletskaia, L., Zgierska, A. & Rakel, D. (2013). Abbreviated Mindfulness Intervention for Job Satisfaction, Quality of Life, and Compassion in Primary Care Clinicians : A Pilot Study. *Annals of family medicine*, 11(5), 412-420.

Foureur, M., Besley, K., Burton, G., Yu, N. & Crisp, J. (2013). Enhancing the resilience of nurses and midwives : Pilot of a mindfulnessbased program for increased health, sense of coherence and decreased depression, anxiety and stress. *Contemporary Nurse*, 45(1), 114-125.

Gillespie, B.-M., Chaboyer, W., Wallis, M. & Grimbeek, P. (2007). Resilience in the operating room : developing and testing of a resilience model. *Journal of Advanced Nursing*, 22(4), 427-438.

Grafton, E., Gillespie, B. & Henderson, S. (2010). Resilience : The Power Within. *Oncology Nursing Forum*, 37(6), 698-705.

Grant, A.-M., Curtayne, L. & Burton, G. (2009). Executive coaching enhances goal attainment, resilience and workplace well-being : a randomised controlled study. *The Journal of Positive Psychology*, 4(5), 396-407.



Hart, P.-L., Brannan, J.-D. & de Chesnay, M. (2014). Resilience in nurses : an integrative review. *Journal of Nursing Management*, 22(6), 720-734.

Jackson, D., Firtko, A. & Edenborough, M. (2007). Personal resilience as a strategy for surviving and thriving in the face of workplace adversity : a literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 60(1), 1-9.

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

Lowe, L.-D. (2013). Creating a Caring Work Environment and Fostering Nurse Resilience. *International Journal for Human Caring*, 17(4), 52-59.

McAllister, M. & McKinnon, J. (2009). The importance of teaching and learning resilience in the health disciplines : A critical review of the literature. *Nurse Education Today*, 29(4), 371-379.

McDonald, G., Jackson, D., Wilkes, L. & Vickers, M.-H. (2013). Personal resilience in nurses and midwives : Effects of a work-based educational intervention. *Contemporary Nurse*, 45(1), 134-143.

Mealer, M., Conrad, D., Evans, J., Jooste, K., Solyntjes, J., Rothbaum, B. & Moss, M. (2014). Feasibility and acceptability of a resilience training program for intensive care unit nurses. *American Journal of Critical Care*, 23(6), 97-105.

Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D.-G. & The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses. *The PRISMA Statement*, 6(6).

Pepin, J., Kérouac, S., & Ducharme, F. (2010). *La pensée infirmière* (3<sup>e</sup> ed.). Montréal : Chenelière éducation.

Richardson, G.-E. (2002). The metatheory of resilience and resiliency. *Journal of clinical psychology*, 58(3), 307-321.

## ***Appendices***

### ***Appendice A : Déclaration d'authenticité***

Nous déclarons avoir réalisé ce travail de Bachelor seules et sans aide illicite. Ce travail est conforme aux directives de la Haute Ecole de Santé – Fribourg.

Valérie Cottet

Noémie Richoz

Sandrine Sifringer

***Appendice B***

***Grille d'évaluation et de lecture, approche mixte***

**Article de Grant et al. (2009)**

<b>Références complètes</b>	Grant, A.-M., Curtayne, L. & Burton, G. (2009). Executive coaching enhances goal attainment, resilience and workplace well-being : a randomised controlled study. <i>The Journal of Positive Psychology</i> , 4(5), 396-407.				
<b>Aspects du rapport</b>	<b>Questions</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Peu clair*</b>	<b>Eléments de l'article</b>
<b>Titre</b>	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X			Executive coaching enhances goal attainment, resilience and workplace well-being : a randomised controlled study.
<b>Résumé</b>	-Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	X  L'introduction pourrait figurer davantage (problème et objectif).			Dans cette étude randomisée contrôlée, 41 cadres d'une agence de santé publique ont reçu durant 10 semaines ; un « 360-degree feedback », un demi-jour de « leadership workshop » et quatre séances individuelles de coaching. Les experts ont utilisé une approche cognitivo-comportementale, axée sur les solutions. Des mesures quantitatives et qualitatives ont été prises. Cette recherche a été la première étude randomisée contrôlée publiée dans laquelle le coaching a été mené par des professionnels externes à l'institution. « Compared to controls », le coaching a amélioré l'atteinte des objectifs, la résilience et le bien-être au travail. Le coaching a diminué le stress et la dépression. Les réponses qualitatives ont indiqué que le coaching a permis aux participants ; d'augmenter leur confiance en eux et leur perspicacité personnelle, de renforcer leurs compétences de gestion et de faire face aux changements organisationnels. Les résultats indiquent que le coaching de courte durée peut être efficace. Le coaching fondé sur des preuves peut être appliqué comme une psychologie positive pour aider les personnes à composer avec l'incertitude et les changements organisationnels. Les « praticial impactions » et les recommandations sont discutées et formulées pour une mesure efficace des résultats de coaching.
<b>Introduction</b> Enoncé du problème	-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?	X			L'utilisation du coaching dans les institutions a considérablement augmenté au cours des 10 dernières années. Le coaching est maintenant considéré comme un moyen d'améliorer les performances.  Entre 1937 et 1999, seulement 93 articles sur le coaching figuraient dans

					<p>la base de données PsycINFO. En revanche, entre 2000 et 2008, plus de 400 articles étaient cités. Ces articles étaient, pour la plupart, des discussions ou des commentaires sociaux plutôt que des recherches empiriques. En septembre 2008, 42 études empiriques examinant l'impact des interventions de coaching ont été relevées.</p> <p><b>Cependant, il n'y a pas d'études randomisées contrôlées ayant examiné l'impact du coaching dirigé par des professionnels externes à l'institution.</b></p>
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?	X			<p>En utilisant un devis quasi-expérimental, Gyllensten et Palmer (2005) ont trouvé que le coaching réduit le stress ; mesuré par l'échelle de dépression, d'anxiété et du stress (DASS ; Lovibond &amp; Lovibond, 1995). Libri et Kemp (2006) ont rapporté dans leur « within-subjects, ABAB single case design » que le coaching améliore les « core-self evaluations » et l'atteinte des objectifs personnels. Dans leur « within-subjects design », Bowles et Picano (2006) ont trouvé que le coaching améliore la qualité de vie des cadres s'occupant du regroupement dans l'armée américaine. Plus récemment et dans le même contexte de l'armée américaine, Bowles, Cunningham, De La Rosa et Picano (2007) ont trouvé que le coaching est particulièrement efficace pour la gestion du milieu des cadres dirigeants. Le coaching accroît certaines compétences et la réalisation des objectifs personnels. En plus des recherches effectuées sur le lieu de travail, un certain nombre d'études ont montré que le coaching de vie (dans d'autres milieux que le travail) peut réduire l'anxiété, le stress ou la dépression et améliorer l'espoir, le bien-être, la résilience et l'atteinte des objectifs (e.g., Grant, 2003 ; Green, Oades &amp; Grant, 2006 ; Green, Grant &amp; Rynsaardt, 2007 ; Spence &amp; Grant, 2007). Il y a dans l'ensemble de ces recherches, des preuves démontrant que le coaching peut être une méthode efficace de changement individuel positif.</p>
Cadre théorique ou conceptuel	-Les principales théories et concepts sont-ils définis ?	X			<p><u>Cadre théorique</u> : le coaching. Le coaching est une relation dans laquelle le coach et le coaché collaborent pour former une alliance de travail. Ils fixent des objectifs communs et élaborent des moyens précis pour les atteindre. La personne coachée est responsable d'utiliser ces moyens. Le</p>

					<p>rôle du coach est de garder le coaché sur la bonne voie en l'aidant à évaluer les progrès réalisés au fil du temps. Pour ce faire, le coach met à disposition du coaché une feuille intellectuelle permettant de réaliser des brainstormings et des autoréflexions. Le coaching s'inscrit dans plusieurs cadres théoriques, notamment l'approche cognitivo-comportementale axée sur les solutions et la psychodynamique. Ces cadres théoriques sont au cœur de la psychologie positive et comprennent la collaboration, la responsabilisation, la sensibilisation, l'engagement, la planification de l'action et l'action.</p> <p><u>Concepts</u> : le coaching peut être efficace à travers trois mécanismes cognitifs et comportementaux.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Stress, anxiété (et dépression) : être soutenu et discuter en toute confidentialité des problèmes personnels/professionnels soulagent le stress et l'anxiété.</li> <li>- Atteinte des objectifs et bien-être au travail : fixer des objectifs « self-concordant », travailler pour les atteindre et les évaluer personnellement peuvent améliorer le bien-être et l'auto-efficacité.</li> <li>- Résilience : être engagé dans l'atteinte des objectifs et être pris en charge lors de revers renforcent la résilience et améliorent l'autorégulation.</li> </ul>
Question de R / Buts	-Question	<b>X</b>  Il faut déduire la question de R.			Est-ce que le coaching peut être efficace pour améliorer l'atteinte des objectifs, la résilience et le bien-être au travail ainsi que diminuer la dépression, l'anxiété et le stress ?
	-But de l'étude	<b>X</b>			Cette étude vise à apporter à la littérature actuelle, des résultats d'une étude randomisée contrôlée sur l'impact du coaching pratiqué par des professionnels externe, plutôt que par des pairs ou des gestionnaires agissant comme coach internes ; l'impact étant sur l'atteinte des objectifs, la résilience des participants et le bien-être au travail.



Méthodes de Devis recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?	X			Cette étude a utilisé un devis « randomised controled waitlist » avec des mesures aux Temps 1, Temps 2 (10 semaines) et Temps 3 (20 semaines).
Population et contexte	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?	X			Les participants étaient des cadres et dirigeants du secteur des soins infirmiers, dans une agence de santé publique en Australie. Ils ont pris part au Leadership Program dans le cadre de leur développement professionnel. Cinquante personnes ont assisté à la demi-journée de formation – workshop. Toutefois, à cause d'imprévus, 9 personnes n'étaient pas en mesure de remplir tous les questionnaires ou d'assister à toutes les séances de coaching. Les données de ces individus ont été supprimées. Quarante et une personnes ont rempli tous les questionnaires et assisté à toutes les séances d'encadrement.  La population comprenait : 38 femmes et 3 hommes, avec une moyenne d'âge de 49,84 ans.
	-La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche ?		X 41 participants (cadres et dirigeants), alors que l'agence de santé publique comprend 17'000 employés.		
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X			Des mesures quantitatives et qualitatives ont été prises.  <u>Mesures quantitatives</u>  <i>Goal Attainment Scaling (GAS)</i> : une liste de 7 déclarations personnalisées en lien avec les objectifs du programme a été réalisée. Les participants

				<p>devaient choisir deux déclarations qui représentaient le mieux les deux buts sur lesquels ils voulaient se concentrer durant le programme. Les sept déclarations étaient :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Avoir une meilleure compréhension du leadership constructif.</li> <li>- Acquérir une plus grande conscience de moi, confiance en moi et résilience dans mon rôle de leader.</li> <li>- Améliorer mon style de leadership et ma manière de communiquer.</li> <li>- Identifier mes propres besoins d'apprentissage et développer un plan de perfectionnement professionnel significatif.</li> <li>- Etre plus clair sur ma propre orientation de carrière.</li> <li>- Explorer des stratégies plus positives pour manager les défis que je rencontre au travail.</li> <li>- Elargir ma connaissance des ressources disponibles pour soutenir mon rôle de leadership et mon développement professionnel.</li> </ul> <p>Les participants ont ensuite évalué la difficulté de leurs objectifs sur une échelle de 4 points (1 = très facile à 4 = très difficile). Les participants ont également répondu à la question « jusqu'à aujourd'hui, comment avez-vous réussi à atteindre ces objectifs ? » et ont jugé leur réalisation sur une échelle de 0% (pas d'atteinte) à 100% (atteinte complète). Les scores d'atteinte des objectifs ont été calculés en multipliant le niveau de difficulté et le degré de succès. Les participants ont également noté le temps qu'il leur a fallu pour atteindre leurs objectifs. Ces échelles d'atteinte des objectifs ont déjà été utilisées dans d'autres études comprenant des résultats sur le coaching (for discussion on GAS see Spence, 2007).</p>
--	--	--	--	--

					<p><i>Résilience</i> : la résilience a été évaluée avec une version de 18-item de la « Cognitive Hardiness Scale » (Nowack, 1990). Cette échelle, basée sur le travail de Kobasa (1979), évalue le sentiment de contrôle personnel de l'individu, sa capacité de relever les défis et son engagement pour l'action. La mesure est notée sur une échelle de Likert à 5 points. Nowack (1990) signale une « internal consistency of 0.83 ».</p> <p><i>Dépression, anxiété et stress</i> : la « Depression, Anxiety and Stress Scale » (Lovibond &amp; Lovibond, 1995) a été utilisée comme une mesure de la psychopathologie. Le DASS-21 est composé de sous-échelles mesurant la dépression, l'anxiété et le stress. Il est conçu pour être adapté aux deux types de population ; clinique et non-clinique. Le DASS-21 est donc un outil d'évaluation utile pour le coaching. « Internal consistency » et le « test-retest reliability » sont adéquats (<math>r = 0.71</math> to <math>0.91</math> ; Brown, Chorpita, Korotitsch &amp; Barlow, 1997).</p> <p><i>Le bien-être au travail</i> : le bien-être au travail a été mesuré avec le « Workplace Well-being Index » qui est une mesure fiable et valide (WWBI ; Page, 2005). Le « 16-item WWBI » évalue le degré de bien-être et de satisfaction que les individus tirent de leur travail en notant « très insatisfaits = 0 » et « très satisfaits = 10 » sur l'échelle. Le « Workplace Well-being Index » comprend 15 items de domaines spécifiques, tels que « comment êtes-vous satisfait de votre travail ? » « êtes-vous satisfait de la reconnaissance que vous recevez pour votre bon travail ? ». L'alpha de Cronbach pour cette étude était de 0.91.</p> <p><u>Mesures qualitatives</u></p> <p>Afin de recueillir des données sur l'expérience vécue par les participants durant ce programme, ils ont été invités à répondre aux questions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Quels sont les bénéfices spécifiques (s'il y en a) que vous avez gagné en participant à ce programme ?</li> <li>- Quels sont les résultats positifs spécifiques (s'il y en a)</li> </ul>
--	--	--	--	--	---

					<p>qui ont découlé de votre lieu de travail ?</p> <p>L'utilisation de l'«open-question methodology » est un point important dans cette étude. En effet, l'« open-question methodology » a permis aux participants de déterminer eux-mêmes des éléments qu'ils considéraient être les plus bénéfiques.</p>
Déroulement de l'étude	<p>-La procédure de recherche est-elle décrite ?</p> <p>-A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?</p>	<b>X</b>	<b>X</b>	<p>L'éthique n'est pas abordée dans cette étude !</p>	<p>La présente étude a été menée dans une agence de santé publique à grande échelle en Australie. L'agence couvre une région géographique d'environ 40'000 km carrés, avec 17'000 employés. Cette agence a été l'objet d'une période de changements importants et d'une restructuration organisationnelle.</p> <p>L'objectif du « Leadership Development Program » était de développer la capacité de leadership et de gestion chez les dirigeants et cadres supérieurs. Le programme de leadership, s'étalant sur 8-10 semaines, était composé d'un « individual 360-degree feedback », d'une demi-journée de formation et de workshop sur le leadership et de 4 séances individuelles de coaching.</p> <p>Tous les participants ont participé à la demie-journée de formation et ont complété les mesures initiales (Temps 1 : avant de débiter la formation). Les participants ont ensuite été répartis au hasard dans le groupe 1 ou le groupe 2. Des mesures quantitatives et qualitatives ont été prises. Un « between-subjects design » a été utilisé pour le groupe 1, le Coaching Group et le groupe 2, le Waitlist Control Group. Lorsque l'intervention de coaching a été terminée pour le groupe 1, des mesures ont été prises pour les groupes 1 et 2 (Temps 2). Un « within-subjects design » a été employé pour le groupe 2 lorsqu'il a reçu l'intervention de coaching (après le groupe 1). Le Temps 3 a été la prise de mesures uniquement chez le groupe 2, après que ce dernier ait reçu l'intervention de coaching.</p> <p><u>Description de l'intervention : « Leadership Program »</u></p> <p>Le « Leadership Program » a porté sur l'amélioration et le développement des capacités de leadership. Le but était d'apporter aux participants une meilleure gestion d'eux-mêmes, de leur personnel et institution pour</p>

				<p>répondre plus efficacement aux périodes importantes de changements organisationnels. Plus précisément, le programme visait d'aider les participants à :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gérer et former du personnel dans les moments où les ressources financières et humaines sont limitées.</li> <li>- Développer leurs compétences de « leadership » pour répondre aux besoins actuels et futurs en matière de « health care service delivery ».</li> <li>- Relever les défis inhérents aux périodes importantes de changements organisationnels.</li> <li>- Développer la crédibilité du leadership et de l'identité professionnelle ainsi que les possibilités de carrière individuelle.</li> </ul> <p><i>Le processus « 360-degree »</i> : il a été conçu pour sensibiliser les participants à leur style actuel de leadership et pour les aider à développer davantage un style constructif de leadership. Le « Human Synergistics Life Styles Inventory » (LSI ; Lafferty, 1989) a été utilisé pour ce processus « 360-degree ». C'est une évaluation couramment sélectionnée pour mesurer les « 12 thinking styles and behaviours », en les combinant dans trois groupes clefs : constructif, passif-défensif et agressif-défensif. En termes de comportements de leadership, le groupe constructif est associé au style transformationnel du leadership, soulignant l'importance de : articuler une vision claire de la mission et du but, être intellectuellement stimulant, encourager et fournir à temps les évaluations, être coach et mentor. Un leader qui affiche des comportements de leadership constructif et transformationnel est en mesure d'améliorer les transitions en responsabilisant et motivant le personnel (McDaniel &amp; Stumpf, 1993). Les participants au programme ont été encouragés à fixer des objectifs liés au groupe constructif. En lien avec les meilleures pratiques pour le processus « 360-degree feedback » (Rogers, Rogers &amp; Metlay, 2002), les participants se sont évalués eux-mêmes et ont été évalués par un minimum de cinq autres personnes : pairs et rapports</p>
--	--	--	--	--

					<p>directs de leur chef.</p> <p><i>La formation et le workshop sur le leadership</i> : cette demi-journée de formation – workshop a préparé les participants au processus de coaching en fournissant un aperçu détaillé de toutes les composantes du programme. La formation comprenait : des informations sur les styles de leadership (constructif et transformationnel), une introduction au processus « 360-degree feedback » et au LSI, le développement de stratégies pour gagner un bénéfice maximal du processus de coaching, et l'élaboration de stratégies pour faire face aux difficultés liées aux changements organisationnels. Le workshop incorporait des interactions et des discussions en groupe sur l'établissement d'objectifs. Il a été conçu pour préparer les participants à leur rôle de coaché.</p> <p><i>Les séances de coaching</i> : elles ont été soutenues par un cadre cognitivo-comportemental, centré sur les solutions (Grant, 2003). Cette approche postule que l'atteinte des objectifs peut être facilitée par la compréhension des relations entre les pensées, les sentiments, les comportements et l'environnement. L'intégration d'une perspective centrée sur les solutions dans une approche cognitivo-comportementale aide à orienter l'accompagnement vers le développement des atouts personnels et la construction de solutions, plutôt que vers l'analyse du problème.</p> <p>Cette approche de coaching aide les individus à atteindre leurs objectifs en : (1) identifiant les résultats souhaités, (2) fixant des objectifs spécifiques, (3) renforçant la motivation (ressortir les points forts personnels et construire l'auto-efficacité), (4) identifiant les ressources et formulant des plans d'action, (5) suivant et évaluant les progrès, (6) et modifiant les mesures d'action (en lien avec l'évaluation des progrès). Après avoir défini les objectifs, le rôle du coach était d'aider les coachés à s'auto-réguler, en les menant à développer des plans d'action et en surveillant/évaluant leurs progrès entre chaque séance de coaching.</p> <p>Pour renforcer la manière de coacher, le modèle GROW (Whitmore, 1992) a été utilisé pour structurer chaque séance de coaching. Il consiste à fixer un objectif pour la séance. Le coach et le coaché explorent ensuite la</p>
--	--	--	--	--	---

					<p>réalité actuelle avant de développer les possibilités d'action et de conclure avec des mesures d'action spécifiques à poursuivre.</p> <p>Il y a eu quatre sessions de coaching au total, sur une période de 8-10 semaines et un suivi téléphonique entre les sessions. Les séances de coaching ont été programmées à 2-3 semaines d'intervalle. La première séance de coaching a inclus le « 360-degree feedback », la fixation des objectifs spécifiques en lien avec le « 360-degree feedback » et le développement des étapes entre les sessions (actions à entreprendre par le coaché). Vu que le « 360-degree feedback » pouvait être émotionnellement troublant (Rogers et al., 2002), les participants ont été contactés dans les 48 heures suivant la session initiale afin de surveiller leurs réactions. L'encadrement a été mené par deux coach professionnels expérimentés, avec plus de 38 ans d'expérience de coaching et de changements organisationnels ; ce sont des experts qualifiés au niveau tertiaire dans le coaching et la psychologie.</p>
<b>Résultats</b> Traitement des données	Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour décrire en détail les facteurs d'influence (obstacles)	<b>X</b>			<p>Les données ont été analysées en utilisant les « 2x2 repeated measures ANOVA », constituées d'un « between-subjects factor (group) » et d'un « within-subjects factor (time) » pour l'analyse des données des Temps 1 et 2. Les « paired sample <i>t</i>-tests » ont été utilisés pour analyser les données des Temps 2 et 3 pour le groupe 2 et les « planned contrasts ». Le niveau de significativité a été fixé à 0.05 pour tous les tests.</p>
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	<b>X</b>			<p><u>Résultats quantitatifs</u></p> <p><i>Atteinte des objectifs</i> : les « repeated mesures ANOVA » pour l'atteinte des objectifs ont montré un temps significatif (Time 1, Time 2) par « group (Group 1, Group 2) interaction effect », <math>F(1,39) = 26,26</math>, <math>p &lt; 0,001</math>, indiquant que le groupe 1 a eu des scores plus élevés concernant l'atteinte des objectifs à la fin du coaching (Temps 2), comparé au groupe 2 qui n'avait pas encore reçu l'intervention de coaching à ce moment. Les « planned contrasts » ont indiqué que les scores d'atteinte des objectifs pour le groupe 2 ne différaient pas significativement du Temps 1 au Temps 2 <math>t(20) = 1,38</math>, <i>ns</i>. Toutefois, les scores d'atteinte des objectifs ont augmenté pour le groupe 2 <math>t(20) = 4,92</math>, <math>p &lt; 0,001</math>, une fois le coaching</p>

				<p>terminé (Temps 3).</p> <p><i>Résilience</i> : les « repeated mesures ANOVA » pour la « Cognitive Hardiness Scale » ont montré un temps significatif (Temps 1, Temps 2) par « group (Group 1, Group 2) interaction effect », <math>F(1,39) = 6,75</math>, <math>p &lt; 0,05</math>, indiquant que le groupe 1 a obtenu des scores plus élevés de résilience à la fin du coaching (Temps 2), comparé au groupe 2 qui n'avait pas encore reçu l'intervention de coaching à ce moment. Les « planned contrasts » ont indiqué que les scores de résilience pour le groupe 2 ne différaient pas significativement du Temps 1 au Temps 2 <math>t(20) = 0,59</math>, <i>ns</i>. Cependant, les scores de résilience pour le groupe 2 ont significativement augmenté, <math>t(20) = 3,10</math>, <math>p &lt; 0,01</math>, une fois l'intervention de coaching terminée (Temps 3).</p> <p><i>Dépression</i> : les « repeated mesures ANOVA » pour la dépression ont montré un temps significatif (Temps 1, Temps 2) par « group (Group 1, Group 2) interaction effect », <math>F(1,39) = 4,42</math>, <math>p &lt; 0,05</math>, indiquant que le groupe 1 a obtenu des scores moins élevés de dépression à la fin du coaching (Temps 2), comparé au groupe 2 qui n'avait pas encore reçu l'intervention de coaching à ce moment.</p> <p>Les « planned contrasts » ont indiqué que les scores de dépression pour le groupe 2 ne différaient pas significativement du Temps 1 au Temps 2, <math>t(20) = 0,96</math>, <i>ns</i>. Les scores de dépression pour le groupe 2 n'ont pas diminué de manière significative, <math>t(20) = 1,46</math>, <i>ns</i>, une fois l'intervention de coaching terminée (Temps 3).</p> <p><i>Anxiété</i> : les « repeated mesures ANOVA » pour l'anxiété n'ont pas montré un temps significatif (Temps 1, Temps 2) par « group (Group 1, Group 2) interaction effect », <math>F(1,39) = 0,047</math> ; <i>ns</i>, indiquant que le groupe 1 n'a pas obtenu des scores moins élevés d'anxiété à la fin du coaching (Temps 2), comparé au groupe 2 qui n'avait pas encore reçu l'intervention de coaching à ce moment. Les « planned contrasts » ont indiqué que les scores d'anxiété pour le groupe 2 ne différaient pas significativement du Temps 1 au Temps 2, <math>t(20) = 0,20</math>, <i>ns</i>. Les scores d'anxiété n'ont pas significativement diminué pour le groupe 2, <math>t(20) =</math></p>
--	--	--	--	---



					<p>1,18, <i>ns</i>, une fois l'intervention de coaching terminée (Temps 3).</p> <p><i>Stress</i> : les « repeated measures ANOVA » pour le stress n'ont pas montré un temps significatif (Temps 1, Temps 2) par « group (Group 1, Group 2) interaction effect », <math>F(1,39) = 0,679</math> ; <i>ns</i>, indiquant que le groupe 1 n'a pas obtenu des scores moins élevés de stress à la fin du coaching (Temps 2), comparé au groupe 2 qui n'avait pas encore reçu l'intervention de coaching à ce moment. Les « planned contrasts » ont indiqué que les scores de stress pour le groupe 2 ne différaient pas significativement du Temps 1 au Temps 2, <math>t(20) = 0,08</math>, <i>ns</i>. Cependant, un « one-tailed <i>t</i>-test » a indiqué que les scores de stress pour le groupe 2 ont significativement diminué, <math>t(20) = 1,95</math>, <math>p &lt; 0,05</math>, une fois l'intervention de coaching terminée (Temps 3).</p> <p><i>Bien-être au travail</i> : les « repeated measures ANOVA » pour le bien-être au travail ont montré un temps significatif (Temps 1, Temps 2) par « group (Group 1, Group 2) interaction effect », <math>F(1,39) = 3,39</math>, <math>p &lt; 0,05</math>, indiquant que le groupe 1 a obtenu des scores plus élevés de bien-être au travail à la fin du coaching (Temps 2), comparé au groupe 2 qui n'avait pas encore reçu l'intervention de coaching à ce moment. Les « planned contrasts » ont indiqué que les scores de bien-être au travail pour le groupe 2 ne différaient pas significativement du Temps 1 au Temps 2, <math>t(20) = 0,38</math>, <i>ns</i>. Toutefois, les scores de bien-être au travail ont significativement augmenté, <math>t(20) = 3,13</math>, <math>p &lt; 0,001</math>, une fois l'intervention de coaching terminée (Temps 3).</p> <p>Une analyse corrélacionnelle a été réalisée pour explorer les liens entre le bien-être au travail, la résilience, la dépression, l'anxiété et le stress. Les résultats sont présentés au tableau 4.</p>
--	--	--	--	--	---

					<div>Table 4. Correlational relationships.</div> <table><thead><tr><th></th><th>Resilience</th><th>Depression</th><th>Anxiety</th><th>Stress</th></tr></thead><tbody><tr><td>WWB</td><td>0.343*</td><td>−0.390*</td><td>−0.284</td><td>−0.557**</td></tr><tr><td>Resilience</td><td>−</td><td>−0.306*</td><td>−0.076</td><td>−0.403**</td></tr><tr><td>Depression</td><td>−</td><td>−</td><td>0.671**</td><td>0.832**</td></tr><tr><td>Anxiety</td><td>−</td><td>−</td><td>−</td><td>0.663**</td></tr></tbody></table> <div>WWB = Workplace Well-being. **Correlation is significant at the 0.01 level. *Correlation is significant at the 0.05 level.</div>		Resilience	Depression	Anxiety	Stress	WWB	0.343*	−0.390*	−0.284	−0.557**	Resilience	−	−0.306*	−0.076	−0.403**	Depression	−	−	0.671**	0.832**	Anxiety	−	−	−	0.663**
	Resilience	Depression	Anxiety	Stress																										
WWB	0.343*	−0.390*	−0.284	−0.557**																										
Resilience	−	−0.306*	−0.076	−0.403**																										
Depression	−	−	0.671**	0.832**																										
Anxiety	−	−	−	0.663**																										
					<p><u>Résultats qualitatifs</u></p> <p>Les réponses des participants ont systématiquement été classifiées et groupées par thèmes. Comme recommandé par Spector (1984), la validité des catégories émergentes a été appliquée en posant les questions. La fiabilité a été établie par la recherche d’incohérences dans les réponses. 39 participants sur 41 ont écrit des commentaires qualitatifs (taux de réponse à 95%). Les catégories suivantes ont émergé et elles sont classées en fonction de la fréquence des réponses (certains participants ont donné plusieurs réponses) :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Une meilleure confiance : 25 réponses.</li><li>- Renforcement des compétences de gestion : 24 réponses.</li><li>- Etre plus en mesure de faire face au changement organisationnel et au stress : 23 réponses.</li><li>- Acquisition des connaissances personnelles ou professionnelles : 14 réponses.</li><li>- Avoir plus de moyens afin de développer la carrière : 12 réponses.</li></ul>																									
Discussion	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir	X			Il semble que le programme de coaching a aidé les participants à atteindre leurs objectifs. Renforcer l’atteinte des objectifs est cohérent avec les																									

Intégration de la théorie et des concepts	du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?			<p>recherches antérieures sur le coaching (e.g., Grant, 2013 ; Green et al., 2006 ; Gyllensten &amp; Palmer, 2005 ; Smither, London, Flautt, Vargas &amp; Kucine, 2003). Il est important que les objectifs soient en lien avec les impératifs de l'institution, de manière à créer le changement nécessaire. D'autre part, il est primordial que le coaché définisse lui-même ses objectifs, pour un meilleur engagement personnel.</p> <p>Le programme de coaching a également été efficace pour renforcer la résilience. Ce résultat est cohérent car les participants s'autorégulent pour atteindre leurs objectifs. Il y a des obstacles et des défis à surmonter, ce qui peut provoquer des pensées négatives, des comportements autodestructeurs ou la centration sur un objectif pendant trop longtemps. Surmonter ces obstacles est susceptible d'améliorer la résilience d'un individu et la confiance en soi (Gyllensten &amp; Palmer, 2005). En effet, les réponses qualitatives ont indiqué qu'en suivant le coaching, la plupart des participants présentaient une meilleure résilience et confiance en soi. Ceci est en accord avec les recherches antérieures.</p> <p>L'hypothèse, basée sur les recherches antérieures, était que la participation au programme de coaching était associée à la réduction de la dépression, de l'anxiété et du stress. Entre les Temps 1 et 2, le niveau de dépression du groupe 1 a été réduit tandis que le niveau du groupe 2 a augmenté. Cependant, il n'y avait pas de différence significative du niveau de dépression pour le groupe 2 entre le Temps 2 et le Temps 3. En ce qui concerne l'anxiété, il n'y avait pas d'impact significatif mais une interaction avec le niveau de stress. Cependant, il y avait une réduction significative du niveau de stress pour le groupe 2, une fois l'intervention de coaching terminée (Temps 3). Ainsi, les résultats pour l'impact sur la dépression, l'anxiété et le stress sont moins clairs que pour les autres variables.</p> <p>Le niveau de bien-être sur le lieu de travail a augmenté significativement suite au coaching. Cette découverte a des implications pour les institutions car le coaching s'est d'abord centré sur l'atteinte des objectifs en lien avec les objectifs de l'institution, plutôt que sur l'amélioration du bien-être. Ce</p>
---	--	--	--	---

					qui fait penser que le coaching a le potentiel d'être bénéfique à la fois pour l'employé et pour l'organisation. Il y a plusieurs éléments pouvant améliorer le bien-être au travail : l'atteinte des objectifs personnels (Sheldon, Elliot, Kim, & Kasser, 2001), le support social et l'autonomie (Daniels & Guppy, 1994), l'acceptation de soi (Donaldson-Feilder & Bond, 2004).
	-Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?	X			La plupart des participants étaient des femmes car elles ont débuté leur carrière en tant qu'infirmières et il y a plus de femmes que d'hommes dans cette profession (Wilson, 2005). Les résultats ne peuvent pas être généralisables à d'autres populations, notamment les hommes gestionnaires.
	-les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			Les participants étaient des supérieurs dans un secteur de santé publique. Ce secteur est connu pour être un environnement particulièrement difficile (Miller & Xiao, 2007). Le secteur public reçoit moins de développement du leadership que le secteur privé (Mikelson & Nightigale, 2004). De ce fait, le coaching peut être efficace car les participants n'ont pas reçu de développement sur le leadership auparavant. Les résultats des mesures étaient des auto-évaluations. Les participants pouvaient se sentir obligés de rendre compte des progrès. Finalement, le changement organisationnel a constitué une partie important du contexte de l'étude, mais aucune mesure directe du changement dans l'institution n'a été prise.
Perspectives futures	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	X			<p>Cette étude a montré que 4 sessions de coaching peuvent être efficaces. Le coaching se déroule généralement sur un plus grand nombre de sessions ; 8 à 10 sessions recommandées par des praticiens expérimentés. Les résultats de cette étude rejoignent le travail de Burke et Linley (2007) qui suggèrent qu'un coaching à court terme peut être efficace. Les futures recherches devraient comparer le coaching à court terme et le coaching à long terme.</p> <p>Les résultats de cette étude ont montré que le coaching pouvait être un outil précieux pour aider les individus à faire face à l'incertitude et aux changements organisationnels. Les institutions devraient alors considérer</p>

					le coaching comme un support renforçant la résilience et le bien-être sur le plan institutionnel et individuel, lors de périodes importantes de changements organisationnels.
<b>Questions générales</b> Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	<b>X</b> Il manque la dimension éthique. L'article pourrait être plus synthétique.			
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	<b>X</b> La population n'est pas les infirmières à proprement dit. Mais les résultats sont probants et susceptibles d'être utilisés pour la pratique infirmière.			

Références bibliographique : Loisel, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*.

Québec : ERPI.

### ***Appendice C***

#### ***Grille d'évaluation et de lecture, approche quantitative***

**Article de Fortney et al. (2013)**

<b>Référence de l'article analysé :</b>					
Fortney, L., Luchterhand, C., Zakletskaia, L., Zgierska, A. & Rakel, D. (2013). Abbreviated Mindfulness Intervention for Job Satisfaction, Quality of Life, and Compassion in Primary Care Clinicians : A Pilot Study. <i>Annals of family medicine</i> , 11(5), 412-420.					
<b>Aspects du rapport</b>	<b>Questions</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Peu clair</b>	<b>Commentaires</b>
<b>Titre</b>	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	x			
<b>Résumé</b>	-Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	x			
<b>Introduction</b> Enoncé du problème	-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?	x			
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?	x			
Cadre théorique ou conceptuel	-Les principales théories et concepts sont-ils définis ?	x			Le cadre théorique et les concepts pourraient être développés davantage.
Hypothèses	-Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?	x			
	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories et recherches antérieures ?	x			
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?	x			
Population	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?	x			

et contexte	-La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche ?			x	On ne sait pas si l'échantillon est assez grand (23 participants) pour que les chercheurs soient sûrs à 95% que leurs résultats ne sont pas dus au hasard.
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	x			
	-Les variables à mesurer sont-elles décrites et opérationnalisées ?	x			
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ?  -A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	x			
<b>Résultats</b> Traitement des données	Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses ?	x			
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	x			
<b>Discussion</b> Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?	x			
	-Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?	x			
	-les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	x			
Perspectives futures	-Les chercheurs traitent-ils des	x			



	conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?				
<b>Questions générales</b> Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	x			
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	x			Oui, même si les résultats ne sont pas généralisables.

Références bibliographique : Loiselle, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*.

Québec : ERPI.

Aspects du rapport	Contenu de l'article
<b>Références complètes</b>	Fortney, L., Luchterhand, C., Zakletskaia, L., Zgierska, A. & Rakel, D. (2013). Abbreviated Mindfulness Intervention for Job Satisfaction, Quality of Life, and Compassion in Primary Care Clinicians : A Pilot Study. <i>Annals of family medicine</i> , 11(5), 412-420.
<b>Résumé</b>	<p><b>But</b></p> <p>L'épuisement professionnel, l'« attrition » et une faible satisfaction au travail chez les professionnels de la santé sont des inquiétudes croissantes pouvant avoir des effets néfastes sur la santé. Il y a peu d'interventions destinées à l'amélioration de l'équilibre de la vie professionnelle et de la vie privée pour les professionnels de la santé. Les auteurs ont entrepris cette étude pour chercher si une brève intervention de pleine conscience (« Abbreviated Mindfulness intervention ») pourrait améliorer la satisfaction au travail, la qualité de vie et la compassion chez les professionnels de la santé.</p> <p><b>Méthode</b></p> <p>Trente professionnels de la santé ont participé à un cours accéléré sur la pleine conscience. Les auteurs ont utilisé un échantillon simple (« single sample »). Les participants ont complété un questionnaire évaluant l'épuisement professionnel, l'anxiété, le stress, la résilience et la compassion. L'évaluation s'est déroulée à quatre reprises : avant l'intervention (mesure de base), un jour, huit semaines et neuf mois après l'intervention. Un « linear mixed-effects model analysis » a été utilisé pour évaluer les changements dans les résultats mesurés.</p> <p><b>Résultats</b></p> <p>Des améliorations par rapport à la mesure de base ont été constatées dans toutes les évaluations post-intervention. Neuf mois après l'intervention de pleine conscience, des scores ont été significativement meilleurs sur les échelles de (1) « Maslach Burnout Inventory », (2) « Depression Anxiety Stress Scales-21 », (3) « Perceived Stress Scale ». Il n'y a pas de changements significatifs pour la « 14-item Resilience Scale » et la « Santa Clara Brief Compassion Scale ».</p> <p><b>Conclusion</b></p> <p>Cette étude pilote non-contrôlée montre que le cours de pleine conscience est adapté pour les professionnels de la santé. Une diminution de l'épuisement professionnel, la dépression, l'anxiété et le stress a été constatée. L'intervention de pleine conscience peut être un outil efficace pour soutenir les professionnels de la santé dans leur bien-être et leur santé.</p>
<b>Introduction</b> Enoncé du problème	L'épuisement professionnel est un problème de santé omniprésent chez les professionnels de la santé. Il se manifeste par une perte d'énergie émotionnelle, mentale et physique, liée à un stress constant au travail. Il est prouvé que l'épuisement professionnel affecte négativement les soins prodigués aux patients. L'expansion de la population, un manque de personnel et l'augmentation de la charge de travail sont des facteurs qui augmentent le stress des professionnels de la santé au sein de leur lieu de travail.

Recension des écrits	Des études ont montré que l'intervention de pleine conscience sur 8 à 12 mois améliore l'humeur et la stabilité émotionnelle et diminue le stress des professionnels de la santé. L'intervention de pleine conscience est une lutte efficace contre l'épuisement professionnel.
Cadre théorique ou conceptuel	La pleine conscience est une forme d'entraînement mental. Elle a pour but de maintenir une conscience ouverte de l'expérience, ce qui va générer un meilleur équilibre émotionnel. Pratiquer de la pleine conscience permet de répondre différemment à des pensées et comportements habituels inutiles, en développant de nouvelles stratégies.
Hypothèse	L'intervention de pleine conscience améliore la satisfaction au travail, la qualité de vie et la compassion chez les professionnels de la santé.
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	Devis quantitatif. Etude pilote non-contrôlée, quasi-expérimentale.
Population et contexte	<p>Trente professionnels de la santé des départements d'UW Madison de médecine familiale, interne et pédiatrique.</p> <p>Les critères d'inclusion étaient :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) Avoir un emploi de médecin, infirmière ou médecin assistant.</li> <li>(2) Travailler au moins à 50% dans les soins auprès des patients.</li> <li>(3) Être disponible pour assister aux séances d'intervention.</li> <li>(4) Avoir la volonté de faire 10-20 minutes d'activités quotidiennes de pleine conscience.</li> <li>(5) Être d'accord de compléter un questionnaire en ligne de 15-30 minutes à quatre reprises.</li> </ol>
Collecte des données et mesures	<p>Les auteurs ont utilisé un système de questionnaire WEB sécurisé (Qualtrics), via des liens dans les messages e-mails. Les questionnaires complétés ont été enregistrés dans Qualtrics de manière anonyme. Les auteurs ont identifié les questionnaires remplis par la même personne en posant trois questions auxquels chacun des participants avait des réponses personnelles. Il n'y avait pas d'identité révélatrice.</p> <p>Les auteurs ont envoyé le questionnaire 1 (mesure de base) après que les participants aient signé le formulaire de consentement écrit mais pas plus de deux semaines avant la formation de pleine conscience. Le questionnaire 2 a été envoyé un jour après la formation, le questionnaire 3 huit semaines après la formation, le questionnaire 4 neuf mois après l'intervention.</p> <p>Plusieurs mesures validées ont été utilisées dans chaque questionnaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Maslach Burnout Inventory (MBI)</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Depression Anxiety Stress Scales-21 (DASS-21)</li> <li>- Perceived Stress Scale (PSS)</li> <li>- 14-item Resilience Scale (RS-14)</li> <li>- Santa Clara Brief Compassion Scale (SCBC)</li> </ul> <p><i>Satisfaction travail</i> : le MBI permet d'étudier la satisfaction au travail. Il se compose de 22 questions qui évaluent l'épuisement professionnel, sous trois aspects ; l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation et le manque d'accomplissement personnel. Les participants précisent le nombre de fois qu'ils ont ressenti des sentiments liés au travail à l'aide d'une échelle de Likert à 7 points, allant de « jamais » à « tous les jours ». Trois scores pour les trois aspects sont calculés et ne sont pas combinés en un score. Un degré élevé d'épuisement professionnel correspond à un score élevé d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation et à un faible score d'accomplissement personnel.</p> <p><i>Qualité de vie</i> : la qualité de vie a été mesurée en utilisant le DASS-21, le PSS et le RS-14. Le DASS-21 est constitué de trois échelles mesurant les états émotionnels de la dépression, de l'anxiété et du stress. Le DASS-21 est composé de 21 questions, 7 par échelles. Les participants remplissent une échelle de Likert à 4 points, allant de « pas du tout » à « la plupart du temps ». Des scores élevés indiquent un état émotionnel de dépression, d'anxiété et de stress élevé.</p> <p>Le PSS est utilisée pour mesurer la perception du stress. La version utilisée pour cette étude contient 10 items. Les participants répondent à une échelle de Likert à 5 points, allant de « jamais » à « très souvent ». Des scores élevés indiquent une perception de stress élevée.</p> <p>Le RS mesure la résilience, c'est-à-dire la capacité de faire face à l'adversité. Les auteurs ont utilisé une version à 14 items. Les participants remplissent une échelle de Likert à 7 points, allant de « fortement en désaccord » à « fortement d'accord ». Les scores élevés traduisent une résilience élevée.</p> <p><i>Compassion</i> : la compassion a été évaluée à l'aide du SCBC qui se compose de 5 questions. Les participants répondent avec une échelle de Likert à 7 points, allant de « pas du tout vrai » à « très vrai pour moi ». Les scores élevés indiquent une forte compassion.</p>
Déroulement de l'étude	de	<p>Les méthodes de recrutement des participants étaient des invitations par e-mail, des dépliants, des visites aux réunions cliniques et le bouche-à-oreilles. Les participants de l'étude étaient inscrits à l'étude suite au retour d'un formulaire de consentement signé. Le UW-Madison health sciences institutional review board a approuvé l'étude.</p> <p>Tous les participants de l'étude ont reçu l'intervention, une version abrégée du programme MBSR de huit semaines par Jon Kabat-Zinn au centre médical de l'université du Massachusetts.</p> <p>Les auteurs se sont centrés à créer un cours efficace sur la pleine conscience adapté aux professionnels de la santé. Ils ont encouragé les</p>

		<p>participants à pratiquer la pleine conscience au sein de leur milieu de travail.</p> <p>L'intervention de l'étude a été menée en deux groupes de 15 participants. Elle a été dirigée par les instructeurs de la pleine conscience, ayant suivi une formation professionnelle à « l'University of Massachusetts Centre for Mindfulness » et d'autres enseignants.</p> <p>Le tableau 1 présente une comparaison entre l'étude sur la formation MBSR modifiée et le cours le plus long et typique MBSR.</p> <p>Les auteurs de l'étude ont réalisé un site WEB pour l'étude. Les professionnels de la santé pouvaient y apporter leur pratique de pleine conscience auprès du patient. Le but étant d'aider les professionnels à être plus présents auprès des patients afin de mieux répondre à leur besoins.</p>
<b>Résultats</b>	des	<p>Les variables démographiques et individuelles ainsi que les résultats de l'étude ont été décrits à titre de fréquence (pourcentage) et de valeurs moyennes. Les résultats ont été traités à l'aide des modèles d'analyse à effet mixte. Le modèle à effet mixte intègre les données des quatre questionnaires pour tous les participants de l'étude. La comparaison entre les valeurs des résultats du questionnaire de base et les trois questionnaires a été effectuée. Cette comparaison a permis aux auteurs d'estimer les changements de résultats pendant la période post-intervention et de voir s'ils ont persisté durant les 9 mois.</p> <p>Toutes les analyses ont été menées avec SAS version 9.1 pour Linux.</p>
Présentation des résultats	des	<p>Tous les participants ont rempli le questionnaire de base. Ensuite, un participant s'est retiré de l'étude. Durant l'étude, 28 des participants (93%) ont répondu aux questionnaires 2. Vingt-trois participants (77%) ont complété les questionnaires 3 et 4.</p> <p><i>Satisfaction au travail</i> : un niveau élevé d'épuisement professionnel a été démontré par des résultats élevés de l'épuisement émotionnel (moyenne = 31.9, EC 9.6) et de la dépersonnalisation (moyenne = 12.6, EC 6.7). Il y a aussi un niveau élevé de l'accomplissement personnel (moyenne = 38.5, EC 5.2). Une baisse significative a été démontrée sur l'épuisement émotionnel aux questionnaires 2, 3 et 4 (<math>P_2 = .046</math>, <math>P_3 = .006</math>, <math>P_4 = .009</math>). Le score de dépersonnalisation a également diminué sur les questionnaires 3 et 4 (questionnaire 1 à 12.6 ; questionnaire 3 à 10.3 (<math>P_3 = .03</math>) ; questionnaire 4 à 9.1 (<math>P_4 = .005</math>)). Il y a eu une augmentation du score de l'accomplissement personnel sur tous les questionnaires (questionnaire 1 à 38.5 ; questionnaire 2 à 41.0 (<math>P &lt; .001</math>) ; questionnaire 3 à 41.6 (<math>P &lt; .001</math>) ; questionnaire 4 à 42.3 (<math>P &lt; .001</math>)).</p> <p><i>Qualité de vie et compassion</i> : avec le DASS-22, une amélioration significative sur les scores de dépression de tous les questionnaires (<math>P &lt; .001</math>), sur les scores d'anxiété aux questionnaires 2 et 4 (<math>P_2 = .022</math>, <math>P_4 = .006</math>) et sur les scores de stress aux questionnaires 3 et 4 (<math>P_3 = .007</math>, <math>P_4 = .002</math>) a été prouvée.</p> <p>Avec le PSS, il y a une réduction significative de la perception du stress suite à l'intervention sur les trois questionnaires (<math>P_1 = .001</math>, <math>P_2 &lt; .001</math>, <math>P_3 = .002</math>). Aucun changement significatif sur la résilience et la compassion n'a été observé (questionnaire 1 à 79.9 ; questionnaire 2 à 82.0 (<math>P_2 = .35</math>) ; questionnaire 3 à 83.2 (<math>P_3 = .26</math>) ; questionnaire 4 à 81.4 (<math>P_4 = .63</math>)). Les valeurs de la résilience augmentent directement après l'intervention et à 8 semaines après l'intervention mais diminuent à nouveau à 9 mois après</p>

	l'intervention.
<b>Discussion</b> Intégration de la théorie et des concepts	<p>Une brève intervention de pleine conscience peut soulager l'épuisement professionnel et soutenir le bien-être des professionnels de la santé.</p> <p>Une réduction significative des mesures de l'épuisement professionnel de la dépression, de l'anxiété et du stress sur tous les questionnaires a été observée. Ces résultats sont compatibles avec d'autres recherches.</p> <p>L'épuisement professionnel affecte la qualité des soins prodigués aux patients. L'augmentation de la conscience émotionnelle est associée à moins d'épuisement professionnel, une plus grande satisfaction au travail et une meilleure satisfaction des patients.</p> <p>Les changements dans les mesures de la compassion et de la résilience n'étaient pas statistiquement significatifs mais les scores de résilience ont affiché une tendance vers l'amélioration.</p> <p>Les limitations de cette étude incluent un manque de contrôle du groupe et la petite taille de l'échantillon. Il est difficile de généraliser les résultats. De plus, les participants se sont portés volontaires.</p> <p>L'épuisement professionnel affecte la qualité des soins. Il y a un manque de programmes s'adressant à cette problématique. Les résultats de l'étude suggèrent que l'intervention de pleine conscience est un moyen efficace pour améliorer le bien-être et gérer les symptômes de l'épuisement professionnel chez les professionnels de la santé. C'est en comprenant les enjeux de l'épuisement professionnel des professionnels de la santé et les résultats de soins des patients que les institutions de soins pourront développer des programmes améliorant la satisfaction au travail, la qualité de vie et les soins aux patients.</p>
Perspectives futures	Les auteurs pensent que l'effet bénéfique de la brève intervention de pleine conscience perdure à long terme de manière significatif. Pour confirmer cette hypothèse, un essai contrôlé randomisé est nécessaire.
<b>Questions générales</b> Présentation	<p>La trame de l'article respecte la charpente des articles scientifiques : titre, résumé, introduction, méthode, résultats, discussion.</p> <p>Le langage scientifique est respecté.</p>
Évaluation globale	<p>C'est un article scientifique de qualité.</p> <p>Dans le tableau présentant des résultats (tableau 3), les auteurs commencent leur étude avec 30 participants puis mesurent les résultats des questionnaires avec 28 participants au questionnaire 3 et 23 participants au questionnaire 4. Cela peut influencer la significativité des résultats mesurés dans cette étude.</p>

Références bibliographique : Loisel, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*.

Québec : ERPI.

***Appendice D***

***Grille d'évaluation et de lecture, approche mixte***

**Article de Foureur et al. (2013)**

<b>Référence de l'article analysé :</b>					
Foureur, M., Besley, K., Burton, G., Yu, N. & Crisp, J. (2013). Enhancing the resilience of nurses and midwives : Pilot of a mindfulnessbased program for increased health, sense of coherence and decreased depression, anxiety and stress. <i>Contemporary Nurse</i> , 45(1), 114-125.					
<b>Aspects du rapport</b>	<b>Questions</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Peu clair*</b>	<b>Eléments de l'article</b>
<b>Titre</b>	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X			Enhancing the resilience of nurses and midwives : Pilot of a mindfulness-based program for increased health, sense of coherence and decreased depression, anxiety and stress.
<b>Résumé</b>	-Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	X			Les travailleurs de la santé en général connaissent des niveaux élevés de stress/distress (détresse), due à la nature et le lieu de leur travail et la socialisation dans les méthodes de travail qui minimise leur probabilité d'auto-soins. L'intérêt croissant pour le développement des travailleurs résilients a entraîné une énorme croissance de l'intérêt pour le rôle des pratiques holistiques telles que la méditation de pleine conscience « mindfulness meditation ». « Kabat-Zinn's mindfulness-based stress reduction (MBSR) » est une des plus couramment utilisée par ceux qui cherchent à pratiquer, théoriser et rechercher au sujet de la pleine conscience dans des domaines multiples. L'objectif principal de cette étude était de piloter l'efficacité d'une intervention adaptée de réduction du stress, basée sur la pleine conscience, sur le bien-être psychologique des infirmières et des sages-femmes. Plus spécifiquement, nous avons cherché à tester l'acceptabilité et la faisabilité d'une intervention MBSR modifiée pour permettre l'élaboration d'un futur essai randomisé contrôlé (RCT). L'étude pilote a utilisé une conception de pré et post intervention. 20 sages-femmes et 20 infirmières ont participé à un atelier d'une journée, se sont engagées à méditer chaque jour pendant 8 semaines et à compléter des échelles avant et après l'intervention : general health questionnaire (GHQ-12) ; sense of coherence (SOC – orientation to life) and the depression, anxiety and stress scale (DASS). Un sous-groupe a pris part à des entretiens et des discussions de groupe au sujet de leur expérience du programme et leur pratique de la pleine conscience. Les résultats quantitatifs incluent des améliorations significatives sur GHQ-12, SOC et la sous-échelle de stress de la DASS. Les résultats qualitatifs soutiennent l'acceptabilité de l'intervention, et ont souligné un certain nombre de questions



					liées à la faisabilité d'un futur RCT. En conclusion, la pratique de la méthode de pleine conscience est prometteuse pour augmenter la résilience individuelle et au travail, cependant, les preuves significatives de recherche provenant d'études soigneusement construites, devront engager et motiver la participation et le soutien organisationnel.
<b>Introduction</b> Enoncé du problème	-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?	X			<p>Le développement de la résilience, chez les individus et les organisations, est considéré par beaucoup comme une réponse potentielle au stress associé à des styles de vie et lieux de travail contemporains. Construire une main d'œuvre forte et résiliente peut être explicitement liée au développement de la pleine conscience. Il y a des preuves croissantes qui suggèrent qu'une main d'œuvre plus consciente est une main d'œuvre plus résiliente.</p> <p>Les sages-femmes et les infirmières expérimentent des niveaux élevés de « stress/distress » en raison de la nature et leur lieu de leur travail.</p> <p>L'évolution de la résilience a été organisée en trois vagues. La première vague est axée sur la résilience comme un ensemble de caractéristiques telles que l'« hardiness », l'adaptation, l'auto-efficacité, l'optimisme et l'adaptabilité. La deuxième vague considère la résilience comme un processus dynamique, où l'adversité a été liée avec l'adaptation et dérive des apprentissages acquis par l'expérience. La vague la plus récente considère la résilience en termes d'énergie innée ou une force de vie motivante en l'individu qui lui permet de faire face à l'adversité, à apprendre de l'expérience et à participer à des transformations cognitives. Surtout cette vague de recherche pointe le développement de la résilience grâce à des pratiques d'auto-soins telles que la méditation de la pleine conscience.</p>
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?	X			<p>Pour les infirmières, des relations significatives avec leurs patients ont toujours été un facteur important de leur engagement continu dans leur travail. L'établissement de ces relations nécessite un propre engagement émotionnel du professionnel de la santé avec ceux qui leur sont confiés, un engagement qui peut créer un coût émotionnel.</p> <p>Les supports de réduction du stress pour les infirmières et les sages-femmes ont inclut le mentorat, la supervision clinique et une gamme d'approches pour</p>

				<p>améliorer le développement professionnel et le développement de la pratique. Aussi, l'entraînement à la résolution des conflits face à l'intimidation et d'autres programmes axés sur les défis interpersonnels ont été utilisés. Plus récemment, une série d'initiatives de bien-être qui met l'accent sur les stratégies intra-personnelles telles que le travail d'équipe et les conversations importantes ont également été utilisées. En dehors de la supervision clinique, la mesure dans laquelle ces stratégies réduisent le stress au travail et le potentiel d'épuisement émotionnel et professionnel reste incertaine. Une autre stratégie qui montre une promesse dans la réalisation de la réduction du stress dans de multiples contextes est la MBSR.</p> <p>Les auteurs ont effectué des recherches dans la littérature. Ils ont trouvé trois études qui ont tenté d'entreprendre un RCT en testant une intervention MBSR. Dans leur étude consistant en un programme MBSR de 8 semaines, Cohen-Katz, Wiley, Capuano, Baker, Kimmel et al (2005), ont trouvé des réductions significatives dans les échelles de l'épuisement émotionnel et la dépersonnalisation de la « Maslach burnout inventory », avec des changements maintenus pendant au moins trois mois. L'augmentation de l'acceptation de soi, de la conscience de soi et des auto-soins sont des avantages qui ont été relevés. Les résultats majeurs de l'étude de Mackenzie et al. (2006), ayant une intervention MBSR de 4 semaines, incluent une réduction des symptômes d'épuisement professionnel, une augmentation de la relaxation et une amélioration de la satisfaction de la vie. Ces chercheurs affirment que les améliorations associées à un tel programme modifié MBSR sont remarquables. Pipe et al. (2009) ont mené une étude sur la pleine conscience de 4 semaines. Des améliorations significatives sur les symptômes de stress auto-déclarés par rapport au groupe témoin ont été démontrées.</p> <p>Le travail décrit dans ce document se trouve plus confortablement dans la troisième vague de recherches sur la résilience ; se concentrant sur le développement des habitudes de la pleine conscience chez les infirmières et les sages-femmes.</p>
Cadre théorique ou conceptuel	-Les principales théories et concepts sont-ils définis ?	X		<p><b>MBSR de Jon Kabat-Zinn</b></p> <p>La recherche actuelle sur la pratique de la pleine conscience démontre des</p>

					<p>résultats positifs. La définition de Jon Kabat-Zinn (2005) est l'une des plus couramment utilisée par ceux qui cherchent à pratiquer, théoriser ou rechercher sur la pleine conscience dans de multiples contextes : « tout simplement, la pleine conscience est un instant de conscience. Elle est cultivée en donnant volontairement de l'attention aux choses que dont on ne donne pas d'attention habituellement. Il s'agit d'une approche systématique de développement de nouveaux types de contrôle et de sagesse dans notre vie. »</p> <p>La pleine conscience est une pratique d'auto-soins, faisant partie intégrante du modèle de développement de la résilience de Grafton et al. (2010). Il a été montré qu'un programme de MBSR de 8 semaines peut être efficace dans de nombreuses études avec des patients et des professionnels de la santé. La MBSR augmente la conscience de soi et améliore la capacité du professionnel de la santé à fournir des soins empathiques. La pratique de la pleine conscience permet la compassion et l'empathie, qui améliorent les relations client / travailleur positivement liées à la satisfaction au travail.</p> <p>Cette étude vise à répliquer une étude comparative non-randomisée (« non-randomized comparison study ») conduite au Japon, qui a comparé les résultats de deux groupes d'infirmières travaillant dans un service de patients âgés.</p> <p>Le cadre conceptuel de l'étude se trouve dans la figure 1.</p>
Question de R / Buts	-Question		X		<i>La question n'est pas énoncée. Le but de l'étude est annoncé à plusieurs reprises dans l'introduction et le chapitre du but, ce qui porte à confusion.</i>
	-Buts de l'étude			X	L'objectif principal de cette étude était d'évaluer l'efficacité d'une intervention adaptée de réduction du stress, basée sur la pleine conscience (MBSR), sur le bien-être psychologique des infirmières et des sages-femmes. Ceci dans le but d'atteindre certains résultats positifs : l'amélioration de la santé, le sens de la cohérence, le stress et l'anxiété. Plus spécifiquement, les auteurs ont cherché à tester l'acceptabilité et la faisabilité du design, à évaluer les mesures avant et après l'intervention, à évaluer les ateliers et la pratique MBSR.
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?	X			Etude pilote utilisant « pre and post intervention study design ».

Population et contexte	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?			X (pas assez détaillé)	Un échantillonnage de commodité (« convenience ») a été utilisé pour recruter jusqu'à 20 sages-femmes et 20 infirmières de deux hôpitaux dans le NSW. Les participants devaient avoir l'appui de leurs gestionnaires afin d'assister à un atelier d'une journée. Ceux qui participaient aux entrevues ou aux groupes de discussion avaient besoin de négocier du temps pour les entreprendre.
	-La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche ?	X			
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X			<p>Tous les participants ont complété trois questionnaires avant les ateliers et 4 à 8 semaines après la période d'intervention.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. La forme courte du GHQ-12 de 12 items est un outil validé qui évalue les symptômes physiques de l'anxiété et des troubles du sommeil, les interférences avec les activités sociales et la dépression.</li> <li>2. L'échelle SOC (Orientation of life) est un outil similaire validé et fiable qui a trois sous-domaines correspondant au sens de la compréhension, au sens de la gestion et au sens de la signification, qui indiquent une capacité à composer avec le stress et le maintien de la santé.</li> <li>3. La DASS mesure les états émotionnels négatifs de la dépression, l'anxiété et le stress. Il se compose de trois échelles d'auto-évaluation, chacun avec 14 items. Il a été montré que la DASS a une cohérence interne élevée.</li> </ol> <p>Concernant les entrevues et les groupes de discussion, des notes de terrain brèves ont été conservées par l'intervieweur/facilitateur.</p>
Déroulement de l'étude	<p>-La procédure de recherche est-elle décrite ?</p> <p>-A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?</p>	X			<p>Les deux sites ont invité la participation à travers des publicités par e-mail, un seul site a placé les invitations sur les tableaux d'affichage.</p> <p>L'intervention a consisté en un atelier adapté MBSR d'une journée, impliquant la réduction du stress par la pleine conscience, enseigné par un psychologue expérimenté, un CD enregistré par l'animateur de l'atelier principal pour les sessions de pratique quotidienne de pleine conscience de 20 minutes pour une période de 8 semaines. L'atelier a été présenté quatre fois pour accueillir les</p>

					<p>exigences de travail des participants. Un aperçu de l'atelier est présenté dans le tableau 1.</p> <p>Une approche adaptée MBSR a été prise, qui incorpore à la fois les perspectives traditionnelles et psychologiques de la pleine conscience.</p> <p>Les participants à l'intervention ont été invités à participer à un groupe de discussion ou à une entrevue individuelle pour explorer leur expérience de la pratique de la pleine conscience et son impact sur leur pratique infirmière/sage-femme. Les entrevues ont pris 20 minutes en moyenne, et le groupe de discussion a duré environ une heure.</p> <p>Tous les participants ont reçu un journal vierge couvrant la période de 8 semaines après l'atelier sur lequel ils ont été invités à noter leurs habitudes de pratique quotidienne.</p> <p><u>Analyse des données</u> : Les données quantitatives ont été saisies dans le SPSS et codées/transformées. Les scores des sous-échelles DASS pour la dépression, l'anxiété et le stress ont été générés par sommation des éléments pertinents. Les données qualitatives provenant des groupes de discussion et des entrevues ont été transcrites et complétées par des notes de terrain. Les « Wilcoxon signedranked tests » ont été utilisés pour comparer les scores avant et après l'intervention. Une valeur de <math>p &lt; 0,05</math> a été fixée comme seuil de signification statistique.</p> <p>Les données qualitatives recueillies par les groupes de discussion et des notes de terrain tenues par l'intervieweur ont été soumises à une analyse de contenu par deux membres de l'équipe de recherche. Ce processus a impliqué un processus simple d'identification des catégories communes de réponses. Les journaux de pratique MBSR ont été analysés de manière similaire par deux membres de l'équipe : à la fois pour la fréquence de la pratique et pour l'analyse des commentaires fournis sur la forme.</p> <p><u>Ethique</u> : les approbations ont été obtenues à partir du « relevant scientific and Human Research Ethics Committees ». Le personnel intéressé a contacté un membre de l'équipe de recherche pour toute information complémentaire et pour donner son consentement éclairé. Le consentement à participer a été revisité au début de l'atelier afin d'assurer que tous les participants comprenaient pleinement</p>
--	--	--	--	--	--

					leur implication dans la recherche et étaient prêts à participer.
<b>Résultats</b> Traitement des données	Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour décrire en détail les facteurs d'influence (obstacles)	X			Vingt-huit (70%) participants ont retourné les enquêtes après l'intervention ; 50 % de ce groupe ont fourni des journaux complets de leur pratique de la pleine conscience en cours. Les entrevues et les groupes de discussion ont été menés avec 35 % de ces participants afin d'explorer leurs expériences par rapport à la pratique de la pleine conscience. Il y avait 56 jours possibles de pratiquer la pleine conscience au cours de la période de pratique après l'atelier de 8 semaines ; le nombre moyen de périodes de pratique entrepris par les participants était de 25 fois (médiane, 26, SD = 15) ou 44,4% des périodes de pratique quotidiennes disponibles.
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			<p><u>Résultats quantitatifs :</u></p> <p>Le tableau 2 fournit des détails sur les analyses statistiques menées pour examiner les changements sur les mesures avant et après l'intervention des échelles GHQ-12, SOC et DASS. Des différences statistiquement significatives ont été trouvées sur les scores du GHQ-12 (0.011), SOC (0.009) et la sous-échelle du stress de la DASS (0.004). Dans chaque cas, la différence était dans un sens positif : une meilleure santé générale ; une orientation plus positive de la vie et des niveaux de stress plus faible.</p> <p><u>Résultats qualitatifs :</u></p> <p>Dix des 28 participants qui avaient complété les enquêtes de suivi ont accepté de prendre part à des groupes de discussion ou des entrevues : deux ont opté pour des interviews, huit ont pris part à un groupe de discussion.</p> <p>L'analyse du contenu des données qualitatives a révélé une gamme de facilitateurs et d'obstacles à l'intégration de la pratique de la pleine conscience.</p> <p>Les raisons de participer à l'étude MBSR variaient d'un choix conscient de chercher un moyen d'améliorer le niveau de stress. Il est reporté que la participation à l'atelier initial a été très agréable.</p> <p>Les participants ont discuté des questions liées à trois grands domaines :</p>

					<p>l'apprentissage acquis par la participation à la recherche en général et à l'atelier en particulier, l'intégration de la pratique de la pleine conscience dans le travail quotidien et la vie à la maison et, les défis et les avantages de devenir plus conscients. L'atelier a été accueilli favorablement, avec la plupart des participants trouvant leur implication relaxante. L'accent mis sur l'atelier sur la fourniture de conseils pratiques en termes de stratégies pour développer les routines pour la pratique semble avoir été un moment fort.</p> <p>Les participants ont estimé qu'il serait utile pour leurs collègues d'apprendre quelque chose sur la pratique de la pleine conscience. Ils ont estimé qu'il serait utile que le personnel prenne 10 minutes pour pratiquer la pleine conscience lorsqu'il y a du stress dans le milieu de travail. Et certains ont réalisé qu'ils ont un besoin de faire un time-out au travail pour rafraîchir les techniques de pratique de la pleine conscience.</p> <p>Il a été demandé aux participants de commenter tout ce qu'ils ont remarqué de différent depuis le commencement du programme MBSR. Les différences ont inclu : le sentiment d'être détendu, plus calme et plus concentré ; la réalisation de combien il est important d'avoir du temps pour soi ; la capacité à être plus conscient des personnes et de demander de l'aide aux autres plutôt que par le passé ; être capable de mieux contrôler les pensées et le stress. L'utilisation du CD ne convenait pas à un certain nombre de participants, et ils ont trouvé plus facile de méditer sans l'écouter. Un participant n'a pas participé à des séances de pratique comme son expérience au sein de l'atelier a été négative.</p> <p>Les réponses des groupes de discussion et les évaluations de l'atelier ont indiqué que l'atelier d'une journée, spécifiquement développé pour ce projet pilote, était hautement acceptable. Les participants ont affirmé que l'expérience de l'atelier lui-même avec des séances de pratique de méditation et des occasions de réflexion était relaxante et apaisante. L'exploration de la façon d'appliquer la pleine conscience et les techniques associées dans le lieu de travail a également été hautement cotée.</p>
<b>Discussion</b> Intégration de la	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi	X			Les résultats de cette étude-pilote a des avantages à court terme, dans l'impact du stress sur la cognition, les émotions et le comportement, engageant la pratique de la méditation de la pleine conscience et des stratégies de développement pour

théorie et des concepts	que des recherches antérieures ?				<p>être dans le moment présent des sages-femmes et des infirmières.</p> <p>Les résultats quantitatifs sont similaires à ceux de l'étude que les auteurs ont cherché à répliquer ; avec des améliorations significatives dans la santé en générale, le SOC et l'expérience de stress.</p> <p>L'intégration de la conscience et la pratique de la méditation dans la vie quotidienne s'est avéré être un défi significatif pour de nombreux participants.</p> <p>Les participants ont formulé de nombreuses suggestions sur la façon dont le lieu de travail pourrait soutenir la pratique quotidienne (mise à disposition d'un espace de méditation dans le service, qui agirait comme un déclencheur pour leur rappeler de prendre du temps pour la méditation et aussi de se comporter en comme pleinement conscient à chaque instant).</p> <p>Les auteurs sont persuadés que, dans le long terme, utiliser une approche psychologique positive peut bien se révéler beaucoup plus efficace dans l'augmentation et le maintien de la résilience des individus et des organisations que de continuer à se concentrer sur les moyens de réduire le stress et l'épuisement professionnel. La pleine conscience a été proposée comme un chaînon manquant entre la thérapie cognitive et la psychologie positive.</p>
	-Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?		X		Compte tenu de la petite taille de l'étude, il est important de noter que les effets obtenus étaient importants, ce qui suggère que l'intervention était puissante.
	-les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			<p>Les défis liés à l'introduction de programmes et au test de leur efficacité comprennent : permettre au personnel de participer à un tel programme, motiver l'engagement continu dans la pratique de la pleine conscience et soutenir l'intégration de nouvelles façons du travail dans le lieu de travail.</p> <p>Une des limites de l'étude a été la disponibilité des infirmières et des sages-femmes pour la participation aux ateliers.</p>
Perspectives futures	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les	X			Une étude future pourrait inclure la création d'un espace de méditation dans le cadre de la santé pour aider au développement de la prise habituelle de temps pour méditer pendant la journée de travail.



	travaux de recherche à venir ?				<p>L'efficacité du programme modifié MBSR pourrait être étudié davantage. Un suivi plus long est nécessaire pour déterminer la durabilité des changements observés dans cette étude.</p> <p>Les auteurs soutiennent que les futures études devraient choisir des résultats de mesure qui sont basées sur le bien-être plutôt que de se concentrer sur des déficits et de fournir une conversation plus positive, en mettant l'accent sur la résilience plutôt que de stress.</p>
<b>Questions générales</b> Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			L'article comprend toutes les étapes d'un article scientifique de qualité.
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	X			Les résultats sont pertinents mais nous ne savons pas s'ils sont généralisables car cela n'est pas précisé.

Références bibliographique : Loisele, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*.

Québec : ERPI.

***Appendice E***

***Grille d'évaluation et de lecture, approche quantitative***

**Article de Mealer et al. (2013)**

<b>Références de l'article analysé :</b>					
Mealer, M., Conrad, D., Evans, J., Jooste, K., Solyntjes, J., Rothbaum, B. & Moss, M. (2014). Feasibility and acceptability of a resilience training program for intensive care unit nurses. <i>American Journal of Critical Care</i> , 23(6), 97-105.					
<b>Aspects du rapport</b>	<b>Questions</b>	<b>oui</b>	<b>Non</b>	<b>Peu clair</b>	<b>Commentaires</b>
<b>Titre</b>	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	x			
<b>Résumé</b>	-Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	x			
<b>Introduction</b> Enoncé du problème	-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?	x			Le problème de recherche est énoncé clairement. La nécessité de réaliser une étude sur ce thème pourrait davantage être argumentée.
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?	x			La recension des écrits pourrait être plus étoffée au début de l'étude. Cependant, les variables étudiées sont résumées dans la discussion.
Cadre théorique ou conceptuel	-Les principales théories et concepts sont-ils définis ?	x			
Hypothèses	-Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?			x	Les hypothèses sont présentes mais pas explicites.
	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories et recherches antérieures ?	x			
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?	x			
Population	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?	x			

et contexte	-La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche ?			x	27 infirmières participent à l'étude. Sur combien en tout dans le service des soins intensifs ? L'effectif n'est pas décrit. Le contexte pourrait être plus détaillé.
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	x			
	-Les variables à mesurer sont-elles décrites et opérationnalisées ?	x			
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ?  -A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	x			
<b>Résultats</b> Traitement des données	Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses ?	x			
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	x			
<b>Discussion</b> Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?	x			
	-Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?	x			
	-les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	x			

Perspectives futures	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	x			
<b>Questions générales</b> Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	x			
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	x			Même si les résultats ne sont pas généralisables.

Références bibliographique : Loiselle, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*.

Québec : ERPI.

Aspects du rapport	Contenu de l'article
<b>Références complètes</b>	Mealer, M., Conrad, D., Evans, J., Jooste, K., Solyntjes, J., Rothbaum, B. & Moss, M. (2014). Feasibility and acceptability of a resilience training program for intensive care unit nurses. <i>American Journal of Critical Care</i> , 23(6), 97-105.
<b>Résumé</b>	<p><u>But de l'étude</u> : déterminer si un programme multidimensionnel de formation sur la résilience pour les infirmières des soins intensifs est réalisable et acceptable pour les participants de l'étude.</p> <p><u>Méthodes</u> : étude de faisabilité de 12 semaines. Les groupes de contrôle et d'intervention ont complété des questionnaires avant et après l'intervention sur : les mesures de la résilience, l'anxiété/dépression, le stress post-traumatique et le burnout. L'intervention était composée de 2 jours d'enseignement sous forme de « workshops » incluant des séances d'exposition écrite, du « counseling event-triggered », des exercices basés sur le « mindfulness-based stress reduction » et de l'aérobic. Les infirmières ont rempli des questionnaires de satisfaction pour chaque composante de l'intervention.</p> <p><u>Résultats</u> : le programme multidimensionnel de formation sur la résilience a été réalisable et acceptable pour les infirmières des soins intensifs. Après l'intervention, les groupes de contrôle et d'intervention ont montré une diminution significative du score des symptômes du syndrome post-traumatique.</p> <p><u>Conclusions</u> : un essai clinique randomisé avec plus de participants serait nécessaire pour évaluer l'effet de l'intervention sur l'amélioration du niveau de résilience des individus et des résultats psychologiques tels que les symptômes d'anxiété, de dépression, d'épuisement professionnel et le syndrome post-traumatique.</p>
<b>Introduction</b> Enoncé du problème	<p>Les infirmières des soins intensifs quittent leur profession à cause d'une place de travail stressante, avec une haute mortalité et morbidité des patients, une confrontation quotidienne face à des dilemmes éthiques et une atmosphère tendue.</p> <p>Les infirmières ont une grande prévalence de troubles psychologiques comme l'anxiété, la dépression, le burnout et le stress post-traumatique.</p> <p>Certaines infirmières sont capables de développer des stratégies d'adaptation efficaces et de faire face de manière positive aux expériences stressantes liées au travail.</p>
Recension des écrits	<p>La résilience a été reconnue comme le plus important des facteurs pour une adaptation efficace suite à un événement traumatique. Les facteurs pouvant améliorer la résilience sont un soutien positif, une attention sur le bien-être physique, le développement de compétences actives d'adaptation. Les thérapies cognitivo-comportementales renforcent les caractéristiques modifiables de la résilience comme la capacité de soutenir les autres, la foi, l'optimisme, la flexibilité cognitive et l'auto-soin.</p> <p>Les comportements d'auto-soins qui favorisent l'adaptation aux conséquences du stress physique et émotionnel sont le « mindfulness-based stress reduction », l'exposition écrite et l'exercice physique.</p>

	Bien que la formation sur la résilience soit largement reconnue comme une intervention importante pour promouvoir la satisfaction au travail, peu de données probantes sont disponibles sur l'efficacité de cette formation aux soins intensifs.
Cadre théorique ou conceptuel	La résilience.
Hypothèses	Un programme multidimensionnel de formation sur la résilience peut promouvoir la résilience chez les infirmières des soins intensifs.  Les auteurs pensent que les composantes de cette intervention proposent des stratégies de résilience qui sont importantes pour faire face avec succès dans l'environnement des soins intensifs.
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	Etude de faisabilité, devis quantitatif
Population et contexte	<u>Population</u> : infirmières des soins intensifs d'une institution académique. En tout 27 infirmières de soins intensifs, 13 dans le groupe d'intervention et 14 dans le groupe contrôle. Critères d'inclusion : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Travailler 20h/semaine au chevet des patients hospitalisés en soins intensifs</li> <li>- Aucune contraindication médicale pour faire de l'exercice physique</li> <li>- Un score égal ou inférieur à 82 sur le « Connor-Davidson Resilience Scale » (CD-RISC)</li> </ul> Critères d'exclusion : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aucune possibilité à participer aux 2 jours d'enseignement « workshops »</li> <li>- Contreindication médicale limitant la possibilité de faire de l'exercice physique</li> </ul> <u>Contexte</u> : institution académique, service de soins intensifs.
Collecte des données et mesures	A l'aide d'un questionnaire, des données basiques ont été récoltées sur la démographie, le sexe, l'âge, l'état civil et l'origine. Des données démographiques spécifiques au lieu de travail ont également été récoltées.  Les auteurs ont récolté les mesures suivantes à l'aide de questionnaires : <ul style="list-style-type: none"> <li>- « Connor-Davidson Resilience Scale » (CD-RISC). Cette échelle a été développée comme une brève auto-évaluation pour quantifier la résilience et évaluer la réponse à l'intervention. C'est une échelle sur 100 points. Des scores plus élevés</li> </ul>

	<p>reflètent une plus grande résilience. Un score de 82 et plus est défini comme un score positif pour être résilient.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- « Posttraumatic Diagnostic Scale » (PDS). Outil d'auto-évaluation qui donne à la fois un diagnostic de syndrome post-traumatique et une mesure de la gravité des symptômes du syndrome post-traumatique.</li> <li>- « Hospital Anxiety and Depression Scale » (HADS). Echelle d'auto-dépistage d'une présence d'anxiété et/ou de dépression.</li> <li>- « Maslach Burnout Inventory » (MBI). Instrument qui mesure l'épuisement professionnel chez les professionnels de la santé.</li> <li>- « Client/Patient Satisfaction Questionnaire-8 » (CSQ-8). Mesure de la satisfaction. Des scores élevés montrent une grande satisfaction.</li> </ul> <p>Toutes les données ont été entrées dans le « REDCap data management system » en utilisant des numéros d'identification par personne. Les auteurs ne pouvaient alors pas connaître l'identité des participants de l'étude.</p>
Déroulement de l'étude	<p>Les infirmières des soins intensifs ont été sélectionnées dans une institution académique et recrutées d'octobre 2012 à décembre 2012.</p> <p>Des consentements éclairés et écrits ont été signés par tous les participants. L'étude a été approuvée par le « Colorado Multiple Institutional Review Board ».</p> <p>Les auteurs de l'étude ont demandé aux groupe contrôle et groupe de l'intervention de remplir les différents questionnaires avant et après l'intervention. Les « CD-RISC », « PDS », « HADS » et « MBDI » ont été complétés par les deux groupes avant le début de l'intervention et 1 semaine après la fin de l'intervention. Le groupe d'intervention a rempli le « CSQ-8 » pour chacune des 5 composantes de l'intervention.</p> <p>L'anonymat a été assuré par un « honest broker » qui ne faisait pas partie de l'étude.</p> <p><u>Description de l'intervention (groupe d'intervention) : 2 jours d'enseignement sous forme de « workshops »</u></p> <p>Ces 2 jours ont été composés de :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Introduction quant à la formation sur la résilience, les types de détresse psychologique dans l'unité de soins intensifs, les sujets d'auto-soins et la thérapie cognitivo-comportementale.</li> <li>- Un expert « MBSR » a mené deux sessions de 2 heures sur des techniques de réduction du stress, basées sur la pleine conscience. Les techniques utilisées pour cette étude comprenaient le « body scan » et le « sitting meditation ». L'expert a approvisionné les participants d'un guide « step-by-step » (disque audio) pour une utilisation sur 12 semaines. Les participants devaient pratiquer cette pleine conscience au moins 3fois/semaine durant 15 minutes en utilisant le disque audio</li> </ul>



		<p>lorsqu'ils rentraient chez eux. Le temps que les participants consacraient à cette pleine conscience était entré dans le REDCap database.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Des séances d'exposition écrites ont été données par des experts. Les experts ont demandé aux participants de réaliser un feedback de 30 minutes, 1fois/semaine, basé sur les instructions envoyées par courrier électronique. Les tâches d'écriture étaient basées sur le cadre de l'écriture expressive de Pennebaker et sur le protocole de thérapie d'exposition écrite de Sloan et ses collègues. Les séances d'écriture incluaient des thèmes tels que les challenges au travail, le sentiment d'incapacité et de conflit, des ruminations sur des sujets sensibles. Les experts retournaient à chaque participant un retour sur chacune de leur écriture, en encourageant le renforcement de leur résilience.</li> <li>- Exercice physique : un abonnement de 3 mois au centre de bien-être de l'institution a été fourni aux participants. Les participants pouvaient aussi choisir d'utiliser une salle de gym personnelle. Les auteurs leur ont demandé de réaliser 30 à 45 minutes d'exercices d'aérobic au moins 3 jours/semaine. Les suggestions étaient d'utiliser un tapis roulant, une « elliptical machine », de monter des escaliers, d'utiliser un vélo d'appartement ou une « rowing machine ». Le temps consacré à l'exercice physique a été entré dans la base de données.</li> <li>- « Event-Triggered Counseling Sessions » : les auteurs ont demandé à chaque infirmière de soins intensifs de participer à une séance de « event-triggered cognitive behavioral therapy » d'environ 30 à 60 minutes avec un expert expérimenté en stress post-traumatique. Les participants pouvaient participer aux nombres désirés de séance individuelle durant les 12 semaines (nombre de séances noté). Les éléments discutés pouvaient être : la participation aux discussions familiales autour de la mort d'un patient, la réanimation cardio-pulmonaire, les soins prodigués aux patients en phase terminale – présentant une hémorragie massive et/ou des lésions traumatiques. L'approche du thérapeute était la thérapie cognitivo-comportementale.</li> </ul> <p>Aucune intervention a été associée avec le groupe contrôle. Les auteurs ont demandé à chaque participant d'entrer la quantité de temps passé à faire de l'exercice physique par semaine dans le « REDCap database ».</p>
<b>Résultats</b>	des	Les statistiques descriptives ont été utilisées pour l'ensemble de l'étude. Elles comprennent les moyennes, écarts-types et la distribution des fréquences. Pour l'analyse des séances d'exposition écrite, une approche qualitative d'interprétation, regroupant des catégories par thèmes a été utilisée. L'« univariate » analyse entre les participants du groupe contrôle et les participants du groupe d'intervention a été réalisée en utilisant le test de Wilcoxon pour les variables continues qui n'étaient pas distribuées normalement. Les « categorical variables » ont été comparées en utilisant le test $\chi^2$ . Pour déterminer l'effet de l'intervention, une mesure pré-test – post-test a été effectuée. Le « SAS » a été utilisé pour toutes les analyses et le P inférieur à 0.05 a été considéré comme résultat significatif. L'intention de l'étude était de déterminer la faisabilité et l'acceptabilité, le « recruitment » n'était pas basé sur un « power calculation ».
Présentation	des	Les questionnaires remplis avant l'étude ont démontré que l'anxiété était présente chez toutes les infirmières (n = 27). La dépression était présente chez le 77% des infirmières en soins intensifs. Il y avait un haut taux de burnout : 81% pour l'épuisement émotionnel,

résultats	<p>77% pour la dépersonnalisation et 77% pour une diminution dans l'accomplissement personnel. La médiane de la résilience «CD-RISC» était de 73 («range», 67-77). 44% des infirmières avaient les critères pour un diagnostic de syndrome post-traumatique. Les mesures du syndrome post-traumatique, du burnout, de la résilience et des symptômes d'anxiété/dépression ne différaient pas de manière significative entre les deux groupes.</p> <p>Une analyse des mesures a été réalisée lorsque l'intervention était terminée. Les infirmières du groupe d'intervention avaient une réduction des symptômes de dépression (<math>P = .03</math>) par rapport aux infirmières du groupe contrôle. Les deux groupes avaient une réduction des symptômes du syndrome post-traumatique (groupe intervention <math>P = .01</math> ; groupe contrôle <math>P = .02</math>) et une meilleure résilience (groupe d'intervention <math>P = .05</math> ; groupe contrôle <math>P = .03</math>). Avant l'intervention, la médiane du «CD-RISC» mesurant la résilience était de 71 pour le groupe d'intervention et de 72 pour le groupe contrôle. Après l'intervention, la médiane du «CD-RISC» mesurant la résilience était de 78 pour le groupe d'intervention et de 79 pour le groupe contrôle.</p> <p><u>Faisabilité et acceptabilité</u></p> <p>100% des participants ont été présents aux 2 jours d'enseignement sous forme de «workshops». 100% ont terminé leurs sessions d'exposition écrite hebdomadaires. 88% ont réalisé les exercices physiques avec une moyenne de 210 minutes par semaine (95% CI, 177-244). En comparaison, seulement 42% du groupe contrôle ont fait de l'exercice au moins 3x/semaine. 66% des sessions «MBSR» ont été complétées avec une moyenne de 65 minutes par semaine (95% CI, 59-65). Chaque participant a atteint une moyenne de 2 sessions de «even-triggered cognitive behavioral therapy». Aucun participant n'a quitté l'étude. Le niveau de satisfaction pour chaque composante de l'intervention était élevé.</p>
<p><b>Discussion</b></p> <p>Intégration de la théorie et des concepts</p>	<p>Les résultats de cette étude indiquent qu'un programme multidimensionnel de formation sur la résilience est faisable et acceptable pour les infirmières des soins intensifs. C'était la première intervention qui adoptait des mécanismes d'adaptation spécifiques et une thérapie cognitivo-comportementale comme approche multidimensionnelle pour l'enseignement de la résilience. La résilience peut être renforcée et enseignée à travers la flexibilité cognitive, l'aptitude à faire face à la peur, le développement des compétences actives d'adaptation, un réseau social favorable, l'exercice physique et le sens de l'humour.</p> <p>La réduction des symptômes du syndrome post-traumatique et l'augmentation des scores de résilience ont été notés dans le groupe contrôle. Ces résultats peuvent être un manque de fidélité de la part du groupe d'intervention qui aurait contaminé le groupe contrôle ; les deux groupes travaillant dans la même unité de soins intensifs.</p> <p>Cette étude a plusieurs limitations. L'intervention promouvait la résilience personnelle des participants sans incorporer le contexte de travail et les facteurs environnementaux. Le petit échantillon ne permet pas de faire des généralisations à d'autres institutions.</p> <p>De ce fait, l'étude n'était pas suffisamment alimentée pour atteindre une signification statistique pour les changements de scores concernant la résilience ou la réduction des symptômes psychologiques.</p>

Perspectives futures	<p>Un essai clinique randomisé est nécessaire pour résoudre ce problème.</p> <p>D'autres études sont nécessaires pour identifier des méthodes pour personnaliser différentes interventions chez les infirmières des soins intensifs.</p> <p>Des études pourraient investiguer l'impact du syndrome post-traumatique, de l'anxiété, de la dépression ou du burnout sur la qualité des soins prodigués aux patients.</p>
<b>Questions générales</b>	La trame de l'article respecte la charpente des articles scientifiques : titre, résumé, introduction, méthode, résultats, discussion.
Présentation	Le langage scientifique est respecté.
Evaluation globale	<p>C'est un article scientifique de qualité.</p> <p>La recension des écrits pourraient être plus étoffée dans l'introduction de l'article.</p> <p>Le contexte de l'étude pourrait être plus détaillé.</p>

Références bibliographique : Loiselle, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*.

Québec : ERPI.

***Appendice F***

***Grille d'évaluation et de lecture, approche qualitative***

**Article de McDonald et al. (2013)**

<b>Références de l'article analysé :</b>					
McDonald, G., Jackson, D., Wilkes, L. & Vickers, M.-H. (2013). Personal resilience in nurses and midwives : Effects of a work-based educational intervention. <i>Contemporary Nurse</i> , 45(1), 134-143.					
<b>Aspects du rapport</b>	<b>Questions</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Peu clair</b>	<b>Commentaires</b>
<b>Titre</b>	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	x			
<b>Résumé</b>	-Synthétise-t-il clairement les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?			x	Les principales parties ne sont pas différenciées.
<b>Introduction</b> Enoncé du problème	-Le problème ou phénomène étudié est-il clairement défini ?	x			
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur le problème ou phénomène étudié ?	x			
Cadre théorique ou conceptuel	-La base philosophique, la tradition, le cadre conceptuel ou l'orientation idéologique sont-ils définis ?	x			
Question de recherche	-Les questions de recherche sont-elles clairement formulées ?	x			Il n'y a pas de question de recherche clairement énoncée mais le but de l'étude est identifié.
	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories, concepts, idéologie et recherches antérieures) ?	x			
<b>Méthodes</b> Tradition et devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?  -Les méthodes utilisées pour recueillir et analyser les données correspondent-elles à la	x			

		tradition de recherche ? -Les temps passé sur le terrain est-il en adéquation avec les devis de recherche ?				
Population	et	-La description du cadre et de l'échantillon est-elle détaillée ?	x			
		-Les chercheurs ont-ils saturé les données ?	x			
Collecte	des	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	x			
données	et	-Y-a-il une adéquation entre le phénomène étudié, la question de recherche et les instruments de collecte des données ?	x			
mesures						
Déroulement	de	-La procédure de recherche est-elle décrite ?				
l'étude		-A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	x			
Rigueur		-Les chercheurs ont-ils suffisamment étayé le déroulement de l'étude afin que leurs conclusions soient crédibles et transférables ?	x			
<b>Résultats</b>						
Traitement	des	Les méthodes de traitement des données ont-elles été suffisamment décrites ?	x			
données						
Présentation	des	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	x			
résultats						

<b>Discussion</b> Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir de l'approche philosophique, ainsi que des recherches antérieures ?	x			
	-La recherche tient-elle compte de la question de généralisation des conclusions ?	x			
	-Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	x			
Perspectives	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	x			
<b>Questions générales</b> Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	x			
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	x			

Références bibliographique : Loisele, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*.

Québec : ERPI.

Aspects du rapport	Contenu de l'article
<b>Références complètes</b>	McDonald, G., Jackson, D., Wilkes, L. & Vickers, M.-H. (2013). Personal resilience in nurses and midwives : Effects of a work-based educational intervention. <i>Contemporary Nurse</i> , 45(1), 134-143.
<b>Résumé</b>	Les infirmières et les sages-femmes font généralement face à des variétés de défis et de difficultés dans leur travail quotidien. Le stress, la pression, la fatigue et l'anxiété sont reconnus comme sources d'adversité dans leur milieu de travail, ce qui entraîne une diminution de la perception de santé et de bien-être. Cette étude reporte les effets d'une « work-based, educational intervention » pour promouvoir la résilience personnelle d'un groupe de 14 infirmières et sages-femmes qui travaillent dans un environnement clinique chargé. L'intervention a encouragé les participantes à se concentrer sur les caractéristiques clés d'une personne résiliente et les éléments qui les aident dans le maintien de leur résilience personnelle. L'intervention a également exploré les stratégies possibles pour le futur. Des opportunités ont été fournies pour l'apprentissage expérientiel, l'expression créative de soi et l'exposition de nouvelles idées. Les principaux effets de l'intervention trouvés avantagent les participantes dans les domaines personnels et professionnels : par le renforcement de la confiance, la conscience de soi, l'affirmation de soi et l'auto-soin. Cette intervention a des implications pour l'enseignement et la pratique des infirmières et des sages-femmes en termes de construction et de maintien de leur résilience personnelle, spécialement celles qui sont exposées à l'adversité de leur lieu de travail.
<b>Introduction</b> Enoncé du problème	Beaucoup d'infirmières et de sages-femmes travaillent dans des environnements organisationnels changeants qui contribuent à l'adversité de leur lieu de travail. L'adversité du lieu de travail peut être comprise comme un aspect négatif de l'environnement, des conditions et des défis quotidiens du travail. Elle peut aboutir à des résultats (« outcomes ») personnels négatifs pour les infirmières et les sages-femmes. Les infirmières et les sages-femmes doivent donc avoir des compétences pour résister à la fatigue, à la pression, au stress et à la surcharge émotionnelle.
Recension des écrits	<p>Les demandes professionnelles courantes du travail des infirmières et des sages-femmes (changements organisationnels constants, « continuing staff », pénurie des ressources, manque de soutien de la direction, ambiguïté des rôles) exacerbent le besoin d'acquérir des caractéristiques associées à la résilience personnelle. Les infirmières et les sages-femmes sont les plus susceptibles de faire face au stress lié au travail, à la fatigue et même à l'épuisement professionnel.</p> <p>Des études antérieures ont déterminé le besoin d'instaurer le développement de programmes pour les professionnels de la santé travaillant dans des contextes cliniques stressants et difficiles. Des stratégies éducationnelles variées ont été mises en œuvre, celles-ci encourageant les infirmières et les sages-femmes à utiliser des stratégies résilientes avec leurs clients. L'amélioration des pratiques autoréflexives et de la supervision clinique ont été suggérées comme les deux moyens de faire face au stress du lieu de travail et aux relations interpersonnelles difficiles entre collègues. Cependant, seules quelques études ont étudié l'utilisation de la résilience personnelle comme stratégie pour rehausser la capacité des infirmières et des sages-femmes à résister à l'adversité du lieu de travail.</p>



Cadre théorique ou conceptuel	<p><u>Résilience personnelle</u></p> <p>La résilience personnelle est considérée comme une ressource qui peut protéger les individus des difficultés et des effets potentiellement dangereux de l'adversité du lieu de travail.</p> <p>La résilience personnelle peut être considérée comme la capacité à résister à d'importantes perturbations, aux changements et à l'adversité. Identifiées dans la littérature de recherche, les caractéristiques principales de la résilience sont : « hardiness », l'espoir, la confiance en soi, « resourcefulness », l'optimisme, la flexibilité, la perspicacité émotionnelle, l'intelligence émotionnelle, la réflexion et une attitude positive. La résilience personnelle est une caractéristique représentant une solution possible à certaines des préoccupations des infirmières et des sages-femmes (faible niveau de soutien du personnel, manque d'autonomie et diminution de leur santé et de leur capacité à travailler).</p>
Question de recherche	<p>Cet article est tiré d'une étude de recherche qui a cherché à investiguer sur le phénomène de la résilience personnelle chez les infirmières et les sages-femmes. L'étude visait à concevoir, mettre en œuvre et évaluer une « work-based educational intervention » pour potentiellement améliorer la résilience et finalement, fournir une protection contre l'adversité du lieu de travail. Des résultats antérieurs portant sur les aspects du projet et les rôles et valeurs de l'intervention dans le développement et le maintien de la résilience personnelle ont été publiés.</p> <p>Le but de ce document est de décrire les effets personnels et professionnels d'une intervention spécifique, qui vise à promouvoir la résilience personnelle, dans un groupe d'infirmières et de sages-femmes exposé à l'adversité de leur lieu de travail.</p>
<b>Méthodes</b> Tradition et devis de recherche	Devis qualitatif, « instrumental collective case study ». Ce terme décrit une enquête profondément concentrée sur les événements, le processus et les relations d'un groupe d'infirmières et de sages-femmes travaillant dans un contexte clinique délimité.
Population et contexte	<p>14 participantes ont accepté de joindre l'étude volontairement. Toutes les infirmières et les sages-femmes travaillaient dans un service de santé mère-enfant (« women's and children's health service ») dans un grand hôpital de soins tertiaires en Australie.</p> <p>Toutes les participantes étaient des femmes infirmières ou sages-femmes, âgées entre 26 et 59 ans au moment du recrutement. Il y avait des infirmières et des sages-femmes expérimentées qui avaient soigné dans le même hôpital pendant plus de 20 ans, qui étaient en mi-carrière ou dans leurs premières années de travail post-diplôme. Toutes les participantes étaient compétentes dans le langage et l'écriture en anglais.</p>
Collecte des données et mesures	<p>Les participantes qui ont répondu en contactant les chercheurs ont reçu une information appropriée sur les avantages potentiels et les attentes de leur participation. Elles ont alors pu donner leur consentement éclairé. Les participantes ont assisté à des entretiens semi-structurés à trois phases de l'étude : avant l'intervention, immédiatement après l'intervention et six mois après l'intervention. Les entretiens étaient de nature qualitatifs pour faciliter une plus grande profondeur et le débit d'expériences individuelles. Avant l'intervention, les participantes ont relevé d'importantes adversités dans leur milieu de travail auxquelles elles étaient confrontées et les effets sur leurs vies professionnelles et personnelles. Aux deux entretiens post-intervention, elles ont décrit l'efficacité des ateliers (« workshops ») en relation avec leur santé, leur bien-être et leur résilience personnelle. Les participantes ont été invitées à raconter les avantages individuels et les défis qu'elles ont vécu au</p>

	<p>cours de leur participation.</p> <p>Tous les entretiens ont été enregistrés et transcrits pour l'analyse, après suppression attentive des noms pour assurer la confidentialité. Les notes de terrain et un journal de réflexion des animateurs ont enregistré des commentaires évaluatifs au sujet du progrès perçu, des résultats d'apprentissage, des expériences et histoires des participantes durant l'étude.</p> <p>Une analyse thématique (« thematic analysis ») de la transcription des entretiens a été entreprise, en notant les idées récurrentes et les expériences durant le processus d'immersion des données. Ce processus d'analyse a révélé par la suite les principaux thèmes et les sous-thèmes des résultats de l'étude.</p>
Déroulement de l'étude	<p>Les participantes de l'étude ont été invitées à participer à l'étude via des brochures et posters disposées dans le milieu hospitalier.</p> <p>L'intervention se composait de six ateliers de résilience (« resilience workshops ») et d'un programme de mentorat mené sur période de six mois. Les ateliers ont été organisés sur une journée entière chaque mois, à l'hôpital, mais les participantes étaient retirées de leur environnement de travail habituel.</p> <p>Chaque atelier a été développé autour de deux des caractéristiques suivantes associées à la résilience : les relations et réseaux positifs ; le mentorat ; les perspectives positives ; « hardiness » ; la flexibilité intellectuelle ; l'intelligence émotionnelle ; « life balance » ; la spiritualité ; la réflexion ; la pensée critique. Les séances ont inclu des instructions didactiques à propos des sujets, des discussions de groupes et individuelles et des activités d'apprentissages de groupe.</p> <p>Une approche innovatrice de l'apprentissage en milieu de travail (« work-based learning ») a été portée à ces ateliers. Les arts et les sciences humaines ont été utilisés pour engager les participantes (dessin, peinture, collage, art et interprétation de photographie, musique, journalisation). Des éléments thérapeutiques (massage, techniques de relaxation et aromathérapie) ont été incorporés dans le but de promouvoir des stratégies qui peuvent réduire le stress lié au travail.</p> <p>Les évaluations des participantes ont aussi été récoltées à la fin de chaque atelier.</p>
Rigueur	<p><u>Considérations éthiques</u></p> <p>L'approbation éthique a été accordée pour cette étude par les « relevant university and health service human research ethics committes ». La confidentialité des participantes sélectionnées a été maintenue mais l'anonymat dans le groupe de discussion durant les « workshops » n'était pas possible. Le principe de confidentialité concernant les informations entre les membres du groupe a été confirmé par les chercheurs de chaque atelier pour préserver l'éthique des participants autant que possible. La rigueur a été assurée par la collecte des données continue jusqu'à ce que la saturation des données survienne en relation avec les visions et les expériences des participantes. Des pseudonymes sont utilisés dans la communication des résultats de l'étude.</p>

<b>Résultats</b> Traitement des données	Plusieurs avantages personnels et professionnels importants de l'intervention ont été relevés. Le renforcement de la résilience personnelle des infirmières et des sages-femmes de l'étude a fourni des indications en relation entre la résilience et la santé, le bien-être, l'accomplissement et l'engagement. Trois grands thèmes ont émergé en relation avec les effets de l'intervention : les gains personnels des ateliers de la résilience, les gains professionnels des ateliers de résilience et les initiatives de résilience personnelle. Ces thèmes et leurs sous-thèmes sont présentés dans le tableau 1.
Présentation des résultats	<p><b><u>Gains personnels des ateliers de résilience</u></b></p> <p>Un objectif majeur de ces ateliers était de donner aux participantes une variété de ressources et de stratégies pour améliorer leur résilience personnelle qu'elles pourraient utiliser et adapter à leurs propres circonstances. Toutes les participantes ont reportées que les ateliers étaient pertinents. Les ateliers leur ont offert des possibilités de réfléchir sur les avantages de la résilience à travers leurs propres expériences de vie et de celles de leurs collègues.</p> <p><b><u>Une opportunité d'apprentissage expérientielle</u></b></p> <p>L'avantage significatif du programme pour les participantes a été d'expérimenter le travail en collaboration avec des collègues dans un environnement d'apprentissage en dehors de leur lieu de travail stressant. Les participantes ont confirmé que les activités d'apprentissage leur ont fourni des opportunités d'expérimenter les perspectives des autres sur des questions communes. Elles sont devenues plus à l'aise pour discuter de leurs opinions personnelles et leurs sentiments au sujet de leur expérience de travail avec les autres. Un soutien et des relations de confiance se sont établis, ce qui a conduit à une communication plus profonde. La capacité d'apprentissage du groupe a augmenté avec plus d'objectivité.</p> <p><b><u>Expression de soi créative</u></b></p> <p>La possibilité de participer à des activités créatives d'apprentissage durant les ateliers a été démontrée pour améliorer la conscience de soi des participantes et leur capacité à s'exprimer. Les travaux créatifs qu'elles ont produit ont permis un dialogue interne qui a révélé aux participantes leurs forces individuelles et les aspects adverses de leur exposition à l'adversité de leur lieu de travail affectant leur santé et leur bien-être. Plusieurs sessions créatives d'apprentissage ont inclus l'utilisation thérapeutique de la musique, de massage, de techniques de relaxation et visualisation, lesquelles ont été reportées comme bénéfiques par les participantes.</p> <p><b><u>Exposition de nouvelles idées et stratégies</u></b></p> <p>L'exposition à de nouvelles idées et opportunités de pratiquer était un autre avantage des ateliers reporté par les participantes. Avoir le temps et l'espace pour réfléchir sur leur propre santé était enrichissant. Les participantes se sont senties motivées à se mouvoir dans d'autres directions à l'avenir. Certaines participantes se sont senties renforcées par de nouvelles révélations sur leur santé et leur mode de vie, leur sens de l'identité ou de relations personnelles. D'autres participantes ont senti qu'elles avaient étendu leur compréhension de la complexité et des dimensions de la résilience qui les a fait refléter et élargir les concepts de famille, de maison et d'appartenance. Aux entretiens six mois après l'intervention, plusieurs participantes ont reporté qu'elles avaient fait d'importants changements de vie : en améliorant les aspects de</p>

leurs relations personnelles ; en recherchant des conseils professionnels ; en changeant leur habitudes de vie.

#### **Gains professionnels des ateliers de résilience**

Les gains professionnels déclarés par les participants ont été l'augmentation de l'affirmation de soi au travail, une communication plus favorable, un groupe plus dynamique qui augmente la collaboration capitale et une plus profonde compréhension de l'importance des relations entre les auto-soins et la résilience.

#### **Augmentation de l'affirmation de soi au travail**

Beaucoup de participantes ont déclaré qu'elles se sentaient plus confiantes et affirmées dans leur lieu de travail à la suite de leur participation aux ateliers. Elles étaient plus positives à propos de leurs expériences de communication de leurs opinions et leurs idées à propos du travail, qui est en corrélation avec une augmentation accrue du sens de l'autonomie personnelle et de l'épanouissement au travail. Elles ont exprimé une attitude plus positive à être dans leur environnement de travail et à travailler avec leurs collègues. Certaines étaient plus affirmées lorsque des conflits surgissaient dans leur travail et dans leur conversation avec leurs supérieurs. Elles étaient plus affirmées dans les situations où leur jugement a été remis en question ou quand les aspects de leur environnement de travail ont mis en péril les soins aux patients ou leur santé personnelle.

#### **Des relations et une communication améliorées sur le lieu de travail**

Des relations et une communication sur le lieu de travail améliorées ont été un bénéfice attribué à l'intervention par les participantes. Les participantes étaient d'accord que, après l'intervention, il y avait une plus grande probabilité de soutien, des interactions agréables avec les collègues et un sentiment d'appartenance au milieu de travail. Elles ont signalé répondre plus positivement aux différences d'opinions de leur collègues. Une plus grande connaissance au sujet de la nécessité de la résilience personnelle les a habilités à soulever des questions liées au travail. Une participante a relevé que dans la phase post-intervention, elle avait changé de style de communication et elle se sentait plus en contrôle avec une collègue qui était fréquemment hostile.

#### **La compréhension des pratiques d'auto-soins**

La compréhension des pratiques d'auto-soins dans le cadre du développement et du maintien de la résilience personnelle était un autre résultat significatif des ateliers pour de nombreuses participantes. Dans la phase post-intervention, les participantes ont révélé que réfléchir sur les stratégies courantes d'auto-soins durant l'intervention les a induites à adopter une attitude plus grande d'auto-soins et à reconnaître les aspects manquant de temps dans leur vie. Les participantes étaient plus déterminées à trouver un accomplissement dans leurs sphères professionnelles et personnelles. Leurs capacités d'adaptation ont été renforcées par l'adoption de pratiques d'auto-soins, ce qui est un moyen pratique d'assurer leur longévité dans les soins infirmiers et soins obstétricaux.

#### **Conclusions des auteurs à propos des résultats**

Sur la base des effets bénéfiques pour les participantes, les auteurs proposent que le développement et le maintien de la résilience personnelle

	peuvent bien être significatifs pour le maintien de la santé physique, mentale et émotionnelle sur toute la durée d'une carrière dans les soins infirmiers et obstétricaux.
<b>Discussion</b>  Intégration de la théorie et des concepts	<p>Les effets de cette intervention sur les participants ont donné lieu à plusieurs conséquences sur le développement et le maintien de la résilience personnelle pour les infirmières et les sages-femmes. Des recherches récentes ont montré la nécessité d'interventions basées sur des preuves pour protéger les infirmières et les sages-femmes de leur environnement de travail malsain par l'amélioration des comportements résilients. Les infirmières et sages-femmes qui ont participé à l'étude ont eu la possibilité de réfléchir sur leur résilience personnelle actuelle, et ont intégré des connaissances et des compétences supplémentaires pour construire et étendre leurs stratégies résilientes et leurs ressources. Leur répertoire basé sur la résilience inclue la confiance, la conscience de soi, l'auto-soin et la communication « assertive ». Les effets vécus par les participantes dans cette étude ont démontré que l'amélioration de la résilience personnelle peut aider en protégeant les infirmières et les sages-femmes contre les sérieux effets de l'adversité de leur lieu de travail. Les participants ont acquis des bénéfices personnels positifs en accédant à de nouvelles idées et stratégies. Leur résilience personnelle a été renforcée en se concentrant sur le propre choix de santé et des stratégies d'auto-soins. L'augmentation de leur prise de conscience de la nécessité de maintenir leur santé et leur bien-être les a faites adopter des stratégies de conservation de l'énergie, instaurer un meilleur rythme de sommeil et de travail et demander une aide médicale pour les problèmes de santé chronique non-traités.</p> <p>Les résultats indiquent aussi que la résilience personnelle est vitale pour la santé et le bien-être des infirmières et des sages-femmes. Les participantes ont amélioré certaines de leurs relations collégiales et la communication en milieu de travail en reconnaissant la contribution de chacun à leur environnement et en étendant le soutien par les pairs. Les participantes ont commencé à manifester une plus grande affirmation de soi dans les interactions qu'elles ont associées à la résilience personnelle.</p> <p>Certaines participantes ont mis en œuvre les limites nécessaires dans leurs relations au travail, lesquelles les ont aidées à avoir un plus grand sens de l'autonomie, une caractéristique décrite dans la littérature comme importante pour la satisfaction au travail et des résultats positifs sur la santé. L'augmentation de l'affirmation de soi au travail, l'amélioration des relations, les pratiques d'auto-soins et de communication ont également été influencées par l'intervention.</p> <p>La formation de réseaux collégiales, une communication plus ouverte et plus honnête et une plus grande collaboration et confiance entre collègues ont entraîné des résultats positifs dans le lieu de travail.</p>
Perspectives	<p><u>Implications pour la formation et la pratique infirmière</u></p> <p>Les objectifs de l'intervention centrée sur la construction de la résilience des infirmières et sages-femmes ont des implications à la fois pour la formation et la pratique des soins infirmiers.</p> <p>Les changements individuels à la suite de l'amélioration de la confiance en soi, de la conscience de soi, des auto-soins et de la communication sont importants dans le processus de développement et de maintien de la résilience personnelle chez les infirmières et les sages-femmes. Le rôle des organisations de la santé et de leur volonté d'inclure la formation de la résilience dans leur stratégie de formation de la main-d'œuvre</p>

	<p>peuvent également jouer un rôle substantiel dans la réduction des effets négatifs de l'adversité du lieu de travail.</p> <p>Les activités d'apprentissage se sont avérées positives, valides et utiles en termes d'apprentissage, de changement cognitif et comportemental chez les infirmières et les sages-femmes. Leur faisabilité devrait être explorée en outre dans des contextes de soins infirmiers et obstétricaux.</p> <p>L'amélioration de la résilience personnelle peut être considérée comme une stratégie potentielle pour identifier les qualités de leadership chez les infirmières et les sages-femmes. Comme rapporté à la post-intervention, les participantes avaient une plus grande volonté à prendre des responsabilités dans le lieu de travail comme elles étaient plus en confiance et avaient de l'assurance.</p> <p>Intégrer les principales caractéristiques de la résilience personnelle, tels que l'équilibre travail-vie (« work-life balance ») dans la pratique améliore la satisfaction au travail et la rétention des participantes.</p> <p><u>Limitations</u></p> <p>La limitation principale de cette étude a été le volontariat des participantes. Une autre limitation était due au risque de l'intersubjectivité survenant au cours de l'intervention, comme le chercheur était l'animateur de groupe des ateliers. Des stratégies visant à réduire ceci ont été mises en place au début du projet. Ces stratégies ont inclu des discussions régulières avec des superviseurs et une réflexivité épistémologique et personnelle tout au long de l'intervention et des phases d'analyse de l'étude.</p> <p><u>Recherches futures</u></p> <p>Des recherches plus poussées sont requises sur l'efficacité de ces interventions et sur l'impact à long terme sur l'adversité du lieu de travail. Des recherches futures peuvent aussi investiguer le meilleur moment pour introduire des stratégies qui améliorent la résilience dans l'enseignement et la pratique clinique des soins infirmiers.</p>
<b>Questions générales</b>	La trame de l'article respecte la charpente des articles scientifiques : titre, résumé, introduction, méthode, résultats, discussion.
Présentation	Le langage scientifique est respecté.
Evaluation globale	C'est un article scientifique de qualité.

Références bibliographiques :

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

Fortin, M-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche*. Montréal : Chenelière Education, 2<sup>ème</sup> éd.

***Appendice G***

***Grille d'évaluation et de lecture, revue de littérature***

**Article de Lowe (2013)**

Section/topic	#	Checklist item	Reported on page #
<b>TITLE</b>			
Title	1	Identify the report as a systematic review, meta-analysis, or both.	Non
<b>ABSTRACT</b>			
Structured summary	2	Provide a structured summary including, as applicable: background; objectives; data sources; study eligibility criteria, participants, and interventions; study appraisal and synthesis methods; results; limitations; conclusions and implications of key findings; systematic review registration number.	Oui
<b>INTRODUCTION</b>			
Rationale	3	Describe the rationale for the review in the context of what is already known.	Oui
Objectives	4	Provide an explicit statement of questions being addressed with reference to participants, interventions, comparisons, outcomes, and study design (PICOS).	Non
<b>METHODS</b>			
Protocol and registration	5	Indicate if a review protocol exists, if and where it can be accessed (e.g., Web address), and, if available, provide registration information including registration number.	Non
Eligibility criteria	6	Specify study characteristics (e.g., PICOS, length of follow-up) and report characteristics (e.g., years considered, language, publication status) used as criteria for eligibility, giving rationale.	Non
Information sources	7	Describe all information sources (e.g., databases with dates of coverage, contact with study authors to identify additional studies) in the search and date last searched.	Non
Search	8	Present full electronic search strategy for at least one database, including any limits used, such that it could be repeated.	Non
Study selection	9	State the process for selecting studies (i.e., screening, eligibility, included in systematic review, and, if applicable, included in the meta-analysis).	Non
Data collection process	10	Describe method of data extraction from reports (e.g., piloted forms, independently, in duplicate) and any processes for obtaining and confirming data from investigators.	Non



Data items	11	List and define all variables for which data were sought (e.g., PICOS, funding sources) and any assumptions and simplifications made.	Oui
Risk of bias in individual studies	12	Describe methods used for assessing risk of bias of individual studies (including specification of whether this was done at the study or outcome level), and how this information is to be used in any data synthesis.	Non
Summary measures	13	State the principal summary measures (e.g., risk ratio, difference in means).	Non
Synthesis of results	14	Describe the methods of handling data and combining results of studies, if done, including measures of consistency (e.g., $I^2$ ) for each meta-analysis.	Non

Référence bibliographique : Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for

Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med 6(6): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097.

Aspects du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	Lowe, L.-D. (2013). Creating a Caring Work Environment and Fostering Nurse Resilience. <i>International Journal for Human Caring</i> , 17(4), 52-59.
Résumé	<p><b>Titre</b> : créer un environnement de travail de soins et favoriser la résilience infirmière.</p> <p>Dans les prochaines années, comme la pénurie d'infirmières augmente, les infirmières et d'autres professionnels de la santé connaîtront une augmentation du stress en milieu de travail. L'impact de stress au travail est important pour les infirmières ainsi que leurs employeurs. Il est impératif que les infirmières soient prises en charge dans un environnement de travail sain qui favorise la résilience et réduit l'impact du stress. Cet article propose un examen de stress en milieu de travail et les effets nocifs qu'ils peuvent avoir sur les infirmières. Il donnera également un aperçu de l'importance de la résilience et de la promotion de la résilience par l'infirmière à travers la création d'un environnement de travail qui a un fondement dans les soins.</p>
Introduction du problème	<p>Le stress au travail est un problème qui va augmenter une proportion de la hausse de pénurie du personnel infirmier. En 2015, on estime que la pénurie d'infirmières va gonfler. Cette pénurie d'infirmières menace d'affecter le bien-être de l'infirmière ainsi que la qualité des soins aux patients. Il est démontré à plusieurs reprises dans la littérature que la pénurie du personnel infirmier contribue à l'augmentation de la charge de travail et de l'épuisement professionnel provoquant un plus grand nombre d'infirmières à quitter leur profession. En plus, la recherche en soins infirmiers a identifié d'autres facteurs dans l'environnement de travail qui contribuent à nourrir l'épuisement professionnel, y compris les acuités élevées de patients, les enjeux élevés de décisions, les situations impliquant la détresse morale et les conflits professionnels. Les infirmières qui travaillent dans les environnements stressants ont un risque accru de manifester des symptômes du syndrome de l'épuisement professionnel « burnout syndrome (BOS) », fatigue et stress post-traumatique « post-traumatic stress disorder (PTSD) », qui comprend des symptômes de la dépression, l'anxiété, la colère, l'incapacité à se concentrer, attaques de panique, troubles du sommeil, changements de la personnalité (irritabilité) et hypervigilance. En revanche, il y a des infirmières qui possèdent la capacité à tolérer les effets dévastateurs des environnements stressants et traumatiques et sont en mesure de prospérer face à des défis en milieu de travail. Ces infirmières démontrent également la capacité d'offrir des soins de haute qualité aux patients, malgré des conditions de travail défavorables. Les infirmières qui ont appris à s'adapter et à prospérer dans le milieu de l'adversité sont reconnues comme résilientes, ce qui sera de plus en plus impératif dans les années à venir pour créer un environnement de travail positif qui favorise la résilience infirmière. Cet article propose un bref examen de la littérature concernant l'impact de la pénurie de personnel infirmier qui se compose de stress, d'épuisement professionnel et d'autres séquelles potentiellement négatives pour les infirmières. Il fournira également un aperçu de la littérature de la résilience, y compris la démonstration de l'importance de la résilience en soins infirmiers et d'explorer la théorie des soins humains de Watson comme un fondement théorique pour la création d'un environnement bienveillant conçu pour cultiver « une pratique quotidienne de soi » et pour promouvoir la résilience infirmière.</p>
Recension des écrits	Des études récentes ont mis en évidence la relation entre les pénuries d'effectifs infirmiers et l'incidence accrue de l'insatisfaction au travail, le stress, l'épuisement professionnel, la compassion, la fatigue, l'épuisement émotionnel et le PTSD. L'American Nurses Association (ANA)

	reconnait le caractère stressant de la profession infirmière et affirme que l'épuisement professionnel et la fatigue sont des risques réels. Conformément à ce risque, l'ANA recommande que les infirmières se fassent assister dans l'amélioration des effets négatifs du stress par le biais de programmes de soutien (environnemental) et social. L'American Psychological Association appuie la position de l'ANA et affirme qu'un milieu de travail psychologiquement sain est essentiel pour réduire le stress au travail, l'anxiété et la dépression.
Cadre théorique ou conceptuel	<p><b>Concept</b> : la résilience</p> <p>Les experts dans le domaine de la résilience l'on décrite à la fois comme un processus et un résultat. Ainsi, la résilience est un attribut qui peut être développé et renforcé par l'éducation et le soutien. Au cours des années, la résilience a été définie comme une adaptation réussie dans l'adversité significative. Les chercheurs ont noté que la résilience est le résultat d'une interaction complexe entre les traits individuels, le contexte social (environnement de travail) et la nature des événements indésirables. Actuellement, la recherche a porté sur la contribution substantielle des systèmes de forces ou des systèmes de soutien qui jouent un rôle crucial en aidant les individus à résister aux risques environnementaux (facteurs de stress) et de prospérer dans des conditions difficiles. Les auteurs définissent la résilience comme « la capacité à tolérer les effets des expositions traumatiques tout en continuant à offrir d'excellents soins du patient ». Les caractéristiques mises en œuvre par les infirmières résilientes pour faire face aux environnements de travail difficiles incluent les réseaux de soutien, l'optimisme, ayant un modèle résilient et un cadre spirituel de référence. Il a été démontré que ces caractéristiques résilientes peuvent être développées par des milieux favorables. Les individus qui sont plus conscients de leurs points forts ont les mécanismes nécessaires pour faire face à des situations défavorables avec succès affichent moins de signes d'épuisement émotionnel. Les auteurs ont constaté que la présence de la résilience est un facteur de protection contre l'épuisement émotionnel des infirmières et suggèrent que l'environnement de travail vise à promouvoir la résilience de l'infirmière. Les auteurs réaffirment l'idée que la résilience peut être apprise et mettent l'accent sur la notion qu'un environnement favorable pour les infirmières peut entraîner une diminution des symptômes de détresse et une amélioration de la satisfaction au travail. Les auteurs ont examiné la relation entre la promotion de la résilience de l'infirmière et la satisfaction au travail. Les auteurs ont identifié le stress au travail comme un défi difficile et continu et a déterminé que l'incorporation des interventions en milieu de travail visant à promouvoir des stratégies de renforcement pour améliorer le bien-être et le coping positif étaient efficaces pour réduire les niveaux de stress et de favoriser les caractéristiques de résilience. Les auteurs ont également reconnu l'importance du leadership infirmier dans la promotion du milieu de travail positif et sain qui soutient le personnel de soins infirmiers. Les infirmières ont déclaré améliorer la pensée critique et la prise de décision des compétences essentielles, de sang froid augmenté et la capacité de travailler sous pression, amélioration de la confiance personnelle, augmentation de la capacité à écouter.</p> <p><b>Promouvoir la résilience des infirmières</b> : la résilience est la résistance relative au risque de l'environnement qui se traduit par des individus qui surmonte le stress et l'adversité. La recherche a démontré que les sources de la résilience comprennent deux facteurs principaux : les facteurs personnels et les facteurs de l'environnement-systémique. L'interaction entre ces deux facteurs contribue à l'émergence de la résilience et des attributs résilients. Les traits de personnalité associés à la résilience comprennent l'auto-efficacité (contrôle de soi), la spiritualité, l'adaptabilité/flexibilité, l'optimisme et l'espoir, le sens de l'humour et développer un sentiment d'appartenance. Il existe des preuves que les réseaux de soutien en vigueur aident à modérer les effets des environnements difficiles et pénibles. Les réseaux de soutien se</p>

		<p>sont révélés réduire les facteurs de risque associés à des situations stressantes comme le risque de dépression, anxiété, épuisement émotionnel (EE), BOS et PTSD. Par conséquence, les attributs de l'infirmière résiliente peuvent être encouragés dans un environnement de travail où les infirmières sont encouragées à communiquer avec quelqu'un d'autre, développer de la confiance, foi, espoir, exprimer des sentiments individuels et de cultiver une atmosphère qui favorise des relations ainsi que des moments bienveillants. En outre, les infirmières deviennent plus souple et ouverte dans leur perspective quand elles ont la possibilité de former des liens profonds avec les autres. Un environnement de travail qui soutien la communication, ainsi que des échanges (collaboration) et d'une reconnaissance significative, offre des possibilités pour augmenter la résilience des infirmières.</p> <p><b>Cadre théorique :</b> la théorie des soins humains de Watson</p>
Question de recherche	de	<p>1. Quelles sont les conséquences du stress sur les infirmières ?</p> <p>2. Quelle est l'importance de la résilience et sa promotion auprès des infirmières ?</p>
Méthodes		Cet article est une revue de littérature.
Tradition et devis de recherche		
Population et contexte	et	Les infirmières en milieu de travail.
Collecte des données et mesures	des et	-
Déroulement de l'étude	de	-
Rigueur		-
Résultats		
Traitement des données	des	

Présentation des résultats	<p><b>Annexe A : stratégies pour soutenir la résilience de l'infirmière dans un cadre Caring</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Promouvoir l'auto-soin et auto-efficacité : dans le modèle de soins axé sur les relations « the relationship-based care model (RBC) », également connu sous le nom de « rallumer l'esprit d'entraide » « Reigniting the Spirit of Caring (RSC) », nous avons appris que si nous nous engageons à fournir un environnement de guérison pour nos patients, nous devons d'abord prendre le temps de prendre soin de nous-mêmes. Stratégies : concevoir des programmes de mentorat (infirmières débutantes) et des programmes éducatifs (infirmières expérimentées) qui favorise la confiance en soi et l'autonomisation des infirmières. Concentrer la formation continue de l'éducation sur l'aide aux infirmières dans l'augmentation de la capacité d'adaptation, la flexibilité et la pensée critique. Demander des commentaires aux infirmières (régulièrement) dans le cadre une réunion du personnel. Encourager la curiosité et l'exploration de nouvelles idées. Trouver des moyens de promouvoir l'estime de soi et la confiance en soi pour les infirmières ; offrir des possibilités de découvertes de soi ; aider les infirmières à nourrir une vision positive de soi. Chaque fois que possible, faciliter les modes de vie saine et l'éducation (nutrition, exercices, méditation, acuponcture).</li> <li>2. Favoriser l'amitié, la collégialité et la collaboration de soutien entre collègues : Watson suggère que les relations de soins contribuent à des environnements de guérison et renforcent les individus grâce à la confiance en encourageant l'espoir, cultiver la sensibilité et permettre aux individus de partager leurs expériences à la fois positive et négative. Stratégies : examiner les structures de soutien du personnel et les horaires qui facilitent la collaboration entre collègues. Offrir des possibilités pour le personnel infirmier à apprendre à se connaître les uns les autres. Promouvoir l'empathie chez le personnel infirmier. Promouvoir la communication et le partage d'expériences entre le personnel infirmier. Aider les infirmières à voir la perspective des autres.</li> <li>3. Aider les infirmières à apprendre de leurs expériences négatives. Promouvoir les « leçons apprises » et les occasions de croissance post-traumatique : la résilience est souvent associé post-traumatique « growth » et les personnes qui sont plus conscientes de leurs forces ont les mécanismes nécessaires pour faire face à des situations défavorables en exposant avec succès moins de signes d'épuisement émotionnel. Stratégies : examiner régulièrement les cas qui fournissent des exemples de « leçons apprises » d'autres infirmières dans les milieux de travail similaires. Fournir une assistance et un soutien supplémentaire pour les infirmières qui subissent un événement traumatique. Encourager les infirmières à exprimer leurs sentiments. Promouvoir l'optimisme et l'espoir. Permettre aux infirmières de se défendre elles-mêmes.</li> </ol> <p><b>Annexe B : ressources de la résilience</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Le centre de résilience : le centre de résilience a été développé par Gail Wagnild, en tant que ressource pour les personnes et les groupes intéressés dans la promotion de la résilience. L'échelle de résilience « Resilience Scale » (RS) a été développé par Gail ainsi que le programme de vivre une vie résiliente « Living a Resilient Life » (LRS) et la culture de la résilience « Culture of Resilience » (CoR) qui est une évaluation organisationnelle.</li> <li>– L'échelle de résilience : il y a une évaluation gratuite et disponible en ligne pour tester sa résilience individuelle.</li> </ul>
----------------------------	--

	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Centre de résilience : il y a un quiz gratuit en ligne pour en apprendre davantage sur sa propre résilience individuelle.</li> <li>– Le chemin de la résilience : une ressource de résilience et le guide de l'American Psychological Association. Cet article présente « 10 façons de renforcer la résilience ».</li> </ul>
<b>Discussion</b> Intégration de la théorie et des concepts	<p>Dans les prochaines années, la pression sur le système de santé va augmenter, il sera essentiel de créer la compassion, la guérison, un environnement de travail qui favorise la résilience infirmière. Comme cela a été illustré, la théorie de Watson peut être utilisée comme une base théorique pour la formation d'un environnement qui permettra aux infirmières de prospérer dans l'adversité du lieu de travail. La recherche démontre que nourrir les caractéristiques résilientes pour les infirmières réduit l'incidence du stress et de l'épuisement professionnel, tout en augmentant la qualité des soins aux patients et en promouvant de meilleurs résultats. Il est vital d'encourager les infirmières à prendre soins d'elles-mêmes et de leurs collègues afin qu'elles aient la capacité de fournir de la compassion, de la bienveillance et d'excellents soins à leurs patients.</p>
Perspectives	
<b>Questions générales</b> Présentation	Comme cet article est une revue de littérature il n'y a pas de méthode qui est décrite.
Évaluation globale	Les auteurs décrivent bien la résilience.

Références bibliographiques :

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

Fortin, M-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche*. Montréal : Chenelière Education, 2<sup>ème</sup> éd.

***Appendice H***

***Grille d'évaluation et de lecture, approche quantitative***

**Article de Gillespie et al. (2013)**

<b>Référence de l'article analysé :</b>					
Gillespie, B., Chaboyer, W., Wallis, M., Grimbeek, P. (2007). Resilience in the operating room : developing and testing of a resilience model. <i>Journal of Advanced Nursing</i> , 59(4), 427-438.					
<b>Aspects du rapport</b>	<b>Questions</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Peu clair</b>	<b>Commentaires</b>
<b>Titre</b>	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	x			
<b>Résumé</b>	-Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	x			
<b>Introduction</b> Enoncé du problème	-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?	x			
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?	x			
Cadre théorique ou conceptuel	-Les principales théories et concepts sont-ils définis ?	x			
Hypothèses	-Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?	x			Les hypothèses en fonction des variables sont clairement expliquées.
	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories et recherches antérieures ?	x			
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?	x			
Population	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?		x		Les caractéristiques précises de l'échantillon ne sont pas décrites car les auteurs ne savent pas qui va répondre à leur questionnaire.



et contexte	-La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche ?	x			
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	x			
	-Les variables à mesurer sont-elles décrites et opérationnalisées ?	x			
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ? -A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	x			
<b>Résultats</b> Traitement des données	Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses ?	x			
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	x			
<b>Discussion</b> Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?	x			
	-Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?	x			
	-les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	x			
Perspectives futures	-Les chercheurs traitent-ils des	x			

	conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?				
<b>Questions générales</b> Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	x			
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	x			

Références bibliographique : Loiselle, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*.

Québec : ERPI.

Aspects du rapport	Contenu de l'article
<b>Références complètes</b>	Gillespie, B.-M., Chaboyer, W., Wallis, M. & Grimbeek, P. (2007). Resilience in the operating room : developing and testing of a resilience model. <i>Journal of Advanced Nursing</i> , 22(4), 427-438.
<b>Résumé</b>	<p><b>Titre :</b> La résilience en salle d'opération : développement et expérimentation d'un modèle de résilience « résilience model ».</p> <p><b>But :</b> le présent document est un rapport d'une étude visant à examiner le rapport entre la compétence perçue, la collaboration, le contrôle, l'auto-efficacité, l'espoir, l'adaptation, l'âge, l'expérience, l'éducation et les années d'emploi avec la résilience des infirmières en salle d'opération.</p> <p><b>Contexte :</b> la résilience est considérée comme un attribut vital pour les infirmières car elle augmente l'adaptation dans des environnements cliniques exigeants tels que la salle d'opération. Il y a eu peu de recherches sur l'utilité de la résilience comme un moyen de gérer le stress au travail. Seule une compréhension limitée des variables qui expliquent la résilience dans le contexte des soins infirmiers est connue.</p> <p><b>Méthode :</b> un devis « correlational cross-sectional survey » a été utilisé. D'un échantillon national de 2'860 infirmières en salle d'opération australiennes, 1'430 d'entre elles ont été sélectionnées par un échantillonnage aléatoire systématique (« systematic random sampling »). Elles ont été invitées à répondre à un questionnaire en 2006. Les instruments incluent les échelles de mesure de la compétence perçue, de la collaboration, du contrôle, de l'auto-efficacité, de l'espoir, de l'adaptation et de la résilience. Les caractéristiques démographiques des répondants ont été recueillies également.</p> <p><b>Résultats :</b> deux modèles de régression ont été utilisés pour développer un modèle de résilience. Un premier modèle a testé l'hypothèse selon laquelle un ensemble de douze variables explicatives contribuent à la résilience des infirmières en salle d'opération. Cinq variables (espoir, auto-efficacité, adaptation, contrôle et compétence) expliquent la résilience à des niveaux statistiquement significatifs. L'âge, l'expérience, l'éducation et les années d'emploi ne contribuent pas à la résilience à des niveaux statistiquement significatifs. Le modèle final a expliqué 60% de la variance. Dans les deux modèles, les fortes variables explicatives étaient l'espoir, l'auto-efficacité et l'adaptation.</p> <p><b>Conclusion :</b> l'identification des variables explicatives qui contribuent à la résilience en salle d'opération peut aider à la mise en œuvre de stratégies qui favorisent ces comportements et donc, de retenir les infirmières dans cette spécialité.</p>
<b>Introduction</b> Enoncé du problème	La profession des soins est stressante. Les domaines spécialisés de soins infirmiers tels que la salle d'opération sont particulièrement stressants en raison de facteurs de stress associés à ce contexte particulier. La pénurie mondiale de compétences dans la spécialité de la salle d'opération (nombre insuffisant d'infirmière, mélange inapproprié des compétences) augmente la difficulté rencontrée par les infirmières. La pénurie d'infirmières expérimentées en salle d'opération affecte la qualité de soins dispensés, mais aussi le développement des infirmières inexpérimentées. Il est essentiel que les infirmières développent des caractéristiques qui modifient les

	effets négatifs de l'adversité spécifique à ce contexte.
Recension des écrits	<p>Les qualités résilientes peuvent aider les infirmières à surmonter des défis tels que le stress au travail vécu par les infirmières en salle d'opération qui influence négativement la satisfaction au travail et la rétention. La résilience peut être définie comme un processus dynamique qui résulte de l'adaptation dans le contexte d'une adversité significative. En milieu de travail, la résilience a été décrite en termes d'atténuation des effets négatifs du stress grâce à l'utilisation de comportements qui facilitent l'adaptation. Les infirmières doivent avoir la possibilité de développer des attributs résilients. Si le développement d'un comportement résilient n'est pas pris en compte, leur capacité de continuer dans leur spécialité peut être compromise, avec des impacts négatifs sur les taux de rétention actuels et le recrutement futur. A ce jour, aucune étude n'a identifié les variables explicatives de la résilience dans le cadre de la gestion des facteurs de stress en milieu de travail.</p>
Cadre théorique ou conceptuel	<p>Le modèle théorique qui sous-tend cette recherche dans la construction de la résilience a été basé sur un vaste examen de la littérature, une analyse de la notion de résilience et une étude ethnographique décrivant la culture en milieu de travail.</p> <p><u>Compétence</u> : la compétence est définie comme la capacité des infirmières à élaborer des connaissances théoriques et cliniques approfondies pour répondre aux exigences des situations particulières.</p> <p><u>Collaboration</u> : la collaboration correspond à la capacité de travailler en équipe multidisciplinaire. La notion de soutien par les pairs est caractérisée par la volonté de fournir un soutien par le biais de directives cliniques, en valorisant les contributions des membres de l'équipe.</p> <p><u>Contrôle</u> : le contrôle est défini comme la capacité à identifier et à prioriser les activités au cours de circonstances dynamiques. Le maintien du contrôle dans les situations menaçantes pour la vie des patients minimise les effets du stress.</p> <p><u>Espoir</u> : l'espoir est défini par l'orientation future d'un but. Les recherches indiquent que l'espoir est une stratégie d'adaptation pour prévenir et affronter le stress. Le rôle de l'espoir dans le développement de la résilience n'a pas été étudié dans le contexte des soins infirmiers.</p> <p><u>Auto-efficacité</u> : l'auto-efficacité a été identifiée dans la littérature théorique comme une variable explicative de la résilience. L'auto-efficacité est la croyance en sa propre capacité d'effectuer des tâches spécifiques dans des situations particulières. L'auto-efficacité améliore le développement de la résilience. Dans le contexte des soins infirmiers, l'auto-efficacité a été liée à l'environnement et aux facteurs professionnels (soutien des collègues, satisfaction au travail).</p> <p><u>Adaptation (« coping »)</u> : l'adaptation est définie comme l'oscillation d'efforts cognitifs et comportementaux de l'individu afin de gérer les facteurs de stress internes et externes expertisés comme excessifs.</p>

Hypothèses	<p><u>Hypothèses</u> : l'auto-efficacité, l'espoir, l'adaptation, la compétence, la collaboration et le contrôle expliquent la résilience (Figure 1). L'âge, l'expérience, l'éducation et les années d'emploi influencent la relation entre les variables explicatives et la résilience (Figure 1).</p> <p><u>But</u> : Le but de cette étude est d'examiner la relation entre la compétence perçue, la collaboration, le contrôle, l'auto-efficacité, l'espoir, l'adaptation, l'âge, l'expérience, l'éducation, les années d'emploi et la résilience chez les infirmières en salle d'opération</p>
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	« Correlational cross-sectional survey »
Population et contexte	Sur 2'860 infirmières en salle d'opération en Australie, 1'430 ont été sélectionnées par un échantillonnage aléatoire systématique. Elles étaient membres de l'association « Australian College of Operating Room Nurses (ACORN) ». Les données ont été recueillies en 2006. La taille d'échantillon requise estimée est fondée sur le besoin d'un nombre suffisamment important pour soutenir une analyse de régression multiple. Etant donné que le taux de réponse aux questionnaires est d'environ 30%, les chercheurs ont anticipé recevoir 470 réponses, ce qui permettrait à la fois une analyse statistique uni-variée et multi-variée.
Collecte des données et mesures	<p>Douze variables ont été utilisées comme indicateurs de la construction des cinq modèles explicatifs. Cette étude a utilisé cinq échelles pour mesurer la culture en milieu de travail (concept multidimensionnel qui comprend la compétence, la collaboration et le contrôle) ; trois d'entre elles spécifiquement conçues pour cette étude.</p> <p><u>Compétence</u> : la compétence a été mesurée par une échelle spécialement conçu la « Perceived Competence Scale (PCS) », qui comprend 12 items. Elle a été utilisée pour examiner les aspects de la socialisation en milieu de travail. Une échelle de réponse de type Likert à 5 points, allant de « fortement en désaccord » (marqué de 1) à « fortement d'accord » (marqué de 5), a été utilisée pour les 12 items.</p> <p><u>Collaboration</u> : la collaboration a été mesurée par deux échelles et une spécialement conçue. Les échelles de la « Collaboration with Medical Staff » (CMSS) et de la « Cohesion Among Nurses » (CANS) ont mesuré la construction de la collaboration. Ces échelles de 9 et 10 items ont utilisé une échelle de réponse de 4 points avec 1 comme « fortement d'accord » et 4 « fortement en désaccord ». Le CMSS a mesuré le degré de collaboration entre les infirmières et les médecins tandis que le CANS a mesuré le degré de cohésion infirmière. La troisième échelle de collaboration, le « Peer Support scale » (PSS) a été spécialement développée pour mesurer le soutien de l'équipe. Le PSS est composé de 5 items avec une échelle de réponse de 5 points allant de 1 « pas du tout vrai » à 5 « presque vrai tout le temps ». Des scores plus élevés indiquent des niveaux plus élevés de soutien par les pairs.</p> <p><u>Contrôle</u> : le contrôle a été mesuré par l'échelle « Managing Stressful Situations scale » (MSS), spécifiquement conçu pour cette étude. L'échelle de 7 items a une échelle de réponses à 5 points variant de « pas du tout vrai » (marqué 1) à « presque vrai tout le temps » (marqué 5) pour toutes les questions. Des scores plus élevés signifiaient un meilleur contrôle dans les situations stressantes.</p> <p><u>Auto-efficacité</u> : l'échelle « General Self-Efficacy scale (GSE) » a été utilisée pour mesurer l'auto-efficacité perçue. L'échelle contient</p>

		<p>10 items avec une échelle de réponse de 4 points allant de 1 « pas du tout vrai » à 4 « exactement vrai ». Des scores plus élevés reflètent une plus grande auto-efficacité.</p> <p><u>Espoir</u> : le « Adult Dispositional Hope Scale (ADH) » a été utilisé pour mesurer l'espoir. Il contient 12 items avec une échelle de réponse à 8 points allant de 1 « définitivement faux » à 8 « définitivement vrai » et quatre scores de distractions, marqués de 0. Des scores plus élevés de réponses signifiaient des niveaux plus élevés d'espoir.</p> <p><u>Adaptation</u> : la sous-échelle « Planful Problem-Solving scale (PPS) » utilisée se compose de 11 items avec une échelle de réponse à 4 points allant de 0 « pas utilisé » à 3 « utilisé un grand deal ». Des scores plus élevés reflètent une plus grande utilisation de comportement de résolution de problème.</p> <p><u>Résilience</u> : La « Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) » a été utilisée pour mesurer la résilience (résultat). L'échelle demande aux répondants d'identifier leurs stratégies d'adaptation dans des situations stressantes, dans le but d'identifier les caractéristiques résilientes. Cette échelle de 25 items a utilisé une échelle de réponse de 5 points allant de 0 « pas du tout vrai » à 4 « vrai presque tout le temps ».</p> <p><u>Co-variables démographiques</u> : diverses caractéristiques individuelles ont été identifiées comme influençant les comportements d'adaptation dans des contextes de soins infirmiers. L'hypothèse émise est que l'âge, l'expérience, l'éducation et les années d'emploi sont des variables de la résilience. L'âge, l'éducation et les années de travail influencent l'adaptation et les taux de rétention dans divers contextes cliniques. L'expérience influence l'adaptation sur le lieu de travail à travers l'acquisition de compétences cliniques.</p>
Déroulement de l'étude	de	<p>Six experts ont évalué la validité du contenu des échelles spécialement développées « Perceived Competence », « Peer Support » et « Managing Stress », en utilisant le format recommandé d'Imle et Atwood (1988). Suite à cela, le questionnaire a été mis à l'essai avec un échantillon de 30 infirmières pratiquant en salle d'opération. Des matrices de corrélation, des corrélations entre les items totaux et des corrélations moyennes entre les items ont été utilisées pour évaluer la validité de la construction des échelles. Dans cette étude, les Alphas de Cronbach pour les échelles PCS (compétence), PSS (soutien par les pairs) et SMS (contrôle) étaient respectivement de 0.89, 0.78 et 0.69.</p> <p><u>Analyse des données</u> : les données ont été analysées en utilisant le SPSS Version 12.01. Les procédures d'analyse ont inclu des statistiques descriptives, le r de Pearson et deux modèles analytiques de régression multiple. Toutes les 12 variables indépendantes ont été significativement corrélées avec la résilience dans des analyses bivariées. Une analyse de régression standard (n=603) et toutes les variables explicatives (y compris les variables démographiques) ont inclus l'équation de régression initiale simultanément. La signification statistique a été fixée au niveau <math>P &lt; 0.05</math>.</p> <p><u>Considération éthique</u> : L'étude a été approuvée par le « university ethics committee ». Le paquet de questionnaire a été envoyé par l'intermédiaire de l'association ACORN à 1'430 répondants potentiels en Australie. Le retour des questionnaires a impliqué le consentement. Comme les auteurs ne disposaient pas d'accès à la base de données ACORN, ils n'ont pas eu les noms des participants.</p>

<b>Résultats</b>  Traitement des données	<p>Le questionnaire a été complété par 772 infirmières australiennes, avec un taux de réponse de 53.9%. Plus de 70% (n=550) des participants ont déclaré avoir des qualifications post-graduées spécifiques. Le tableau 1 donne des autres caractéristiques démographiques.</p> <p>Les 12 variables explicatives ont été inscrites simultanément dans le modèle, avec une variance de 58.4% (ajustée <math>R^2 = 0.576</math>, <math>P &lt; 0.0001</math>). Le tableau 3 répertorie l'erreur-type, le Coefficient bêta, la statistique t et la valeur P associée pour chaque variable explicative. Les coefficients bêta normalisés de chaque variable indépendante ont été examinés pour déterminer leur impact relatif sur la résilience (CD-RISK).</p>
Présentation des résultats	<p>L'espoir (ADH) a la plus forte contribution à la résilience, comme en témoigne le coefficient bêta de 0,324. L'auto-efficacité (GSE), le contrôle (MSS) et l'adaptation (SPA) étaient des variables explicatives modestes de la résilience. Les coefficients bêta de la collaboration (mesurées par CMSS, CANS et PSS) et de toutes les variables démographiques étaient un peu plus faible. Ces résultats suggèrent que la collaboration, l'âge, l'expérience, l'éducation et les années d'emploi ne sont pas significatifs dans l'explication de la résilience chez les infirmières en salle d'opération.</p> <p>Cinq variables indépendantes ont été associées à la résilience à des niveaux statistiquement significatifs. Comme illustré dans le tableau 2, la résilience dans cet échantillon d'infirmières en salle d'opération est mieux expliquée par l'espoir, l'auto-efficacité, l'adaptation, le contrôle et la compétence. Il y a une association hautement significative entre l'espoir et la résilience (<math>r = 0.67</math>, <math>P &lt; 0.001</math>) ; une association modérée entre l'adaptation et la résilience (<math>r = 0.53</math>, <math>P &lt; 0.001</math>) ; une forte association entre l'auto-efficacité et la résilience (<math>r = 0.63</math>, <math>P &lt; 0.001</math>) ; une association modeste entre la compétence et la résilience (<math>r = 0.38</math>, <math>P &lt; 0.001</math>) ; et une association statistique modeste entre le contrôle et la résilience (<math>r = 0.47</math>, <math>P &lt; 0.001</math>). Les trois variables explicatives les plus fortement corrélées avec la variable dépendante étaient l'espoir, l'auto-efficacité et l'adaptation.</p>
<b>Discussion</b>  Intégration de la théorie et des concepts	<p>Le modèle final explique 60% de la variance de la résilience par rapport à un ensemble final de cinq variables (espoir, auto-efficacité, adaptation, contrôle et compétence). La fiabilité de ce résultat est corroborée par la grande taille de l'échantillon (n=772). L'utilisation de l'échantillonnage aléatoire systématique permet la généralisation des résultats à la population accessible. Ce résultat positif est important car cette étude est la première à examiner la résilience comme un moyen de lutter contre les effets de l'environnement stressant des soins infirmiers. Ces résultats s'ajoutent à la littérature en étendant la conceptualisation de la résilience face à un contexte de soins spécifique.</p> <p>Plus précisément, nos résultats ont révélé une très importante association statistique entre l'espoir et la résilience, un résultat cohérent avec d'autres recherches. Alors que l'espoir est un facteur intrinsèque, il semble probable qu'un milieu de travail favorable peut réduire les effets des facteurs potentiels de stress et renforcer l'espoir comme une variable explicative de la résilience.</p> <p>Les auteurs ont établi un lien statistique modéré entre l'adaptation et la résilience. Les stratégies centrées sur le problème sont principalement utilisées par les infirmières pour des événements stressants. Il semble probable qu'une demande croissante de soutien organisationnel et personnel pourrait aider les infirmières en salle d'opération dans le développement d'une adaptation efficace, qui à</p>

	<p>son tour, devrait améliorer la résilience.</p> <p>Les résultats ont révélé une forte association statistique entre l'auto-efficacité et la résilience. Le développement de l'auto-efficacité comme trait résilient chez les infirmières en salle d'opération peut être attribué à des influences telles que la culture des départements individuels en salle d'opération. Les infirmières en soins peropératoires, ayant des connaissances et compétences pour perfectionner leur rôle au travail, sont également susceptibles d'être dans une meilleure position pour faire face aux facteurs de stress contextuels, une notion corroborée par les précédentes recherches.</p> <p><u>Limites de l'étude :</u></p> <p>La population accessible pour cette étude comprenait des infirmières en salle d'opération qui étaient membres de la « national ACORN association ». Il est possible qu'un biais de sélection se soit produit par l'inclusion d'un sous-ensemble d'infirmières en salle d'opération.</p> <p>Parmi les infirmières admissibles à participer à cette étude, un peu plus de la moitié ont répondu au sondage. Il se peut que celles qui n'ont pas répondu étaient différentes des participantes et que leur exclusion ait influencé les résultats.</p> <p>La conception transversale de cette étude ne permet pas la détection des changements dans le développement de la résilience au cours du temps. Une étude longitudinale de tendances (« longitudinal trend study ») permettrait d'examiner les tendances et les taux de changements dans la résilience au fil du temps et de prévoir des développements futurs.</p>
Perspectives futures	Bien que 60% de la résilience soit expliquée par le modèle parcimonieux, 40% sont restés inexpliqués. Ceci indique la présence d'autres variables explicatives inconnues de la résilience des infirmières en salle d'opération. Une exploration supplémentaire de variables explicatives serait nécessaire pour acquérir une plus grande compréhension de la résilience dans ce groupe d'infirmières.
<b>Questions générales</b> Présentation	La trame de l'article respecte la charpente des articles scientifiques : titre, résumé, introduction, méthode, résultats, discussion. Le langage scientifique est respecté.
Evaluation globale	Il s'agit d'un article scientifique de qualité. Les résultats sont généralisables.

Références bibliographique : Loisel, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*.

Québec : ERPI.

Fortin, M-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche*. Montréal : Chenelière Education, 2<sup>ème</sup> éd.