

## LISTE DES ABRÉVIATIONS

<b>ASFF</b>	Approche de Soins Fondée sur les Forces
<b>BDSP</b>	Banque de Données en Santé Publique
<b>CAS</b>	Certificat of Advanced Studies
<b>EMS</b>	Établissement Médico-Social
<b>HEdS</b>	Haute Ecole de Santé - Genève
<b>HUG</b>	Hôpitaux Universitaires de Genève
<b>IRM</b>	Imagerie à Résonance Magnétique
<b>JBI</b>	Database of systematic review and implementation reports
<b>MAAS</b>	Mindful Attention Awareness Scale
<b>MBCT</b>	Mindfulness Based Cognition Therapy
<b>MBI</b>	Maslach Burnout Inventory
<b>MBSR</b>	Mindfulness Based Stress Reduction
<b>OBSAN</b>	Observatoire suisse de la santé
<b>OFSP</b>	Office Fédéral de la Santé Publique
<b>OMS</b>	Organisation Mondiale de la Santé
<b>SEP</b>	Syndrome d'Épuisement Professionnel (burn-out)

## **LISTE DES FIGURES**

Figure 1 : Caractéristiques des principes et des postulats en lien avec la personne/environnement.....	23
Figure 2 : Diagramme de flux décrivant le processus d'identification et de sélection des articles.....	27

## **LISTE DES TABLEAUX**

Tableau 1 : Postulats et Principes de Rogers .....	22
Tableau 2 : Mots-clés selon les thésaurus et les différentes banques de données .....	26
Tableau 3 : Tableau synoptique des articles selon les thèmes abordés .....	32
Tableau 4 : Tableaux comparatifs des études retenues pour l'analyse critique .....	34

## TABLE DES MATIÈRES

Déclaration .....	ii
Remerciements .....	iii
Résumé .....	iv
Abstract .....	v
Liste des abréviations.....	vi
Liste des figures .....	vii
Liste des tableaux .....	vii
Table des matières.....	8
Introduction.....	10
1. Problématique.....	12
1.1. Définition de la problématique.....	12
1.2. Origine de la problématique .....	13
1.3. Importance du problème .....	13
1.4. Question de recherche initiale .....	14
2. Etat des connaissances.....	15
2.1. Le burn-out comme conséquence du stress .....	16
2.2. La qualité des soins.....	17
2.3. Compassion, empathie et fatigue de compassion .....	18
2.4. La méthode MBSR et ses enjeux.....	19
3. Modèle théorique : ancrage disciplinaire : l'être humain unitaire de Martha Rogers .....	20
3.1. Métaconcepts .....	20
3.1.1. La personne.....	20
3.1.2. L'environnement.....	21
3.1.3. Le soin .....	21
3.1.4. La santé.....	21
3.2. Postulats et principes .....	22
3.3. Liens entre le modèle théorique et la problématique .....	23
3.4. Question de recherche finale .....	24
La méthode MBSR est-elle efficace pour prévenir le burn-out des infirmières en Suisse ? ..	24
4. Méthode.....	25

4.1.	Sources d'information et stratégies de recherche documentaire.....	25
4.2.	Diagramme de flux .....	27
5.	Résultats.....	28
5.1.	Caractéristiques des articles sélectionnés .....	28
5.2.	Analyse critique des articles retenus.....	28
5.2.1.	Burn-out : facteurs aggravants.....	30
5.2.2.	État actuel d'épuisement professionnel chez les infirmières suisses .....	30
5.2.3.	Efficacité du MBSR sur le stress des soignants.....	30
5.2.4.	Tableau comparatif.....	33
6.	Discussion .....	41
6.1.	L'importance de la problématique .....	41
6.2.	Effets du MBSR sur le burn-out .....	42
6.3.	Liens entre les ancrages théoriques et la problématique .....	42
7.	Conclusion.....	45
7.1.	Limites et apports du travail .....	45
7.2.	Bilan personnel et professionnel .....	46
7.2.1.	Difficultés et facilités rencontrées lors de la réalisation .....	47
8.	Recommandations.....	48
8.1.	Défis futurs de la profession infirmière face au burn-out .....	48
8.2.	Éventuelles pistes de réflexion et de recherches futures.....	49
8.2.1.	Mot de la fin.....	49
	Références .....	51
	Annexes .....	54
	Annexe 1 : Échelles MBI et MAAS .....	54
	Annexe 2 : Détails du programme MBSR.....	57
	Annexe 3 : Exemples de fiches de lecture.....	58

## INTRODUCTION

En novembre 2016, un reportage au journal télévisé de la Télévision Suisse Romande consacrait quelques minutes à un sujet qui semble revenir de plus en plus souvent sur le devant de la scène politico-médiatique. Le titre était : « Stressées, sous-estimées, épuisées, les infirmières romandes crient leur mal-être ».

Ce reportage fait écho à de nombreuses études sur le burn-out des infirmières menées ces dernières années, notamment en Suisse mais aussi dans le reste de l'Europe. Si le tabou sur ce phénomène semble s'atténuer, la problématique reste et les solutions semblent tarder à arriver.

Outre une prévalence élevée de burn-out provoqué par le stress, une problématique concomitante est l'abandon de la profession par les infirmières accentuant le déficit en personnel qualifié. Ce fait déjà avéré évolue parallèlement avec un accroissement des besoins en santé de la population vieillissante et une augmentation de la demande en termes de qualité des soins. En effet, il semble évident qu'une infirmière stressée ne peut pas faire preuve d'écoute et de compassion, chose attendue par le patient dans son expérience de santé.

Le burn-out, comme conséquence du stress néfaste suite à une différence entre les ressources du professionnel et les sollicitations émotionnelles sur le lieu de travail, est avéré. C'est une véritable maladie, induisant des arrêts de travail allant jusqu'à presque une année voir plus, coûtant cher à la société mais ayant aussi des impacts sur la famille de la personne touchée par le syndrome d'épuisement professionnel. Au vu de la gravité de cette maladie, une prévention est primordiale.

Une autre dimension des soins grandement impactée par le stress est la qualité des soins. Dans la pratique infirmière, la satisfaction du patient en termes de prise en soins est essentielle et influe sur sa perception de son état de santé. Si une infirmière stressée ou épuisée ne peut satisfaire à ce besoin, la qualité des soins s'en trouvera diminuée.

Bien des méthodes et des traitements existent pour diminuer le stress et ils dépendent bien évidemment tant de la volonté de la personne d'y faire face que de ses convictions personnelles. Parmi-elles, une méthode de diminution du stress existant depuis quelques années semble intéresser un grand nombre de professionnels.

La « Mindfulness Based Stress Reduction » ou méditation pleine conscience en français, est une méthode qui semble prometteuse pour enseigner une gestion efficace du stress et donc induire une diminution du burn-out. Il reste cependant à vérifier empiriquement son efficacité.

Dans un premier temps, ce travail mettra en évidence la problématique au centre de cette revue de littérature ainsi que le cheminement qui a mené à la définir.

Ensuite, un chapitre sera consacré à l'explication et au développement des connaissances préalables qui permettront de saisir les concepts du sujet, c'est-à-dire le burn-out, la qualité des soins, la compassion, l'empathie et la méthode MBSR.

En troisième partie, la lumière sera faite sur l'ancrage théorique choisi pour ce travail, à savoir la théorie de Martha Rogers de l'être humain unitaire qui, mise en lien avec les concepts, afin d'arriver à une question de recherche finale.

Le chapitre quatre, consacré à la méthodologie de la recherche de ce travail de Bachelor, permettra d'éclairer les démarches qui ont mené à la sélection des sept articles analysés dans le chapitre 5. Ce chapitre mettra en lien tous les résultats de cette revue de littérature à l'aide d'un tableau synoptique.

L'avant-dernier chapitre proposera une analyse critique des articles retenus selon trois sous-thèmes : les facteurs aggravants du burn-out, l'état actuel du burn-out chez les infirmières en suisse et l'efficacité du MBSR sur le stress des soignants.

Pour finir, la conclusion offrira une vue d'ensemble des résultats obtenus en y apportant une réflexion sur les limites et les apports du travail ainsi qu'un bilan personnel et professionnel pour l'auteure, tandis que des recommandations permettront d'ouvrir des pistes de réflexions pour de futures recherches.

# 1. PROBLÉMATIQUE

## 1.1. Définition de la problématique

Lors de mon travail préliminaire du module « science infirmière 4 », qui portait sur la qualité des soins en soins palliatifs, un stress trop important était souvent cité dans la littérature (tant par les patients interrogés que les infirmières elles-mêmes) comme ayant un impact négatif sur la qualité des soins.

Le stress est un processus physiologique essentiel à la vie. Mais sur le long terme, il peut devenir néfaste et induire des problèmes de santé, tant psychiques que somatiques. Une de ses conséquences est le burn-out, ou syndrome d'épuisement professionnel. Ce phénomène complexe sera détaillé dans le chapitre 2.

Partant de la constatation que le burn-out est un réel défi pour la pratique infirmière actuellement, se posait alors la question de savoir quels moyens pouvaient être mis en place afin de permettre aux infirmières de gérer efficacement leur stress dans leur pratique quotidienne.

J'ai eu la chance au cours de ma deuxième année de Bachelor de pouvoir partir étudier durant un semestre à l'Université Laval de Québec. Un des cours de mon cursus dispensait une formation sur 8 semaines d'une méthode appelée MBSR ou méditation pleine conscience. Cette dernière vise à entraîner l'esprit à la gestion des émotions et du stress en développant une attention compatissante face aux événements vécus dans l'instant présent. Chaque jour, la personne médite à l'aide par exemple de séances préenregistrées. Elle apprend à prendre conscience des sensations de son corps mais aussi de ses pensées, tant positives que négatives et les accueille sans jugement, avec compassion<sup>1</sup>. L'entraînement lui permet de gérer en quelques secondes une situation stressante ou émotionnellement éprouvante.

Sur le plan de la formation, après un succès établi outre-Atlantique, cette méthode émerge dans le canton de Genève depuis plusieurs années déjà. Il existe par exemple à la HEdS un CAS en MBSR et diverses formations aux HUG.

---

<sup>1</sup> Ce concept sera défini au chapitre 2

## **1.2. Origine de la problématique**

Ma question de recherche initiale portait sur la qualité des soins en service de soins-palliatifs. Dans une étude effectuée auprès d'EMS suisses, les facteurs à l'origine de la diminution de la qualité des soins perçue par les soignants étaient surtout les « work stressors », c'est-à-dire le stress au travail, ainsi que l'environnement de travail (Zuniga et al., 2015, traduction libre, p.860). Comme le décrit Martha Rogers dans sa théorie de l'être humain unitaire, l'environnement et la personne sont en constante interaction et s'influencent mutuellement (Parker & Smith, 2015, traduction libre, p. 237). Ceci implique alors une réaction en cascade, le stress impactant tant le personnel soignant que les patients et à terme la qualité des soins.

Il est prouvé que pour que la communication patient-soignant et la qualité des soins soient optimales, les soignants doivent être « présents », c'est-à-dire conscients d'eux-mêmes, du patient et du contexte présent. Le principe d'une pratique soignante selon la méthode MBSR est d'être conscient de son propre processus mental aussi bien que ce qui se produit autour de soi pour être capable d'agir avec compassion (Irving, Dobkin & Park, 2009, traduction libre, p. 61).

## **1.3. Importance du problème**

Le fait que près d'une infirmière sur deux souffre de burn-out est un véritable enjeu pour la santé et pour l'avenir de la profession infirmière.

En effet, le syndrome d'épuisement professionnel touche 46.3% des infirmières (Le Ray-Landrein, Gillet, Colombat et Dubourg, 2016). On sait également que 45.9% des infirmières finissent par quitter la profession prématurément (Lobsiger & Kägi, 2016).

Le manque de personnel dans les établissements de santé en Suisse est un sujet qui revient régulièrement sur le devant de la scène politico-économique, tandis que les besoins de santé de la population vieillissante augmentent. On estime le besoin de ressources supplémentaires de personnel infirmier de l'ordre de 25'000 personnes d'ici 2020, sans compter les départs en retraite qui représentent 30% de personnes à employer pour combler le manque (Jaccard-Ruedin, Weaver, Roth & Widmer, 2009).

Lors de l'étude *Nurses at work*, lancée en 2015 afin d'analyser le parcours des infirmières au cours des 40 dernières années en Suisse, 46% des infirmières ayant quitté la profession invoquaient l'importance du stress comme raison principale de leur départ (Addor, Schwendimann, Gauthier, Wernli, Jäckel, & Paignon, 2016).

Diminuer le stress des soignants est donc actuellement un véritable enjeu de santé publique si on souhaite faire face au vieillissement de la population ainsi qu'à une pénurie de personnel au cours des prochaines décennies.

#### **1.4. Question de recherche initiale**

Ma question de recherche initiale au terme du module de science infirmière 4 était :

La pratique du MBSR chez les infirmières peut-elle améliorer la qualité des soins en soins palliatifs ?

## 2. ETAT DES CONNAISSANCES

Le stress vécu au quotidien dans la pratique infirmière peut parfois mener le soignant à un point de rupture se manifestant par un burn-out. L'attitude reflétée par l'infirmière face au patient, si elle se trouve dans un état émotionnel négatif, influe nettement sur la qualité des soins ou du moins sur la perception du patient face aux soins prodigués. Comme le dit Martha Rogers dans sa théorie de l'être humain unitaire avec ses principes de résonance et de champs d'énergie, les « ondes négatives » du soignant atteignent le patient en modifiant son environnement. Au contraire, une attitude de soins positive sera bénéfique au patient (Parker & Smith, 2015, traduction libre, p. 237).

Une des composantes soit positive, soit négative de cette attitude soignante est la compassion et son opposé, la fatigue de compassion. Tandis que la compassion, reflétée par une attitude d'écoute, comble tant l'infirmière que le soignant, une empathie mal gérée peut mener à une fatigue de compassion, une insatisfaction, du stress et un burn-out.

La méthode MBSR est notamment fondée sur la pratique réflexive d'une attitude compatissante face à l'autre mais également envers soi.

## 2.1. Le burn-out comme conséquence du stress

Le syndrome d'épuisement professionnel fut mis en évidence dès 1969 par Bradley. En 1974, Freudenberger reprit ce terme en observant les soignants d'une clinique psychiatrique.

Je me suis rendu compte au cours de mon exercice quotidien que les gens sont parfois victimes d'incendie tout comme les immeubles ; sous l'effet de la tension produite par notre monde complexe, leurs ressources internes en viennent à se consumer comme sous l'action de flammes, ne laissant qu'un vide immense à l'intérieur, même si l'enveloppe externe semble plus ou moins intacte (Freudenberger 1974, cité par Canouï & Mauranges, 1998, p. 6).

Le stress prolongé est bien entendu le facteur principal menant à un syndrome d'épuisement professionnel (SEP) et Hans Selye fut l'un des pionniers en matière de recherche sur le stress.

Bien entendu, le stress peut être positif car il permet de s'adapter et de faire face à une menace. Le syndrome général d'adaptation décrit par Selye se déroule en trois phases :

1. La phase d'alarme dont la manifestation dépend de la personnalité.
2. La phase de résistance qui vise à maintenir l'équilibre en mettant énergiquement en route des mécanismes d'adaptation.
3. La **phase d'épuisement** qui concerne la problématique de burn-out et qui survient lors d'un stress prolongé. La personne n'a plus l'énergie de mettre en place des stratégies de coping. Les pathologies somatiques et psychiques s'installent (Choque & Choque, 2005, pp. 7-11).

Le syndrome d'épuisement professionnel ou burn-out est le résultat d'une non-adaptation à l'exposition répétée à des facteurs de stress, et d'un déséquilibre entre les ressources de la personne et les exigences de sa profession (Le Ray-Landrein et al., 2016).

Le processus de burn-out comporte trois dimensions (Maslach & Jackson, 1986, cité par Canouï & Mauranges, 1998, p.27) :

- **L'épuisement physique et émotionnel**, généré par les sollicitations excessives demandées au professionnel de la santé notamment lors de relation d'aide.
- **La dépersonnalisation** qui se manifeste par une perte de compassion et une distance émotionnelle excessive et qui est souvent la dimension la plus présente chez les soignants.
- **La diminution de l'accomplissement personnel** caractérisée par une perte d'efficacité, une démotivation voire une mise en doute de ses capacités.

Ces mêmes auteurs ont également créé une échelle permettant d'évaluer le syndrome d'épuisement professionnel, le MBI (Maslach Burnout Inventory), qui comporte 22 items explorant les trois dimensions du SEP. Cette échelle est disponible dans l'annexe 1 et a été utilisée dans plusieurs études analysées dans les chapitres suivants.

## **2.2. La qualité des soins**

La qualité des soins est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé comme étant une démarche permettant d'offrir à chaque patient le meilleur résultat en termes de prise en soins « conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins » (OMS, 2014).

La qualité des soins peut donc être considérée comme étant la préoccupation centrale de la pratique infirmière (et de l'ensemble du système de soins) car elle représente le degré de satisfaction du patient dans le traitement de sa maladie.

Ce concept est d'autant plus important que bon nombre de patients sont confrontés de manière quotidienne au système de santé, la majorité souffrant de maladies chroniques. Ce nombre devrait augmenter dans les années à venir, notamment à cause de l'expansion de la démographie ainsi que de l'âge de plus en plus avancé de la population, impliquant son lot de maladies chroniques évolutives. Il est ainsi possible d'entrevoir les secteurs qui nécessiteront de combler les besoins de leurs patients. Cette demande de qualité des soins augmentera probablement suite à des sollicitations supplémentaires en termes de charge de travail et de responsabilités, ce qui en fait un défi supplémentaire pour les soignants.

### **2.3. Compassion, empathie et fatigue de compassion**

La confusion entre compassion et empathie est classique, mais ces deux termes sont différents. La compassion est une conscience profonde de la souffrance de l'autre ainsi que la volonté de la soulager. D'un point de vue étymologique, ce concept vient du latin : « pati » et « cum », littéralement « souffrir avec ». L'expression de cette compassion par le soignant renforce et reconforte la personne qui souffre. (Raab, 2014, traduction libre, p.97). La compassion implique une volonté de vouloir soulager la souffrance d'autrui en faisant preuve de bienveillance. L'empathie est quant à elle un simple miroir reflétant les émotions de l'autre. Selon les recherches de Klimecki (2014), neuroscientifique et psychologue à l'université de Genève, le fait d'être trop empathique vis-à-vis de la détresse d'autrui peut conduire au burn-out et à une fatigue empathique. Au contraire, les personnes ayant suivi un entraînement à la compassion (en utilisant une méthode basée sur une approche méditative) affichaient à l'IRM des activités neuronales positives, même lorsqu'on leur montrait des images d'individus en souffrance. Si l'empathie est nécessaire pour instiguer une réaction, la compassion est essentielle pour se protéger des émotions négatives générées par l'empathie.

Selon Figley (2002), les praticiens les plus efficaces sont ceux qui expriment leur compassion. Elle est inhérente à la pratique infirmière mais parfois, la différence entre empathie et compassion est difficile à faire dans la pratique soignante. Il est vital que les infirmières travaillent avec compassion, mais le coût de cette attitude, si elle n'est pas consciente en s'axant plutôt sur l'empathie que la compassion, peut être élevé, en se manifestant à terme par un épuisement professionnel.

La fatigue de compassion est décrite comme une diminution formelle de la capacité des soignants à faire preuve d'intérêt pour le bien-être du patient en souffrance. Elle peut être considérée comme un stress traumatique secondaire et un « prix à payer du prendre soin » (Figley, 2002, traduction libre, p. 1438).

## 2.4. La méthode MBSR et ses enjeux

Cette méthode de gestion des émotions et du stress, inventée en 1979 au Massachusetts par Jon Kabat-Zinn, « vise à aider les individus à cultiver leur pleine conscience et retrouver leur santé psychologique » en développant une conscience claire, neutre et réactive de l'instant présent (Grégoire, Baron & Baron, 2012, p.162). Le programme de formation à la méthode MBSR dure en principe six à huit semaines (en général huit semaines).<sup>2</sup>

À son origine, cette méthode a été conçue pour réduire le stress lié aux maladies provoquant des douleurs chroniques et aider, par exemple, les patients oncologiques à supporter les chimiothérapies. Elle s'est ensuite déployée dans d'autres domaines comme l'éducation, le sport, le milieu carcéral et en psychothérapies (MBCT) en utilisant des thérapies cognitives afin de diminuer les rechutes dépressives (McKenzie, 2015).

Le principe n'est pas de penser à rien mais plutôt de centrer son attention sur le moment présent et d'observer les sensations physiques et les pensées qui viennent à l'esprit. Au lieu de les rejeter, la personne les accueille avec bienveillance et sans jugement. Comme ne penser à rien est impossible, la MBSR permet d'apprendre à gérer ses émotions mais pas de les supprimer, ce qui serait contre-productif (McKenzie, 2015). De plus, une méta-analyse de onze études a prouvé que la MBSR a un impact significatif sur le stress, même si cette étude n'utilisait pas de comparatif. (Chiesa & Serretti, 2009, traduction libre, p. 593)

De par sa méthode, la MBSR peut être considérée comme une extension logique du concept de pratique réflexive<sup>3</sup> étant donné qu'elle consiste à être présent de manière consciente dans sa pratique quotidienne, en s'ouvrant à toutes les pensées, sensations et actions, afin d'être capable d'agir avec compassion (Irving et al., 2009, traduction libre, p.61).

Il semblerait qu'elle soit « avérée [être] un moyen efficace de réduire les symptômes liés au stress, à l'anxiété, à la dépression, et à l'épuisement professionnel » (Grégoire et al. 2012, p.162).

---

<sup>2</sup> Les détails du déroulement de ce programme sont disponibles en annexe 2.

<sup>3</sup> La pratique réflexive dans le domaine de la santé permet de s'inscrire dans une démarche de qualité des soins en abordant une réflexion sur sa manière de travailler ou sa relation soignante)

### **3. MODÈLE THÉORIQUE : ANCRAGE DISCIPLINAIRE : L'ÊTRE HUMAIN UNITAIRE DE MARTHA ROGERS**

Le stress des infirmières provient de leurs conditions de travail et donc de leur environnement. Dans sa théorie de l'être humain unitaire, Martha Rogers considère l'environnement comme étant en interaction constante et simultanée avec la personne et n'étant qu'un seul et même concept (Parker & Smith, 2015, traduction libre, p. 237).

Sa théorie se situe dans la hiérarchie des connaissances comme étant une théorie abstraite, s'inscrivant dans le paradigme de l'action simultanée<sup>4</sup> et dans l'école des patterns (Pepin, Kérouac, Ducharme, 2010).

#### **3.1. Métaconcepts**

Les métaconcepts en science infirmière sont centraux. En effet, la profession infirmière a pour intérêt principal le *soin* de la personne, qui elle-même est en interaction continue avec son *environnement* tandis que la *personne* vit des expériences de *santé* (Pepin et al., 2010).

Martha Rogers insiste sur l'importance pour la science infirmière de reformuler une nouvelle vision du monde en considérant la personne et son environnement d'un point de vue pandimensionnel, c'est-à-dire un « domaine non-linéaire, sans attributs spatiaux ou temporels » (Pepin et al., 2010, p.48). Pour elle, les infirmières doivent être des visionnaires qui interagissent avec un univers où la seule donnée constante est le changement continu, ce qui évoque une grande capacité d'adaptation (Alligood, 2013, traduction libre p. 248). Les quatre métaconcepts sont : la personne, l'environnement, le soin et la santé.

##### **3.1.1. La personne**

La personne est indivisible en parties distinctes. Au contraire d'autres théoriciennes qui subdivisent la personne en bio-psycho-socio-spirituel, elle est considérée par Rogers comme étant plus grande et donc différente de la somme de ses parties (Pépin, 2010). Rogers l'envisage comme pouvant être tout autant une personne, qu'un groupe, une famille voire même une communauté (Parker & Smith, 2015, traduction libre p. 257).

---

<sup>4</sup> Postulat décrivant la philosophie à la base de la pratique de l'infirmière et selon lequel la conception qu'a l'infirmière de son patient influence ses approches de soins (Pepin et al., 2010)

### **3.1.2. L'environnement**

L'environnement, intrinsèquement lié à la personne, est caractérisé comme un champ d'énergie toujours en processus mutuel de changement et donc d'adaptation dont les modifications se produisent simultanément (Parker & Smith, 2015, traduction libre, p.238).

Le concept de stress perçu, souvent cité pour parler du burn-out, est un processus dynamique résultant de diverses transactions entre la personne et son environnement (Le Ray-Landrein et al., 2016). Cela illustre bien l'impact de l'environnement de travail stressant sur l'état émotionnel des infirmières.

### **3.1.3. Le soin**

La profession infirmière est pour Rogers une discipline. Elle est une science, un art et une profession et cela s'apprend. Le but du soin est de promouvoir le bien-être de toute personne en faisant preuve de créativité. L'infirmière est à l'écoute du patient qui décrit lui-même son état de santé. Elle observe les patterns propres à la personne et adapte ses soins dans un processus mutuel et continu (Parker & Smith, 2015, traduction libre, p.255). Par cette attitude d'écoute, l'infirmière fait preuve de compassion.

### **3.1.4. La santé**

Selon la théoricienne, la santé en tant que valeur ne peut être définie que par la personne (ou la communauté) elle-même. Elle diffère donc tout en se référant aux concepts de bien-être, d'optimisation et surtout de réalisation du potentiel des personnes. Si tant est que celles-ci puissent participer de manière consciente au changement (Alligood, 2013, traduction libre, p.249). Comme la méthode de méditation pleine conscience, cela implique une volonté de la part de la personne d'agir pour son bien-être.

La méthode MBSR requiert de la part de la personne qui la pratique une volonté d'agir pour son bien-être et implique une attention consciente aux émotions ressenties, le tout avec une attitude bienveillante de compassion, non seulement envers soi mais également envers les autres.

### 3.2. Postulats et principes

La théorie de Martha Rogers comporte quatre postulats et trois principes centraux.

Tableau 1 : Postulats et Principes de Rogers (Parker & Smith, 2015, traduction libre, pp. 239-240)

Postulats	Principes
1) Champs d'énergie (humain/environnement)	1) Résonance
2) Ouverture	2) Hélicie
3) Patterns	3) Intégralité
4) Pandimensionnalité	

N.B. : Ce tableau est en lien avec la figure 1 (Caractéristiques des principes et des postulats en lien avec la personne/environnement)

La rencontre des différents champs d'énergie, issus de la personne et de l'environnement sont observables sous forme de *patterns*<sup>5</sup>, Ces manifestations donnent en échange une identité aux champs d'énergie. Le *pattern* peut être visualisé comme une onde singulière qui ne répond pas à la nature spatiale ou temporelle du *pattern* c'est-à-dire la pandimensionnalité.

Si le *pattern* est une onde, le principe de *résonance* peut être assimilé à une fréquence qui tient sa particularité des différents *patterns* provoqué par les rencontres entre les champs d'énergie. Les *patterns* ont des possibilités illimitées et singulières, cela s'appelle le principe d'*hélicie*. *L'ouverture* désigne le fait qu'il n'existe pas de limite entre l'humain et l'environnement, outre la frontière de la propre perception de l'infirmière. Finalement, *l'intégralité* est la vision de Rogers de l'être humain unitaire, indissociable de son environnement (Parker & Smith, 2015, traduction libre, pp. 239-240).

Les principes de résonance, d'hélicie et d'intégralité découlent du principe d'homéodynamique<sup>6</sup>,

---

<sup>5</sup> Qui peut être traduit par « manifestations ».

<sup>6</sup> Qui reflète une constante adaptation à un changement dynamique toujours en mouvement.

Figure 1 : Caractéristiques des principes et des postulats en lien avec la personne/environnement (Alligood, 2013, traduction libre, pp. 247-249).

<b>Personne / Environnement = Champs d'énergie</b>			
<b>Caractéristiques</b>	Ouverture	Pattern	Pandimensionalité
<b>Assomptions/principes</b>	Résonance	Intégralité	Hélicie
<b>Manifestations</b>	Théorie de la dissonance perçue		Théorie de l'empowerment
<b>Action infirmière</b>			(participation active)

### 3.3. Liens entre le modèle théorique et la problématique

La théorie de l'être humain unitaire éclaire et fait sens au sujet du travail premièrement de par la conception qu'a Rogers du lien personne/environnement en tant que lien continu et en constante influence mutuelle entre ces deux protagonistes. En effet, le stress perçu par le soignant provient en grande partie de son environnement de travail. De plus, l'école de pensée dans laquelle se situe la théorie de l'être humain unitaire est l'école des *patterns* qui vise une réflexion de type : sur quoi l'attention de l'infirmière porte-elle ?

Ensuite, un des principes de Rogers concerne l'implication volontaire de la personne dans le processus de recherche de son propre bien-être. Ceci fait écho aux principes de la méditation pleine conscience, qui nécessite une implication par une pratique quotidienne et une volonté de prendre conscience de son stress et de ses émotions.

Pour finir, le principe de résonance peut être vu comme une onde permettant un changement, comme par exemple l'attitude positive d'une infirmière entrant dans la chambre d'un patient qui peut modifier l'environnement et les comportements des personnes présentes. La méthode MBSR permet, entre autres, d'offrir cette attitude positive d'écoute et de compassion.

### 3.4. Question de recherche finale

Les considérations des chapitres précédents ont mené à la question de recherche suivante :

La méthode MBSR est-elle efficace pour prévenir le burn-out des infirmières en Suisse ?

Cette question de recherche est le fil rouge qui orientera les recherches et les interrogations des chapitres suivants.

## 4. MÉTHODE

Pour répondre à ma problématique, la méthode de recherche retenue est une revue de littérature. Son objectif est de relever différentes recherches sur le MBSR et de les comparer.

### 4.1. Sources d'information et stratégies de recherche documentaire

Pour rechercher des articles sur ma problématique, j'ai travaillé sur trois banques de données entre mars et novembre 2016. Deux bases de données anglophones : Pubmed et JBI. Et une base de données francophone : la BDSP. J'ai ensuite utilisé les thésaurus Hetop et Mesh pour traduire mes concepts clés en anglais. Le choix de ces bases de données c'est fait selon leur popularité, ce qui m'a permis d'accéder à un plus grand panel d'articles.

J'ai identifié mes concepts à l'aide de la méthode PICO, une méthode décryptant une problématique selon sa population (P) analysée, les impacts recherchés et l'intervention (I), le comparatif (C) et les « outcomes » ou résultats (O).

Les **personnes (P)** incluses dans les études devaient être des professionnels du domaine de la santé et, si possible, des infirmières. Dans la première partie du travail, je me suis concentrée sur le domaine des soins palliatifs, puis j'ai élargi mon champ à tous les domaines car j'ai découvert, en lisant une recherche de Le Ray-Landerein (2016), que les infirmières des soins palliatifs étaient moins touchées par le burn-out que les infirmières d'autres services.

L'**intervention (I)** visée est bien entendu le MBSR. La **comparaison (C)** pouvant dépendre de chaque recherche, je ne l'ai donc pas précisée afin d'avoir une recherche plus large. Les **résultats (O)** attendus doivent montrer une diminution du stress ou une meilleure gestion de celui-ci.

Cette méthode de décryptage de la problématique (PICO) est mise en lien avec les termes utilisés pour la recherche d'articles dans le tableau 2.

Par ailleurs, plusieurs critères de sélection ont été introduits :

Critères d'inclusion :

- Revues scientifiques et/ou médicales (explicités au point 1)
- Langues : français, anglais, allemand
- Thème traitant soit du MBSR, soit du stress au travail soit du burn-out

Critères d'exclusion :

- Études traitant du burn-out chez d'autres professions que celles de la santé
- Recherches sans appui méthodologique scientifique
- Recherches datant de plus de 10 ans (hors celles utilisées pour la clarification des concepts-clés)

*Tableau 2 : Mots-clés selon les thésaurus et les différentes banques de données*

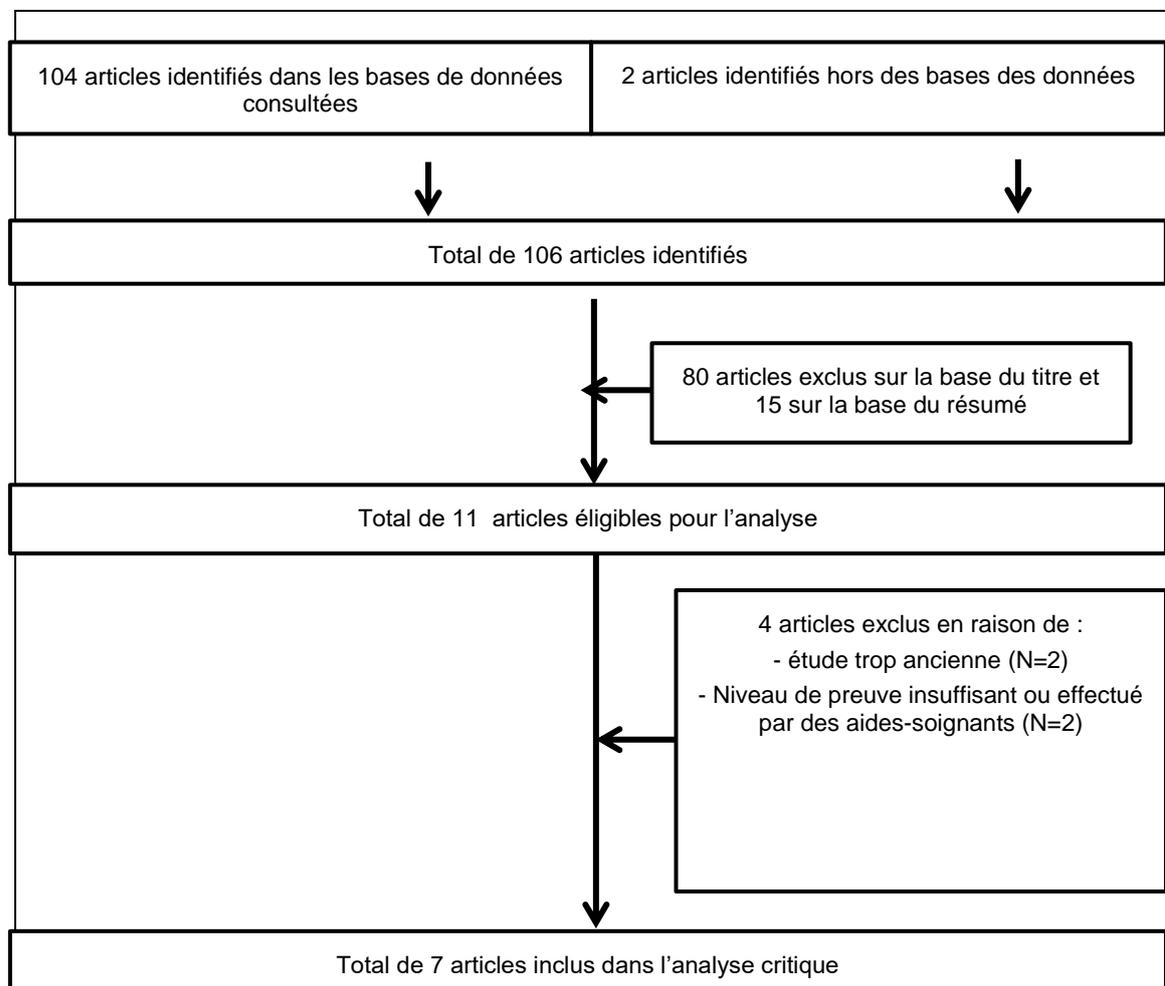
La terminologie utilisée diffère d'une banque de données à l'autre. Ces termes sont répertoriés dans le tableau ci-dessous.

Concept/mot clé selon PICO	Thésaurus		Banque de données		
	HETOP	MESH	PUBMED	JBI	BDSP
<b>Population</b>	Nurse, care workers	Care workers	Health care professionals		Soignants, infirmières
<b>Intervention</b>	MBSR Mindfulness	Mindfulness base stress reduction	MBSR Mindfulness	MBSR mindfulness	Pleine conscience ou MBSR
<b>Comparaison</b>					
<b>Outcomes (résultats)</b>	Law work stressors Quality of care Burn-Out			Care workers Health	Diminution du stress des soignants Impact qualité des soins

## 4.2. Diagramme de flux

Le processus d'identification et de sélection des articles est fourni dans le diagramme de flux présenté dans la Figure 2. 106 articles ont été trouvés dont 104 sur les banques de données citées et deux articles sont le fruit d'une recherche d'après la bibliographie d'une revue de littérature. 80 articles ont été éliminés d'après leur titre et 15 d'après le résumé. 11 articles étaient éligibles pour une analyse mais pour finir, 4 articles ne pouvaient être retenus pour l'analyse critique. Deux à cause de l'ancienneté et deux à cause du fait l'origine de la recherche était floue ce qui constituait un critère d'exclusion.

Figure 2 : Diagramme de flux décrivant le processus d'identification et de sélection des articles



## 5. RÉSULTATS

### 5.1. Caractéristiques des articles sélectionnés

Les types de revues dans lesquelles sont parus ces articles sont très divers :

- *Complementary Therapies in Clinical Practices*,
- *International Journal of Nursing Studies*,
- *Journal of Workplace Behavioral Health*,
- *Journal of Health Care Chaplaincy*,
- *Journal de psycho-oncologie*
- Deux bulletins de l'OBSAN.

Les articles sélectionnés pour l'analyse ont été rédigés entre 2009 et 2016 (un en 2009, deux de 2012 et quatre en 2016). En ce qui concerne leur lieu de publication, pour trois articles, les données concernant le burn-out ont été récoltées en Suisse et un seul en France. Pour les données concernant le MBSR, elles proviennent du Canada et du Québec ainsi que des États-Unis.

Les professionnels de la santé (médecins, étudiants en médecine, physiothérapeutes, aides-soignants, infirmiers et étudiants en soins infirmiers) en général concernent cinq des sept études tandis que deux visent spécifiquement les infirmières.

Deux articles sélectionnés sont des revues de littérature, ce qui permet de donner une vision encore plus large de ce qui s'est fait préalablement en termes de recherche sur la méthode MBSR. On peut également souligner que les recherches analysées portent tant sur des documents qualitatifs, quantitatifs que sur des revues de littérature<sup>7</sup>.

### 5.2. Analyse critique des articles retenus

Sur les sept articles sélectionnés, quatre traitent du burn-out ou dressent un état des lieux des difficultés de la profession infirmière face au stress en Suisse. Les trois autres articles analysent les impacts du MBSR sur le stress et le syndrome d'épuisement professionnel.

---

<sup>7</sup> Une étude quantitative vise à obtenir des chiffres précis d'un phénomène tandis qu'une étude qualitative vise à en dégager des attitudes ou des comportements types.

L'analyse des articles retenus est présentée dans les sous-chapitres suivants sous deux formes. Tout d'abord une analyse découpe la problématique en trois sous-thèmes :

- 1) Les *facteurs* susceptibles de provoquer plus facilement un syndrome d'épuisement professionnel mis en évidence dans ces articles
- 2) *L'état actuel du burn-out* chez les infirmières en Suisse
- 3) Une mise en parallèle des résultats démontrant *l'efficacité de la méthode MBSR* sur la gestion du stress chez les infirmières.

La deuxième forme d'analyse des articles est détaillée sous forme de tableau synoptique pour donner une vision plus large des composantes de chaque article.

Les résultats de cette revue de littérature font écho aux hypothèses formulées en introduction, notamment en ce qui concerne l'efficacité de la méthode MBSR sur le stress des infirmières et sur la problématique avérée du burn-out chez les infirmières suisses.

Pour effectuer cette revue de littérature, il était important de trouver tout d'abord un maximum de chiffres quantifiant l'épuisement professionnel des infirmières suisses afin de prouver que cette problématique est avérée et actuelle. Il fallait également savoir si le stress était régulièrement invoqué comme étant un facteur du burn-out. Quant à la méthode MBSR, la plupart des recherches étaient qualitatives et analysaient le ressenti des personnes utilisant cette méthode.

### **5.2.1. Burn-out : facteurs aggravants**

Le principal facteur relié au syndrome d'épuisement professionnel cité dans cette revue de littérature est l'augmentation de la charge de travail, induisant pour les infirmières une augmentation du stress, une impression de diminution de la qualité des soins mais surtout un sentiment d'impuissance face à la situation, élément sur lequel le MBSR peut influencer positivement (Dhaini et al., 2015).

Le stress, principal facteur aggravant cité, peut avoir différentes causes. Il y a une cause sur laquelle il est difficile pour l'infirmière d'avoir une influence : l'augmentation de la charge de travail.

Les causes sur lesquelles une pratique du MBSR pourrait avoir un effet positif sont :

- les conflits internes (soit au sein de la profession, soit en interprofessionnalité),
- La fatigue de compassion face à des situations de soins où l'infirmière se sent impuissante ou lorsqu'elle ne peut développer une relation soignant-patient adéquate selon ses valeurs.

### **5.2.2. État actuel d'épuisement professionnel chez les infirmières suisses**

En Suisse, 24,2% des infirmières travaillant en EMS disent souffrir d'épuisement émotionnel. Toutefois, les infirmières de soins palliatifs semblent être moins touchées que les autres professions : (32.5% contre 46.3% des autres infirmières en France). Le taux de burn-out dans les soins palliatifs est de 32.5 % et les infirmières sont la profession de la santé la plus touchée. (Le Ray-Landerein, 2016, Dahini et al., 2015).

En ce qui concerne leur parcours professionnel, 45,5% des infirmières cessent d'exercer, dont 23,1% pour changer définitivement de profession. La tranche d'âge des 50 ans est la plus touchée (Lobsiger et al., 2016).

Le burn-out et le stress font partie des principaux motifs d'insatisfaction cités par les infirmières en Suisse (Addor et al., 2016).

### **5.2.3. Efficacité du MBSR sur le stress des soignants**

Le MBSR est une méthode efficace pour le bien être des professionnels de la santé. Les résultats montrent en effet une diminution du stress, de l'humeur négative, de l'anxiété et de l'épuisement émotionnel. Ainsi qu'une amélioration de l'état de santé général et une diminution du stress. (Bazarko et al., 2013, Irving et al., 2009).

En 2014, une revue de littérature a été faite par le département de psychiatrie d'Ottawa en analysant le concept de pleine conscience et son impact sur la santé des soignants

(Raab, 2014) et une autre en 2009 par le département de psychologie de l'université McGill de Montréal (Irving et al., 2009). Ces deux revues de littérature prouvent l'efficacité de la MBSR-

En ce qui concerne le domaine de la santé, une autre revue de littérature de dix recherches sur l'impact du MBSR sur la santé des soignants et sur leur bien-être a prouvé que cette méthode a réduit leur stress, leur anxiété et amélioré leur humeur tout en diminuant l'épuisement émotionnel (Irving, Dobkin & Park, 2009, traduction libre, p. 65).

Une recherche a mesuré l'impact de la méthode MBSR sur les infirmières et a prouvé statistiquement, après une mesure en pré- et post intervention, une diminution du burn-out en améliorant la gestion du stress chez ces dernières (Bazkaro, Cate, Azocar & Kreitzer, 2013, traduction libre, p. 108).

Pour finir, la revue de littérature de Raab (2014) relève une augmentation de la capacité à faire preuve de compassion face à la souffrance chez les soignants.

Tableau 3 : Tableau synoptique des articles selon les thèmes abordés

Cadre de référence		Irving et al., 2009	Dahini et al., 2016	Bazkaro, 2013	Raab, 2013	Le Ray-Landerein, 2016	Lobsiger et al., 2016	Addor, 2016
Thème	Concept majeur							
<b>Le burn-out</b>	Facteurs aggravants	✓				✓	✓	✓
	Chiffres actuels en Suisse		✓				✓	✓
	Liens avec l'environnement de travail	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
<b>Le MBSR</b>	Effets sur le stress des soignants	✓			✓			
	Notion de compassion	✓			✓			

Ce tableau 4 donne une vue d'ensemble des thèmes abordés par articles et est repris dans les résultats et la discussion

#### **5.2.4. Tableaux comparatifs**

Les tableaux suivants permet d'avoir une vue d'ensemble des sept articles retenus pour une analyse complète, afin d'explicitier les données et de les mettre en rapport avec la méthodologie utilisée.

Les items de chaque colonne classent les informations selon l'auteur et l'année, la population étudiée et le type d'étude utilisé, le ou les but(s) de l'étude, la méthodologie mise en place, les résultats saillants en regard de la question de recherche et pour finir les limites de chaque recherche ainsi que les aspects éthiques.

Tableau 4 : Tableau comparatif des études retenues pour l'analyse critique

Auteurs- Année	Population / Type d'étude	But(s) de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats et recommandations	Limites et aspects éthiques
Irving et al., 2009	Les professionnels de la santé (étudiants infirmiers et médecins, infirmières d'unités de soins aigus) du Québec (Montréal et Québec).  Revue de littérature de 10 études empiriques.	Examiner les bénéfices potentiels du MBSR sur le bien-être et les stratégies de coping sur cette population soignante.	10 études empiriques retenues et comparées dans un tableau contenant :  Le nombre de cas étudiés (échantillon entre n=23 et n=302),  Le type d'étude (prospective non randomisée et de cohorte, non-randomisée contrôlée, randomisée contrôlée, pré-post interventionnelle)  Les échelles de mesures utilisées pour récolter les données (MAAS <sup>8</sup> , perceived stress scale, MBI <sup>9</sup> , self-compassion scale...).  Les résultats sont classifiés selon le type d'effet.	Les résultats des dix études analysées montrent chez les professionnels de la santé une diminution du stress, de l'humeur négative et de l'anxiété ainsi que de l'épuisement émotionnel et de certains symptômes du burn-out, en particulier la dépersonnalisation.  La MBSR peut être considérée comme un outil valable pour le bien-être des professionnels de la santé.  Les auteurs recommandent d'explorer les résultats du MBSR sur l'amélioration des soins donnés aux patients.	Les études analysées dans cette revue de littérature sont des études quantitatives. Ces études utilisent un échantillon réduit la plupart du temps et seulement une de ces études fait un comparatif.  Il n'y a pas d'actions entreprises dans cette revue de littérature qui me semblent contraire à l'éthique ou à la déontologie.

<sup>8</sup> Mindful Attention Awareness Scale

<sup>9</sup> Maslach Burnout Inventory. Ces deux échelles sont disponibles en annexe 1.

Auteurs- Année	Population / Type d'étude	But(s) de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats et recommandations	Limites et aspects éthiques
<p><b>Dahini et al., 2016</b></p>	<p>Professionnels de la santé dans des EMS suisses (infirmières diplômées, ASSC et aides-soignants travaillant en interprofessionalité)</p> <p>Étude transversale.</p>	<p>Analyse de la prévalence des problématiques de santé physiques et psychiques des professionnels de la santé en lien avec l'environnement de travail psychosocial.</p>	<p><b>Intervention</b> : Analyse de données secondaire (de l'étude de Zuniga, 2015), données relevées sur n=3471 soignants de 402 unités de 155 EMS.</p> <p><b>Méthode</b> : Modèle régressif utilisé pour analyser le lien entre les problématiques de santé (physiques et psychiques) des soignants et leur environnement psychosocial.</p> <p><b>Instrument de mesure</b> : Réponses mesurées à l'aide d'une échelle en 6 points allant de 0=jamais à 5=plusieurs fois par jour en rapport avec des exemples de situations vécues. Les prédicteurs sont évalués avec des échelles établies pour être utilisées en EMS. L'échelle de mesure du burn-out était le MBI.</p>	<p>24.2% d'épuisement émotionnel associé avec l'augmentation de la charge de travail.</p> <p>Le facteur de stress principal relié à une diminution de la qualité des soins était la charge de travail élevée causant un stress au travail.</p> <p>La modification de l'environnement psychosocial des travailleurs de la santé est une stratégie prometteuse afin d'améliorer la santé psychique et physique des travailleurs. Reste à trouver des solutions efficaces pour mener à bien ce projet.</p>	<p>C'est une étude transversale, il peut exister une inférence causale en interprétant librement les causes de certains facteurs de stress. C'est une analyse de données secondaire, il est impossible d'analyser totalement l'impact sur tous les domaines.</p> <p>Il pourrait exister une source de biais car les résultats étaient reportés par les personnes elles-mêmes.</p> <p>L'étude est supervisée par un comité d'éthique bâlois et les institutions participantes ont signé un consentement.</p>

Auteurs- Année	Population / Type d'étude	But(s) de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats et recommandations	Limites et aspects éthiques
Bazarko et al., 2013	Infirmières employées dans des entreprises aux USA /étude pré-post intervention (étude quantitative), non randomisée.	Mesurer l'impact d'un programme MBSR (effectué par sessions téléphoniques et non en contact direct) durant 8 semaines. Les effets mesurés portaient sur l'amélioration de la santé et du bien-être d'infirmières travaillant en entreprise.	N=36 infirmières (41 au début, 5 abandons). Étude non-randomisée sur trois phases, pré-intervention, durant l'intervention et post-intervention. Mesure de la santé, du stress, du burn-out, de la compassion envers-soi, de la sérénité et de l'empathie durant le programme MBSR de 8 semaines. Première phase 2 semaines avant, dernière phase au bout de 4 mois. L'échelle du stress perçu <sup>10</sup> a été utilisée pour mesurer le taux de stress chez les infirmières durant toute l'étude.	Les résultats sont détaillés selon les chapitres suivants : stress perçu, burn-out, santé, sérénité, empathie et compassion envers soi et démontrent significativement : Une amélioration de l'état de santé général : $t(37)=2.8, p<.01$ . Une diminution du stress, $t(37)=6.8, p<.001$ . Une diminution du burn-out, $t(37)=4.0, p<.001$ . Le rôle des responsables de services pourrait être de promouvoir cette méthode auprès de leurs employés afin d'offrir un outil de diminution du stress facile d'accès et à moindre coût.	Étude menée sur 36 infirmières (échantillon de population réduit). De plus, elles travaillent toutes dans le même environnement. Cette petite étude pilote permet néanmoins de dégager des tendances. Les infirmières participantes étaient volontaires et l'auteur de l'étude a déclaré ne pas avoir de conflit d'intérêt.

<sup>10</sup> Selon Sheldon Cohen, 1983

Auteurs- Année	Population / Type d'étude	But(s) de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats et recommandations	Limites et aspects éthiques
Raab, 2013	Professionnels de la santé au Canada (infirmières, médecins, aides-soignants) Revue de littérature	Mesurer les effets du MBSR sur la compassion manifestée par les soignants lors des soins et de voir si une pratique du MBSR peut (ou non) augmenter la capacité du soignant à faire preuve de compassion.	Les études s'étalent entre 2003 et 2012.  (1) Une étude examine la compassion en tant que médiateur indépendant des effets du MBSR.  (2) Deux autres faites par le même auteur une fois en 2005 (2a) et une autre en 2007 (2b), utilisent l'échelle Neff pour mesurer la compassion.	(1) L'étude indique que la pratique du MBSR peut apporter des bénéfices directs en termes d'acceptation des émotions.  (2a) : n=18 dans le groupe A (avec formation MBSR) N=20 dans le groupe B (groupe de contrôle). Selon l'échelle Neff <sup>11</sup> , le p=0.004 pour la différence entre les deux groupes. En conclusion : le groupe A présente une augmentation de 22% de la compassion contre 3% pour le groupe B.  (2b) : n=22 pour le groupe A (MBSR) et n=32 dans le groupe de contrôle. Là aussi, 90% du groupe A présentaient une augmentation de leur capacité à faire preuve de compassion, contre 29% dans le groupe B.	Il n'y a pas de tableau comparatif pour éclairer la revue de littérature ce qui rend la lecture difficile et le contrôle des variables laborieux.  En ce qui concerne l'étude 2b, 88.9% des participants étaient des femmes, qui sont naturellement plus enclines à la compassion. Ce qui peut influencer les résultats.  De plus, cette étude ne contient que 3 articles analysés ce qui n'est pas exhaustif.

<sup>11</sup> Échelle de mesure de la compassion envers soi, elle peut être effectuée par exemple sur le site : <http://www.psychomedia.qc.ca/tests/echelle-de-compassion-envers-soi-meme>

Auteurs- Année	Population / Type d'étude	But(s) de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats et recommandations	Limites et aspects éthiques
<p><b>Le Ray-Landrein et al., 2016</b></p>	<p>Soignants (médecins, infirmières, aides-soignantes) travaillant en soins palliatifs en France Étude quantitative.</p>	<p>Quantifier le syndrome d'épuisement professionnel (SEP) à travers ses trois dimensions (voir chapitre 2.1) et déterminer s'il existe des variables individuelles qui pourraient influencer le processus.</p>	<p>Étude menée auprès de 129 soignants à l'aide de quatre questionnaires différents (locus control, stress perçu et stratégies, ainsi que le MBI qui permet d'évaluer le burn-out.)</p>	<p>32.5% présentent un SEP Les aides-soignantes ont un score d'épuisement émotionnel beaucoup moins élevé que les infirmières (p=0.020). Pour les médecins la différence est encore plus importante avec un p à 0.0001. Le burn-out est moins prévalent pour les infirmières de soins palliatifs que les infirmières d'autres spécialités (28,8% contre 46.3). L'étude recommande de mener des interventions de prévention primaire et secondaire et développant un coping centré sur le problème de stress en travaillant consciemment sur leur stress (ce qui fait écho sans le nommer au MBSR).</p>	<p>Potentiel biais de sélection dans la constitution de l'échantillon car de nombreux soignants ont été invitées à participer à l'enquête et donc se sentiraient plus concernés par la problématique, ce qui augmenterait le taux d'épuisement professionnel dans cet échantillon plutôt que chez les soignants en général, mais 48.8% étaient des infirmières. L'auteur déclare ne pas avoir de conflit d'intérêt en ce qui concerne le sujet de l'étude.</p>

Auteurs- Année	Population / Type d'étude	But(s) de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats et recommandations	Limites et aspects éthiques
<p><b>Lobsiger et al., 2016</b></p>	<p>Les professionnels de la santé travaillant en Suisse (médecins, dentistes, infirmières, sages-femmes, physiothérapeutes et ergothérapeutes, psychothérapies non-médicales, professions médico-techniques) Étude analytique de base de données</p>	<p>Donner une vue d'ensemble de l'activité professionnelle du personnel de santé, notamment des infirmières et identifier les raisons de leurs sorties de la profession.</p>	<p>Analyse des données du relevé structurel santé (RS) de l'OFSP pour l'année 2013 dans la population Suisse. Les variables prises en compte ont été les suivantes : profession exercée et branche d'activité. Infirmières : n=2388</p>	<p>Sorties de la profession pour les infirmières : 45.5% dont 23.1% changent de profession, 15.4% sortent de la vie active et 7.4% changent de branche d'activité. Les infirmières quittent plus la profession que les infirmiers (47.2% contre 38.9%). La branche des infirmières 50 ans et plus est la plus touchée (55.8%). Le fait de quitter la profession peut dans certains cas ne pas découler de mauvaises conditions de travail mais d'un choix personnel pour des raisons familiales.</p>	<p>Comme c'est une enquête d'échantillonnage, les estimations ont une marge d'incertitude surtout que le sous-échantillon est petit. L'intervalle de confiance (IC) est de 95%. Certaines personnes ont pu réintégrer la profession par la suite sans que cela se sache. Éthiquement, il faudrait vérifier la confidentialité des réponses données par les participants.</p>

Auteurs- Année	Population / Type d'étude	But(s) de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats et recommandations	Limites et aspects éthiques
<p><b>Addor et al., 2016</b></p>	<p>Infirmières en Suisse.  Étude descriptive du parcours professionnel des infirmières ces 40 dernières années</p>	<p>Décrire et analyser le parcours des infirmières ces 40 dernières années afin d'optimiser la gestion des ressources en personnel infirmier.</p>	<p>15301 participantes<sup>12</sup> à un questionnaire mis en ligne entre le 15 septembre 2014 et le 28 février 2015 dans trois des quatre langues nationales.  Les infirmières ayant quitté le secteur de la santé ont été comparées avec celles qui sont restées en calculant les odds ratio avec un IC de 95%.</p>	<p>Satisfactions: autonomie, <i>empowerment</i>, ambiance de travail et communication interne.  Insatisfactions : flexibilité des horaires, surcharge de travail, participation aux décisions, les salaires et la conciliation travail/vie de famille.  Le burn-out et le stress font partie des principaux motifs d'insatisfaction à 35%  Raisons d'un départ de la profession : faible identification avec la profession, besoins de se consacrer à sa vie privée, manque de soutien de la hiérarchie et envie de découvrir une autre profession.  90% des infirmières se disent satisfaites de leur emploi actuel.  Les infirmières qui quittent leur profession le font tôt dans leur carrière, il faut donc les fidéliser dès la formation.</p>	<p>Le taux de participation à l'enquête est relativement bas. Le biais de mémoire peut être également invoqué car les questions posées pouvaient solliciter des événements remontant à loin. Les parcours professionnels pouvaient être incomplets et certaines données pouvaient manquer dû à la longueur du questionnaire.  Étude financée par des institutions étatiques sans conflit d'intérêt.</p>

<sup>12</sup> Le féminin sous entend le masculin

## **6. DISCUSSION**

En confrontant la question de recherche avec les résultats obtenus après analyse des différents articles, les constatations de cette discussion ont été classées selon les deux thèmes suivants : importance de la problématique et les effets du MBSR sur le burn-out ainsi que les liens entre l'ancrage théorique et la problématique.

### **6.1. L'importance de la problématique**

Tout d'abord, les chiffres parlent d'eux-mêmes : Les infirmières suisses sont stressées et pas loin de la moitié sont touchées par le burn-out, tandis que près d'une sur deux abandonne la profession (45.5%), parfois avant d'avoir atteint les dix ans de pratique (Lobsiger et al., 2016). Le manque de personnel soignant ainsi que la prévalence du stress et du burn-out dans la profession impactent directement les patients en réduisant la qualité des soins. Les soignants sont également touchés par la diminution de celle-ci et décrivent une plus grande insatisfaction dans leur pratique lorsqu'ils constatent qu'ils ne peuvent pas prodiguer les meilleurs soins possibles (Dahini et al., 2016).

Un article met en lien l'épuisement émotionnel avec l'augmentation de la charge de travail et préconise une modification de l'environnement de travail psychosocial (Dahini et al., 2016).

Quant à l'article de Le Ray-Landrein (2016) p. 212, il indique une prévalence de burn-out à 28.8% des infirmières de soins palliatifs contre 46.3% chez les infirmières d'autres services. Il faut tout de même souligner que ces chiffres concernent la France, où les conditions de travail sont plus difficiles qu'en Suisse.

Dans les principaux motifs d'insatisfaction vis-à-vis de leur emploi, les infirmières déclarent à 35% que leur souci premier est d'être un jour confrontée au burn-out. Le point positif à relever est que malgré tout, 90% des infirmières se disent satisfaites de leur emploi actuel (Addor et al., 2016).

Un autre fait mis en évidence en ce qui concerne le stress et le burn out est l'augmentation de divers problèmes de santé physiques comme la fatigue, l'insomnie, l'obésité, l'hypertension, les infections, la carcinogenèse, le diabète et d'une manière générale un vieillissement prématuré (Irving et al., 2009). Ceci est un fait à ne pas négliger car il impacte directement sur les coûts de la santé.

## **6.2. Effets du MBSR sur le burn-out**

La méthode MBSR a des effets avérés de diminution du stress chez les professionnels de la santé et pourrait donc être envisagée comme un bon outil à mettre à disposition des infirmières.

Les effets constatés sur les soignants ayant pratiqué la méthode MBSR sont : une diminution du stress, de l'humeur négative et de l'anxiété ainsi que de l'épuisement émotionnel et de certains symptômes du burn-out, en particulier la dépersonnalisation ce qui en fait un outil qui concourt au bien-être des soignants (Irving et al., 2009).

La diminution significative du burn-out est également mise en évidence dans l'étude de Bazkaro (2013) ainsi qu'une diminution du stress et une amélioration de l'état de santé en général.

En ce qui concerne la capacité à faire preuve de compassion, pouvant être vue comme un facteur de diminution du burn-out<sup>13</sup> selon Klimecki (2014), l'étude de Raab (2013) p.104 fait le constat que les soignants ayant pratiqué la MBSR montraient une augmentation de leur capacité à faire preuve de compassion de 22% contre 3% dans le groupe ne pratiquant pas cette méthode.

## **6.3. Liens entre les ancrages théoriques et la question de recherche**

Les résultats peuvent être illustrés par la théorie infirmière de l'être humain unitaire tout d'abord par le lien personne/environnement, central dans la théorie de Rogers. En effet, l'environnement psychosocial est mis en évidence dans l'étude de Dahini et al., (2016) comme un facteur de stress pour le soignant.

En ce qui concerne la vision qu'a Rogers de la profession infirmière, elle invite les infirmières à faire preuve de créativité et d'adaptation. Dans un environnement de travail en continuels changements, le parallèle peut-être fait avec l'audace d'oser pratiquer une méthode comme le MBSR, pourtant novatrice sous nos latitudes.

Bien sûr, d'autres théoriciennes infirmières auraient pu soutenir ce travail. Tout d'abord Rose-Marie Parse et sa théorie de l'humaindevenant. En effet, sa définition de la « présence vraie » comme une écoute intentionnelle basée sur un art interpersonnel qui est lui-même enraciné dans les connaissances issues de l'humaindevenant » (Pepin et al., 2010, p.50)

---

<sup>13</sup> Voir chapitre 2.3

reflète les principes d'application de la méthode MBSR. En raison de la complexité de la théorie, qui est encore en cours d'élaboration, j'ai préféré une théoricienne plus ancienne.

La deuxième théoricienne qui aurait pu étayer ce travail est Laurie Gottlieb, de l'université McGill et sa théorie de l'approche de soins fondée sur les forces (ASFF).

Comme son nom l'indique, cette théorie s'appuie sur les forces et les ressources d'une personne ou d'une famille. Centrée sur la personne, *l'empowerment* (donner le pouvoir d'agir) est favorisé par l'infirmière qui facilite et encourage les autosoins. (Gottlieb, 2014)

En ce qui concerne les métaparadigmes, **la santé** se réfère à la conception de Florence Nightingale ; c'est-à-dire qu'elle est vue comme un processus en devenir tandis que la personne évolue. La santé coexiste avec la maladie, qui est elle-même une occasion d'apprentissage. **La personne** est unique et indivisible et ne fait qu'un avec son **environnement**. **Le soin** doit quant à lui favoriser l'autodétermination (Gottlieb, 2014).

La partie des écrits de Laurie Gottlieb qui font le plus de sens au regard de ma problématique sont les catégories de forces pour l'infirmière, décrites par l'auteure. Elle énonce les forces suivantes pour l'infirmière, mises ici en lien avec les principes de la méthode MBSR :

*Tableau 4 : Catégories de forces et principes de la méthode MBSR (Gottlieb, 2014)*

<b>Catégories de forces selon Gottlieb</b>	<b>Principes de la méthode MBSR</b>
Forces en matière de mentalité (pleine conscience, humilité, ouverture d'esprit, attitude dénuée de jugement de valeur)	Utilisation et entraînement des forces mentales en pratiquant une ouverture d'esprit face à ses propres sentiments, sans juger de leur valeur, afin de vivre en pleine conscience les événements.
Forces en matière de connaissances et de savoir (introspection)	La méthode MBSR nécessite une volonté d'introspection face à soi-même.
Forces en matière de relations (respect, confiance, empathie, bienveillance)	La bienveillance et l'empathie sont des valeurs centrales du MBSR.

L'auteure met également en avant huit sens qui permettent à l'infirmière de faire preuve d'une capacité d'observation indispensable pour être consciente des sensations internes de son propre corps ainsi que de développer une conscience de ses propres pensées, sentiments et intentions face à une situation de soin ou de relation soignante. Afin d'éduquer ses sens, l'infirmière utilise trois processus mentaux : en premier, l'ouverture intérieure, qui vise à cultiver un état de réceptivité face au patient. Ensuite, l'objectivité permet de faire écho aux préoccupations du patient. Finalement, l'observation aide la personne à prendre conscience de son expérience (Gottlieb, 2014).

Cette analyse des forces et des sens de l'infirmière ainsi que l'utilisation de processus mentaux semblables à la méthode MBSR font donc de cette théorie un ancrage qui aurait pu être intéressant. Je l'ai malheureusement découverte trop tard lors de l'écriture de ce travail et n'ai pas pu par conséquent, étayer ma recherche.

## 7. CONCLUSION

Ce travail est l'aboutissement d'une aventure qui a commencé bien avant 2014. Il est le fruit d'un cheminement et d'une interrogation qui n'ont cessé de grandir au fil des années. Comment devenir une « bonne » infirmière, et surtout, comment le rester ? Dans les premiers stages, l'étudiante que je suis a été confrontée à la réalité de certaines infirmières épuisées. Après avoir constaté sur le terrain et dans la littérature que le burn-out est une réelle problématique, se posait la question des moyens à disposition pour diminuer et apprendre à gérer le stress néfaste pouvant mener à l'épuisement professionnel. La méthode MBSR, basée sur l'acceptation des émotions et la compassion en est une parmi d'autres et elle semble efficace. Mais le tout n'est pas de savoir qu'elle existe ; reste aussi à diffuser et à enseigner cette méthode afin de garantir un avenir serein à la profession.

Ce dernier chapitre a pour but de mettre en avant les apports de cette revue de littérature mais également ses limites : apports tant pour l'auteure que pour amener une réflexion sur le thème du burn-out, limites aussi, bien entendu, car ce travail ne prétend pas solutionner un thème aussi complexe, mais simplement apporter la vision d'une étudiante infirmière et surtout d'une future professionnelle sur les défis qu'elle devra affronter.

L'autre partie de ce chapitre final sera consacrée à l'énonciation de pistes de recherches pour le futur car bien entendu, il faudrait bien plus de temps et d'investissement pour les explorer toutes, ce qui n'est pas le but de ce travail de Bachelor.

### 7.1. Limites et apports du travail

Malgré le fait que les études portant sur l'efficacité du MBSR semblent prometteuses, il faut garder en tête que la plupart des études quantitatives ont été effectuées sur de petits échantillons de population et que seul l'article d'Irving et al. (2009) contient une recherche utilisant un comparatif.

De plus, l'évaluation du stress repose sur la description subjective que les professionnels de la santé font de leur propre état psychique. Seule une analyse clinique de la revue de littérature d'Irving et al. (2009) a analysé le taux de cortisol salivaire. Les autres utilisaient par exemple les échelles comme le Maslach Burnout Inventory ou l'échelle MAAS<sup>14</sup>.

Il n'y a pas de recherche investiguant les possibles effets négatifs du MBSR, et il serait intéressant de se demander si ce programme convient à toute personne.

---

<sup>14</sup> Mindful Attention Awareness Scale, échelle de mesure de l'attention et de la pleine conscience.

Toujours en ce qui concerne la revue de littérature d'Irving et al. (2009), six des dix études analysées portent sur des étudiants du domaine médical. N'étant pas soumis aux mêmes facteurs de stress, il est légitime de se demander s'ils continueront d'utiliser cette méthode une fois plongés dans le monde du travail. Comme deux des articles analysés sont de précédentes revues de littérature, cela permet d'avoir une évaluation encore plus large de l'efficacité du MBSR.

En ce qui concerne les personnes sélectionnées pour participer aux études sur le MBSR, elles étaient la plupart du temps volontaires, ce qui implique une motivation et donc forcément de meilleurs résultats. Le même problème se pose en ce qui concerne les études sur le burn-out et le stress des infirmières. Si elles sont effectivement touchées par cette problématique, la tentation d'exagérer le problème peut survenir, ce qui crée un biais de sélection.

En ce qui concerne les apports de ce travail, il répond à la question de recherche : la méthode MBSR est-elle efficace pour prévenir le burn-out des infirmières en Suisse ? En effet d'après cette courte revue de littérature, la tendance qui se dégage nettement est que oui, la méthode MBSR pourrait être une solution parmi d'autres pour lutter contre le burn-out des infirmières en Suisse. Ce travail permet également de montrer que le burn-out ne préoccupe pas seulement les soignants qui pratiquent depuis de nombreuses années et qu'il intéresse également les étudiants, qui s'inquiètent également pour l'avenir de leur profession et donc leur propre avenir.

## **7.2. Bilan personnel et professionnel**

L'écriture de ce travail m'a permis d'approfondir une démarche scientifique, en utilisant tous les appuis méthodologiques dont j'ai bénéficiés durant ma formation. J'ai eu l'occasion d'approfondir une théorie de soins que je n'avais jamais utilisée auparavant et d'aller encore plus loin que lors de précédents travaux. La richesse de la pensée de Rogers m'a permis d'ancrer mon travail dans une théorie solide, bien qu'abstraite.

En ce qui concerne la formation à la méthode MBSR dont j'avais bénéficié lors de mon échange à l'université Laval, je dois avouer que j'avais un peu mis de côté sa pratique avant de commencer cette recherche. En reparler à nouveau et surtout l'approfondir m'a permis de l'utiliser quotidiennement et ainsi de faire face aux sollicitations stressantes que peut-être l'écriture d'un tel travail.

Je dois dire que me confronter ainsi à une réalité inquiétante de la profession infirmière, à savoir un risque élevé de développer un jour dans ma future carrière un syndrome d'épuisement professionnel ou un abandon de carrière, m'a fait réfléchir. Mais le but de cette

revue de littérature n'est pas d'effrayer ou de décourager, mais bien de mettre en avant une note d'espoir en disant que bien que le problème existe, les solutions sont là et elles ne demandent pas de grands efforts pour être appliquées.

J'ai ainsi pu développer, grâce à ce travail de Bachelor une conscience de l'importance d'une bonne gestion du stress dans la pratique infirmière.

### ***7.2.1. Difficultés et facilités rencontrées lors de la réalisation***

Lors de la réalisation de ce travail de Bachelor, je dirai que la principale difficulté à laquelle j'ai été confrontée fut de l'écrire entièrement seule, alors que mes collègues collaboraient par groupes de deux ou trois personnes. Outre la charge de travail supplémentaire, le défi consistait à rester dans une ligne bien précise sans avoir d'avis extérieur pour les analyses, en dehors de ma directrice de travail de Bachelor. Mais il y avait également un avantage au fait d'être seule : je pouvais par contre avancer à mon rythme. cela requérant toutefois une discipline personnelle.

En ce qui concerne le sujet de mon travail, je dois dire que j'étais curieuse de creuser le sujet de l'épuisement professionnel chez les infirmières. Quant à la méthode MBSR, j'avais le souhait de la partager, surtout avec mes collègues de promotion, car cette méthode m'a beaucoup aidée, que ce soit lors des stages, de mes études ou simplement dans ma vie quotidienne. Ce fut donc une motivation supplémentaire pour moi de travailler ce sujet durant de nombreuses heures.

## **8. RECOMMANDATIONS**

### **8.1. Défis futurs de la profession infirmière face au burn-out**

L'étude de Lobsiger et al. (2016) souligne qu'une grande partie des professionnels de la santé et particulièrement les infirmières quittent la profession au cours de leur carrière, ce qui laisse craindre une augmentation de la pénurie de personnel formé dans le domaine de la santé en particulier. Cela ouvre la discussion afin de trouver des mesures qui permettraient de fidéliser les infirmières à leur poste et d'encourager les nouvelles générations à entreprendre des études dans ce domaine. Selon Addor et al. (2016), les mesures pourraient notamment concerner de meilleures possibilités afin de concilier vie professionnelle et familiale, une révision des grilles salariales, une augmentation de *l'empowerment* des infirmières (afin de participer plus activement aux décisions) et des possibilités d'évolution, mais surtout une diminution de la charge de travail, principal facteur de stress et de burn-out et étant cité comme le motif prépondérant d'insatisfaction chez les infirmières.

De plus, toujours selon Addor (2013), il est vital pour l'avenir de la profession de fidéliser le plus tôt possible les infirmières en concevant des stratégies afin d'éviter qu'elles ne quittent prématurément la profession, Par exemple : en concentrant une prévention dès le début de leur carrière et surtout en favorisant des mesures qui inciteraient certaines infirmières à revenir dans la profession afin de traiter la problématique de burn-out en priorité.

Un programme de prévention sur trois niveaux pourrait être envisagé :

- Au niveau primaire, en enseignant la méthode au niveau bachelor par exemple lors du module d'intégration 5, dont une des parties est consacrée à la préparation à l'entrée dans le monde du travail.
- Au niveau secondaire, en proposant pour les infirmières diplômées au préalable un accès facilité à une formation de 8 semaines.
- Au niveau tertiaire, en offrant la méthode MBSR comme moyen de réinsertion dans le monde du travail après un épisode de burn-out.

## 8.2. Éventuelles pistes de réflexion et de recherches futures

Suite à l'analyse des articles sélectionnés, il est possible de répondre à la question de recherche finale : « la méthode MBSR est-elle efficace pour prévenir l'épuisement professionnel chez les infirmières en Suisse ? » par la réponse suivante :

La méthode MBSR s'avère efficace pour diminuer le ressenti du stress ainsi que la prévalence du burn-out chez les infirmières.

Il serait intéressant à l'avenir de produire plus d'études randomisées en proposant d'autres méthodes impliquant des exercices cognitifs autres et d'analyser les répercussions autour d'une meilleure gestion du stress, comme par exemple les effets sur les relations sociales ou familiales de la personne ayant appris à gérer son stress grâce au MBSR.

Une fois cette constatation établie, de nouvelles questions se profilent à l'horizon.

- Quelle est la composante de cette méthode qui influe sur le stress ?
- Pourrait-on simplifier la formation à la méthode MBSR ou simplement la raccourcir afin de la rendre plus accessible ?
- Comment la diffuser et la faire connaître au plus grand nombre de soignants ?
- Est-ce qu'un stress bien géré par les soignants améliore la rapidité de rétablissement chez les patients et donc les coûts de la santé ?
- Pourquoi les infirmières en soins palliatifs semblent-elles être moins touchées par le burn-out ? (Le Ray-Landrein et al., 2016)
- Un stress bien géré est-il la solution pour une longévité de carrière en soins-infirmiers ?

### 8.2.1. *Mot de la fin*

Ce travail ne prétend pas solutionner le problème d'un coup de baguette magique mais plutôt de proposer une réflexion sur l'importance de prévenir le burn-out dès le début de la formation. D'après Addor et al. (2016), lorsque les infirmières quittent leur profession, elles le font tôt dans leur carrière, d'où l'importance de les ancrer dans la profession et de les armer face au stress dès le début. Après tout, si le programme d'enseignement du Bachelor en soins-infirmiers insiste sur l'ergonomie pour prévenir les maux de dos, ou sur l'hygiène et le port de gants pour éviter les accidents d'exposition au sang, pourquoi ne pas prévenir de la même manière le burn-out ?

Le titre de ce travail, « *la compassion, un rempart à l'épuisement professionnel des infirmières suisses* », se voulait volontairement provocateur. En mettant au centre cette valeur soignante qu'est la compassion, je voulais interpeller le lecteur.

La compassion n'est-elle pas une vertu essentielle de la pratique soignante ? Totalement liée à la présence vraie, à l'écoute et à la disponibilité, elle reflète une relation soignante attendue par les patients, dans un moment de leur vie où ils expérimentent une grande détresse.

Mais dans un environnement hospitalier régi par un cadre professionnel basé sur la technique et les preuves scientifiques, comment laisser place à une créativité infirmière ? Dans un environnement de travail aux sollicitations extrêmes dont les charges de travail ne cessent d'augmenter, comment laisser la place à la spontanéité de l'écoute et du dialogue ?

Pour être pleinement compatissant, le soignant doit être pleinement présent à ce qu'il fait, mais pas au détriment de son propre bien-être. Pour ce faire, il doit être conscient de la différence entre empathie et compassion. Et si la compassion s'apprenait ? Et si elle pouvait être enseignée aux futurs professionnels de la santé comme on enseigne la communication ? Cela pourrait être un pas de plus vers une formation revendiquée par toutes les théoriciennes infirmières, c'est-à-dire une profession scientifique mais avant tout humaniste.

## 9. RÉFÉRENCES

- Addor, V., Schwendimann, R., Gauthier, J.-A., Wernli, B., Jäckel, D. & Paignon, A. (2016). *L'étude nurses at work: parcours professionnels des infirmières/infirmiers au cours des 40 dernières années en Suisse* (OBSAN Bulletin 8/2016). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- Alligood M., (2013). *Nursing Theory : Utilisation and application*. St-Louis : Elsevier Mooby
- Bazarko Dawn, Cate Rebecca, Azocar Francisca, & Kreitzer Mary Jo. (2013). The impact of an Innovative Mindfulness-Based-Stress-Reduction Program on the health and well being of nurses employed in a corporate setting. *Journal of Workplace Behavioral Health* 28 :2, p. 107-133. DOI : 10.1080/15555240.2013.779518
- Canoui, P. & Mauranges, A. (1998). *Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants : de l'analyse du burn out aux réponses*. Paris : Masson.
- Chiesa, A., & Serretti, A. (2009). Mindfulness-based stress reduction for stress management in healthy people : a review and meta-analysis. *Journal of Alternative Complementary Medicine*, 15(5), 593-600.
- Choque S. & Choque J. (2005). *Stress : apprendre à le gérer*. Paris : Lamarre.
- Dhaini R. Suzanne, & Zuniga Franziska. (2015). Care workers health in Swiss nursing homes and its association with psychosocial work environment: a cross-sectional study, *International Journal of Nursing Studies*. p. 105-115. Basel.

- Doublet D., Lemaire M., Damourette V., Derousseaux F.-X., & Blond S. (2002). Accompagnement de fin de vie et souffrance des soignants. *Doul. et Analg.*, p. 101-105. Lille.
- Figley, C.R. (2002). Compassion fatigue : psychotherapists' chronic lack of self care. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 1433-1441.
- Figley, C.R. (2002b). *treating compassion fatigue*. New-York : Brunner-Routledge.
- Gottlieb, L.N. (2014). *Les soins infirmiers fondés sur les forces. La santé et la guérison de la personne et de la famille*. Bruxelles : De Boeck.
- Grégoire, S., Baron, C. & Baron, L. (2012). Pleine conscience et counseling. *Revue canadienne de counseling et de psychothérapie*, 46(2), 161-177.
- Irving, J.A., Dobkin, P.L., & Park, J. (2009). Cultivating mindfulness in health care professionals : a review of empirical studies of mindfulness-based stress reduction (MBSR). *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 15, 61-66.
- Jaccard-Ruedin H., Weaver F., Roth M., Widmer M., (2009). Personnel de santé en Suisse – état des lieux et perspectives jusqu'en 2020. *Observatoire suisse de la santé*, Neuchâtel.
- Klimecki, O., (2014). De l'empathie à la compassion : un parcours émotionnel face à la souffrance. *Le journal (UNIGE)*, 93, p.3.
- Le Ray-Landrein F., Gillet N., Colombat P., & Dubourg P. (2016). Le burn-out des soignants travaillant en soins palliatifs. *Psycho-Oncol.*, p. 211-219. Tours.
- Lobsiger M., & Kägi W., (2016). Les professionnels de la santé : sorties de leur profession. *Observatoire suisse de la santé*, p. 1-4. Neuchâtel.

- Maslach C. & Jackson S.-E., (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of occupational behaviour*, Vol. 2. P. 99-113. Berkley
- McKenzie, S., (2015). *La pleine conscience au travail : comment éviter le stress, s'accomplir et apprécier la vie*. Louvain-La-Neuve : De Boeck
- Organisation mondiale de la santé. (2014). *Agency for healthcare research and quality*.  
Accès : <http://www.ahrq.gov/research/findings/nhqrdr/nhqr13/chap3a.html#supportive>
- Parker, M-E. & Smith M. (2015). *Nursing theories and nursing practice :fourth edition*. Philadelphia : F.A Davis Compagny.
- Pépin, J., Kérouac, S., & Ducharme, F. (2010). *La pensée infirmière* (3e éd.). Montréal: Chenelière éducation.
- Raab K. (2014). Mindfulness, self-compassion, and empathy among health care professionals : a review of the literature. *Journal of Health Care Chaplaincy*, p. 95-108. Ottawa.
- Zuniga F., Ausserhofer D., Hamers J.P-H, Engberg S., Simon M., & Schwendimann R.. (2015). Are staffing, Work Environnement, Work Stressors, and Rationing of Care Related to Care Workers' Perception of Quality of Care ? Basel. Consulté à l'adresse [www.jamda.com](http://www.jamda.com)

## 10. ANNEXES

### 10.1. Annexe 1 : Échelles MBI et MAAS

#### Test d'Inventaire de Burnout de Maslach - MBI

Comment percevez-vous votre travail ? Etes-vous épuisé(e) ?  
Quelle est votre capacité à gérer votre relation aux autres ?  
Où en êtes-vous sur votre degré d'accomplissement personnel ?

- Précisez la fréquence à laquelle vous ressentez la description des propositions suivantes en entourant le chiffre correspondant avec :

- 0 = Jamais
- 1 = Quelques fois par an, au moins
- 2 = Une fois par mois au moins
- 3 = Quelques fois par mois
- 4 = Une fois par semaine
- 5 = Quelques fois par semaine
- 6 = Chaque jour

- Additionnez les scores obtenus dans chacune des 3 dimensions proposées au bas du questionnaire. Voyez si ces scores sont à un degré « faible », « modéré » ou « élevé ».

	Jamais ↓		Chaque jour ↓					
	0	1	2	3	4	5	6	
01 - Je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail	0	1	2	3	4	5	6	
02 - Je me sens à bout à la fin de ma journée de travail	0	1	2	3	4	5	6	
03 - Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail	0	1	2	3	4	5	6	
04 - Je peux comprendre facilement ce que mes patients/clients/élèves ressentent	0	1	2	3	4	5	6	
05 - Je sens que je m'occupe de certains patients/clients/élèves de façon impersonnelle, comme s'ils étaient des objets	0	1	2	3	4	5	6	
06 - Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort	0	1	2	3	4	5	6	
07 - Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes patients/clients/élèves	0	1	2	3	4	5	6	
08 - Je sens que je craque à cause de mon travail	0	1	2	3	4	5	6	
09 - J'ai l'impression, à travers mon travail, d'avoir une influence positive sur les gens	0	1	2	3	4	5	6	
10 - Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail	0	1	2	3	4	5	6	
11 - Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement	0	1	2	3	4	5	6	
12 - Je me sens plein(e) d'énergie	0	1	2	3	4	5	6	
13 - Je me sens frustré(e) par mon travail	0	1	2	3	4	5	6	
14 - Je sens que je travaille « trop dur » dans mon travail	0	1	2	3	4	5	6	
15 - Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes patients/clients/élèves	0	1	2	3	4	5	6	
16 - Travailler en contact direct avec les gens me stresse trop	0	1	2	3	4	5	6	
17 - J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes patients/clients/élèves	0	1	2	3	4	5	6	
18 - Je me sens ragaillardi(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de patients/clients/élèves	0	1	2	3	4	5	6	
19 - J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail	0	1	2	3	4	5	6	
20 - Je me sens au bout du rouleau	0	1	2	3	4	5	6	
21 - Dans mon travail, je traite les problèmes émotionnels très calmement	0	1	2	3	4	5	6	
22 - J'ai l'impression que mes patients/clients/élèves me rendent responsable de certains de leurs problèmes	0	1	2	3	4	5	6	

**Total du Score d'Épuisement Professionnel (SEP)**

Additionnez les scores que vous avez obtenus aux questions 01. 02. 03. 06. 08. 13. 14. 16. 20

SEP =

Épuisement Professionnel	SEP < à 17	18 < SEP < 29	30 < SEP
	Degré faible	Degré modéré	Degré élevé

**Total du Score Dépersonnalisation / Perte d'empathie (SD)**

Additionnez les scores que vous avez obtenus aux questions 05. 10. 11. 15. 22

SD =

Dépersonnalisation	SD < à 5	6 < SD < 11	12 < SD
	Degré faible	Degré modéré	Degré élevé

**Total du Score Accomplissement Personnel (SAP)**

Additionnez les scores que vous avez obtenus aux questions 04. 07. 09. 12. 17. 18. 19. 21.

SAP =

Accomplissement Personnel	SAP < à 33	34 < SAP < 39	40 < SAP
	Degré faible	Degré modéré	Degré élevé

Degré de Burn Out

Attention si vos scores SEP et SD se trouvent tous les deux dans le rouge !

Surtout si votre degré d'accomplissement est également dans le rouge !!!

SEP	L'épuisement professionnel (Burn Out) est typiquement lié au rapport avec un travail vécu comme difficile, fatiguant, stressant... Pour Maslach, il est différent d'une dépression car il disparaîtrait pendant les vacances.
SD	La dépersonnalisation, ou perte d'empathie, se caractérise par une baisse de considération positive à l'égard des autres (clients, collègues...), c'est une attitude où la distance émotionnelle est importante, observables par des discours cyniques, dépréciatifs, voire même par de l'indifférence.
SAP	L'accomplissement personnel est un sentiment « soupape de sécurité » qui assurerait un équilibre en cas d'épuisement professionnel et de dépersonnalisation. Il assure un épanouissement au travail, un regard positif sur les réalisations professionnelles.

Maslach, C et col. (2006). *Burn-out : l'épuisement professionnel*. Presses du Belvédère.

## MAAS

Évaluez à quel point les énoncés ci-dessous vous décrivent en utilisant l'échelle ci-dessous.

	1	2	3	4	5	6
	Presque toujours	Fréquemment	De temps en temps	Pas très fréquent	Rarement	Presque jamais
1. Je peux avoir des émotions et ne m'en rendre compte que plus tard.	1	2	3	4	5	6
2. Je casse ou renverse des choses par négligence, par manque d'attention ou parce que je pense à autre chose.	1	2	3	4	5	6
3. Je trouve difficile de maintenir mon attention au moment présent.	1	2	3	4	5	6
4. J'ai tendance à marcher vite pour aller quelque part sans faire attention à ce que je ressens en chemin.	1	2	3	4	5	6
5. J'ai tendance à ne pas détecter les sensations de tension physique ou d'inconfort à moins qu'ils ne m'accaparent.	1	2	3	4	5	6
6. J'oublie presque automatiquement le nom d'une personne lorsque je l'entends pour la première fois.	1	2	3	4	5	6
7. J'ai l'impression d'agir sur le "mode automatique" sans réellement prendre conscience de ce que je fais.	1	2	3	4	5	6
8. Je me dépêche à faire mes activités sans être attentif(ve) à ce que je fais.	1	2	3	4	5	6
9. Je suis tellement centré(e) sur mon objectif à atteindre que je perds contact avec ce que je fais dans l'instant pour y arriver.	1	2	3	4	5	6
10. J'exécute des travaux et des tâches comme un automate, sans conscience de ce que je fais.	1	2	3	4	5	6
11. J'ai tendance à écouter partiellement ce qu'on me dit en faisant autre chose en même temps.	1	2	3	4	5	6
12. Il m'arrive de conduire l'auto et d'être surpris de me retrouver à un certain endroit.	1	2	3	4	5	6
13. Je suis préoccupé(e) par mon passé ou mon futur.	1	2	3	4	5	6
14. Je fais des choses sans y porter attention.	1	2	3	4	5	6
15. Je grignote sans me rendre compte que je mange.	1	2	3	4	5	6

Adapté de © Brown and Ryan 2003, American Psychological Association

## 10.2. Annexe 2 : Détails du programme MBSR

Semaine	Thème	Entraînement
1	<i>Commencer là où nous sommes</i>	<i>Apprendre à reconnaître le mode automatique et en sortir intentionnellement.</i>
2	<i>Entrer dans la pratique</i>	<i>Perception et réponses créatives, comment nous voyons les situations.</i>
3	<i>Rencontrer le corps</i>	<i>Conscience du corps et de la respiration dans les moments de stress.</i>
4	<i>Rester présent</i>	<i>Découvrir différentes manières d'être présent et les cultiver.</i>
5	<i>Résistances et réactivité</i>	<i>Qu'est-ce que le stress ? Observer notre réactivité au stress avec curiosité et ouverture.</i>
6	<i>Répondre plutôt que réagir</i>	<i>Comment répondre au stress plutôt que réagir. Comment faire face aux situations relationnelles stressantes avec conscience.</i>
7	<i>Pratiquer au quotidien</i>	<i>La pleine conscience au quotidien. Cheminer vers l'autonomie.</i>
8	<i>Continuer après...</i>	<i>Comment stabiliser les acquis et continuer après le programme.</i>

Tiré de : McKenzie, S., (2015). La pleine conscience au travail : comment éviter le stress, s'accomplir et apprécier la vie. Louvain-La-Neuve : De Boeck

### 10.3. Annexe 3 : Exemples de fiches de lecture

## Fiche de lecture N°: 1

#### Auteur :

Suzanne R. Dhaini, Franziska Zúñiga, Dietmar Ausserhofer, Jan P.H. Hamers, Sandra Engberg, Michael Simon, René Schwendimann.

#### Référence complète :

Zuniga F., et al., « Care workers health in Swiss nursing homes and its association with psychosocial work environment: A cross-sectional study ». International Journal of Nursing studies 53 (2016). P.105-115

#### Sujet de la fiche de lecture :

Des études précédentes ont démontré la mauvaise santé psychique et physique des soignants en EMS. Cette étude tente de découvrir quelle est cette prévalence et leurs liens avec l'environnement psychosocial du lieu de travail.

#### **Résumé/ point de vue de l'auteur :**

C'est une analyse secondaire des données de l'étude de Zuniga (article 1). Le but est d'explorer la prévalence des maladies physiques et psychiques dans les EMS suisses et de faire des liens avec l'environnement de travail d'un point de vue psychosocial.

L'épuisement émotionnel et la problématique psychique la plus souvent mise en avant (24.2%) mis en liens avec l'augmentation de la charge de travail, un manque de préparation au travail et des conflits avec d'autres professionnels de la santé ainsi qu'un manque de reconnaissance.

#### **Concept :**

Qualité des soins, environnement psychosocial, épuisement professionnel.

#### **Idées forces :**

Le stress au travail est décliné en plusieurs items et sous items, prouvant ainsi la complexité des causes du problème.

Lien avec l'article de Zuniga et al. mais accentué sur la problématique des problèmes psychiques des soignants

#### **Liens avec d'autres informations :**

En lien avec l'article de Zuniga et al.

## Fiche de lecture N°: 2

### **Sujet de la fiche de lecture :**

Utilisation du MBSR sur 8 semaines au lieu de 6 semaines, effectué sur 32 infirmières. Un questionnaire de mesure du stress avant, après 8 semaines puis après 4 mois.

### **Référence complète :**

Dawn Bazarko , Rebecca A. Cate , Francisca Azocar & Mary Jo Kreitzer (2013)  
The Impact of an Innovative Mindfulness-Based Stress Reduction Program on the Health and Well-Being of Nurses Employed in a Corporate Setting, Journal of Workplace Behavioral Health,  
28:2, 107-133, DOI: 10.1080/15555240.2013.779518

### **Résumé/ point de vue de l'auteur :**

Utilisation du MBSR sur 8 semaines au lieu de 6 semaines, effectué sur 32 infirmières. Questionnaire de mesure du stress avant, après 8 semaines puis après 4 mois.

On relève une diminution de l'impact du stress sur les infirmières, leurs familles, les patients et leur santé ainsi que des coûts économiques dans le service.

Le MBSR y est défini, son histoire développée. C'est une méta-analyse.

### **Concept :**

Stress chez les infirmières, MBSR, impacts du stress sur la qualité des soins

### **Idées forces :**

Impacts du stress au niveau méta

Définition précise du MBSR

Efficacité de la méthode prouvée après 8 semaines sur le stress des infirmières

### **Liens avec d'autres informations :**

Échelle MAAS de mesure du stress

## Fiche de lecture N°: 3

### **Sujet de la fiche de lecture :**

Causes de la souffrance du soignant dans l'accompagnement de fin de vie. Définition et histoire du burn-out. Questionnaire en annexe.

### **Référence complète :**

Doublet D., et al., Accompagnement de fin de vie et souffrance des soignants. Doul. Et Analg. 2, (2002). P.101-105.

### **Résumé/ point de vue de l'auteur :**

Étude menée en service de soins palliatifs auprès de 272 soignants à Seclin (France) en 1999 (étude ancienne = données non actuelles)

Cherche des causes de la souffrance du soignant dans l'accompagnement de fin de vie.

- 1) Différence homme/femme au niveau de l'accompagnement (la femme s'identifie au patient alors que l'homme semble s'en distancer.
- 2) Souffrance en rapport avec le manque de communication dans les équipes.
- 3) Deuil dans le travail non-fait
- 4) Alourdissement de la charge de travail

### **Concepts :**

Soins-palliatifs, burn-out, souffrance du soignant

### **Idées forces :**

Burn-out décrit (avec ses trois dimensions et ses 4 phases) + histoire et étymologie  
Questionnaire en exemple

### **Liens avec d'autres informations :**

Ne parle pas directement du stress mais du burn out comme l'article 5. Données trop anciennes mais bonne définition du burn-out et prouve que c'est une problématique ancienne.

## Fiche de lecture N°: 4

**Sujet de la fiche de lecture :**

Revue de la littérature actuelle concernant la pleine conscience, la compassion, la bienveillance envers soi-même.

**Référence complète :**

Raab K. (2014). Mindfulness, self-compassion, and empathy among health care professionals : a review of the literature. *Journal of Health Care Chaplaincy*, p. 95-108. Ottawa.

**Résumé/ point de vue de l'auteur :**

Le lien entre pleine conscience et compassion est énoncé la littérature en science infirmière. Il est maintenant prouvé que le MBSR réduit le stress des soignants. On sait également que la charge émotionnelle de la profession infirmière mène à une fatigue de compassion, à un épuisement professionnel et donc à une diminution de la qualité des soins. La bienveillance envers soi et envers les autres ainsi que l'attitude de non-jugement ont le potentiel d'augmenter la compassion chez les soignants. Développer la compassion en utilisant par exemple le MBSR promet de réduire le stress et donc augmenter la qualité des soins.

**Concept :**

Auto-soins des soignants (clinician self-care), santé des soignants, bien-être, pleine conscience, MBSR, compassion

**Idées forces :**

Lien entre compassion, fatigue de compassion et épuisement professionnel.  
Preuve de l'efficacité du MBSR comme moyen de réduire le stress des soignants  
Liens avec la qualité des soins

## **Fiche de lecture N°: 5**

### **Sujet de la fiche de lecture :**

Quantification du syndrome d'épuisement professionnel (ou burn-out) à travers ses trois dimensions (épuisement émotionnel, dépersonnalisation, accomplissement personnel)  
Détermination de variables individuelles susceptibles d'expliquer le processus

### **Référence complète :**

Le Ray-Landrein F., et al., « le burn-out des soignants travaillant en soins palliatifs » Psycho-oncol. (2016), Lavoisier. 10 : P.211-219

### **Résumé/ point de vue de l'auteur :**

Étude menée en service de soins palliatifs auprès de 129 soignants (médecins, infirmières, aides-soignantes) à l'aide de 4 questionnaires quantifiant l'évaluation du locus de contrôle, l'évaluation du stress perçu, le coping et le burn-out.

Quantification du syndrome d'épuisement professionnel (ou burn-out) à travers ses trois dimensions (épuisement émotionnel, dépersonnalisation, accomplissement personnel)

Détermination de variables individuelles susceptibles d'expliquer le processus

L'étude montre que 32.5% des soignants souffrent d'un burn-out avec au moins une dimension touchée (dans la majorité des cas : l'accomplissement personnel)

Conclusion : l'accomplissement personnel au travail est primordial

Le syndrome d'épuisement professionnel (burn-out) est moins prévalent chez les infirmières en soins palliatifs. (28.8 contre 46.3%)

### **Concepts :**

Soins-palliatifs, burn-out, stress perçu, coping.

### **Idées forces :**

Burn-out séparé et analysé en trois dimensions

Place de l'accomplissement personnel mis en exergue

Étude récente (juillet 2016)

### **Liens avec d'autres informations :**

Ne parle pas directement du stress mais du burn out qui en est une conséquence

## Fiche de lecture N°: 6

### **Sujet de la fiche de lecture :**

La perception de la qualité des soins par les soignants dans les EMS Suisses et identification des causes de leur stress.

### **Référence complète :**

Zuniga F., et al., « Are Staffing, Work Environment, Work Stressors, and Rationing of Care Related to Care Workers' Perception of Quality of Care? A Cross-Sectional Study », JAMDA 16 (2015).p. 860-866

### **Résumé/ point de vue de l'auteur :**

Afin de prodiguer des soins de qualité optimale dans les EMS suisses, il faut prendre en compte les facteurs suivants : l'environnement de travail, le support de la hiérarchie en ce qui concerne la gestion des stresseurs au travail et la réduction de la charge de travail.

Au niveau du stress décrit par les soignants interrogés : Sont mis surtout en exergue les items suivants en tant que facteurs de stress :

- 1) La trop grande charge de travail
- 2) Les conflits avec la hiérarchie, les collègues et l'interprofessionnalité
- 3) Le manque de préparation pour faire face à certaines situations.

### **Concepts :**

Qualité des soins, environnement de travail, stresseurs au travail, rationing « rationnement ». (Compris comme la diminution des effectifs)

### **Idées forces :**

Le stress au travail est décliné en plusieurs items et sous items, prouvant ainsi la complexité des causes du problème.

### **Liens avec d'autres informations :**

En lien avec l'article 2 de Daihini et al. Sur les soignants dans les EMS suisses et leur environnement psychosocial.