

STRESS ET SATISFACTION DES INFIRMIÈRES ET DE LEUR ÉQUIPE SOIGNANTE dans le contexte des soins palliatifs

*Réflexion sur le projet SATIN II**

LISE FILLION, PH.D.

Université Laval, Faculté des Sciences Infirmières, Québec
Centre de recherche du CHU de Québec-Université Laval
Équipe ERMOS, Québec
Lise.Fillion@fsi.ulaval.ca

MANON TRUCHON, PH.D.

Professeure titulaire, Département des relations industrielles
Université Laval, Québec

MARIE-ANIK ROBITAILLE, M.A.

Coordonnatrice et professionnelle de recherche
Centre de recherche du CHU de Québec-Université Laval
Équipe ERMOS, Québec
Université Laval, Québec

JEAN-FRANÇOIS DESBIENS, INF. PH.D.

Professeur agrégé, Faculté des sciences infirmières
Université Laval, Québec
Centre de recherche du CHU de Québec-Université Laval
Équipe ERMOS, Québec

CÉLINE GÉLINAS, INF. PH.D.

Professeure agrégée, École des sciences infirmières
Université McGill, Montréal
Chercheuse, Institut Lady Davis, HGJ

LYSE LANGLOIS, PH.D.

Vice-doyenne à la recherche, Faculté des sciences sociales
Université Laval, Québec

MÉLANIE VACHON, PH.D.

Psychologue, professeure agrégée, département de psychologie
Université du Québec à Montréal

RÉSUMÉ

Le travail en soins palliatifs (SP) peut être à la fois source de stress et de satisfaction. Tout en documentant autant les sources de satisfaction que celles de souffrance, les travaux de notre programme SATIN I (2005-2012) ont fait ressortir l'importance d'agir sur certains facteurs de risques psychosociaux qui peuvent à la fois influencer le stress et la satisfaction au travail, tels que: a) la prise en compte de la demande émotionnelle inhérente à ce travail; b) le besoin d'autonomie ou la possibilité d'influencer la qualité des soins; c) le sens au travail ou la cohérence entre ses valeurs, celles de l'équipe et celles de l'organisation et d) la qualité des rapports sociaux incluant

le soutien disponible. Le projet de recherche SATIN II qui a suivi (2012-2016) portait directement sur ces quatre facteurs en permettant à des équipes de participer activement à l'amélioration des SP au sein de leur unité de travail. Le projet est terminé et le rapport final sera sous peu disponible sur le site Web de l'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et sécurité au travail (IRSST)¹. Le présent article reprend certains points de ce rapport. À ce moment clé de l'organisation des soins palliatifs (SP) et des soins de fin de vie (SFV) au Québec, une réflexion sur ce projet est ainsi proposée.

Mots clés: stress des soignants, satisfaction au travail, facteurs de risque psychosociaux au travail, approche palliative.

* Le projet SATIN II a été financé par l'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et sécurité au travail (IRSST), les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC; subvention PASS), le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS), la chaire de soins palliatifs de l'Université Laval et d'autres partenaires. Les auteurs ne déclarent aucun conflit.

Avec le vieillissement de la population et l'ampleur des maladies chroniques, l'intégration d'une approche palliative aux services de santé constitue actuellement une nécessité. Pour le moment, l'accès à des soins palliatifs (SP) et à des soins de fin de vie (SFV) intégrés à l'ensemble des services de santé demeure restreint. Au Québec, les SFV demeurent essentiellement incorporés aux soins curatifs et on trouve peu d'unités de SP spécialisés. Il existe heureusement plusieurs Maisons de SP mais l'accès y demeure limité. Selon ce choix organisationnel, une majorité d'infirmières et de cliniciens vivent un contexte de travail particulier, car plusieurs professionnels ont à prodiguer dans un temps réduit à la fois des soins curatifs parfois complexes et des SFV (modèle mixte). Dans ces milieux où la visée curative domine, la mort est souvent perçue comme un échec.

Le projet SATIN I, sur lequel prend assise SATIN II, a décrit comment le fait de prodiguer des SFV selon un modèle mixte crée des sources de stress et d'insatisfaction au travail chez les infirmières². En effet, celles-ci doivent conjuguer leurs tâches avec les sentiments associés aux deuils multiples et des morts douloureuses qu'elles éprouvent, notamment dans les secteurs hautement technologiques comme ceux de l'oncologie et des soins intensifs. Les données qualitatives recueillies lors ce projet ont illustré la nature des conflits de valeur et l'ampleur des stressseurs moraux. Leur analyse a permis de mieux comprendre l'impact notable sur la souffrance éthique des soignants³; on y précise qu'« une souffrance éthique est ressentie par une personne à qui on demande d'agir en opposition avec ses valeurs professionnelles, sociales ou personnelles ». Cela contribue à accroître la demande émotionnelle déjà inhérente à l'accompagnement de personnes mourantes et de leurs proches^{2,4,5}.

À cette demande émotionnelle, s'ajoutent d'autres facteurs de risque psychosociaux (FRPS) comme le manque d'autonomie et l'intensité du travail, ce qui affecte leur satisfaction et leur bien-être⁶. La saine gestion de ces FRPS pourrait favoriser la satisfaction et le bien-être au travail. Ces facteurs se regroupent selon six axes : demande émotionnelle,

valeurs, sécurité, rapports sociaux, autonomie et intensité du travail⁷ et sont résumés à la figure 1.



Figure 1. La saine gestion des facteurs de risques psychosociaux associés à la satisfaction au travail

SATIN I a permis de modéliser une articulation entre cinq de ces FRPS expliquant plus de 80 % de la satisfaction au travail des infirmières et près de 40 % de leur détresse (ref). Trois des six FRPS expliquent directement l'insatisfaction et la détresse : l'intensité du travail (manque de ressources humaines), le manque d'autonomie et l'intensité de la demande émotionnelle (exposition à la souffrance des patients/familles). Deux autres y sont indirectement reliés : la perte de sens au travail (souffrance éthique d'incohérence de valeurs) et la qualité des rapports sociaux (fonctionnement et soutien de l'équipe déficients). Non seulement les FRPS au travail sont l'une des principales causes de détresse émotionnelle, d'insatisfaction et même de maladies et d'épuisement, mais ils sont également susceptibles d'engendrer des problèmes de rétention des employés, de roulement du personnel et d'absentéisme au travail^{8,9}.

Explorant l'origine des stressseurs moraux et de la souffrance éthique, les résultats de SATIN I ont mis en lumière l'absence d'une approche palliative dans divers milieux de soins aigus et critiques; ils ont fait ressortir un manque évident de formation et de compétences en SFV^{10,11}. La mort y demeure

rait perçue comme un échec. Les concepts de SP et de SFV étant évacués du langage et du plan de soins, aux dépens du concept réductionniste de soins de confort axés sur les besoins physiques, dont la priorisation et le temps de travail consacrés à l'accompagnement demeurent sous-estimés lors de la répartition des tâches¹². Le fait de prodiguer des SFV dans des milieux de travail de soins aigus et critiques, sans approche palliative, semblait contribuer à créer une demande émotionnelle supplémentaire chez une population de travailleurs déjà en détresse^{13,14,15}. En revanche, la possibilité d'offrir des soins de qualité au mourant et de bien accompagner la famille et les proches en contexte de SP venaient contribuer à la satisfaction au travail en favorisant la recherche de sens et la cohérence des valeurs. L'intégration d'approches palliatives permettant de diminuer ces FRPS et d'augmenter la qualité des soins se pointait comme une dimension importante du soutien organisationnel à mettre en place.

Reposant sur les assises théoriques consolidées avec SATIN I, sur un modèle intégré d'application des connaissances¹⁶ et soutenu par un solide partenariat engageant plusieurs acteurs (chercheurs, décideurs, cliniciens et utilisateurs de connaissances), SATIN II a proposé de soutenir les soignants en intégrant une approche palliative selon l'organisation apprenante¹⁷.

INTÉGRATION D'UNE APPROCHE PALLIATIVE SELON UNE ORGANISATION APPRENANTE

Selon une équipe canadienne, une approche palliative pouvant prendre en compte le vieillissement et les conditions chroniques de la population peut se définir selon trois thèmes¹⁸. Le premier suggère un travail en amont et une orientation des soins selon les **besoins globaux du patient**, plutôt que la seule survie. Le deuxième propose d'ajuster les **compétences de professionnels** généralistes selon les savoirs provenant des SP spécialisés et l'évolution des maladies chroniques limitant l'espérance de vie. Le troisième recommande une définition de l'approche palliative selon différents **modèles de soins** et **concepts associés** permettant l'intégration de SP au sein d'équipes de soins non spécialisées en SP. On y trouve notamment les modèles émergents de SFV, les soins de soutien et les soins centrés sur la personne. Aux concepts associés, comme les directives anticipées, et proposés par les auteurs, nous avons ajouté les concepts de **soutien aux soignants** et de **soins interprofessionnels** considérant l'ampleur de la demande émotionnelle et l'importance de l'équipe multidisciplinaire dans ce contexte de travail. Le cancer a aussi été ajouté comme maladie chronique. Une adaptation de cette définition en ajoutant ces trois éléments a ainsi été réalisée pour les fins du projet SATIN et est illustrée à la figure 2

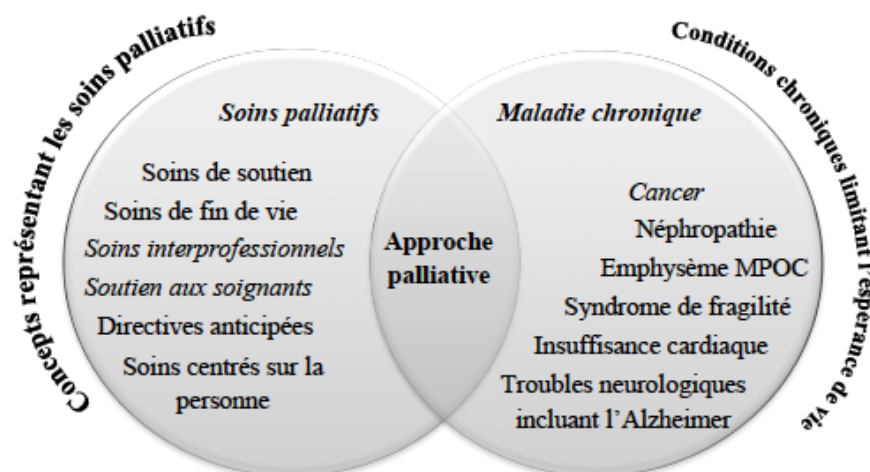


Figure 2. Approche palliative, modèles de soins ou concepts liés et maladies chroniques limitant l'espérance de vie (adaptation de Sawatzki et coll. 2016¹⁷)

Pour optimiser l'impact de l'implantation d'une approche palliative sur les principaux FRPS modifiables par une intervention et identifiés avec SATIN I (manque d'autonomie, demande émotionnelle, incohérence des valeurs et rapports sociaux), l'idée de le faire selon les principes de l'organisation apprenante (OA) a été retenue. L'OA encourage tant l'apprentissage individuel que collectif⁹ et permet de créer un univers de significations partagées²⁰, notamment par la clarification de valeurs communes, touchant ainsi deux facteurs de risque (climat de travail et conflits de valeurs). Cet apprentissage s'inscrit dans une logique de professionnalisation où les gens collaborent et réfléchissent ensemble à l'amélioration constante de l'organisation dans le but de devenir une organisation apprenante. Le modèle de l'organisation apprenante voit le milieu de travail comme un système constitué par les acteurs qui y interagissent. Les professionnels de la santé qui y œuvrent sont perçus comme la base de l'efficacité des soins s'ils peuvent comprendre les épisodes de soins auxquels ils participent par rapport à une norme en perpétuelle évolution. L'OA préconise une approche participative.

L'approche participative a donc été retenue. Le modèle choisi permet d'associer, en amont, des acteurs clés (cliniciens et gestionnaires ayant le pouvoir d'agir) au choix de l'approche palliative à mettre en œuvre. Le choix de l'approche palliative à implanter repose sur les résultats d'une étude préalable des besoins exprimés par les membres de chaque équipe soignante participante (médecins, infirmières, conseillères en soins spécialisés, chef d'unités, travailleurs sociaux, conseillères infirmières cadres conseils, inhalothérapeutes, intervenants en soins spirituels), le tout est validé par des acteurs clés. Tous ces acteurs prennent ainsi part à l'élaboration de l'intervention (choix des composantes basé sur les données probantes, mobilisation des ressources nécessaires) et au processus d'évaluation (modélisation logique, validation d'indicateurs, de méthodes de collecte, puis organisation des collectes des données). De son côté, l'équipe de recherche s'attarde à for-

mer les participants aux spécificités de l'intervention à élaborer (par ex., en présentant des outils utiles pour répondre aux besoins précisés découlant de la recension des écrits), de son évaluation (explication du devis), et aux moyens pour le faire (questionnement pré-post). L'équipe de recherche soutient donc les participants dans leur apprentissage de ce qui doit être élaboré et mis en œuvre pour intégrer une approche palliative adaptée à leurs besoins. Le projet SATIN II a ainsi proposé comme piste de solution l'étude de quatre programmes de soutien en milieu de travail.

LES QUATRE ÉTUDES DE SATIN II

Chacune des quatre initiatives incluses dans SATIN II visait l'amélioration de la satisfaction au travail ainsi que la diminution des FRPS chez des cliniciens qui assurent les SFV.

L'Étude 1 visait l'intégration d'une approche palliative au sein de deux unités de soins intensifs (USI) d'un même centre hospitalier universitaire (sites A et B). Les SFV et les soins centrés sur la personne ont été retenus comme modèles de soins. L'intervention mise en œuvre reposait sur l'intégration de trois composantes : 1) la communication avec la famille ; 2) les compétences en SFV et 3) la clarification de l'approche palliative retenue, les valeurs en jeu et l'éthique. Au moment de finaliser cette étude, le processus d'implantation était encore en cours. La majorité des participants se familiarisait avec les composantes de l'intervention. Cela a donc limité la possibilité de mesure des changements significatifs sur les FRPS entre le prétest et le post-test. À cette étape de mesure, la mise en œuvre de l'intervention n'était pas encore associée à une réduction ou à l'élimination des FRPS au travail, ni à la satisfaction et au bien-être des participants. L'amélioration des compétences en SP était toutefois observée ainsi qu'une tendance améliorée sur le plan éthique.

Les résultats qualitatifs ont d'ailleurs été fort utiles. Une attitude favorable envers le contenu et le processus d'implantation se dégageait clairement et venaient encourager les membres à poursuivre l'implantation d'une approche palliative en USI. Les résultats qualitatifs ont particulièrement mis en lumière l'appréciation de la démarche participative et du processus de consultation associé. L'impact sur les pratiques cliniques se manifestait par une sensibilisation aux valeurs et l'amorce d'un univers de significations partagées, soit l'habileté de ses acteurs à créer un acte cognitif qui implique d'écouter leurs collègues et d'accueillir l'unique perspective de chacun, une perception de l'humanisation des soins et une ouverture à la collaboration interprofessionnelle, quoique cela demeurait fragile et s'observait davantage dans un site que dans l'autre. Notons qu'au moment de rédiger cet article, les efforts d'implantation se poursuivaient.

L'Étude 2 visait l'intégration d'une approche palliative tôt après le diagnostic d'un cancer du poumon. Les soins de soutien et les soins centrés sur la personne ont été retenus comme modèles de soins. Deux cliniques externes en oncologie d'un même centre hospitalier ont été sélectionnées comme milieu d'implantation. D'autres secteurs, non réservés uniquement à l'oncologie mais constituant des secteurs de la trajectoire de soins de la clientèle ciblée, ont été invités à participer à certaines activités du programme afin de favoriser l'intégration de l'approche à l'ensemble de la trajectoire de soins. L'étude de besoins menée en début de projet a montré que la clientèle atteinte de cancer du poumon avait des besoins en information et en soutien émotionnel qui demeuraient insatisfaits. Les cliniciens et gestionnaires ont manifesté le désir d'être soutenus pour mieux y répondre. Une intervention a été élaborée, en collaboration avec le milieu, proposant l'utilisation concertée d'outils de soins de soutien centrés sur le patient touché par le cancer du poumon et ses proches. Le processus d'implantation a cependant connu plusieurs difficultés et il n'a donc pas été possible d'en évaluer vraiment les impacts. Un peu comme pour

l'étude 1, le temps requis pour l'élaboration de l'intervention selon une approche participative a empiété sur le temps réservé à l'implantation et à l'évaluation. Aucun changement n'a été observé sur les indicateurs de FRPS et de satisfaction au travail. Toutefois, l'acceptabilité du contenu et de la pertinence de l'intervention et de l'approche participative, ainsi que des défis précis à relever pour réaliser l'implantation ont été documentés. Dans l'ensemble, la démarche semble avoir eu un effet mobilisateur et l'amorce de significations partagées concernant la compréhension, l'évaluation et la réponse aux besoins de la personne soignée. Tout comme pour l'étude 1, au moment de rédiger cet article, les efforts d'implantation se poursuivaient. La direction avait notamment refait des impressions de tous les documents élaborés lors de l'étude.

L'Étude 3 avait pour objectif l'intégration d'une approche palliative de SP et de SFV dans une USI d'un centre hospitalier universitaire (différent de celui de l'étude 1). Les soins palliatifs et les soins de fin de vie ont été retenus comme modèles de soins. L'intervention incluait un volet formation en ligne et une activité d'intégration. À l'instar de l'étude 1, elle comprenait 3 composantes: 1) la communication avec la famille; 2) la gestion des symptômes (agitation, anxiété, douleur et dyspnée) et 3) l'éthique (évaluation de la capacité décisionnelle). Malgré un contexte particulièrement défavorable (restriction budgétaire, abolition d'un poste et déménagement anticipé) et en dépit du fait que l'élaboration de l'intervention ait nécessité plus d'efforts et de temps que prévu (à l'instar des études précédentes considérant les réorganisations massives dans le réseau de la santé et les contraintes de temps inhérentes à l'approche participative), la courte durée de son implantation a quand même permis une évaluation favorable, tant sur le plan quantitatif que qualitatif (amélioration des compétences en SP, diminution de la demande émotionnelle). L'activité d'intégration interdisciplinaire et la flexibilité de la participation (formation en ligne) sont perçues comme des solutions innovantes

et appréciées. L'approche participative est particulièrement prisée ainsi que le matériel éducatif en lien avec les besoins des cliniciens. L'activité d'intégration semble correspondre à un besoin de travailler ensemble à une situation clinique partagée.

L'Étude 4 a mis à contribution une des équipes pionnières en SP spécialisés du Québec. Au départ, le renforcement du soutien émotionnel aux soignants était retenu comme visée. Le but de l'intervention a dû être revu afin de prendre en compte les nombreuses pressions associées au contexte organisationnel de restructuration et de relocalisation de l'unité de SP lors d'un déménagement anticipé. Une intervention ciblant la résilience de l'équipe (exploration des valeurs collectives) et le soutien émotionnel des soignants (capacité de présence et recherche de sens) a été élaborée. Elle inclut deux composantes et une approche novatrice proposant une combinaison de stratégies organisationnelles (clarification des valeurs de l'équipe) et individuelles (clarification des valeurs personnelles et renforcement des actions cohérentes et de la résilience au stress). Malgré le contexte imminent du déménagement et de ce qu'il présentait déjà comme recul des soins palliatifs spécialisés (diminution de lits, des effectifs et non-reconnaissance des besoins spécifiques de l'équipe), l'évaluation qualitative de l'intervention a fait ressortir plusieurs effets favorables, qui ont été soutenus sur le plan quantitatif par l'amélioration d'indicateurs (intensité du travail et demande émotionnelle). L'étude présente une solution innovante permettant la combinaison de facteurs organisationnels et individuels.

VOLET TRANSVERSAL DES 4 ÉTUDES ET INTÉGRATION DES RÉSULTATS

En plus de mener chaque étude, le projet SATIN II avait pour objectif de vérifier l'impact de l'intégration d'une intervention de soutien aux unités de soins selon une démarche participative sur l'amélioration de la satisfaction au travail, le bien-être et la réduction de cinq FRPS en comparant l'ensemble des indica-

teurs mesurés à deux reprises (pré-intervention et post-intervention). En combinant les participants des quatre études, les résultats présentés au rapport final n'indiquent aucun impact sur la satisfaction au travail, ni sur le bien-être (détresse), ni sur aucun des FRPS.

Des analyses complémentaires ont été réalisées pour vérifier la capacité des FRPS mesurés aux étapes pré et post à expliquer la satisfaction au travail et la détresse de l'ensemble des participants. En utilisant un modèle de régression linéaire, il a été possible d'expliquer environ 60 % de la satisfaction et 30 % de la détresse à partir de ces indicateurs, ce qui est demeuré cohérent avec les résultats de SATIN I. Il est notable de constater que pour les deux variables d'intérêt, la satisfaction et la détresse, le manque de ressources humaines demeure un prédicteur significatif, autant avant, qu'après l'implantation des interventions. Dans SATIN I, le manque de ressources humaines fut également associé positivement à l'intensité du travail. En d'autres termes, ce manque de ressources se répercute sur l'intensité du travail.

LE MACROCONTEXTE DIFFICILE DANS LEQUEL SE SONT DÉROULÉES LES ÉTUDES

SATIN II s'est déroulé dans un contexte difficile sur le plan de l'organisation des services et des soins de santé au Québec. Plusieurs obstacles non prévus ont constitué des défis et exigé une grande adaptation non seulement de l'équipe de recherche mais aussi des gestionnaires et surtout des acteurs sur le terrain. Une analyse qualitative contextuelle a résumé les principaux obstacles au déroulement du projet dans le rapport final. Ces obstacles sont simplement énumérés ici selon les 7 points suivants: 1) contexte d'austérité en lien avec les coupures budgétaires pour tous les établissements; 2) changements organisationnels (étude 1: fusion d'établissements, transformation d'un Centre Hospitalier Universitaire (CHU) par l'intégration de différents CHU; étude 2: roulement des gestionnaires et changement de la direction des soins infirmiers; étude 3: coupure de postes et déménagement anticipé en cours d'étude;

étude 4 : restructuration de l'unité de SP, diminution du nombre de lits et des effectifs, relocalisation en cours d'étude et fusion au sein d'une unité de soins aigus en fin d'étude ; 3) confrontations de culture et de valeurs au sein des établissements en partie liées aux thèmes précédents ; 4) changements incessants dans les modes de fonctionnement des quatre établissements dont l'abolition des Agences de la santé et des services sociaux ; changements de l'organigramme de chaque établissement ; roulement des gestionnaires, changements de postes (départs à la retraite), absentéisme (maladies) et restriction des ressources ; 5) résistance des acteurs, quoique attendue, devant les changements de pratique mais exacerbée par ce contexte de changements incessants ; 6) implication limitée d'un groupe d'acteurs clés (médecins) ; et 7) délais imposés à l'équipe de recherche qui a dû pallier plusieurs contraintes engendrées par tous ces bouleversements.

INTÉGRATION

Les résultats quantitatifs mesurés avant et après l'implantation de chaque intervention ne corroborent que partiellement l'hypothèse qu'une intervention intégrant une approche palliative aux unités de soins selon une démarche participative permettrait d'améliorer la satisfaction au travail et de diminuer les FRPS. Le macrocontexte et les nombreux obstacles fournissent cependant plusieurs autres hypothèses qui permettent d'expliquer en partie les résultats observés, comme l'exacerbation de plusieurs facteurs de risque associée aux nombreux changements et la courte durée de l'implantation. Les résultats qualitatifs documentent par ailleurs plusieurs effets favorables de l'intervention sur ces FRPS et la satisfaction au travail. L'approche participative ressort notamment comme un élément favorable dans les 4 études. La pertinence de créer des espaces de discussion a été soulevée à plusieurs reprises. De plus, le projet démontre l'utilité de combiner des interventions individuelles et organisationnelles et de réunir plusieurs acteurs, dans un contexte de ressources humaines limitées, pour favoriser le processus de concerta-

tion. Il est possible que l'effet positif, décrit par les résultats qualitatifs, absent des résultats quantitatifs, ait été dilué par les conséquences négatives liées à des changements organisationnels qui survenaient simultanément au sein des organisations. Cependant, force est de reconnaître que le manque de ressources humaines, demeuré un important prédicteur de stress et d'insatisfaction, ne peut être résolu par des interventions de soutien. À la lueur de ces conclusions, cinq recommandations ont été formulées à la suite de SATIN II et sont résumées au tableau 1 : 1) Soutenir les soignants ; 2) Diminuer les FRPS ; 3) Choisir une approche participative ; 4) Favoriser la représentation interdisciplinaire ; 5) Profiter de l'occasion fournie par la nécessité d'intégrer une approche palliative pour appliquer les recommandations précédentes. Par ailleurs, quelques mois après la fin de la démarche de recherche, que retiennent les chercheurs directement impliqués dans la réalisation de SATIN II comme élément essentiel découlant de leur expérience ?

RÉFLEXION DES CHERCHEURS

Plus particulièrement, ce qui est retenu avec la réalisation de l'étude 1 est que l'étape de l'identification des besoins, correspondant pour cette étude en particulier à la description des zones à risque, nécessite du temps et de l'espace. Cette étape demeure cruciale, elle a permis de mettre en évidence les rôles et responsabilités de chacun au cœur même de l'activité professionnelle. L'intervention s'amorce déjà avec la clarification des besoins. Ce constat s'est observé d'ailleurs pour l'ensemble des études. En soi, pour l'étude 1, la difficulté à s'entendre sur un vocabulaire commun a fait ressortir un problème de communication interprofessionnelle, une variété de perception et un questionnement sur la sensibilité éthique. « La sensibilité éthique est une *aptitude à s'interroger, de manière consciente, sur les situations complexes en maintenant une attitude authentique, ouverte et critique face à soi-même et aux autres. Lorsqu'elle est développée, la sensibilité éthique permet de percevoir les valeurs,*

les normes et les principes qui sont fragilisés, non respectés ou mis de côté²¹.» Il a été possible de constater une sensibilité éthique plus ou moins exprimée chez les professionnels lors des premiers échanges. Cette compétence semble s'être bonifiée collectivement au cours des discussions sur les zones à risque en USI. La discussion, basée sur le dialogue, l'engagement et la réflexivité éthique a permis de choisir les composantes de l'intervention. Elle a également permis d'implanter une approche palliative de soins de fin de vie reflétant les besoins des intervenants tout en facilitant la réflexion sur les éléments pouvant composer un environnement éthique facilitant et contribuer à la satisfaction des soignants. Malgré l'absence de résultats quantitatifs, l'interprétation des résultats quantitatifs et qualitatifs en lien avec la dimension éthique vient par ailleurs soutenir un lien attendu entre l'amélioration du sens au travail (cohérence des valeurs et développement de la compétence éthique) et l'amélioration de la satisfaction au travail. De plus, la discussion sur des enjeux cliniques semble favoriser la collaboration professionnelle et améliorer le climat de travail.

D'ailleurs, à l'instar de l'étude 1, l'étude 3 a également intégré une composante éthique centrée plus particulièrement sur l'évaluation de la capacité décisionnelle du patient et de la participation du patient et de sa famille dans le processus de décision, et ce, dans un contexte d'interdisciplinarité. Le fait d'élaborer ensemble les priorités et le matériel de formation selon les besoins des cliniciens a été apprécié d'entrée de jeu. Pour les acteurs, le processus de consultation amorcé avec l'élaboration de l'intervention s'est comme poursuivi avec le volet évaluatif, pré-intervention et post-intervention. Alors que le contenu du module de formation en ligne et les connaissances acquises sur ce thème ont été évalués utiles, les perceptions des acteurs mettaient en question l'efficacité de cette modalité à améliorer la compétence éthique et les habiletés de communication. Toutefois, c'est lors de l'activité d'intégration en contexte d'interdisciplinarité que ces compétences particulières semblaient s'acquérir et affecter positivement la collabo-

ration interprofessionnelle. Tout comme pour l'étude 1, le fait de travailler ensemble à atteindre un objectif commun d'amélioration de la qualité des soins se démarque comme facteur influençant la collaboration interprofessionnelle. La réflexion découlant de ces études réalisées en USI nous invite à poursuivre les efforts permettant de favoriser la création d'espaces de discussion ciblée sur des situations cliniques significatives visant à la fois le développement de compétences éthiques et relationnelles, la clarification des valeurs partagées et la collaboration interprofessionnelle.

L'étude 2 a en outre fait ressortir la création d'espaces de discussion et l'impact favorable sur la collaboration interprofessionnelle comme des résultats associés à l'intégration d'une approche de soins de soutien en clinique externe auprès de personnes atteintes de cancer du poumon. Même si l'équipe a éprouvé des difficultés lors de la phase d'implantation de l'intervention et qu'il n'a pas été possible d'observer un effet de l'intervention sur les FRPS et la satisfaction au travail des soignants, les données collectées à l'aide d'une approche qualitative ont révélé un portrait légèrement différent, du moins pour les membres de l'équipe du secteur particulièrement touché. Ces données mettent de nouveau en lumière les bienfaits de l'utilisation d'une approche participative, ainsi que des processus d'élaboration et d'implantation en eux-mêmes, sur les participants. Ceux-ci notent comment ces processus axés sur un objectif commun reposant sur des valeurs partagées et répondant à leurs besoins ont créé des occasions d'échanges et de communication qui, si elles n'ont pas brisé tous les silos, ont tout de même contribué à établir des ponts entre les professionnels. À un point tel que, plutôt que de mettre de côté l'intervention une fois le projet de recherche complété, les intervenants et gestionnaires du milieu ont décidé de poursuivre l'implantation, en tenant compte des défis et des difficultés rencontrées précédemment. Comme quoi les effets ne se situent pas toujours là où ils étaient attendus au départ.

Enfin pour ce qui est de l'étude 4, alors qu'elle devait cibler au départ l'approfondissement d'un concept crucial en SP, le soutien émotionnel aux soignants, elle a plutôt illustré l'ampleur de l'effet néfaste sur la détresse des soignants des changements organisationnels imprévus, peu planifiés et mal orchestrés qui se sont déroulés en cours d'étude. L'équipe de recherche a été témoin du parcours difficile d'une équipe spécialisée en SP à travers une série de bouleversements organisationnels qui se sont d'ailleurs poursuivis au-delà de l'étude (problèmes financiers, déménagement non planifié, coupures massives et contraintes économique, mesures d'austérité, bouleversement de la philosophie des SP avec l'entrée en vigueur de la loi 2, et après l'étude, fusion des équipes de SP et de l'oncologie – création d'un modèle mixte...). Avec le recul, c'est davantage ce que le système a retranché à cette équipe de SP qui ressort, et non ce qu'on a pu leur apporter avec l'étude 4. Ces soignants sont amenés à prendre soin de grands malades, et ce, à l'intérieur d'une organisation tout aussi malade, voire toxique sur le plan de la gestion des facteurs de risque psychosociaux. L'intervention aura tout au plus permis d'apporter un soulagement temporaire. Les résultats ont d'ailleurs démontré tant sur le plan quantitatif que qualitatif des effets de soutien sur la demande émotionnelle et la détresse des soignants en combinant une stratégie organisationnelle (création d'espace pour clarification des valeurs) et individuelle (recherche de sens et renforcement de la résilience). Néanmoins, outiller l'équipe n'a peut-être servi qu'à jeter un baume temporaire sur la souffrance des membres en tant que soignants. En les replongeant au cœur d'une organisation qui continue de les dépouiller de leurs ressources les plus chères, dans ce cas-ci la concentration d'une expertise en SP diluée au sein d'une équipe de soins aigus, on invalide la possibilité de mieux-être chez l'individu soignant. Cette dernière étude, qui visait le soutien émotionnel, aura paradoxalement renforcé le besoin crucial d'agir de façon préventive et primaire sur les facteurs de risque psychosociaux au travail. Le

soutien émotionnel ne peut se limiter à renforcer la résilience individuelle.

D'ailleurs et somme toute, à l'instar du volet quantitatif mené à l'occasion de SATIN I, les analyses quantitatives effectuées sur l'ensemble de l'échantillon dans SATIN 2, indiquent que le manque de ressources humaines demeure associé à l'intensification du travail et que ce manque de ressources a un impact considérable et durable pour expliquer la détresse psychologique des infirmières et des autres professionnels de la santé interrogés. Cette détresse et cette insatisfaction s'accompagnent de coûts économiques pour les organisations (ex. absentéisme de courte et de longue durée, taux de roulement élevé, etc.). Au Canada, en 2012, le coût annuel direct de l'absentéisme lié à des troubles de santé et au stress s'élève à 16,6 milliards de dollars²². Le nombre de jours de travail perdus pour cause de maladie ou d'invalidité y est au moins 1,5 fois plus élevé dans le secteur de la santé que dans les autres secteurs (7,9 % *vs* 4,7 %) ^{23,24}. En 2014, le Québec occupe le 3^e rang au palmarès des plus hauts taux d'absentéisme chez les infirmières, avec 8,4 %, ce qui représente par ailleurs une augmentation de 1,6 % par rapport aux données de 2012. Le coût de l'absentéisme pour des raisons de maladie ou d'incapacité s'est élevé en 2014 à 846,1 millions de dollars, soit l'équivalent de près de 14 000 postes infirmiers à temps complet²². La réduction du nombre postes entraînée par les contraintes budgétaires permet-elle vraiment de réaliser les économies escomptées ou se traduit-elle simplement par une explosion des coûts qui en découle? Jusqu'où iront ces coupures et leurs répercussions? Les défis sont majeurs, nombreux et complexes et ils demandent une vision plus élargie qu'essentiellement économique.

Et que dire de l'intensification du travail et du manque de ressources humaines lorsque la seule constante est le changement? Avec toutes ces modifications de gouvernance et de structure, les cliniciens sont « empêchés » de faire ce qui donne du sens à leur travail, soit de soigner des personnes. L'équipe

de recherche a été maintes fois surprise par l'absence d'espace permettant des échanges sur le travail clinique et la pratique réflexive. L'incapacité à effectuer un travail de qualité, pour des raisons concernant souvent l'environnement psychosocial de travail, a des effets délétères sur leur santé^{25,26} et sur la qualité des soins²⁷. Déjà, en 2003²⁸, la « qualité empêchée » était un des constats les plus troublants émergeant de nos travaux, celui selon lequel « ce n'est pas tant le fait de côtoyer quotidiennement des personnes qui vont mourir qui est le plus stressant pour les infirmières, mais davantage le fait de se battre constamment avec un système en désorganisation pour que ces personnes puissent vivre leurs derniers moments dans la dignité et dans le respect de leurs valeurs personnelles ». Comme l'a mentionné Clot²⁹, le maintien de la santé et du bien-être des soignants serait principalement lié à leur possibilité d'effectuer un travail de qualité.

En ramenant l'attention des acteurs sur l'amélioration du soin et en le faisant en équipe avec les gestionnaires, la démarche participative proposée par SATIN II semble bien orientée vers cette visée. Elle demeure incomplète mais propose un cadre d'actions et des étapes réalistes. L'ensemble des résultats de la démarche encourage à poursuivre les efforts de coconstruction entre les cliniciens et les gestionnaires pour offrir des SP et des SFV de qualité, et ce, en préservant la santé des soignants et des gestionnaires qui eux aussi font les frais des éléments conjoncturels. La

Loi concernant les soins de fin de vie donne le droit à tous les Québécois d'avoir accès à de tels services. En démontrant la faisabilité d'intégrer de diverses façons une approche palliative à différents secteurs de soins, le projet SATIN II constitue un pas en avant dans cette direction et des recommandations concrètes s'en dégagent.

Plusieurs éléments de ces recommandations sont déjà observables sur le terrain pour ce qui concerne les acteurs des études 1 et 2. L'attention des acteurs de l'étude 3 demeure, pour le moment, mobilisée par le déménagement récent qui se poursuit. L'équipe spécialisée en SP de l'étude 4 a été fusionnée à une équipe d'oncologie, les acteurs du départ se trouvent en nombre minoritaire au sein d'une nouvelle équipe et les gestionnaires ne sont plus en place. Le travail sera en fait à reprendre...

Pour les chercheurs, la réflexion se poursuit. L'étape de diffusion, de transfert et d'échanges qui finalise le processus de recherche permettra de cibler des avenues prometteuses. Les projets futurs seront probablement teintés d'un désir de contribuer au développement d'environnements de travail à la fois soutenant et facilitant en sollicitant la participation des acteurs. Pouvoir compter sur des soignants qui ne sont pas *à bout de souffle* nécessite de se soucier de leur qualité de vie au travail. En revanche, la qualité de vie au travail des soignants apparaît essentielle à la qualité des soins, *au de-là du dernier souffle...*

Tableau 1. Recommandations provenant du projet SATIN II

1	<p>Soutenir les soignants. Il est recommandé de maintenir des efforts pour soutenir les soignants et les équipes, d'abord en reconnaissant la demande émotionnelle inhérente à leur travail, particulièrement dans le contexte des SFV. Puis, mettre en œuvre avec les acteurs des programmes de soutien individuels et collectifs permettant l'intégration de stratégies de régulation du stress en milieu de travail tant sur le plan organisationnel qu'individuel. Il ne suffit pas d'offrir des classes de yoga ou de méditation pleine conscience, ni simplement d'augmenter les compétences relationnelles pour mieux gérer la détresse inévitable. Des stratégies concrètes et intégrées à la pratique permettant de diminuer les FRPS et de cultiver à la fois la résilience individuelle et collective sont nécessaires. L'étude 4 en fournit un bel exemple.</p>
2	<p>Diminuer les FRPS. De nombreuses études ont démontré que l'exposition à des FRPS engendre des conséquences négatives sur la santé psychologique et physique des travailleurs et la performance organisationnelle. Pourtant, encore très peu de recherches ont permis de démontrer dans quelle mesure les interventions de prévention primaire, sur le plan organisationnel, permettent de réduire l'exposition aux FRPS. Le projet SATIN II encourage à documenter non seulement des indicateurs de performance lors d'implantation de nouveaux services, mais également de se soucier de leur impact favorable sur la réduction des FRPS et d'y joindre des indicateurs décrivant l'impact de tels changements organisationnels et cliniques sur les principaux FRPS dans l'environnement de travail. L'amélioration de la qualité des services et des soins devrait également se répercuter sur l'amélioration de la qualité de vie au travail. L'évaluation de la qualité doit prendre en compte le bien-être des soignants.</p>
3	<p>Choisir une approche participative concernant des projets cliniques concrets, bien arrimés à la mission, à la vision et aux plans stratégiques des établissements et à celui du système de santé. Reconnaître la nécessité de prévoir du temps et des espaces réservés à l'amélioration des pratiques par l'intégration de données probantes par les acteurs de terrain comme le démontrent les études 1, 2 et 3. Malgré le soutien important fourni par l'équipe de recherche (recension, développement d'outils, structuration de la démarche, résumé, communication), les membres cliniciens et gestionnaires de chaque comité d'implantation ont trouvé leur mandat exigeant. Comme il demeurerait toutefois riche de sens, ils n'ont pas hésité à consacrer du temps en dehors des heures de travail pour finaliser le matériel éducatif. Moduler autrement les tâches et faire participer les acteurs de terrain ainsi que les patients et les familles dans la cocréation de solutions innovantes apparaît important.</p>
4	<p>Favoriser la représentation interdisciplinaire et établir des stratégies susceptibles de favoriser la participation de tous les acteurs et particulièrement celle des médecins. À notre avis, des recherches sur ce thème sont nécessaires, particulièrement dans les contextes québécois et canadien, où le mode de rémunération et d'autres facteurs propres à leur organisation de travail semblent constituer un frein à l'optimisation des pratiques de collaboration interprofessionnelle. Sans leur participation, il est difficile de soutenir le changement au regard des FRPS. Des études sur les barrières et les facilitateurs à la participation de ce groupe d'acteurs nous apparaissent par ailleurs nécessaires pour mieux parvenir à susciter ou à soutenir leur engagement.</p>
5	<p>Profiter de l'occasion fournie par la nécessité d'intégrer une approche palliative dans diverses trajectoires de soins pour créer des projets cliniques mobilisateurs. L'approche palliative met de l'avant des concepts au cœur des missions actuelles : l'interdisciplinarité, les soins centrés sur la personne, l'orientation des soins vers la qualité de vie et la prise en compte des trajectoires complexes de soins. L'application récente de la Loi concernant les soins en fin de vie prévoit le développement des SP et des SFV. Le droit d'accès à de tels soins y est clairement formulé. Un tel contexte est propice à appliquer les recommandations et à les documenter.</p>

RÉFÉRENCES

1. [En ligne]. [<http://www.irsst.qc.ca>].
2. Fillion, L., M. Truchon, M. L'Heureux, C. Gélinas, M. Bellemare, L. Langlois et M.-A. Robitaille (2013). *Amélioration des services et des soins de fin de vie: Mieux comprendre les effets sur la satisfaction et le bien-être des infirmières (SATIN I)* (Rapport de recherche n° R-794). Montréal, Canada, Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail.
3. Langlois, L., R. Dupuis, H. Marcoux, M. Truchon et L. Fillion (2009). « Les dilemmes éthiques vécus par les infirmières aux soins intensifs dans le contexte de soins de fin de vie ». *Revue éthique publique*, 11(2), p. 20-30.
4. Castra, M. (2004). « Faire face à la mort : réguler la « bonne distance » soignants-malades en unité de soins palliatifs ». *Travail et Emploi*, 97, p. 53-64.
5. Plante, A. et L. Bouchard (1996). « Occupational stress, burnout, and professional support in nurses working with dying patients ». *Omega*, 32(2), p. 93-109.
6. Fillion, L., L. Saint-Laurent, D. Morin, C. Dallaire, M. Aubin, I., Bairati, et M. L'Heureux (2007, janvier). *Optimiser le soutien organisationnel, professionnel et émotionnel: trois stratégies pour augmenter la satisfaction des infirmières en soins palliatifs*. (Rapport de recherche). Ottawa, Canada, Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé.
7. Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail. Rapport faisant suite à la demande du ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé (2011). *Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser*. [En ligne]. [www.college-risquespsychosociaux-travail.fr].
8. Jourdain, G. et D. Chênevert (2010). « Job-demands-resources, burnout, intention to leave the nursing profession : a questionnaire survey ». *International Journal of Nursing Studies*, 47, p. 709-722.
9. Alarcon, G. M. (2011). « A meta-analysis of burnout with job demands, resources, and attitudes ». *Journal of Vocational Behavior*, 79(2), p. 549-562. doi : 10.1016/j.jvb.2011.03.007
10. Desbiens, J.-F. et L. Fillion (2011). « Comment les infirmières du Québec perçoivent-elles leur compétence en soins palliatifs et quels sont leurs besoins de formation ? » *Cahiers francophones de soins palliatifs*, 11(2), p. 31-42.
11. Gélinas, C., L. Fillion, M.-A. Robitaille et M. Truchon (2012). Stressors experienced by nurses providing End-of-life Palliative Care in the Intensive Care Unit. *Canadian Journal of Nursing Research*, 44(1), p. 18-39.
12. Bellemare, M., E. Cloutier, D. Brault, S. Pettigrew, P. Prudhomme, L. Fillion et M.-A. Robitaille (2015, septembre). Soins de fin de vie dans des unités de soins intensifs : l'activité de l'infirmière entre performance du service et préservation de sa santé. *Actes du 50^e congrès de la Société d'Ergonomie de Langue Française* (p. 352-359). Paris, France.
13. Espinosa, L., A. Young, L. Symes, B. Haile et T. Walsh (2010). « ICU Nurses' experiences in providing terminal care ». *Critical Care Nursing Quarterly*, 33(3), p. 273-281.
14. Gélinas, C., M.-A. Robitaille, L. Fillion, M. Truchon, M.-C. Blais, M.-C., A. Brisebois, et M. Bellemare (2010, mai). *Improving end-of-life care and services in the intensive care unit to better understand stress factors linked to satisfaction and well-being of nurses*. Affiche présentée à l'International Psychosocial Oncology Society Conference (IPOS), Québec, Canada.
15. Vachon, M. L. S. (1999). « Reflections on the History of Occupational Stress in Hospice/Palliative Care ». *The Hospice Journal*, 14(3-4), p. 229-246.
16. Graham, I. D., J. Logan, M. B. Harrison, S. E. Straus, J. Tetroe, W. Caswell et N. Robinson (2006). « Lost in knowledge translation : Time for a map ». *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 26(1), p. 13-24.
17. Kofman, F. (2009). *L'entreprise consciente: Comment créer de la valeur sans oublier les valeurs*. Paris, France, Éditions des îlots de résistance.
18. Sawatzky, R., P. Porterfield, J. Lee, D. Dixon, K. Lounsbury, B. Pesut et K. Stajduhar, (2016). « Conceptual foundations of palliative approach : a knowledge synthesis ». *BMC Palliative Care*, 15(5). doi: 10.1186/s12904-016-0076-9
19. Senge, P. (1990). *The Fifth discipline: The Art and Practice of the learning Organization*. New York, NY, Doubleday.
20. Varela, F. (1989). *Autonomie et connaissance: Essai sur le vivant*. Paris, France, Seuil.
21. Langlois, L., D. Tanguay, L. Fillion et M.-A. Robitaille (2015). « La sensibilité éthique : une fenêtre pour combattre les inégalités de pouvoir entre les groupes ». *Recherches féministes, éthique et voix des femmes*, 28(1), p. 115-133.
22. Stewart, N. (2013). *Quand les employés manquent à l'appel: L'absentéisme dans les organisations canadiennes*. Ottawa, ON, Conference Board du Canada.
23. CFNU. (2015). Trends in Own Illness – or Disability-Related Absenteeism and Overtime among Publicly-Employed Registered Nurses. Ottawa, ON : Canadian Federation of Nurses Unions.

24. Dabboussy, D. et S, Uppal (2011). Taux d'absence du travail. Ottawa, ON, Statistique Canada, Gouvernement du Canada. [En ligne]. [<http://www.statcan.gc.ca/pub/71-211-x/71-211-x2012000-fra.pdf>].
25. Vézina, M., E. Cloutier, S, Stock, K. Lippel, É. Fortin, A. Delisle, et P. Prud'homme (2011). *Enquête québécoise sur des conditions de travail, d'emploi et de santé et de sécurité du travail (EQCOTESST)* (Rapport de recherche n° R-691). Montréal, Canada, Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail. Récupéré du site de l'organisme [En ligne] [<https://www.irsst.qc.ca/media/documents/PubIRSST/R-691.pdf>].
26. Flannery, L., L. M. Ramjan et K. Peters (2015). «End-of-life decisions in the Intensive Care Unit (ICU) Exploring the experiences of ICU nurses and doctors. A critical literature review». *Australian Critical Care*. doi: 10.1016/j.aucc.2015.07.004
27. Perez, H. R., M. Beyroudy, K. Bennett, M. L. Baier, R. L. Brown, M., Linzer et M. D. Schwartz (2015). «Chaos in the Clinic: Characteristics and Consequences of Practices Perceived as Chaotic.» *Journal for healthcare quality*. doi: 10.1097/jhq.000000000000016
28. Fillion, L., L. Saint-Laurent et N. Rousseau (2003). «Les stressés liés à la pratique infirmière en soins palliatifs: les points de vue des infirmières». *Les Cahiers francophones de soins palliatifs*, 4(1), 5-40.
29. Clot, Y. (2010). *Le travail à cœur: Pour en finir avec les risques psychosociaux*. Paris, France, La Découverte.