

Stratégies de Coping et Dynamique d'Equipe

Travail de Bachelor

Chenevard Diane-kelly

N°10644722

Demierre Marion

N°10644714

Directeur-trice : Brigitte Chatelain – Chargée d'enseignement HES

Membre du Jury externe : Laurent Frobert - Chargé de formation HUG

Genève, juillet 2014

Déclaration

« Ce travail de bachelor a été réalisé dans le cadre d'une formation en soins infirmiers à la Haute école de santé - Genève en vue de l'obtention du titre de *Bachelor of Science HES-SO en Soins infirmiers* ». L'utilisation des conclusions et recommandations formulées dans le travail de bachelor, sans préjuger de leur valeur, n'engage ni la responsabilité des auteurs, ni celle du directeur du travail de bachelor, du juré et de la HEdS.

Nous attestons avoir réalisé seules le présent travail sans avoir plagié ou utilisé des sources autres que celles citées dans la bibliographie ».

Fait à Genève, le 3 juillet 2014

CHENEVARD Diane-kelly

DEMIERRE Marion

Remerciements

Nous tenons particulièrement à remercier Brigitte Chatelain, notre enseignante et directrice de mémoire, qui a été présente tout au long de la rédaction de notre travail. Par sa présence et son écoute, elle nous a encouragées et soutenues jusqu'au terme de notre mémoire.

La supervision de Madame Chatelain nous a été très bénéfique, avec des conseils toujours pertinents et adaptés, même dans les situations qui nous semblaient parfois sans issue. Ses feedback réguliers nous ont permis d'avancer de façon sereine.

Nous sommes très reconnaissantes et fières d'avoir pu collaborer avec elle. Des sincères remerciements pour sa confiance et nous avoir laissées travailler avec autonomie.

Nous souhaitons remercier également Laurent Frobert, qui grâce à son intervention dans le cadre d'un module Heds, nous a orientées dans le choix des termes les plus justes pour notre problématique.

Merci au personnel de la bibliothèque de la haute école de santé pour leur patience, leur aide et leurs conseils.

Finalement un grand merci à nos familles, nos amis et collègues de la Heds, et à tous ceux qui ont participé de près ou de loin à l'aboutissement de notre travail de bachelor, pour leur présence et leur soutien.

« Le soignant est en mesure de prendre du recul pour analyser ce qu'il vit au quotidien. Cette réflexion l'amènera à s'adapter à ses conditions de travail et à forger ses propres outils pour « traiter » le stress à la source. »

Françoise Boissières-Dubourg (2012)

Résumé

Ce travail de Bachelor est une revue de la littérature qui a pour but de montrer les répercussions de la dynamique de groupe sur la qualité des soins.

Il démontre l'importance de la satisfaction au travail, la nécessité de la communication au sein d'une équipe, et le rôle majeur de la hiérarchie pour le bien être des professionnels soignants. L'issue de ce travail insiste sur la coresponsabilité de chacun et les stratégies de coping finalement propres à chaque personnalité.

C'est au regard des modes de l'interdépendance et des fonctions de rôle selon Roy, que ces différentes stratégies de coping ont été discutées.

Une atmosphère propice à l'entre aide, favorisant la confiance dans l'unité de soins, et des entretiens d'évaluation réguliers pertinents par la hierarchie permettent de prévenir l'épuisement professionnel, et favorise la dynamique d'équipe.

Mots-clés

🌀 Coping	Coping
🌀 Dynamique d'équipe	Team dynamic
🌀 Soins infirmiers	Nursing
🌀 Interdépendance	Interdependence
🌀 Fonction de rôle	Role fonction

Table des matières

I.	Introduction	7
1.1	Choix du sujet.....	7
1.2	Problématique	9
II.	Dynamique d'équipe dans une unité de soins	10
2.1	Cadre conceptuel	10
2.2	Définitions	11
III.	Objectifs du travail de Bachelor	18
IV.	Méthodologie.....	19
4.1	Stratégies de recherche.....	19
4.2	Liste des mots clés et articles	20
4.3	Analyse critique	22
V.	Articles.....	23
5.1	Ethique	23
5.2	Présentations des résultats	23
5.3	Définition supplémentaire liée aux résultats.....	25
VI.	Discussion.....	27
6.1	Organisation au travail.....	27
6.2	Rôle individuel	30
6.3	Rôle de l'IRU dans la médiation.....	33
6.4	Stratégies de coping adaptée et inadaptées	35
6.5	Limites du modèle de Roy	39
VII.	Perspectives pour la pratique	40
VIII.	Conclusion	42
IX.	Synthèse du Travail De Bachelor	44
X.	Liste de références bibliographiques.....	45

ANNEXES

Annexe I : Fiches de lectures des articles de recherche

Annexe II : Stade de maturité des équipes de Devillard

Annexe III : Cahier des charges de l'infirmière responsable d'unité de soins de HUG

I. Introduction

1.1 Choix du sujet

Au cours de notre formation théorique, nous avons été sensibilisées au phénomène de l'épuisement professionnel. D'après l'étude de Rodary et al. (1995), cités par Canouï et Mauranges (1998), « 20 à 40 % des soignants sont en état d'épuisement professionnel. 25 % des infirmières d'hôpitaux généraux, tous services confondus, souffrent dans leur travail et une sur deux a eu l'envie récente de quitter son poste, même si 80 % d'entre elles sont et demeurent très motivées par ce qu'elles font » (p. 93).

Ces chiffres nous paraissaient interpellants jusqu'à ce que nous découvrions la réalité du terrain.

Pendant notre formation pratique, nous avons été confrontées de façon inattendue à une attitude d'épuisement, c'est pourquoi nous avons décidé d'approfondir ce sujet dans le cadre d'un module.

Parmi les signes cliniques de ce syndrome que nous avons lus dans la littérature, les symptômes comportementaux sont des « manifestations inhabituelles pour le sujet » (Canouï & Maurange, 1998, p.11), telles que l'irritabilité, la sensibilité et la labilité émotionnelle.

Notre représentation caricaturale du comportement d'un tel sujet, avec nos recherches et nos expériences professionnelles, était une personne, entre autre, agressive envers ses collègues. Nous nous sommes intéressées plus précisément au phénomène de la violence horizontale. Ainsi, nous avons découvert dans les moteurs de recherches scientifiques beaucoup d'articles qui traitaient de ce thème.

La violence au sein d'une équipe de soin crée une ambiance très particulière que nous avons pu expérimenter au cours de nos stages.

Dans une de nos formation pratique dans une unité de soin généraux, un soignant se démarquait des autres, à nos yeux, par son comportement débordant. Cela se manifestait par des arrivées tardives, des sous-entendus sexuels et misogynes, des sauts d'humeur sans raison apparente, des décisions autoritaires en sa faveur non justifiées, des gestes violents envers les patients, de la violence envers les objets...

Cet environnement, peu favorable à une dynamique de soin, a créé une équipe peu communicante entre elle et silencieuse face à cet individu. En effet, aucun des soignants de l'équipe présents dans ces situations n'osait se prononcer sur son attitude, qui semblait

pourtant gêner l'organisation des soins. Ils faisaient comme si rien ne s'était passé, et utilisaient des moyens pour faire redescendre la tension, le plus souvent l'humour. Le silence nous a étonnées et ainsi nous a montrées l'importance de la relation de soignant à soignant.

Nous avons ainsi décidé d'orienter notre travail de Bachelor sur le thème de la dynamique d'équipe dans les soins en présence d'un soignant qui sépare le groupe par son attitude.

Les sciences infirmières se sont beaucoup développées ces dernières années et nous offrent des éléments qui nous permettent aujourd'hui de réfléchir sur notre pratique soignante avec des outils de référence. Maillard-Strüby et Doucet (2010) disent «L'infirmière guide sa pratique professionnelle en s'appuyant sur une théorie infirmière et sur les résultats de la recherche » (communication personnelle [polycopié]).

Nous nous sommes appuyées sur le modèle de Roy (1986), selon l'holarchie de Fawcett (2005) pour élaborer notre problématique. Son modèle appartient à l'école des effets souhaités, qui selon Pepin, Kerouac & Ducharme (2010) considère la personne comme un « système en quête d'adaptation ou d'équilibre » (p.60). Ce modèle se retrouve dans le paradigme de la totalité et est centré sur l'adaptation, telle que Roy l'a définie. Il correspond au processus dynamique de l'individu en interaction avec son environnement. L'humain est en constante exposition à des stimuli de nature diverse, auxquels il doit faire face pour survivre et assurer ses besoins psychologiques, affectifs et physiologiques, selon Roy (1986).

1.2 Problématique

Lewin a introduit la notion de « dynamique de groupe » en 1944 aux USA (Mucchielli, 2009, p.13). L'étude des phénomènes de groupe s'est développée dès 1945, avec une parution de 50 articles de recherche par année entre 1945 et 1950. A ce jour, nous trouvons environ 200 articles publiés par année depuis 1960 dans le monde entier.

Selon Frobert, « ce n'est parce qu'on réunit des gens, que cet ensemble de personnes va devenir un groupe ». (Communication personnelle [polycopié], 2013)

Roy considère la personne comme un individu global intégré de manière holistique. En d'autres termes, chaque personne, dans sa singularité, participe au fonctionnement de travail de l'équipe ; les attitudes de chaque individu sont des stimuli au sein de l'équipe de soin. Chacun est donc amené à s'adapter, en fonction de sa personnalité et de son fonctionnement psychique, pour contribuer à la dynamique de groupe afin d'assurer le bon fonctionnement de la qualité des soins dans l'environnement imprévisible.

La personne selon Roy (1986) est définie comme « un être bio-psycho-social en interaction constante avec un environnement changeant et ayant quatre modes d'adaptation: besoins physiologiques, image de soi, fonction de rôle et interdépendance », (p. 11). Dans ce travail de recherche, nous allons particulièrement nous intéresser aux modes de fonction de rôle et de l'interdépendance.

Le soignant fait appel à des stratégies complémentaires, comme le « coping » d'après Roy (1986), afin de s'adapter au mieux. Le coping est un mode d'adaptation face aux situations de stress. Les processus de contrôle et les mécanismes de coping incarnent le travail que la personne doit réaliser (inconsciemment) pour s'adapter aux stimuli de l'environnement. Dans la situation exposée, un membre de l'équipe est considéré comme « déviant », car ses stratégies de coping ne lui permettent pas de faire face à la situation.

Cet ancrage disciplinaire nous permet de montrer, dans notre problématique, l'importance de l'interdépendance et de la fonction de rôle, dans la théorie de Roy.

Notre problématique s'intitule : Dans une unité hospitalière, quelles stratégies de coping préconiser à une équipe de soins face à un professionnel déviant, ceci en regard des modes de l'interdépendance et de fonction de rôle selon Roy ?

II. Dynamique d'équipe dans une unité de soins

2.1 Cadre conceptuel

Les bases théoriques sur lesquelles les recherches de ce travail ont été faites, les termes utilisés et leurs définitions, ont été soigneusement choisis afin de ne pas apporter un regard jugeant à cette recherche.

L'équipe soignante est appelée couramment « unité de soins », et désigne également une entité de l'hôpital. Il s'agit de l'unité dans laquelle les soignants sont amenés à y travailler pendant toute leur carrière, au sein d'un groupe d'individus, communément nommée « équipe ».

A travers le phénomène de recherche de la dynamique d'équipe, l'unité de soins sera vue dans ce travail comme « une équipe » qui doit « maintenir son bien-être et son fonctionnement maximal, pour interagir avec son environnement dans des situations critiques et pour améliorer son état de santé » (Roy, 1986, p.7).

Dans ce travail de bachelor, l'unité de soin est considérée comme une équipe, et non comme un groupe, d'après les définitions ci-après. De plus, la dynamique de groupe décrite par Mucchielli (1986), est un phénomène géré par la personnalité des membres qui compose le groupe, alors que la dynamique d'équipe, décrite par Devillard (2003), est gérée par un leader, et/ou un chef, dans un objectif commun.

Afin d'être le plus objectif possible, le choix du terme « déviant », qui est le point de départ soutenant la problématique de ce travail, a été dument réfléchi pour sa définition, plus neutre que celle du comportement violent ou inadapté.

Le modèle théorique de Roy renforce le questionnement sur l'adaptation des soignants dans une équipe de soin. Parmi les quatre modes d'adaptation de Roy, deux paraissent plus pertinents vis-à-vis de notre problématique : le mode de la fonction de rôle et celui de l'interdépendance. Ces deux modes résultent particulièrement des interactions avec les autres.

D'autres études ont montré l'importance de l'appartenance, de l'estime de soi et des autres (Spitz, 1945 cité par Roy, 1986) dans la dynamique de groupe.

Les divergences d'opinion, les conflits ou les crises sont des étapes incontournables dans la vie d'une équipe. Cependant, lorsque ces crises durent, elles provoquent des

répercussions sur l'ambiance du travail, sur la qualité des soins, et sur la santé des soignants.

2.2 Définitions

Plusieurs concepts clés, qui gravitent autour de notre problématique, sont définis ci-dessous.

- **Equipe**

« L'équipe » se distingue du « groupe » par des subtilités dans son utilisation du quotidien. Une équipe peut être définie comme « un groupe d'individus organisés ensemble, conduit par un leader et œuvrant pour un même objectif » (Devillard, 2003, p.3). Pour passer d'un groupe d'individu, à une équipe, il est nécessaire d'avoir quatre composantes : un groupe d'équipiers, un chef, un objectif, et des pratiques visant la concertation d'action (Devillard, 2003). Cet auteur ajoute « c'est un mode d'organisation conçu pour « l'aventure », une façon de répondre à ce qui advient, avec la meilleure réactivité » (p.7).

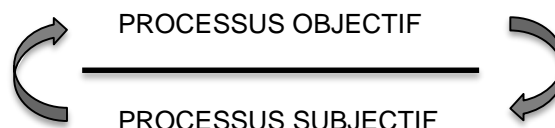
Selon Frobert (2013), parmi les différentes classifications des groupes, on trouve le groupe primaire (ou groupe restreint), c'est-à-dire un groupe où le nombre est restreint, et « chacun a une perception individualisée de l'autre [...] et les échanges interindividuels sont nombreux » (Communication personnelle [polycopié] 2013). Un groupe primaire est constitué de six à dix personnes (Devillard, 2003), et est considéré comme un nombre idéal d'individus. En effet, Devillard (2003) affirme que c'est une taille assez petite pour permettre des liens de proximité et de partage, et assez grande pour permettre la créativité, un sentiment de sécurité, et la diversité.

La coopération permet de transformer le groupe en équipe. Une équipe est donc un groupe, du moment qu'il y a des interactions, « agir ou réagir par rapport à un autre » (Mucchielli, 2009, p.24) entre les différents membres du groupe. La notion est subtile mais importante dans la représentation de l'échange, l'unité, la motivation pour une tâche commune, et la cohésion (Mucchielli, 2009). Les soignants d'une même équipe possèdent un lien solide entre eux et la coresponsabilité de l'objectif commun (Devillard, 2003)

Mucchielli (2009) sépare les termes d'« équipe » et d'« équipe de travail ». Ainsi une équipe de travail comporte des membres interdépendants, a un but, un destin commun et perçoit cette interdépendance. On parle alors d'esprit d'équipe.

- **Dynamique d'équipe**

Devillard (2003) définit la dynamique d'équipe comme le flux actif entre deux niveaux : le contenu objectif (c'est-à-dire les résultats obtenus par l'équipe), et le niveau subjectif (c'est-à-dire le sentiment d'équipe). La performance obtenue maintient l'esprit d'équipe et l'esprit d'équipe améliore la performance.



Schémas de l'effet dynamique
L'effet dynamique articule deux niveaux,
celui du processus objectif et celui du processus subjectif.
Le premier fait l'action et le second fait ou défait l'équipe.

(Devillard, 2003, p.12)

A partir de ce schéma, Devillard montre les interactions possibles dans une équipe. Ainsi, soit les flux vont dans le même sens, et la dynamique d'équipe fonctionne ; soit les flux sont opposés, à travers un déviant dans le cadre de notre problématique, et la dynamique d'équipe ne fonctionne plus de manière adéquate.

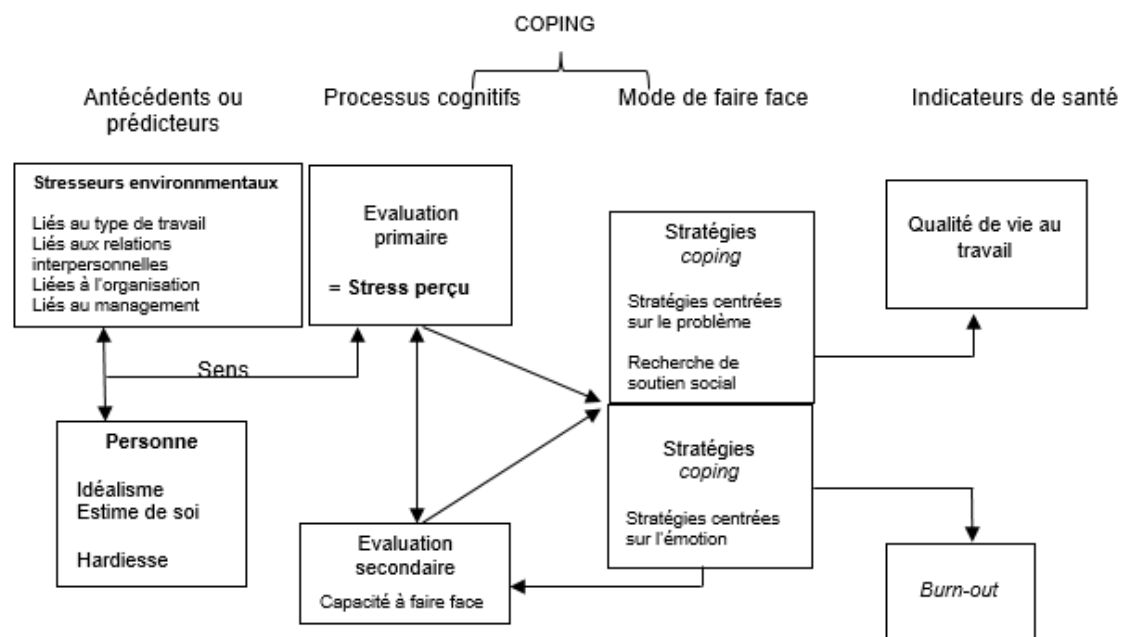
- **Le Coping**

Paulhan (1992) cité par Da Rocha et Roos (2013) traduit ce terme par « stratégies d'ajustement » (communication personnelle [polycopié]). Le coping est nécessaire pour « le bien-être physique et psychologique des personnes » (Lazarus et Launier, 1978, cité par Lazarus et Folkman, 1999, cité par Da Rocha et Roos, (communication personnelle [polycopié] 2013). «Le coping intervient comme modérateur de la relation entre

l'évènement stressant et la détresse émotionnelle » (Lazarus et Folkman, 1984, cités par Piquemal-Vieu, 2001, p.85).

L'individu fait appel à des stratégies complémentaires selon Roy, comme le « coping », afin de s'adapter au mieux. « L'attitude est avant tout celle d'un individu qui tente de se protéger d'un environnement menaçant » et ainsi diminuer l'angoisse du sujet. (Canoui & Mauranges, 1998, p. 79)

Le coping est un mode/stratégie d'adaptation face aux situations de stress. Les processus de contrôle et les mécanismes de coping sont le travail que la personne doit réaliser (inconscient) pour s'adapter aux stimuli de l'environnement. Da Rocha et Roos (2013) citent Folkman & Greer (2000) et affirment que les stratégies de coping dépendent de l'évaluation et des ressources de la personne.



Tiré de : Colombat, 2012, p. 16.

Ce schéma montre que le processus de coping dépend de la personnalité de l'individu et de son environnement. Dans les situations de stress, les stratégies de coping utilisées aboutiront soit un comportement qui maintiendra la qualité de vie au travail, soit à un burn-out.

- **Mode de fonction de rôle**

« L'objectif du mode de rôle est l'intégrité sociale » (Roy, 1986, p.232). Le soignant est constamment en interaction avec les autres membres de l'équipe et doit s'adapter pour assurer son intégrité sociale, c'est-à-dire « avoir une image de soi compatible avec son rôle et son environnement » (Roy, 1986, p.233). Comme sa position varie dans l'environnement et dans les circonstances (profession, mariage, maladie...), l'individu peut endosser plusieurs rôles à la fois (rôle professionnel, rôle de parent...) et dans le temps (rôle du jeune adulte, rôle de l'adulte mature...).

Le rôle est d'après Roy (1986), « une série définie d'attentes d'une personne occupant une position par rapport à une autre occupant une autre position » (p.232).

Il existe dans la théorie de l'adaptation et selon Banton (1965), cité par Roy (1986), pour chaque individu un rôle primaire (lié à son âge, son sexe, et son stade de développement) d'après Erikson (1972), un rôle secondaire (lié à ses compétences, plutôt qu'à ses qualités), et éventuellement un rôle tertiaire (choisi par la personne et souvent temporaire). L'identification de ces rôles permet de définir des comportements appropriés dans le contexte. (Roy, 1986, p.235).

Parson et Shils (1951), mentionné par Roy (1986), introduisent la notion de « performance de rôle », qui sont des « stimuli majeurs du comportement » (Roy, 1986, p.236). Il en existe quatre : le bénéficiaire d'une action, la récompense ou la rémunération, l'ensemble des circonstances et la coopération, collaboration (p.235-236). Ces quatre stimuli influencent majoritairement, selon les auteurs, l'adaptation du comportement dans le mode de fonction de rôle. En effet « la maîtrise des rôles ne peut être atteinte sans la présence de ces stimuli » (Roy, 1986, p.242). Il ne faut cependant pas négliger d'autres facteurs comme les normes sociales, ou l'image de soi.

De plus, deux composantes forment le mode de fonction de rôle :

- « la composante instrumentale (activité associée à son rôle)
- la composante expressive (comportements émotionnels plutôt que physique) »
(Roy, 1986, p.235).

Roy (1986) illustre ce mode avec l'exemple d'une infirmière, qui a besoin d'un comportement « approprié et réceptif » (p.236) de son patient, pour avoir une action immédiate adéquate. L'attitude de l'infirmière a pour but de maintenir la relation soignant-soigné ; Roy imagine qu'on attend de l'infirmière qu'elle ait « un comportement expressif approprié » (p.236) pour consolider son lien avec son patient. Dans un autre cas, l'infirmière, qui effectue des soins infirmiers adaptés et qui collabore avec ses collègues, a des comportements instrumentaux attendus.

L'identification des rôles, des comportements expressifs et instrumentaux permet d'analyser les besoins de l'individu selon le contexte et son environnement. Lorsqu'un comportement est identifié, d'après Roy (1986), il revient à l'équipe, dans le contexte du travail de Bachelor, de déterminer si l'attitude est adaptée ou non adaptée, termes spécifiques à la théorie de Roy (1986). Dans le cas d'un comportement non adapté, l'équipe aura la possibilité de « contribuer à la maîtrise du rôle » (Roy, 1986, p.247) pour favoriser son intégrité.

- **Mode de l'interdépendance**

La définition littéraire du mode de l'interdépendance est une « dépendance réciproque », c'est-à-dire un mode social se caractérisant par la dépendance « des interactions avec les autres » (Roy, 1986, p.249). Cette relation interpersonnelle fortifie l'aspect complexe et éthique de notre recherche. Si l'on reprend les termes du phénomène de recherche, l'individu est en interaction permanente avec son environnement, et est dépendant des autres pour pouvoir se développer et évoluer en ayant des comportements adaptés.

Ce mode contribue, selon Roy (1986), à faire grandir les individus en tant que personne et être un « membre contribuant au maintien de la société », (p.250). De plus, l'interdépendance est axée sur les besoins affectifs.

Roy (1986) définit théoriquement l'interdépendance comme étant « les relations interpersonnelles intimes entre les individus, basées sur le désir et la capacité à aimer, à respecter, et sur l'acceptation et la réponse à l'amour au respect et à la valorisation des autres » (p.249). Par rapport à la fonction de rôle, le mode de l'interdépendance a pour but « d'acquérir une compétence sur le plan affectif qui permet de sentir en sécurité dans les relations liées aux comportements de maternage » (Roy, 1986, p.250). Roy (1986) affirme également qu'une infirmière travaillant dans un environnement stressant, a davantage besoin d'affection de la part de sa vie sociale.

L'auteure décrit par ailleurs un système de support, c'est-à-dire un groupe de personnes qui participent aux besoins d'interdépendance de la personne. L'équipe semble être le système de support, selon Roy (1986).

De ce fait, l'équipe, le système de support, doit « donner et recevoir de l'amour, du respect, de la valorisation, et contribue par ces comportements à la compétence affective » (Roy, 1986, p.251) du soignant.

Les stimuli qui influencent les stratégies d'interdépendance sont au nombre de sept :

- « attentes face aux relations interpersonnelles et éveil face à ses besoins
- habiletés de maternage envers soi et les autres
- niveau d'estime de soi et des autres
- habiletés interactionnelles personnelles et celles des autres en relation avec soi
- présence, proximité
- connaissances sur le concept de l'amitié
- tâche ou stade de développement » (Roy, 1986, p.259).

L'interdépendance fait écho à l'esprit d'équipe de Mucchielli (2009). Cet esprit d'équipe est constitué d'un objectif commun et de la notion d'interdépendance, c'est-à-dire être authentique les uns avec les autres pour améliorer le bien-être. Le fait que l'équipe soit interdépendante de ses équipiers, mais que chaque individu est en partie autonome dans son équipe, est un paradoxe relevé par Devillard (2003). L'interdépendance est donc à analyser selon deux composantes : celle de l'individu et celle de l'équipe. Les soignants de l'unité sont des « éléments en interaction, de telle façon que toute action de l'un agit sur l'ensemble des autres » (Devillard, 2003, p.43)

- **Comportement déviant**

« Le déviant est celui qui ne suit plus les voies tracées, les règles habituelles, les consignes, les opinions du groupes. » (Mucchielli, 2009, p. 224).

Le travail en équipe engendre une « vie collective propre » (Mucchielli, 2009, p. 16), une organisation informelle, des règles et des valeurs propres à l'équipe.

Un comportement déviant n'est pas une divergence d'opinions. Le déviant se démarque dans une équipe par son attitude individuelle et jugée non conforme par le groupe. L'étiquette de déviant n'est pas rigide, il existe une « marge de tolérance » face à cette conduite. Le déviant crée une tension intra groupale qui se répercute sur le travail et l'ambiance au sein de l'équipe.

Roy (1986) précise : « si le comportement persiste au point de mettre en danger, alors son comportement est considéré comme non adapté » (p.35).

Les comportements adaptés « favorisent l'intégrité de la personne » à contrario du comportement non-adapté « ne favorisant pas l'adaptation de l'individu » (Roy, 1986, p.25). Dans une situation où la personne a un mode d'adaptation « adapté », les discordances qui peuvent être présentes sont « normalement appropriées » aux stimuli reçus grâce aux

mécanismes cognitifs (« traitement des informations et des perceptions, l'apprentissage, le jugement et l'émotion », (Roy, 1986, p.23) ; ces discordances sont signes d'une bonne adaptation et sont donc tout à fait normales.

Le déviant n'est pas un marginal, il présente les caractéristiques suivantes, selon Manoukian (2009) :

- un manque de flexibilité et d'adaptabilité, associé à une mise à distance des autres
- des comportements cyniques, arrogants voire agressifs
- de l'absentéisme
- une diminution des relations sociales extérieures au travail
- une diminution des loisirs.

III. Objectifs du travail de Bachelor

Ce travail de bachelor veut, à travers une revue de la littérature, chercher des solutions concrètes, face à un problème de dynamique d'équipe, mais aussi trouver des idées préventives face à un soignant déviant. Il veut mettre en évidence la relation entre les difficultés psycho sociales liées à la profession infirmière et l'apparition de symptômes gênants liés au stress chronique.

O. Devillard (2003) affirme qu'un bon fonctionnement d'équipe est un « formidable gisement de ressources ». (p. XVII) Comment est-ce possible de passer à côté ?

D'après le Plan d'Etude Cadre 2006 de la Haute école de santé, tout au long de la formation les enjeux du travail d'équipe sont enseignés aux étudiants, plus particulièrement au semestre six. Y a-t-il du sens à faire de la sensibilisation aussi tardivement dans la formation sachant que les étudiants sont confrontés à des professionnels dès la première année ?

Mucchielli (2009) écrit « les groupes primaires à grande pression interne de conformité et à standards rigides sont caractérisés par une « intolérance à la déviance » » (p.45). Cependant, dans les unités de soins, « la marge de tolérance à la déviance » est plus grande. Quel rôle joue la pression de conformité ? Comment est-elle utilisée inconsciemment par le déviant ? Quelles sont les répercussions de la pression de conformité dans la dynamique de groupe ?

L'évaluation d'un comportement attendu selon le mode de la fonction de rôle et de l'interdépendance est-elle formelle ? Si l'ensemble des collègues évalue un autre collègue, cela soulève le problème d'une hiérarchie occulte, c'est à dire qui décide du comportement de basse adaptation, et de fait que dit-on à qui ? À quel moment ? Et comment se joue la fonction de rôle ?

Les collègues qui participent à l'évaluation et qui laissent la situation se « dégrader », peuvent être malgré eux, devenir complices du phénomène. Deviennent-ils déviants, au détriment du patient et de l'équipe ?

En considérant l'infirmier responsable d'unité (IRU) comme un manager, un de ses rôles principaux est de gérer les conflits au sein de l'équipe. Comment se traduit l'implication de l'IRU dans la médiation des problèmes humains ?

IV. Méthodologie

La démarche méthodologique pour la réalisation de ce travail de bachelor est une revue de la littérature.

En élaborant la problématique, un vocabulaire spécifique à la dynamique de groupe est ressorti. C'est à l'aide d'ouvrages théoriques sur le thème choisi, que les premiers mots clés ont été sélectionnés.

4.1 Stratégies de recherche

Les recherches d'études scientifiques pour permettre la discussion ont été faites à l'aide des bases de données CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature), Pubmed et Cairn.info entre novembre 2013 et février 2014.

Cette recherche d'articles peut paraître déstructurée car les mots clés ne sont pas identiques pour chacune des recherches d'articles. La combinaison des mots clés sélectionnés au départ, a donné des résultats médiocres, c'est-à-dire que les thèmes principaux des recherches trouvées n'étaient pas assez diversifiés, et plutôt axés sur le leadership et la violence (du patient au soignant).

Lorsque des mots clés étaient adaptés, une des difficultés était de ne pas avoir accès à l'article en entier ou limité à l'abstract en anglais, le reste de l'article étant en langue grecque, chinoise ou encore en langue portugaise.

Sans tactique précise, la bibliographie des premiers articles lus a orienté les recherches vers d'autres articles qui répondaient davantage à la problématique de départ.

Un tri méticuleux a été nécessaire afin d'obtenir des articles de recherche dont l'issue était précisément adaptée à la question de recherche, ceci dans le but d'amener des résultats concrets sans se disperser dans les phénomènes de groupe en dehors de l'équipe de soins ou d'agressivité par exemple.

Finalement, les mots clés utilisés pour obtenir les articles finaux ne sont pas les plus évidents du départ mais sont tout à fait dans le thème.

4.2 Liste des mots clés et articles

Recherches sur le moteur de recherche CINAHL

A partir des mots clés, une première sélection d'articles a été faite selon son titre. Une seconde sélection a été faite selon l'abstract, principalement en fonction de la question de recherche et de l'issue de l'étude. Quatre mots clés simultanément étaient trop restrictifs, c'est pourquoi les mots clés sont limités à deux ou trois par stratégie.

La plupart du temps, les critères d'exclusion n'étaient pas nécessaires, à la vue du nombre peu élevé d'articles qui se rapportaient au thème de la dynamique d'équipe dans les soins infirmiers.

Une majorité des textes retenus n'étaient pas disponibles en « full text » sur la base de données et à l'aide des références et du moteur de recherche Google, il a été possible d'avoir accès à l'étude entière. Cette méthode a été un frein, car ces études n'ont pas été évidentes à rassembler.

Cependant, les combinaisons de mots clés semblent pertinents car ils comprennent non seulement des notions assez larges, comme le stress, ou les soins infirmiers, mais aussi des notions plus ciblées, comme le coping ou le burnout.

Stratégie 1:

Coping AND Relationship Nurse to Nurse AND Job Stress

Résultats :

42 articles trouvés sans critère d'exclusion, dont un article retenu :

- Tarant T. Sabo C. (2010)

Stratégie 2:

En lisant la recherche Ways of coping, understanding workplace stress and coping mechanisms for hospice nurses de DiTullio et McDonald, trouvée avec la stratégie 1, une autre référence semblait davantage intéressante pour le travail de bachelor, et cette étude, menée par les mêmes auteurs, a été préférentiellement retenue pour la revue de littérature.

- DiTullio M. McDonald D (1999)

Stratégie 3:

Deviant Behavior AND Nurse

Résultats

11 articles trouvés sans critère d'exclusion, dont un retenu :

- Peng J. Tseng M. Lee Y (2001)

Stratégie 4:

Nurses AND Prevention of burnout AND Self-Care Strategies

Résultats

10 articles trouvés sans critère d'exclusion, dont un retenu

- Kravits K. McAllister-Black R. Grant M & Kirk C (2008)

Stratégie 5:

Coping Strategies AND Nurse AND Satisfaction

Résultats

48 articles trouvés sans critère d'exclusion, dont un retenu :

- Golbasi Z. Kelleci M. Dogan S. (2008)

Stratégie 6:

Coping AND Job Stress AND Burnout

139 articles trouvés sans filtre d'exclusion, dont un retenu

- Garrosa E. Rainho C. Moreno-Jimenez B. Monteiro M-J (2010)

Stratégie 7:

Nursing AND Bullying AND Leadership

Résultats :

14 recherches trouvées en sélectionnant les articles "Free full text" dont la suivante a été lu retenue

- Weaver Moore, L., Leahy, C., Sublett, C. & Lanig, H. (2013).

Pubmed

Stratégie 8:

Nursing team AND Behavior AND Workplace

Résultats :

111 recherches trouvées dont la suivante a été lu et retenue

- Garon, M. (2002).

Stratégie 9:

Silence AND Team AND Nursing

Résultats :

16 recherches trouvées dont la suivante a été obtenue par la bibliothécaire, lu et retenue.

- Newton, L., Storch, J., Makaroff, K. & Pauly, B. (2012).

Cairn.info

Stratégie 10:

Soins infirmiers AND Coping AND Stratégie

Résultats :

75 recherches trouvées dont la suivante a été lu et retenue.

- Mariage, A. & Schmitt-Fourrier, F. (2006).

Journal of Professional Nursing (Site sélectionné après visualisation de ce dernier dans plusieurs bibliographies d'articles parcourus pendant les recherches)

Stratégie 11:

Team interaction

Résultats :

217 recherches trouvées dont la suivante a été lu et retenue.

- Apker, J. (2006).

4.3 Analyse critique

Finalement onze articles ont été retenus pour la revue de littérature. Trois thèmes se distinguent parmi les recherches :

- La communication (articles 1, 5, 8, 9, 11)
- Le rôle de l'IRU (articles 1, 7, 9, 11)
- La psycho éducation en lien avec les stratégies de coping (articles 2, 3, 4, 5, 6, 9, 10, 11)

Pour chacun des articles utilisés, une fiche de lecture est en annexe. Un article seulement traite particulièrement du déviant, mais tous les autres gravitent toutefois autour du thème du coping.

V. Articles

5.1 Ethique

Les articles cités ci-dessus proviennent, soit d'une base de données scientifique (Cinahl et Pubmed) ou non (Cairn.info), soit d'un journal périodique reconnu dans la recherche en soins infirmiers (Journal of professional nursing).

Un comité éthique ou universitaire a approuvé chacune des études.

Toutes les notions pertinentes se rapportant à la problématique ont été traitées, d'où le nombre important de stratégies de recherche.

5.2 Présentations des résultats

D'après les recherches précédemment étudiées, utiliser des stratégies de coping dites positives ou adéquat, permet la diminution de la détresse morale, et même du burnout dans les soins infirmiers.

Ces stratégies ont pour finalité :

- d'augmenter la satisfaction au travail et donc de diminuer le stress lié en milieu hospitalier
- de diminuer l'épuisement professionnel
- d'augmenter les comportements de confiance en soi et optimistes
- diminuer l'absentéisme et le turn over infirmier
- diminuer les symptômes se rapportant au burnout, (diminuer le comportement de dépersonnalisation, et augmentation le sentiment d'accomplissement personnel
- augmenter la motivation professionnelle.

(Golbasi, Kelleci, Dogan, 2008; Kravits, McAllister-Black, Grant & Kirk, 2008 ; Newton, Storck, Makaroff & Pauly, 2012 ; Tarrant, Sabo, 2010)

Tous ces résultats permettent d'assurer la sécurité du patient, de prodiguer des soins de qualité, dans une attitude compatissante et respectueuse (Newton et Al, 2012).

Les résultats des études mettent l'accent sur la psycho éducation du personnel soignant. Il semble nécessaire, de valoriser au sein des établissements, des stratégies de coping positives.

Ces méthodes d'adaptation, en cas de conflit ou de stress, sont par exemple une approche positive de la situation, en ayant une attitude sure de soi (Golbasi et al., 2008) et savoir s'auto-protéger des facteurs de stress (Newton et Al, 2012).

Un autre procédé pour faire face au stress hospitalier est de savoir prendre soin de soi, selon sa personnalité (qualifiée de courageuse par Garrosa et al., 2010), et d'identifier ses ressources afin de cibler les interventions (DiTullio & McDonald 1999).

Selon Mariage et Schmitt-Fourrier (2006), un type de personnalité n'est pas corrélé à un type de coping. Les stratégies de coping les plus utilisées parmi le personnel soignant sont la relaxation, la méditation et adopter un comportement apaisant (DiTullio & McDonald, 1999). D'autres auteurs préconisent de changer d'activité si le stress est trop important (Tarrant & Sabo, 2010).

Ces interventions psycho éducationnelles doivent être régulièrement menées et évaluées auprès des soignants qui présentent un risque de déviance. De plus, il peut être intéressant de construire un modèle de stress spécifique, regroupant les facteurs de stress hospitaliers, les caractéristiques de la personnalité afin de cibler les ressources et les stratégies de coping variées et adaptées à chacun (Di Tullio & McDonald, 1999, Tarrant & Sabo, 2010).

La communication est le deuxième concept très présent dans les résultats des auteurs, et fait partie d'une stratégie de psycho éducation. Les problèmes de communication ont montré une influence négative sur la qualité de vie professionnelle (Garon, 2012).

Certains auteurs (Tarrant & Sabo, 2010) insistent sur la notion d'échange professionnelle, pour partager ses émotions. Apker (2006) relève également 4 compétences nécessaires pour une communication optimale dans l'équipe : la collaboration, la crédibilité, la compassion et la coordination. Toutes ces compétences améliorent les relations interpersonnelles (Weaver Moore, L., Leahy, C., Sublett, C. & Lanig, H. (2013)).

Mariage et Schmitt-Fournier (2006) et Newton et al., (2012) mentionnent le groupe de parole, pour chercher de l'aide, reconnaître les compétences de l'autre, et ainsi mesurer le pouvoir de la relation.

Mêmes si toutes ces pistes sont parfois déjà présentes dans les hôpitaux analysés, il est indispensable de renforcer les acquis, encourager, promouvoir et maintenir un climat de confiance (Apker, 2006 ; Newton et Al, 2012).

Lorsque ces procédés d'adaptation sont inefficaces et provoquent des conflits de rôle au sein de l'équipe, certains auteurs mettent en évidence le rôle important de l'infirmière responsable d'unité (IRU).

Les IRU ont la fonction de résoudre les problèmes d'organisation, dans le cas où les membres de l'équipe ne s'expriment pas (Garon, 2012). Ils ont la responsabilité de créer un environnement favorable à la communication (en cas de difficultés ou soucis), malgré les différentes personnalités qui composent l'équipe (Garon, 2012).

L'étude de DiTullio et McDonald (1999) montre que la préoccupation majeure du personnel soignant est « being there », c'est-à-dire être soutenu par sa hiérarchie, résultat validé par Weaver-Moore et Al, (2013). Un feed back régulier et constructif auprès des soignants, fait par la hiérarchie semble avoir un effet positif sur le comportement déviant des soignants (Peng J. Tseng M. Lee Y ,2001), ainsi qu'une évaluation des aptitudes de communication (Apker, 2006).

L'IRU est garant d'une « unité saine et positive » (Weaver-Moore et Al, 2013), et donne la direction de l'éthique des soins (Newton et Al, 2012).

5.3 Définition supplémentaire liée aux résultats

Ce paragraphe propose une définition complémentaire issue des résultats obtenus après l'analyse des recherches.

- **Burn out**

Le burnout infirmier est une conséquence importante du stress, et est associé à des problèmes psychologiques, somatiques et physiologiques, avec une réduction des cellules immunitaires, un moral bas, une productivité en baisse, de l'absentéisme, un turnover professionnel et un abus d'alcool et de drogue (Garrosa et Al, 2010, traduction libre, p. 205).

Les symptômes suivant conduisent au burnout : l'épuisement émotionnel, l'augmentation du sentiment de dépersonnalisation, la diminution du sentiment d'accomplissement personnel. (Koeske & Koeske, 1989 cités par Kravits et al., 2008)

Dans l'étude de Mariage et Schmitt-Fourrier (2006), réalisé auprès de personnels soignants, « le stress est une réalité dans le monde hospitalier, confirmée par le bureau international du travail qui reconnaît la profession d'infirmière comme particulièrement exposée à la souffrances physique et psychique » (p2).

Les infirmiers constituent un groupe à risque à l'insatisfaction au travail à cause de leur profession et des conditions spécifiques de travail (Sheward et al, 1985 cités par Golbasi, et al., 2008)

Si les infirmiers sont exposés à des facteurs de stress chroniques et significatifs, et qu'ils utilisent des stratégies de coping inefficaces, ils sont plus à risque de développer un syndrome de burnout (Madland et Al. 2004 cités par Kravits et al., 2008).

VI. Discussion

Devillard (2003) affirme que fonctionner en équipe est exigeant, c'est pourquoi il existe tant d'ouvrages sur le sujet de la dynamique d'équipe. De plus, le stress est une réponse normale face à des éléments variables, comme une lutte de l'organisme pour s'adapter à une nouvelle demande » (Germain, 1991, cité par DiTullio & McDonald, 1999, traduction libre, p.642).

Après la lecture critique des articles, la littérature plus théorique a été parcourue afin de comparer et confronter les résultats obtenus des recherches précédentes.

Les résultats sont issus des ressentis et des observations des infirmiers dans leur environnement professionnel. Les livres reflètent la théorie, c'est-à-dire un idéal, ce qui devrait être au mieux. Cependant les ouvrages sont très généraux et donc ne sont pas assez spécifiques aux soins infirmiers, ils ne prennent souvent pas en compte une composante supplémentaire et indissociable de la pratique infirmière : le travail avec l'humain.

La problématique des phénomènes de groupe et des stratégies de coping est discutée ci-après au regard des thèmes de l'organisation du travail, du rôle individuel et des stratégies de coping, notions redondantes dans les lectures utilisées pour la rédaction de ce travail.

6.1 Organisation au travail

« L'équipe fonctionne de manière rigoureuse et flexible » (Devillard, 2003, p.15). Elle agit comme une mini société avec des lois, des satisfactions mais aussi des conflits. De ce fait, il est nécessaire, d'après Devillard (2003) « d'ajuster le pilotage pour optimiser le résultat » (p. XVII). L'organisation doit être conçue pour répondre aux aléas (Devillard, 2003, p.6). Quel que soit l'organisation, elle nécessite un consensus de tous, malgré la hiérarchie. Une fois adoptée, elle doit être appliquée de manière efficace. Auquel cas elle induira un comportement déviant.

Ainsi, un fonctionnement spécifique d'une équipe et des décideurs multiples sont nécessaires à une bonne organisation de travail. En effet, « toute action de l'un agit sur l'ensemble des autres » (Devillard, 2003, p.43). Roy (1986) définit l'interdépendance de cette façon car l'infirmier « se sent plus efficace et plus adéquat quand ses besoins d'affection sont comblés [...] par les personnes qui l'entoure à son travail » (p. 250).

Dans la littérature il existe cinq stades de maturité d'équipe décrits par Devillard (2003), qui montrent « l'art de faire ensemble » (p. 89). La notion du temps influence le processus permettant à l'équipe de parcourir ces cinq stades, afin de créer un « esprit d'esprit et une efficacité collective » (Devillard, 2003, p.89). Ainsi plus la force de cohésion est élevée (stade « d'intelligence collective » décrit dans l'annexe II), moins il y a des risques de comportements déviants. Le rôle de chacun dans l'équipe est clarifié, il y a peu d'ambiguïté de fonction de rôle, ce qui « favorise l'intégrité sociale » (Roy, 1986, p.232). L'interdépendance se caractérise par des « liens intimes » (p.249), avec une « très forte complicité » (Devillard, 2003, p.87), ce qui confirme le lien entre la fonction de rôle et l'interdépendance.

Une telle organisation au travail induit des règles tacites, qui sont propres à chaque unité, et qui se transmettent oralement.

Ces règles préservent l'autonomie de l'équipe, qui est essentielle pour maîtriser l'environnement changeant (Roy, 1986)

Le groupe engendre une organisation informelle, c'est-à-dire non officielle, qui a pour fonction de maintenir, par un système d'évaluations à usage interne, un modèle de comportement collectif destiné à protéger le groupe lui-même contre les changements et les pressions extérieures. (Mucchielli, 2012, p.17).

Dans la mesure où l'interdépendance est très forte dans une équipe, l'attitude de ses membres influence le comportement des autres : les règles tacites engendrent donc un comportement tacite. La façon dont sont transmises ces règles entre professionnels est influencée par la personnalité de chacun.

Dans l'article de recherche de Garon (2012), les résultats étudiés montrent que les professionnels peuvent être influencés par les comportements, actes ou dire des autres collègues.

Apker (2006), a démontré que la collaboration permet de faire circuler l'information afin d'interagir avec les membres de l'équipe en utilisant une communication efficace. L'auteur précise également que la pratique infirmière maintient un rôle d'influence mais que bien souvent, les interventions, actions et implications « passent inaperçues » aux yeux du public et des collègues.

Une des valeurs clés de la profession infirmière est l'altruisme. Cette estime de l'humain génère davantage de tolérance, propre aux soins. Cette marge de tolérance n'est pas toujours justifiée sur le terrain, et elle est difficilement mesurable, car dépendante de la

personne (personnalité, position hiérarchique, lien avec la personne concernée). Ceci peut induire des conflits au sein de l'équipe.

Il semble paradoxal de parler de tolérance d'un comportement inadéquat, alors que les soins favorisent des attitudes soutenantes et aidantes envers autrui.

La banalisation d'un comportement inadéquat est une problématique présente dans les unités de soins, elle influence la dynamique d'équipe et vient perturber l'interdépendance de ses membres. (Newton et Al, 2012). L'interdépendance est liée à la coresponsabilité. Ainsi, si un comportement dérive jusqu'à en être déviant, chaque membre de l'équipe est coresponsable de cette déviance.

Weaver Moore et Al, (2013), ont écrit que « dans la dernière décennie, l'attention se concentre de plus en plus sur les milieux de travail des infirmières [...] les comportements interpersonnels perturbateurs dans les organisations de soins de santé ne sont pas rares. ». L'impact de relations conflictuelles, a une incidence sur les patients, les organisations de soins. Les membres d'une équipe de soins se doivent d'être impliqués et d'agir avec un but commun pour le groupe.

L'équipe laisse s'installer le comportement inadéquat, à cause de cette marge de tolérance.

Asch (1955) décrit par ailleurs le phénomène de conformité normative. Il démontre comment l'opinion d'une personne peut se conformer à celle d'un groupe, par l'effet de masse. Si dans un groupe, tous les membres, sauf un, ont la même opinion, dans 37% des cas, ce dernier membre va changer volontairement son avis par pression sociale. Asch avance deux hypothèses face à cette puissance du conformisme : soit il y a une distorsion de jugement, c'est-à-dire que le groupe a raison et la personne dont l'avis est différent se soumet ; soit la personne qui pense différemment se soumet dans le seul but d'éviter des désagréments ou des conflits. Par contre, dès que cette personne, à l'avis différent, trouvait un partenaire qui partageait la même opinion que lui, seul 5% des participants reconsidéraient leur avis pour adhérer au groupe. Asch montre alors que l'influence du groupe ne dépend pas du nombre de personnes, mais bien de l'unanimité des membres qui le compose.

Ainsi dans une équipe soignante, la force du groupe peut empêcher l'expression des idées, tout comme elle peut banaliser certain comportement. Il est curieux de constater que certaines équipes du terrain sont silencieuses face aux personnes ayant un comportement qualifié de déviant. Certaines équipes font le choix de l'exclure du groupe mais le retiennent dans l'équipe. La pression de conformité et la marge de tolérance font que ce comportement est finalement admis par tous, malgré la gêne qu'il peut produire. Mucchielli

(2012) décrit une adoption spontanée des standards de conduite, c'est-à-dire que tacitement, l'individu face au groupe reproduit les comportements observés.

Pourtant, une unité de soins généraux a une taille optimale (de sept à neuf personnes), un pôle d'autonomie, avec une hiérarchie (IRU) et un leadership partagé (Devillard, 2003) avec un objectif commun (qualité des soins). Théoriquement, l'équipe de soins hospitalière a tous les atouts pour former une excellente dynamique d'équipe. Cependant, sur le terrain, une équipe de qualité dépend de l'attitude des différents équipiers, de l'interdépendance de ses membres, et de l'harmonisation des rôles (Devillard, 2003).

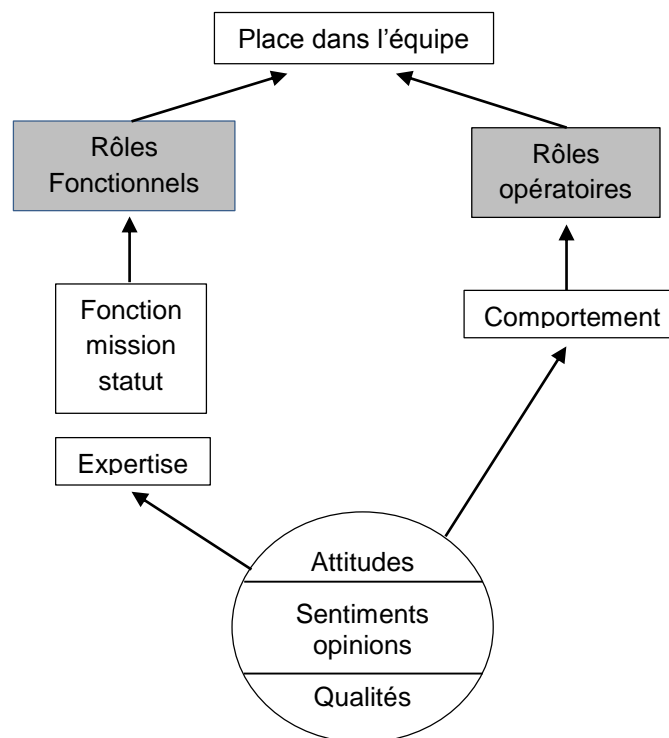
6.2 Rôle individuel

Selon Devillard (2003), être un équipier nécessite un travail personnel, de développer des qualités liées à la relation, de la collaboration, un sens du collectif et de la performance.

Une ambiance propice au travail tient de l'absence de concurrence dans les soins (Devillard, 2003). C'est pourquoi il est nécessaire de clarifier son rôle professionnel dans l'environnement.

L'infirmier est responsable de sa place dans l'équipe. Sur le terrain les professionnels nouvellement arrivés sont mis à l'épreuve sur leurs compétences sans tenir compte de leurs acquis (formation Bachelor ou ancienneté).

« Si l'infirmière travaille dans un environnement très stressant, ces besoins de relations de support augmentent » (Roy, 1986, p.250). Dans le cas où les relations de supports sont apportées par les collègues, l'équipe infirmière peut devenir une grande famille. Cela ne semble pas évident d'associer les notions de famille et équipe. Partager dans son quotidien professionnel des situations difficiles renforce les liens intimes (Devillard, 2003).



Les déterminants des différents types de rôles

Chaque équipier en tant que personne a des préférences, des qualités sociales et des attitudes dues à ses sentiments et opinions. Ces derniers provoquent des comportements qui entraînent une façon de tenir ses rôles opérationnels et opératoires selon sa fonction, sa mission ou son statut.

(Devillard, 2003, p.105).

L'équipe attend de chaque membre qu'il assume leur rôle professionnel, avec des comportements attendus. Ces derniers sont améliorés lorsqu'il existe un sentiment d'appartenance (Roy, 1986). Ce sentiment d'appartenance aide à créer l'identité professionnelle.

La construction de l'identité apparaît à la fois comme une construction de l'image de soi, un sentiment d'exclusion ou de participation à des groupes sociaux plus ou moins organisés, et une acceptation ou rejet des valeurs et significations. Elle est à la fois imposée et inculquée à travers des attributions d'étiquettes et de statuts (identité pour autrui), acceptée et intériorisée à travers le sentiment d'appartenance (identité pour soi). (Dubar, citée par Salazar, 2010)

Dans une équipe de soins, les infirmiers ont besoin du sentiment d'appartenance pour être performant dans leur pratique. « Accepter les différentes sources de pouvoir » (leadership infirmier et rôle de l'infirmier responsable) « et les articuler entre elles » est une tâche essentielle pour assurer une bonne dynamique d'équipe (Devillard, 2003, p.XX).

Mais ils ont aussi besoin d'autonomie professionnelle afin d'assumer leur rôle propre. « On peut être un bon équipier et mécontent de ce qui se passe dans l'équipe. » (Devillard, p.108, 2003). Il arrive un moment où l'infirmier, en tant qu'être humain, cherche à se protéger et à éviter un épuisement professionnel. Mucchielli (2012) appelle ce phénomène la « maladie de la relation d'aide » (p. 101).

Dans leur étude Newton et Al, (2012), les infirmiers disent « s'auto protéger » en diminuant leur « combat » du quotidien, en « entreprenant moins d'action ».

La majorité des infirmiers fait le choix de se taire car les ils se sentent « frustrés en raison d'une incapacité à aborder le problème », la peur de perdre leur emploi en ne répondant pas aux « normes de pratiques » de leur institution domine sur le choix de révéler ce qu'ils vivent ou observent dans leur environnement professionnel.

DeMarco et Roberts (2003) appuient l'étude de Newton et al (2012) en disant que parfois le franc parlé n'est pas encouragé dans les unités de soins hospitalières.

Newton et al (2012) soutiennent que parler, s'exprimer, « fait partie intégrante du pouvoir morale », qui est défini par « la capacité ou le pouvoir des infirmières de diriger leur motivations et actions à des fin d'éthique : essentiellement, faire ce qui est bon et juste ».

L'association des infirmières et infirmiers du Canada (1999) discute du dilemme éthique qu'influence la « dénonciation », à différencier de la délation. La délation est le fait de dénoncer sans morale ni éthique. La première chose à entreprendre serait de nommer à la personne en question son comportement, avec un contact direct. Si la conversation reste sans effet alors il est nécessaire d'en parler en groupe en faisant remonter la problématique à l'IRU. La préoccupation majeure de l'infirmier doit rester les intérêts de la personne soignée.

Dire, révéler, quelque chose est considéré comme de la dénonciation. Un terme fort qui fait résonance à la justice, à l'éthique clinique et au rôle individuel infirmier. L'action de dénoncer est vu comme un manque de loyauté envers les collègues mais ne pas dénoncer est de la négligence, une incompétence, qui pourrait amener à des graves conséquences pour la qualité des soins et des rapports entre les membres de l'équipe. Dans le cas où toutes les actions mises en place pour résoudre une problématique ont échoué, l'infirmier devrait se référer au code de déontologie pour la profession infirmière comme d'une aide.

Le code déontologique du conseil international des infirmières [CII] (2006), a pour objectif de présenter « les normes de conduite à respecter [...] basées sur des valeurs et des normes ».

Dénoncer doit soulever une question éthique subtile, mais il est légitime de vouloir dénoncer un comportement déviant dans la mesure où des actions ont déjà été mises en place auparavant.

Dans une publication de l'Association Suisse des Infirmiers (2013) l'infirmière doit « assumer la responsabilité éthique de ses attitudes et de ses actes ». (p.5). Elle doit également « faire preuve en tout temps d'une conduite personnelles qui honore sa profession, améliorer son image... ». (p.35)

6.3 Rôle de l'IRU dans la médiation

Au cours d'un stage, un entretien non informel avec l'IRU d'une unité aux Hôpitaux Universitaires de Genève a permis d'éclairer le sujet de la thématique.

Lucie¹, infirmière responsable d'unité, a accepté de partager sa vision du travail d'IRU dans une équipe de soin, ainsi que la résolution de conflit.

Lucie décrit sa position comme « une main de velours dans un gant de fer » (communication personnelle [entretien], 2014). Il faut un équilibre certain entre souplesse et autorité. Pour elle, le faible taux d'absentéisme, le peu de départ (autres que naturels) sont des indicateurs de bon fonctionnement d'équipe.

A ce jour, Lucie est IRU depuis six ans, dans la même unité de soin. Lorsqu'elle est arrivée dans l'unité, un conflit de génération d'infirmière se jouait. Son but était alors de reconstruire, en gardant le patient au centre des préoccupations infirmières. Selon ses mots, il a fallu s'imposer comme IRU, poser dans un premier temps ses limites en tant que personne. Elle a voulu développer la notion de confiance en les soignants, et de valoriser les soins proches. Dans les rares cas où Lucie craint la rupture de confiance, elle sort sa « casquette d'IRU » pour recadrer le comportement.

Concernant la gestion des conflits, Lucie constate qu'elle a finalement eu très peu d'altercations à gérer au sein de son unité. Lors d'un conflit inter équipe, elle préconise un entretien entre les différents protagonistes du conflit. Elle confie avoir cadré le

¹ Prénom d'emprunt

comportement au travail, restituer des données concrètes concernant la situation conflictuelle, et insister sur la notion de respect, de tolérance et de limites de chacun. Deux entretiens ont été nécessaires pour résoudre le conflit. Dans une profession où l'on travaille avec l'humain, il est facile d'avoir des baisses de moral, c'est pourquoi elle valorise la tolérance et la solidarité. « Une équipe, c'est une société, avec ce qui va et ce qui ne va pas » (communication personnelle [entretien] 2014). Lucie a développé ses compétences humaines, mais dit que l'autorité doit faire foi quand elle a lieu d'être.

Sa formation de deux ans n'a été de tout repos. On a dit de Lucie qu'elle était « trop gentille », ou encore qu'elle n'avait « pas la carrure pour le management » (communication personnelle [entretien], 2014). Cependant en six ans de profession à responsabilités, elle ne s'est jamais sentie en difficulté. Elle préconise pour l'équipe des valeurs d'honnêteté, d'authenticité, d'entente et d'écoute. Elle prend le temps de valoriser les soignants en tant que personne, de faire participer l'équipe dans la mesure du possible, l'impliquer dans les prises de décisions. Lucie dit elle-même : « je suis IRU comme je suis dans la vraie vie » (communication personnelle [entretien], 2014). Elle qualifie sa relation avec l'équipe de « gagnant-gagnant ».

Elle insiste par ailleurs, sur le fait qu' « un planning qui roule est une équipe qui roule » (communication personnelle [entretien], 2014). Ainsi elle fait le planning dans la mesure du possible en respectant les désirs liés à « la vie à côté ». Elle favorise également les temps partiels, et propose régulièrement des formations, ou des participations à des congrès. Elle s'investit également dans des projets avec l'équipe, qui sont porteurs et dynamisants pour l'équipe de soins.

D'après son cahier des charges (cf. Annexe III), la fonction d'infirmier responsable d'unité comprend la gestion, la coordination et la supervision de l'ensemble des activités de soins de l'unité, le contrôle et la promotion de la qualité des soins, la direction, l'animation et l'encadrement de l'équipe soignante, la coordination des interventions des prestataires externes dans le cadre des missions de l'unité de soins, ainsi que le développement professionnel individuel de ses collaborateurs et collectif de l'ensemble de l'équipe. De ce fait, dans la gestion du personnel, il est clairement inscrit dans le cahier des charges que l'IRU est responsable de « gérer les conflits », « exiger du personnel de son service une attitude conforme à la déontologie professionnelle et aux règles en vigueur dans l'institution » (Hôpitaux universitaires de Genève [HUG], 2013, p.3). Au niveau de la communication, l'IRU est tenu de « mettre en place les moyens assurant la transmission et la compréhension des informations » (HUG, 2013, p.3) entre la hiérarchie, les patients et l'équipe de soin, et de « créer un climat favorisant le dialogue, la collaboration, et la motivation de l'équipe soignante » (HUG, 2013, p.2). Parmi les compétences de gestion

du personnel, l'IRU a la responsabilité de mettre en place « un programme d'intégration pour le nouveau personnel de l'unité » (HUG, 2013, p.3).

Un chef est nécessaire pour que les membres de l'équipe reçoivent du soutien, développent leur potentiel, partagent leur vision et se sentent représentés (Devillard, 2003). Trois traits de caractères semblent nécessaires au chef selon Devillard (2003) : « la volonté politique [...] l'aptitude à mobiliser [...] le sens de la maîtrise » (p.196).

L'étude de Garon (2012), « souligne l'importance des infirmières responsables d'unité dans la création d'un environnement où la communication permet aux infirmières de parler et d'être entendue. ». L'infirmière responsable doit avoir des qualités d'écoute, sans jugement, pour créer un environnement de travail qui favorise le personnel à exprimer leurs « préoccupations ». Dans son article Murray (2009), appuie le fait que l'environnement de travail d'une équipe est une responsabilité de l'infirmière cheffe.

Manoukian (2009) préconise d'exercer un management participatif, de valoriser le travail de chacun et de travailler sous supervision pour maintenir une bonne dynamique d'équipe. La profession infirmière responsable est la plus importante et la plus influente dans les institutions. Elle fixe le ton pour le succès des soins infirmiers. Un leadership inefficace est source de mécontentement et est responsable du turnover infirmier (Bamford & Hall, 2007, cités par Tarrant & Sabo, 2010 [traduction libre])

En plus d'une taille optimale Devillard (2003) fait le lien entre une bonne dynamique et le style de management. L'IRU est le missionnaire de la vision, de la culture dans les soins infirmiers, peu importe l'institution de soins (Stichler, 2006, cités par Tarrant & Sabo, 2010 [traduction libre])

L'infirmière responsable d'unité influence également les valeurs des membres de l'équipe qui se répercute sur leur évolution. L'éthique, qui est dans les soins nommée « éthique clinique », est fait de valeurs qui « donnent sens à l'existence, aux actes » (Newton et al, 2010).

6.4 Stratégies de coping adaptée et inadaptées

Les stratégies de coping sont mises en place dès qu'il y a expression de la souffrance. Elles s'expriment en fonction de personnalité et maintiennent l'individu en sursis (Canouï & Mauranges, 1998).

Roy (1986) préconise une « adaptation au changement plutôt que se soumettre à des contraintes inutiles » (p.452).

Les stratégies de coping individuelles sont dites adaptées (selon Roy, 1986) ou actives (Piquemal-Vieu, 2001, Canoui & Mauranges, 1998) car elles sont focalisées sur le problème. Les auteurs nomment comme stratégies positives le support social (communication entre les pairs, échanges émotionnels, informationnels) (Piquemal-Vieu, 2001), l'esprit combatif (personnalité hardie) et la croyance (religieuse ou personnelle) (Canoui et Mauranges, 1998, Fleishman, 1984 & Kobasa 1979, cités par Piquemal-Vieu, 2001).

Ce que Kravits et al. (2008) ou Canoui et Mauranges (1998) nomment « la psychoéducation » est une approche individualisée de la gestion du stress qui consisterait à identifier les facteurs de stress auxquels est soumis la personne dans son environnement professionnel, analyser ses réactions face au stress, ainsi que repérer les ressources (Canoui et Mauranges, 1998). Lazarus (1993), cité par Mariage et Schmitt-Fourrier (2006), a écrit qu'« il s'agit plutôt de contribuer à examiner et intégrer le rôle de la personnalité du sujet dans les réactions adaptatives aux situations stressantes ». Les moyens apparentés à la personnalités les plus utilisés par les infirmiers face au stress sont la confiance en soi et une approche optimiste des problèmes quotidiens (Golbasi et al., 2008). Ces interventions centrées sur la personne ont pour but premier de diminuer le stress, en tentant de mesurer l'importance de prendre soin de soi, et d'augmenter le sentiment d'accomplissement personnel (Kravits et al., 2008). Elles visent à identifier ses ressources personnelles face au stress chronique et apprendre à délaissier l'activité dans la mesure du possible, lorsque le niveau de stress est trop élevé (Tarrant & Sabo, 2010).

La résilience est une autre méthode d'adaptation au stress chronique significatif. Il s'agit d'un « processus dynamique qui minimise les conséquences négatives de l'exposition aux risques et aux menaces » (Femus & Zimmerman, 2005, cités par Kravits et al. 2008, traduction libre, p.131)

Un autre moyen individuel souvent cité est le feed back d'une tierce personne ou de la hiérarchie. Celui-ci permet de diminuer l'ambiguïté de rôle, de clarifier le rôle et les attentes de chacun et d'améliorer les standards de performance (Peng et al., 2011).

Ces interventions sont individuelles et propre à chacun, et il est essentiel de cibler les interventions les plus efficaces pour éviter le comportement déviant (Peng et al., 2011, DiTullio et al.,1999), le but étant une « adaptation optimale compte tenu des ressources de chacun » (Piquemal-Vieu, 2001, p.84). De plus, choisir ses propres stratégies augmentent le sentiment d'accomplissement personnel (Piquemal-Vieu, 2001).

Le coping actif est associé à une diminution du niveau d'anxiété, une diminution de la dépression, une diminution du burnout, une augmentation du sentiment de l'identité positive et une augmentation du sentiment d'accomplissement personnel (Piquemal-Vieu, 2001).

Le succès du coping et l'adaptation peuvent être encouragés par la stimulation de la confiance envers le personnel, l'épanouissement personnel, et l'humeur positive (Folkman & Greer 2000, cités par Kravits et al 2008).

Parmi les stratégies de coping collectives adaptées, Devillard (2003) et Manoukian (2009) parlent des séminaires d'équipe « teambuilding » ou « teamdéveloppement », dont le but est la réduction des obstacles qui freinent la dynamique d'équipe (Devillard, 2003).

La notion qui ressort de manière prépondérante, dans les articles comme dans la littérature est la communication. L'interdépendance, au sens de Roy, est au centre des soins infirmiers : les actions des autres ont un impact sur chacun des membres. « Les compétences de communication des infirmières, qui sont considérées être efficaces dans les interactions de l'équipe de soins de santé » sont la collaboration, la crédibilité, la compassion, la coordination. (Apker, 2006).

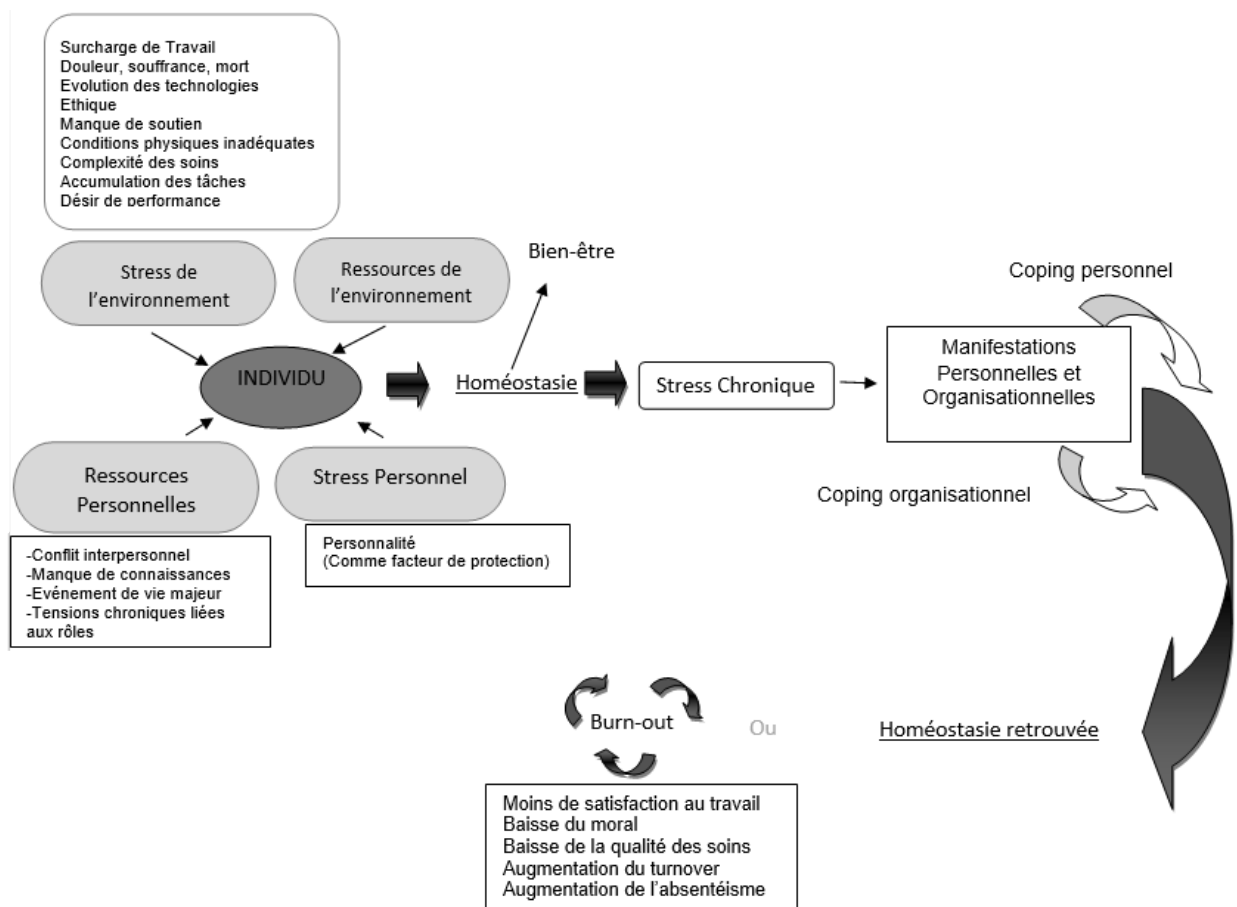
La communication avec les collègues infirmiers, mais aussi avec la famille, permet de trouver la bonne distance entre le problème et l'importance donnée. (Pronost et Tap, 1996, cités par Piquemal-Vieu, 2001).

Trop de communication est cependant néfaste. Ainsi Manoukian (2009) prévient le risque de dilution des informations lorsqu'il y a trop d'intermédiaires entre les différents protagonistes. La communication doit également aller dans le sens descendant de la hiérarchie mais aussi ascendant. (Manoukian, 2009).

Des études montrent que des stratégies de coping se mettent en place spontanément mais ne sont pas les bonnes : elles sont qualifiées de stratégies inadaptées (par Roy, 1986) ou passives (Piquemal-Vieu, 2001, Canouï et Mauranges, 1998), car elles ne permettent pas de répondre à la situation de stress de manière saine ; elles sont davantage centrées sur les émotions et « désadaptent le sujet » (Piquemal-Vieu, 2001). Mariage et Schmitt-Fourrier (2006) parlent des stratégies de coping comme étant « centrées sur la tâche ». Face à une situation, les infirmières tendent à ne pas utiliser des stratégies d'adaptation dans l'action. « La fonction, la formation, le niveau de responsabilités et la tâche semblent donc avoir un rôle dans la manière de s'ajuster au stress. », (p. 19). Trop manger, fumer, utiliser et abuser de substances sont considérées comme des stratégies inefficaces (American Nurses 'association, 1984, Dunn 2005, Sarna, Bialous, Wewers, Froelicher &

Danao, 2005, cités par Kravits et al. 2008). Pleurer est la stratégie de coping inefficace la plus utilisée par les infirmiers (Pongruengphant et Tyson, 2000, cités par Zehra et al., 2008). Les infirmiers sujets au burnout utilisent plus le retrait (Corin et Bibeau, 1985 cités par Piquemal-Vieu, 2001), l'évitement (Kinnel, 1981, Ceslowitz, 1989 cités par Piquemal-Vieu, 2001) et la fuite (Ceslowitz, 1989, cités par Piquemal-Vieu, 2001). Retenir ses émotions, l'isolement ou le repli sur soi (augmentation des temps de pause par exemple), la résignation, les addictions, le déni, et l'alexithymie (Canoui et Mauranges, 1998, Piquemal-Vieu, 2001, Pronost et Tap, 1996 cités par Piquemal-Vieu, 2001)) sont également des stratégies inefficaces car elles « ne mobilisent pas assez l'esprit combatif » (Canoui et Mauranges, 1998, p.79). Ces méthodes ne sont pas ni dangereuses ni inefficaces, mais seulement efficaces sur le court terme (Piquemal-Vieu, 2001).

Les soignants utilisent de manière égale les stratégies de coping, quelques que soit le sexe, le niveau d'éducation ou l'âge. Cependant, les femmes utilisent davantage des méthodes de coping basées sur les émotions et l'évitement (Endler et Parker, 1990, cités par Piquemal-Vieu, 2001).



Inspiré du Modèle de Vachon, 1987, (DiTullio, McDonald, 1999)

6.5 Limites du modèle de Roy

Le choix de ce modèle était en partie lié à l'attention que l'auteure met sur l'environnement et ses interactions que les infirmières ont au quotidien.

D'après Roy (1986), c'est à l'infirmière de juger si le comportement d'un individu est adapté ou non adapté dans l'environnement en fonction de son rôle. Depuis ses premières publications, Roy a fait évoluer sa théorie mais reste centrée sur le jugement de l'infirmière, en tenant peu compte de l'avis de la personne. Dans ce travail de recherche et à l'heure actuelle, il semble trop subjectif de parler de comportement adapté, inadapté. C'est à la personne au centre de la problématique de s'autoévaluer dans le contexte et dans son rôle. Plus l'infirmière responsabilise le collègue déviant, plus l'individu est apte à réfléchir dans sa situation. Lorsque le déviant connaît ses points faibles ainsi que ses compétences, il devrait être capable d'adapter son comportement.

Dans l'édition originale du modèle de l'adaptation, Roy utilise le terme « adequacy » et « non-adequacy ». La traduction littérale française correspond au mot « adéquate » qui fait référence aux compétences et à la capacité. Dans l'ouvrage traduit de 1986, le terme « adequacy » est traduit par « adapté », et fait référence à un processus d'ajustement. Dans ce travail les termes adapté et inadapté ont été volontairement exclus afin de ne pas amener un jugement aux comportements décrits.

VII. Perspectives pour la pratique

Dans un environnement de plus en plus stressant, dans une équipe qui dysfonctionne, voici quelques perspectives issues des lectures qui permettent de nourrir la problématique de ce travail.

Les principaux instruments d'évaluation du syndrome d'épuisement professionnel sont des questionnaires individuels qui permettent de décrire l'état psychologique et les comportements au travail de l'individu (Canouï et Mauranges, 1998, Mariage et Schmitt-Fourrier, 2006, Gobalsi et al, 2008).

L'observation est la base de l'évaluation de l'équipe de soins (DiTullio & MacDonald, 1999, Apker, 2006). Cependant il ne semble pas possible, par manque de temps et de moyens humains, d'observer les membres un à un d'une équipe sans perturber la dynamique de groupe, du fait d'un observateur étranger. L'étude de DiTullio et MacDonald (1999) a nécessité près de 115 heures d'observation sur le terrain, pour observer 38 soignants ; dans l'étude de Garon (2012), sept entretiens de groupe de discussion ont été menés d'une durée de 45 minutes à 1 heure.

Apker (2006), quant à lui, promeut l'évaluation, par les infirmiers comme par les responsables, des aptitudes des nouveaux collaborateurs en termes de communication. Ces attitudes permettent d'encourager les comportements positifs de communication entre les infirmières.

Lo (2011), étudie la formation au travail d'équipe avec des « outils permettant d'améliorer la communication et le travail d'équipe dans les soins de santé au Canada » (p.1). L'auteure propose divers instruments de mesure sur « l'efficacité du travail d'équipe dans les soins » (p.8) en observant les attitudes et les comportements des individus, ainsi que « des programmes de formation au travail d'équipe », (p.16). Elle nomme comme limite de l'utilisation des instruments d'observation, la difficulté de déterminer l'efficacité des outils. Il n'y a pas encore assez d'études pour confirmer leurs validités qualitatives. Il serait donc rationnel de réaliser davantage d'études concrètes avec ses outils, qui pourraient être validés dans la pratique pour favoriser la dynamique d'équipe dans les soins.

Canouï et Mauranges (1998) préconisent de faire davantage de prévention lors du recrutement, un réel suivi d'intégration. Aux HUG, une évaluation des nouveaux diplômés est effectuée à trois et neuf mois et pour les infirmiers en poste, tous les deux ans en principe. Cette évaluation devrait peut-être davantage être centrée sur le moral et le bien-être de l'infirmier.

Les HUG, employeurs soucieux de la santé au travail, ont été labellisés Hôpital Promoteur de Santé (HPS), d'après leur publication de 2013.

Leur objectif était que « chaque collaborateur se sente bien dans son environnement de travail [...] Le bien-être des employés des HUG a aussi fait l'objet d'une enquête de satisfaction – comprise dans le plan stratégique 2010-2015 – et des solutions innovantes doivent aboutir courant 2013 » (HUG, 2013, p.35). Parmi elles se trouvent la flexibilité du temps de travail et une équipe pluridisciplinaire (médecins, infirmières, psychologue, ergonomes, hygiéniste du travail et ingénieur en sécurité), dont l'objectif est d'assurer la sécurité et le bien-être au travail des collaborateurs.

Anticiper un comportement déviant est une action infirmière qui ressort des études et de la littérature. C'est pourquoi il est nécessaire de prévenir en amont pour éviter le burnout et un problème de dynamique de groupe. Dans tous les cas, il est essentiel de reconnaître le problème, nommer les choses, de les confronter en contact direct (médiation, groupes de paroles), sans négliger l'aspect humain (Canouï et Mauranges, 1998). Le but n'est pas de provoquer de résistance au changement ou une contre attitude mais une évolution (Devillard, 2003).

Canouï et Mauranges (1998) dénoncent les limites de l'évaluation. Il est essentiel d'avoir des questionnaires, des entretiens individuels et de groupe, pour repérer les premières souffrances sur le lieu de travail mais il faut être attentif à ne pas « faire du dépistage psychiatrique de masse » (p.46).

Au niveau de la formation à la Haute Ecole de Santé de Genève, des séminaires de préparation aux stages ainsi que des analyses de la pratique lors des stages sont réalisés. Malgré les éléments apportés par les enseignants, la posture d'étudiant reste difficile. La priorité est de valider son stage, se protéger des situations qui heurtent et référer du problème soulevé à l'enseignant. Malheureusement, les étudiants, indépendamment du caractère individuel, ne sont pas suffisamment préparés à se positionner dans une équipe. Canouï et Mauranges (1998) accentuent ces propos et mentionnent que les étudiants en soins doivent être plus informés sur leur rôle, comment faire face en cas de conflit et à qui s'adresser en cas de problème.

VIII. Conclusion

Finalement peu d'articles nourrissent de façon concrète la problématique : la majorité des articles lus proposent des solutions globales telles que « collaborer », « améliorer la communication interprofessionnelle ». Ces éléments de réponse sont peu informatifs, car ils ne donnent pas de solutions concrètes. C'est pourquoi il est nécessaire de tirer des pistes des articles scientifiques (faits tirés de la réalité du terrain), de la littérature théorique, et de s'inspirer de ce qui se fait déjà aux HUG (éléments issus de l'entretien avec un IRU, brochure).

La singularité de chacune des situations et de l'individu fait qu'aucune solution concrète ne peut être donnée, de manière certaine. La question qui se pose alors est : est-il réalisable de faire des recherches sur le comportement déviant. Un observateur perturbe la dynamique de groupe et peu de personnes sont finalement déviantes sur le long terme. Le terme « déviant » est en réalité un « constat populaire établi par et pour les soignants » (Canouï et Mauranges, 1998, p.198).

Canouï et Mauranges (1998) préconisent de « prendre soin de soi...pour mieux soigner les autres » (p.113).

A ce stade, il semble paradoxal de parler de comportements inadéquats dans les soins alors que la mission des soignants est de prendre soin dans les meilleures conditions.

Les problèmes humains dans les équipes sont comme un grain de sable dans une machine, d'après Mucchielli (2012). Il n'empêche pas le travail, mais abîme petit à petit les rouages de la dynamique d'équipe. Les problèmes humains sont normaux car ils sont reliés à la réalité économique, à la réalité institutionnelle, et à la réalité technique (Mucchielli, 2012).

Dans tous les cas, quel que soit la stratégie de coping utilisée, il ne faut pas laisser faire un comportement abusif et il ne faut pas se laisser faire. L'importance de l'IRU, ou du moins un responsable garant de l'équilibre de l'unité, est largement mis en avant dans le travail.

Finalement différents phénomènes collectifs liés à la vie en équipe sont décrits (Devillard, 2003, Mucchielli, 2012), mais aucun n'est vraiment spécifique à la problématique du déviant ?

Selon Cummings (1977) cité par Roy (1986), les critères de base nécessaires pour que l'équipe de soins fonctionnent, sont les suivants :

- un but commun aux soignants, c'est-à-dire de dispenser des soins infirmiers efficaces et de qualité au patient
- connaître les limites de son unité
- être conscient des différents échanges avec l'environnement
- maintenir un d'équilibre intrinsèque : grâce aux caractéristiques individuelles de l'équipe
- avoir en tête les informations nécessaires et suffisantes pour fonctionner de manière continue
- les comportements de chacun sont strictement contrôlés par un code de déontologie

Une partie du stress infirmier est maitrisable, c'est pourquoi il est judicieux d'anticiper et de s'organiser, afin que l'individu s'adapte de la meilleure manière pour lui.

Il existe déjà des guides de bonnes conduites édités par l'ASI, pour se protéger par exemple du harcèlement sexuel. Il serait intéressant de proposer une thématique sur le stress chronique et les conflits d'équipe qui en résultent avec des mesures de prévention adéquates et des mesures de protections efficaces car « les collaborateurs concernés tombent malades et quittent leur emploi, voire leur profession » (ASI, 2012, 4^e page de couverture).

« Un niveau élevé de satisfaction au travail est important pour prodiguer des soins de qualité » (Golbasi, et al, [traduction libre] 2008). Cela rejoint le concept du Magnet Hospital : un hôpital où il est agréable de travailler et de se faire soigner (Calmont, 2001).

N'oublions pas que le mot travail vient du latin *Tripalium* qui signifie « torture » (Manoukian, 2009)

IX. Synthèse du Travail De Bachelor

Plusieurs solutions concrètes sont proposées dans les ouvrages, et ne sont pas toutes mises en pratique dans les recherches lues. Au cours de nos stages pratiques, nous avons eu l'occasion de voir des solutions adaptées et concrètes, telles que des entretiens et des colloques d'équipe, mais l'épuisement professionnel reste une notion tabou.

L'étude sur la qualité du travail menée entre 2010 et 2015 aux HUG montre l'intérêt grandissant pour ce phénomène, et l'importance de la dynamique d'équipe, et de la prévention du burnout à l'heure actuelle.

Nous sommes satisfaites, malgré tout, d'avoir pu répondre de façon concrète à toutes les hypothèses que nous nous étions posées au départ. Nous avons pu réaliser des recherches ciblées et adaptées, tout en restant neutre, sans que notre avis personnel n'entrave la rédaction de ce travail.

Faire une revue de littérature avec des articles exclusivement scientifiques a été difficile pour nous, du fait de la sélection des mots clés, du peu d'articles en rapport direct avec notre problématique et l'orientation donnée à notre recherche. Le plus frustrant a été de ne pas faire de phase empirique pour approfondir et élargir le sujet.

Dans l'hypothèse où nous continuerions un travail de master, nous prendrions plus de temps pour faire des entretiens pour comparer d'un milieu à l'autre les phénomènes d'équipe et l'impact sur les individus.

X. Liste de références bibliographiques

Apker, J. (2006). Collaboration, credibility, compassion, and coordination: professional nurse communication skill sets in health care team interactions. *Journal of Professional Nursing*, 22(3), 180-189.

Asch, S. (1955). Opinions and social Pressure. *Scientific American* 193(5) 31 – 55.

Association des infirmières et infirmiers du Canada (1999). Témoin, je te hais/Témoin, je dénonce : le dilemme éthique de la dénonciation. *Déontologie Pratique*, Ottawa, AIIIC.

Association suisse des infirmières et infirmiers (2012). « *Mais c'était pour rire, voyons !* », un guide pour se protéger contre le harcèlement sexuel, destiné aux infirmières et autres professionnelles des institutions de soins. (2^e ed). Berne : SBK-ASI.

Association suisse des infirmières et infirmiers (2013). *L'éthique et la pratique infirmière*. Berne : SBK-ASI.

Boissières-Dubourg, F. (2012). *Les soignants face au stress, Comment se prémunir contre l'épuisement professionnel* (2^e éd.). Paris : Lamarre.

Calmont, D. (2011). *Magnet Hospital ou le concept « d'hôpital attractif »*. Objectif soins 197, 33-39.

Canoui, P, Mauranges, A. (1998). *Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants : de l'analyse du burn out aux réponses*. Paris : Masson.

Colombat, P. & CO (2012). *Qualité de vie au travail et management participatif*. Paris: Lamarre.

Conseil International des Infirmières (2006). Code déontologique du CII pour la profession infirmière [Brochure]. CII : Genève.

DeMarco, R., & Roberts, S. (2003). Negative behaviors in nursing. *American Journal of Nursing*, 103, 113-116.

Devillard, O. (2003). *La dynamique des équipes* (2e éd.). Paris: Editions d'organisation.

DiTullio, M., McDonald, D. (1999). The struggle for the soul of hospice: stress, coping, and change among hospice workers. *American Journal of hospice & palliative care* 16(5). 641 – 655.

Fawcett, J. (2005). *Contemporary Nursing knowledge. Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories*. (2e éd.). Philadelphia: F.A. Davis Company.

Garon, M. (2012). Speaking up, being heard: registered nurses' perceptions of workplace communication, *Journal of Nursing Management*, 20, 361–371.

Garrosa, E., Rainho, C., Moreno-Jimenez, B., Monteiro, M.J. (2010). The relationship between job stressors, hardy personality, coping resources and burnout in a sample of nurses: a correlational study at two time points. *International Journal of nursing studies* 47, .205-215.

Golbasi, Z., Kelleci, M., Dogan. (2008). Relationships between coping strategies, individual characteristics and job satisfaction in a sample of hospital nurses: cross sectional questionnaire survey. *International journal of Nursing Studies*, 45. 1800- 1806.

Haute Ecole Spécialisée De Suisse Occidentale (2007) *Plan d'études cadre bachelor 2006 filière soins infirmiers*. Accès http://www.heds-ge.ch/inf/fmodules/pec_inf_2006.pdf

Hôpitaux Universitaires de Genève, (2013). Au Cœur des HUG, d'une année à l'autre. [Brochure].

Accès http://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/documents/les_hug/hug_ra_2012.pdf

Kravits, K., McAllister-Black, R., Grant, M. & Kirk, C. (2008). Self-care strategies for nurses: a psycho-educational intervention for stress reduction and the prevention of burnout *Applied Nursing Research*, 23, 130-138.

Lo, L. (2011). *Le travail d'équipe et la communication dans les soins de santé : Une analyse documentaire*. Edmonton, Alberta : Institut canadien pour la sécurité des patients.

Manoukian, A. (2009). *Les soignants face au burn out*. Rueil - Malmaison : Lamarre.

Mariage, A. & Schmitt-Fourrier, F. (2006). Rôle de la personnalité dans les stratégies de coping. *Le travail humain*, 69, 1-24.

McLaughlin, S. (2012). Reducing conflict on wards by improving team communication. *Mental health practice*, 16(5).

Mellier, D. (2002). « L'équipe, c'est aussi un groupe » Six propositions d'analyse, *Enfance & Psy*, 19, 22-28.

Mucchielli, R. (2009). *Le travail en équipe : clés pour une meilleure efficacité collective*. (11^e ed). Issy-Les-Moulineaux : ESF ed.

Mucchielli, R. (2012). *La dynamique des groupes. Processus d'influence et de changement dans la vie affective des groupes*. (21^e éd.). Issy-les-Moulineaux: ESF éd.

Murray, J. (2009). Workplace Bullying in Nursing: A Problem That Can't Be Ignored. *Medsurg Nursing*, 18(5).

Newton, L., Storch, J., Makaroff, K. & Pauly, B. (2012). "Stop the Noise!" From Voice to Silence, *Nursing Leadership*, 12(1), 90-104.

Pépin, J., Kérouac, S., Ducharme, F. (2010). *La pensée infirmière*. (3^e ed). Montréal : Chenelière éducation.

Peng, J., Tseng, M., Lee, Y. (2011). Relationships among supervisor Feedback Environment, work-related stressors, and employee deviance. *Journal of nursing Research* 19(1)13-247.

Piquemal-Vieu, L. (2001). Le coping une ressource à identifier dans le soin infirmier. *Recherche en soins infirmiers*, 67, 84-98.

Roy, C. (1986). *Introduction aux soins infirmiers : un modèle de l'adaptation*: Chicoutimi: Gaëtan Morin éd.

Roy, C. (2009). *The Roy adaptation Model* (3e Ed.). Londres: Pearson Education.

Shirey, M., (2006). Authentic Leaders Creating Healthy Work Environments for Nursing Practice. *American Journal of Critical Care*, 15.

Seznec Salazar, I. (2010). *L'infirmier, Homo Socius* (travail de fin d'études) Valence : IFSI
Accès <http://www.infirmiers.com/pdf/tfe-isabelle-salazar.pdf>

Tarrant, T., Sabo, C. (2010). Role Conflict, Role Ambiguity, and job satisfaction in nurse executives. *Nursing Administration Quarterly*, 34(1). 72-82.

Weaver Moore, L., Leahy, C., Sublett, C. and Lanig, H. (2013). Understanding Nurse-to-Nurse Relationships and Their Impact on Work Environments, *Medsurg Nursing*, 22(3).

Annexes

Les analyses ont été librement traduites par les auteures.

Fiches de lecture 1

Référence : Garon, M. (2012). Speaking up, being heard: registered nurses' perceptions of workplace communication, *Journal of Nursing Management*, 20, 361–371

Question de recherché, hypothèses et buts

Le but de cette étude était de parcourir la vision et les ressentis des infirmières « par rapport à leur capacité de parler et d'être entendu dans leur lieu de travail ».

L'aspect social des relations entre professionnel permet de poser l'hypothèse que la façon dont est émis un message influence la manière dont il est perçu.

C'est aspect de la profession infirmière soulève un réel impact sur la satisfaction des professionnels dans leur pratique du quotidien comme dans le travail d'équipe.

Population, échantillon

Dans cette étude, les participants ont été recrutés dans deux hôpitaux ainsi que dans une université en Californie, sans faire la distinction entre les Magnet-hospital² ou non.

Dans les deux hôpitaux, l'échantillon était fait d'infirmières et d'infirmières responsables. Dans l'université, les participants étaient en formation de bachelor ou master.

Au totale, 33 individus ont participés à cette recherche, dont 14 infirmières responsables (uniquement des femmes), 16 infirmières et 4 infirmiers.

Travaillant dans différents services, les participants devaient avoir minimum une année d'expérience dans leurs fonctions et la tranche d'âge était très variée, de 20 à 50 ans et plus

Méthodologie

« Avant l'initiative de recruter des participants, l'approbation pour travailler avec des sujets humains a été obtenue à partir de la commissions d'examen institutionnel (IRB) de la California State University de Fullerton (HSR pas. 09-0122). »

Cette étude qualitative descriptive a été menée en été 2009, dans deux hôpitaux et une université. Le personnel infirmier qui ont participé aux groupes de paroles ont été informés sur les conditions, le déroulement et le but de l'étude. « Le consentement verbal a été obtenu » et la confidentialité certifiée.

La participation des infirmiers ont permis de réaliser des focus group, d'une durée de 45 à 60 minutes. Sept groupes de discussion ont été fait, des groupes séparés pour le personnel infirmier et les infirmières responsables.

Les discussions de ces focus group ont été enregistrées, puis retranscrites dans le but d'analyser les résultats. L'analyse du « contenu thématique a été guidé par des méthodes décrites dans Hsieh et Shannonv (2005). »

² Magnet hospital est « le concept d'« hôpital attractif », d'origine américaine, associe qualité des soins et satisfaction du personnel en affirmant que l'un ne va pas sans l'autre. ». C'est un modèle de qualité. Calmont, D. (2011). Magnet hospital ou le concept « d'hospital attractif ». *Objectifs soins*, n. 197

Résultats

Les participants qui ont été interrogés étaient très « ouvert et désireux de discuter » du thème proposé.

Les problèmes de communication dans les équipes, « y compris le manque de collaboration interprofessionnelle » ont démontrés une influence négative sur les infirmières, et sur la qualité de vie au travail. La qualité et la sécurité des soins sont des aspects qui peuvent être affectés par ce manque de communication.

Les infirmières responsables « sont moins en mesure de résoudre les problèmes d'organisation qui affectent la capacité de l'organisation à fonctionner et changer » lorsque les membres de l'équipe restent dans le silence.

L'analyse des résultats obtenus a fait ressortir trois aspects qui suggèrent les valeurs de la communication entre les infirmières : l'influence du temps de parole, l'influence de transmission et l'influence de réception d'un message, avec les résultats qui en découlent. « Un accent a été mis sur le résultat inattendu de la façon dont les messages ont été transmis. Les émotions fortes, comme la passion ou la colère, étouffe souvent la communication. Le personnel infirmier estimait que leurs messages ont été ignorés à cause de l'émotion transmis. ».

En tenant compte de l'idée que les professionnels peuvent être influencés par les comportements, actes ou dire des autres collègues, l'importance de la communication lors des stages pour les futurs soignants n'est pas négligeable. Les résultats ont indiqués que les référents avaient des « rôle de modèles dans l'apprentissage des comportement d'expressions verbales ».

Discussion

Le fait que les infirmières prennent la parole ou pas, dépend de la personnalité individuelle de chaque infirmière (culture, éducation, origines, etc.) et également de l'environnement de travail (les collègues, l'influence des responsables, l'administration de l'établissement). « L'étude souligne l'importance des infirmières responsables d'unité dans la création d'un environnement où la communication permet aux infirmières de parler et d'être entendu. » L'infirmière responsable doit avoir des qualités d'écoute, sans jugement, pour créer un environnement de travail qui favorise le personnel à exprimer leurs « préoccupations ».

Fiche de lecture2

Référence: Golbasi Z, Kelleci M, Dogan (2008) Relationships between coping strategies, individual characteristics and job satisfaction in a sample of hospital nurses: cross sectional questionnaire survey. *International journal of Nursing Studies* 45. 1800- 1806

Question de recherche, hypothèses et buts

La recherche a pour but de décrire et comparer la satisfaction au travail, les stratégies de coping, les caractéristiques personnelles et organisationnelles chez des infirmières dans un hôpital en Turquie.

Population, échantillon

Il s'agit d'une recherche menée à l'hôpital universitaire de Cumhuriyet (Turquie) auprès de 250 infirmières, de manière anonyme et bénévole, dans différents départements. 186 infirmières de différents départements ont répondu, soit un taux de participation de 74,4%.

Méthodologie

L'étude a été réalisée en septembre 2005.

3 questionnaires sont été distribués :

- le Personal Data Form développé par les auteurs de l'article afin d'obtenir des caractéristiques individuelles telles que l'âge, le statut marital, durée de l'emploi dans l'hôpital...Au total 7 questions constituent ce questionnaire.
- Le Minnesota Satisfaction Questionnaire développé par Dawis et al pour déterminer le niveau de satisfaction au travail des infirmières. Ce questionnaire a été validé en Turquie en 1985 par Baycan. Ce questionnaire comporte 20 items (11 items sur la satisfaction sur interne et 9 sur la satisfaction externe) qui permettent de donner une note de satisfaction globale du travail. Plus le score est élevé, meilleure est la satisfaction.
- Ways of coping Inventory, développé par Folkman et Lazarus, est un questionnaire comprenant 30 items pour mesurer les stratégies d'adaptation individuelles en situation de stress. Plus le score est élevé, plus la stratégie de coping a été utilisée.

Résultats

D'après leurs résultats, les auteurs ne font pas d'association entre les caractéristiques individuelles (âge, statut marital, niveau d'éducation), les caractéristiques organisationnelles (l'environnement de travail, la durée du travail dans l'institution), et la satisfaction au travail. (Mais une autre étude indique qu'il existe une corrélation entre la satisfaction au travail et la durée dans l'institution, si elle comprise entre 0 et 1 année).

Le score de satisfaction au travail des infirmières turques selon le Minnesota Satisfaction Questionnaire est de 3.46 / 5, ce qui correspond à un niveau «modéré » de satisfaction selon les auteurs. Ce résultat est similaire aux autres études menées auparavant dans le même pays (excepté une étude qui démontre un niveau élevé de satisfaction au travail). L'étude différencie la satisfaction externe (être couronné de succès, être reconnu dans son travail, être apprécié, travailler de façon performante, avoir un travail à responsabilité, être

promu en fonction de son travail) : 3.14/5 ; de la satisfaction interne (environnement du travail, management, relation avec la hiérarchie, conditions de travail, salaire) : 3.67/5. Le score de satisfaction externe est plus élevé que celle de la satisfaction interne.

D'après le questionnaire Ways of coping Inventory, les stratégies d'adaptation les plus utilisées sont les approches confiante et optimiste (considérées dans l'étude comme des stratégies de coping positives). Les approches les moins utilisées en cas de stress sont celles de la soumission et de l'approche sans défense. Les infirmières qui ont une approche sure d'elle et optimiste ont un niveau de satisfaction plus élevé que les autres.

Discussion

Cette recherche a mis en évidence l'importance des stratégies de coping pour la satisfaction des infirmiers au travail. En effet, le score de satisfaction au travail augmente avec l'utilisation de stratégies de coping positives.

Les précédentes recherches sur cette thématique ont indiqué que le niveau de satisfaction des infirmiers était à un niveau « bas » ou « modéré » (Kacel et al, 2005, Kaarna et al, 2004, Siu 2002, cités par Zehra, Mera et Dogan 2008). Ces études ont permis de faire un lien entre des facteurs affectifs (caractéristiques du travail, environnement professionnel, et différences individuelles) et la satisfaction au travail. Il existe également un lien entre le stress au travail et la satisfaction de celui-ci. A noter que le résultat de la satisfaction au travail des infirmiers turcs est similaire à celui des autres soignants dans d'autres pays du monde (Fungkam, 1998, à Hongkong). Les auteurs précisent que les infirmières turques sont encore considérées comme des subordonnées du médecin et peuvent être considérées comme des professionnelles non qualifiées. L'expérience des infirmières n'est pas reconnue, et c'est souvent l'autorité des médecins qui prédomine dans les décisions médicales. Les auteurs soulignent également que le score de satisfaction au travail des infirmières intérimaires est plus élevé que celui des infirmières fixes.

Les chercheurs ont trouvé une corrélation entre la satisfaction au travail et l'utilisation de stratégie de coping positives.

Même s'il est évident, selon les auteurs, que les infirmiers ne peuvent changer de manière individuelle les facteurs de stress hospitaliers, ils préconisent de renforcer au sein de l'institution des activités qui renforcent les stratégies de coping individuelles.

Fiche de lecture3

Référence: Kravits K, McAllister-Black R, Grant M & Kirk C (2008). Self-care strategies for nurses: a psycho-educational intervention for stress reduction and the prevention of burnout. *Applied Nursing Research*, 23. 130-138

Question de recherche, hypotheses et buts

Il s'agit d'une étude pilote, dans laquelle les auteurs ont voulu d'évaluer le burnout actuel auprès d'infirmières aux USA, puis développer et évaluer un programme psycho éducationnel. Ce programme tente d'aider les infirmières à développer des dispositifs pour gérer leur stress. Les auteurs s'intéressent particulièrement aux pré-symptômes du burnout, à savoir l'épuisement professionnel, la dépersonnalisation, et le sentiment d'accomplissement personnel.

Première hypothèse testée : la structure et le contenu du programme réduira l'épuisement émotionnel, réduira également le sentiment de dépersonnalisation, et améliorera le sentiment d'accomplissement personnel. A la fin du programme, les niveaux d'épuisement professionnel des infirmiers participants seront acceptables.

Deuxième hypothèse testée : l'augmentation du burnout chez les infirmiers est associée au manque d'expérience (3 ans ou moins dans le service d'oncologie dans l'étude).

Population, échantillon

Les auteurs ont recruté 248 infirmières, parmi des jeunes diplômées ou nouvelles dans le service (51% dans l'échantillon de l'étude), ainsi que des infirmières plus expérimentées (soit plus d'une année dans le service) (49%), dans un centre oncologique en Californie du Sud.

Méthodologie

La méthodologie est principalement une discussion des facteurs de risques spécifiques à la profession infirmière, pratique de techniques de relaxation, et exploration du stress via l'art sont les principales interventions utilisées dans l'étude.

La première intervention est une discussion pendant laquelle est abordée la signification de l'auto soin (comprenant une introduction sur la stress quotidien et un plan de bien être, l'écriture d'un poème et pratique d'un art réflexif). Puis vient une psychoéducation sur le stress et ses réponses (pratique de la respiration profonde et pratique de l'intention positive), ainsi qu'une psycho éducation sur la création d'un plan personnel de bien-être (exploration des stratégies de coping via l'art, initiation à l'écriture d'un projet de bien-être). Ces interventions se basent sur le concept de Folkman et Greer, 2004, qui affirment que la réussite des stratégies de coping peuvent être favoriser par la stimulation du contrôle de la vie, se donner des buts atteignables et générer une attitude positive. Enfin les participants ont pu discuter des stratégies de coping (à travers l'art, et des exercices de relaxation musculaire) et ont pu achever leur plan de bien être à l'aide de la construction d'un guide imagé. Ces deux derniers concepts font écho à Haase & al (1999) qui affirment que la résilience permet d'ajuster de façon positive son comportement face aux menaces et améliore les interactions sociales.

Résultats

Avant les différentes interventions, 4% de l'échantillon était très à risque de déclencher un burnout.

Après l'intervention, aucun des sujets n'est désormais à risque élevé de burnout.

Avant l'intervention, le score d'épuisement professionnel (donné par le Maslach Burnout Inventory Services Survey) est considéré comme élevé : il est supérieur à 27 pour 38% de l'échantillon, et diminue à 26% après l'intervention.

Le score de dépersonnalisation était au début de la recherche à 13% et diminue à 9% en fin de recherche.

La perception de l'accomplissement individuel a été cotée bas, soit inférieur à 40% pour 45% des participants, et a augmenté à 52% après l'intervention.

Discussion

Les chercheurs pensent que la baisse significative du niveau d'épuisement professionnel permet d'affirmer que ce type d'interventions est efficace pour diminuer le stress professionnel. La diminution du niveau de dépersonnalisation montre également l'efficacité du programme sur ce symptôme. Les auteurs attribuent l'augmentation du sentiment d'accomplissement personnel au relâchement des défenses personnelles en réponse à l'environnement pendant les interventions.

Les auteurs concluent que des interventions psycho-éducatives régulières et spécifiques aux risques de burnout chez les infirmières peuvent être une stratégie positive de prendre soin de soi-même.

La suite de l'étude sera une psycho-éducation, davantage basée sur les symptômes déjà présents du burnout. De plus, une surveillance régulière et prévue sera implantée pour renforcer les changements de comportement.

Fiche de lecture4

Référence: DiTullio M, McDonald D (1999) The struggle for the soul of hospice: stress, coping, and change among hospice workers. *American Journal of hospice & palliative care* 16(5).

Question de recherche, hypothèses et buts

L'article rapporte les résultats préliminaires d'une étude auparavant en cours à NY. La recherche veut identifier les aspects du travail hospitalier qui se veulent stressants. Les auteurs de l'article veulent établir un modèle conceptuel du stress au travail et des coping mis en place dans le milieu infirmier. Pour cela ils veulent identifier les facteurs spécifiques de stress ainsi que les ressources du coping.

Population, échantillon

38 soignants travaillant dans un hôpital à NY ont été invités de manière bénévole et aléatoire à répondre lors d'un entretien individuel à 6 questions, puis trois groupes ont été formés pour discuter du but de l'étude

Méthodologie

A l'aide d'une revue de littérature, les auteurs ont adapté le modèle de Vachon, 1987, pour mettre en évidence les phénomènes qui peuvent aboutir au burnout, en nommant également les besoins pour le maintien d'une bonne santé. A partir de ce modèle, ils l'ont spécifiquement complété avec des notions présentes dans l'environnement hospitalier, afin de mettre spécifiquement en évidence ce qui pourrait être mis en place pour diminuer le burnout infirmier.

Les auteurs ont parallèlement mené une étude quantitative (questionnaire) et qualitative (entretien) pour identifier les facteurs stressants hospitaliers, identifier également les méthodes employées par les soignants pour palier à ce stress, et explorer les méthodes efficaces qui pourraient être adaptées régulièrement à l'hôpital pour gérer les symptômes de stress.

Cette étude a été complétée par 115 heures d'observation des participants, pour comprendre la nature et l'étendue du travail hospitalier.

Résultats

A la question, « qu'est ce qui fait la différence dans l'hôpital où vous travaillez ? », les réponses les plus fréquentes sont « being there », c'est-à-dire être accompagné par la hiérarchie, et former une équipe solide (sont incluses dans ces réponses les notions de confort de travail, empowerment, qualité de vie)

A la question « quelles sont les récompenses du travail hospitalier », la réponse la plus fréquente est le travail en équipe, le soutien de l'équipe. Ensuite vient la philosophie de soutien hospitalier et en troisième position l'appréciation des patients et de leurs proches.

A la question « comment l'hôpital a-t-il changé », les changements les plus relevés sont la complexité et la structure organisationnelle, et la déperdition de l'intimité du personnel, déperdition de la cohésion et de la stabilité.

A la question de ce qui est le plus stressant à l'hôpital, le temps est l'élément le plus souvent cité, suivi des émotions, et du volume, de la diversité et de la complexité de la demande.

A la question des stratégies de coping, la plus utilisées est la relaxation, la méditation et adopter un comportement apaisant. La moins utilisée est celle d'un recadrage mental. A la question « qu'est-ce que l'unité hospitalière pourrait changer ? », la réponse la plus citée est la systémique générale.

Discussion

L'étude a permis de créer un modèle spécifique aux soignants des facteurs de stress, et des ressources de coping. Il ressort de ce modèle que le support social et les liens humains avec l'équipe améliorent le climat dans lequel les soignants travaillent, et donc améliorent la gestion du stress. La seconde notion mise en avant est celle « d'être là », « being there », c'est-à-dire être en adéquation dans son travail avec ses valeurs. Les auteurs mettent également en avant la notion de « hospice enchantment », comme récompense de leur travail : ils sont contents d'aller travailler dans cet hôpital.

En conclusion les auteurs préconisent d'établir un modèle de stress et d'adaptation unique à chaque hôpital, ce qui permettrait de cibler les interventions concernant le coping.

Fiche de Lecture 5

Référence; Tarrant T, Sabo C (2010) Role Conflict, Role Ambiguity, and job satisfaction in nurse executives. *Nursing Administration Quarterly*, 34 (1). 72-82

Question de recherche, hypothèse et but

Il s'agit d'une enquête sur la relation entre le conflit de rôle, l'ambiguïté du rôle, la satisfaction du travail hospitalier et la dépression chez les « Nurse Executives » (NE), ce qui correspond à un IRU genevois.

Population, échantillon

Les participants possibles de cette étude sont des NE, membre de l'AONE (American Organization of Nurse Executives) 1000 membres ont été sélectionnés de manière aléatoire et ont reçu un questionnaire. 380 questionnaires ont été retenus.

Méthodologie

4 questionnaires ont été nécessaires pour mener cette recherche : dans un premier temps, les soignants ont répondu à une enquête pour des données démographiques (âge, situation sociale, durée dans la profession...), puis ils ont été invités à répondre au Role Conflict and Ambiguity Scale, puis au Job satisfaction Index, et enfin au CES-D (center for epidemio-logical Studies Depression Scale). Les trois derniers outils n'ont pas été créés par les auteurs de la recherche, mais sont tirés de recherches précédentes.

Résultats

Le conflit de rôle correspond à une situation où un individu est sujet à la compétition ou au conflit. Cette situation engendre des réactions émotives négatives et pourrait diminuer la satisfaction au travail et son efficacité. La stratégie de coping la plus utilisée face à ce genre de comportement un mécanisme de défense à tordre la réalité de la situation (Rizo, House, Lirtzman 1970 cités par Tarrant, Sabo 2010)

L'ambiguïté du rôle survient lorsque la hiérarchie retient la compétition ou le conflit dans l'organisation.

La première question de recherche était de connaître le « score » du conflit de rôle et d'ambiguïté du rôle chez les NE. Dans le groupe étudié, les niveaux des conflits de rôle et d'ambiguïté de rôle sont évalués à « modéré », selon les échelles utilisées.

La deuxième question était de connaître le niveau de satisfaction au travail de l'échantillon. Ce niveau est évalué à l'aide du Job Satisfaction Index et évalué à « élevé ».

La troisième variable à laquelle s'intéressaient les auteurs est la dépression. Aucun signe de dépression n'a été décelé dans l'échantillon

Le niveau de stress est évalué à « élevé », mais pas accablant. Le stress est nécessaire à l'évolution dans la profession, mais l'excès de stress est malsain.

Discussion.

Les corrélations entre les résultats sont identiques à la littérature : une diminution du conflit de rôle est corrélée à une augmentation de l'ambiguïté du rôle.

De plus les chercheurs ont identifiés les méthodes utilisées et variées pour faire face à ce haut niveau de stress (résultats corrélés avec une autre précédente étude) : identifier ses ressources, changer d'activité lorsque le niveau de stress est trop élevé, partager ses ressources pour gérer son stress avec ses collègues.

Fiche de Lecture 6

Référence : Garrosa E, Rainho C, Moreno-Jimenez B, Monteiro M J (2010) The relationship between job stressors, hardy personality, coping resources and burnout in a sample of nurses : a correlational study at two time points. *International Journal of nursing studies* 47.205-215

Question de recherche, hypothèse et but

La profession infirmière est considérée comme un métier à risque élevé de stress et de burnout d'après des études précédentes, et ce niveau est probablement en augmentation. C'est pourquoi les auteurs veulent étudier la relation entre les facteurs de stress au travail, la personnalité courageuse des soignants et leurs stratégies d'adaptation. Selon Rainho et al (2006), 27% des infirmiers portugais ont un niveau vas de burnout, 16% ont un niveau estimé à « haut » et 2% ont des symptômes sévères.

Population, échantillon

98 infirmiers portugais ont répondu à cette enquête. Il n'est pas précisé dans la recherche la méthode de recrutement de l'échantillon.

Méthodologie

Les soignants ont répondu à un questionnaire pour établir dans un premier temps des données sociodémographiques. Puis ils ont répondu au Nursing Burnout Scale, enquête établie par de précédents auteurs en 2000. Ce questionnaire regroupe plusieurs items (dont les antécédents (conflits, surcharge de travail, expérience avec la douleur et la mort, ambiguïté du rôle, tâches monotones, manque de cohésion, supervision,), la personnalité (engagement, conception du challenge, contrôle de sa vie) , le burnout (fatigue émotionnelle, dépersonnalisation, manque d'accomplissement personnel) et le coping (soutien social, stratégies de coping actives, évitement) afin de déterminer les conséquences possibles sur la personne. Le questionnaire a été rempli une première fois, puis une deuxième fois 4 semaines après, afin de tester la temporalité.

Résultats

La dépersonnalisation est définie comme étant le développement d'une attitude négative et cynique envers le patient. Le manque d'accomplissement personnel est défini comme la tendance à croire que personne n'est plus efficace que lui envers le patient (Maslach and Jackson, 1986; cités par Garrosa, Rainho, Moreno-Jimenez, Monteiro, 2010).

Dans la première session de question, aucun infirmier n'exprimait de fatigue émotionnelle, mais 4 semaines plus tard, le score de fatigue de fatigue émotionnelle de l'échantillon est augmentée, au regard des données sociodémographiques. Le stress au travail fait augmenter de façon significative cette fatigue émotionnelle, davantage dans la deuxième session de questions. La surcharge de travail a une influence négative sur la fatigue émotionnelle uniquement dans la deuxième session de question aussi.

Concernant la dépersonnalisation, les mesures sociodémographiques n'ont pas d'effet significatifs, ni le temps. La corrélation est également négative avec les facteurs de stress hospitaliers, et l'expérience de la mort de la douleur.

Pour le symptôme de manque d'accomplissement, le manque de sexe, l'expérience de la mort et de la douleur, la dépersonnalisation, et les stratégies de coping actives ont des corrélations significatives positives.

Discussion

L'étude voulait examiner différents paramètres de stress en lien avec le coping, en ajoutant la notion de temporalité, de personnalité courageuse et de stratégie de coping. Les auteurs ont mis en évidence une contribution évidente entre la personnalité courageuse, le sens du contrôle et du challenge dans l'explication du burnout infirmiers. Cependant l'engagement professionnel n'a pas de corrélation positive dans l'étude. Les stratégies de coping actives ont un effet positif sur la dépersonnalisation et sur le manque d'accomplissement personnel. Cet effet est majoré avec le temps. Les recherches concluent également à une relation significative entre les facteurs de stress, la personnalité courageuse, le coping, et le burnout. La surcharge de travail est citée comme le facteur de stress le plus important. Parmi les ressources personnelles, le contrôle et le soutien social n'ont pas de liens significatifs avec la fatigue émotionnelle.

Ces résultats montrent que lorsque des stratégies adéquates sont mises en place, le burnout est diminué.

Fiche de lecture 7

Référence: Peng J, Tseng M, Lee Y (2011) Relationships among supervisor Feedback Environment, work-related stressors, and employee deviance. *Journal of nursing Research* 19(1)13-24

But de la recherche, hypothèse et but

Le but de la recherche est de connaître l'influence du feedback de la hiérarchie sur les employés potentiellement déviants, et de regarder le rôle du stress lié au travail dans cette relation.

Population, échantillon

276 questionnaires ont été validés pour la recherche. Les soignants participants travaillaient depuis au moins 3 mois dans le service, appartenant dans un hôpital d'au moins 1000 lits.

Méthodologie

Les auteurs ont utilisé le Feedback environment scale, ainsi que d'autres échelles comme l'ICAWS (Interpersonal CONflict at Work Scale), ou le QWI (Quantitative workload Inventory). De plus, 19 autres questions ont été posées pour déterminer le degré de déviance des participants.

Résultats

Les résultats sont présentés différemment des autres études scientifiques lues auparavant. En effet les résultats sont davantage évoqués dans la discussion. Dans la partie résultat de l'article se trouve les coefficients de corrélation, pour rejeter ou accepter leurs hypothèses. Il critique ensuite leur modèle théorique analytique (Anderson et Gerbing, 1988), et ont complété leur analyse par un « mediated model ». Ils ont choisi le modèle de Hayduk (1987), cette nouvelle analyse a également montré des corrélations positives concernant leurs hypothèses de départ.

Discussion

La recherche conclue que les soignants ont tendance à avoir un comportement moins déviant lorsqu'ils perçoivent l'intérêt du feedback par la hiérarchie. Si les employés ont un feedback constructif, ils ont une meilleure connaissance des attentes des autres membres et de la hiérarchie, comprennent davantage les normes comportementales et organisationnelles à avoir dans l'équipe. La recherche montre également que lorsque les facteurs de stress diminuent, les comportements diminuent également. Si les employés relatent leurs problèmes (confusion de rôle, surcharge de travail, conflits interpersonnels et stress), la hiérarchie peut apporter des solutions adaptées.

Dans la pratique, les auteurs conseillent de mettre en place davantage de feedback auprès des soignants, afin de leur donner plus d'informations sur le travail à faire, ce qui leur permettrait d'avoir une idée des standards de performance.

Cette première action permettrait de diminuer les facteurs de stress liés aux attentes professionnelles et diminuer le comportement déviant. Ensuite les auteurs préconisent d'améliorer les compétences (à travers des programmes de formation) pour évaluer le travail des employés. Enfin, les auteurs encouragent le « walk and talk », c'est-à-dire faire des feed back régulièrement, pas seulement 1 à 2 fois par an.

Fiches de lecture 8

Référence : Apker, J. (2006). Collaboration, credibility, compassion, and coordination: professional nurse communication skill sets in health care team interactions. *Journal of Professional Nursing*, Vol 22, No. 3

Question de recherché, hypothèses et buts

Le but de cette étude est « d'identifier les compétences de communication des infirmières, qui sont considérés être efficaces dans les interactions de l'équipe de soins de santé » en répondant à la question qui suit : « comment les infirmières communiquent-elle avec professionnalisme dans leur interaction avec l'équipe de soins? ».

Dans la revue de la littérature, les précédentes recherches reflètent l'importance de la communication au sein des équipes de soins. Communiquer efficacement est « un aspect essentiel dans l'environnement positif pour la pratiques des soins infirmiers ».

Population, échantillon

La recherche s'est faite dans un hôpital qui comptait 384 lits et 2848 employés, dans l'ouest des Etats-Unis.

Les participants ont été sollicités dans 4 différentes unités en représentant la diversité de la taille de l'unité, l'âge et l'ancienneté du personnel, ainsi que « le niveau d'interaction et de cohésion entre les membres de l'équipe ».

Réalisée avec 50 participants, cette étude était composée de l'échantillon de personnels soignants suivant : 25 infirmières, 3 infirmières cliniciennes, 7 médecins, 6 aides-soignantes, 5 coordinatrices et infirmières responsables, ainsi que 4 personnels de bureau. Parmi les médecins, 6 étaient des hommes. Tous les participants étaient des professionnels étant en contact avec les patients.

Méthodologie

Les chercheurs ont initiés une lettre, signée et approuvée par les responsables, qui a été envoyée aux potentiels participants, en explication de la recherche, son but ainsi que les améliorations possibles avant de commencer cette étude qualitative.

L'étude proposait 21 entretiens individuels, 7 focus group avec les 29 autres participants ainsi que quatre « observations » d'infirmières de l'échantillon, dans leurs unités de soins et ce pendant quelques heures.

Tous les entretiens ont été enregistrés et les données ont été retranscrites. Les observations dans les unités de soins ont permis de poser un regard extérieur sur les interactions dans les équipes des quatre unités sélectionnées pour l'étude.

Tous les entretiens individuels ont été menés de la même façon, pour une durée de 30 minutes, avec comme première piste des descriptions des caractéristiques de la communication avec leurs collègues. Les focus group eux, ont durés une heure.

Les chercheurs ont utilisés « les critères énoncés par Owen (1984) pour identifier les sujets qualitatifs » dans le but de classer comment les infirmières communique entre elles » d'après les résultats obtenus pendant la récolte de données.

Résultats

Les résultats de l'analyse ont révélés « quatre compétences » de communication que les infirmières utilisent afin d'interagir avec membres d'une équipe.

La *collaboration*, c'est-à-dire faire circuler l'information, en « sollicitant l'information » et en transmettant aux autres membres de l'équipe.

La *crédibilité*, représentant « comment les infirmières montrent leur maîtrise des vastes relations de travail ».

La *compassion*, qui englobe « les comportements (positif) qui encouragent et construisent les relations des membres de l'équipe ».

La *coordination*, qui est le centre du fonctionnement des équipes de soins.

Une « communication efficace » est un des éléments essentiels dans la pratique infirmière, et les résultats obtenus grâce aux interventions des participants ont permis d'exposer le fait qu'on s'attend à ce que les infirmières montrent un « vaste et complexe ensemble de technique de communication au sein de l'équipe ».

La pratique infirmière maintient un rôle d'influence mais bien souvent, les interventions, actions et implications « passent inaperçues » aux yeux du public et des collègues.

Cette étude soutient le fait qu'il faut « renforcer » les acquis et améliorer l'apport des phénomènes touchant la communication pour les étudiants.

Discussion

Avec l'évolution de la pratique infirmière et le perfectionnement du rôle propre, les recherches effectuées ces dernières années contribuent à améliorer « l'excellence » des soins infirmiers.

L'infirmière est au centre de l'environnement de soins du patient en collaborant avec tous les acteurs en jeu. Le système de santé a besoin que les infirmières communiquent entre elles efficacement dans le but de partager l'information et d'assurer la transmission de données.

Aujourd'hui « l'équipe » tient un rôle de plus en plus imposant dans le système de soins de santé actuel.

Suite à l'analyse, les recommandations faites par les chercheurs sous-tendent l'évaluation des aptitudes en termes de communication des nouveaux collaborateurs ainsi que d'encourager les comportements de communication positifs entre les infirmières.

Fiches de lecture 9

Référence : Weaver Moore, L., Leahy, C., Sublett, C. and Lanig, H. (2013). Understanding Nurse-to-Nurse Relationships and Their Impact on Work Environments, *Medsurg Nursing*, Volume 22, No. 3

Question de recherché, hypothèses et buts

En raison de l'impact que les interactions entre infirmières peuvent avoir sur « les patients, les organisations de soins de santé, les infirmières et la profession infirmière », comprendre comment les membres d'une équipe de soins infirmiers établissent des liens entre eux est impératif.

Le but de cette étude visait à évaluer comment les infirmières racontent les interactions du quotidiens au sein d'une équipe et d'approfondir les connaissances sur les relations entre infirmières. L'importance de maintenir des relations saines procure un état de santé optimal dans un milieu de travail.

Population, échantillon

Afin de réaliser cette étude, les participants ont été trouvés grâce au Sigma Theta Tau, un organisme qui œuvre dans le but d'améliorer la santé des individus grâce à la recherche scientifique dans les soins infirmiers³.

Géographiquement situé dans le sud-ouest de l'Ohio et sélectionné à cause du travail de collaboration avec les chercheurs et les dirigeants, un questionnaire en ligne, a été distribué dans différents hôpitaux.

Sur les 400 infirmiers qui ont été contacté dans différents services, pour répondre au questionnaire, 82 infirmières ont répondu. Parmi les question/réponse, la moyenne d'âge de l'échantillon était de 45 ans et environ 88% était des femmes, 11% étant des hommes.

Méthodologie

La recherche est une expansion d'une étude précédente sur les relations entre les infirmières. La collecte de donnée a été faite grâce à un questionnaire en ligne, pendant une durée de deux semaines. Cette étude utilise une méthode mixte, avec une partie de données quantitatives et une partie qualitative. De par l'importance et la qualité des données, uniquement les résultats qualitatifs sont présents dans l'article de recherche.

Le questionnaire utilisé dans cette étude était à des fins d'acquisition d'information sur les interactions dans les relations entre les infirmières. Le questionnaire était fait de question à choix multiples, de questions à réponses-multiples dont les données quantitatives ont été étudiées dans cette étude.

Résultats

D'après les réponses obtenues par les infirmiers, environ un quart des participants ont déclaré qu'ils avaient déjà envisagé de quitter ou ont déjà quitté leur travail à cause des conflits dans la relation entre collègues.

³ Information tirée du site internet : <http://www.nursingsociety.org/Pages/default.aspx> (consulté le 12/02/2014)

Des résultats de ce questionnaire il en ressort que l'infirmier responsable d'unité « détient la clé d'une unité saine et positive ». Les infirmiers ressentent le besoins de soutiens de la part de ce dernier, d'être écouté et compris. 80 % des participants pensent que « leurs unité pourrait être amélioré dans les trois axes suivant : un leadership plus fort, un respect entre le personnel infirmier et en améliorant la communication. »

Dans une équipe, il y a toujours « quelqu'un de difficile » avec qui les infirmiers sont amenés à travailler. Pour cela, il est « crucial d'améliorer les relations infirmières » en résolvant les conflits entres elles. « Compte tenu de la prédiction que le déficit d'infirmières devrait croître de 260 000 en 2025 (Association américaine des collèges de soins infirmiers, 2010), perdre des infirmières qui sont dans les rangs à cause des mauvaises relations est inexcusable. »

Discussion

« Dans la dernière décennie, l'attention se concentre de plus en plus sur les milieux de travail des infirmières [...] les comportements interpersonnels perturbateurs dans les organisations de soins de santé ne sont pas rares. »

L'impact de relations conflictuelles, ont une incidence sur les patients, les organisations de soins. « Il est impératif de comprendre comment les infirmières entretiennent des rapports les unes aux autres. »

La création et le maintien de la qualité et de la sécurité dans les soins résulte souvent de la « capacité des infirmières à travailler ensemble ».

Pour les futures recherches, l'étude propose des recommandations sur les pistes à approfondir telle que « la détermination des meilleures pratique pour aborder et résoudre les problèmes des mauvaises relations entre infirmiers, d'explorer des stratégies pour aider les nouveaux diplômés et d'examiner le rôle de l'infirmière responsable d'unité dans la création de milieux de travail où les relations interprofessionnelles sont positives ».

Référence : Mariage, A. & Schmitt-Fourrier, F. (2006). Rôle de la personnalité dans les stratégies de coping. *Le travail humain*, Vol. 69, p. 1-24.

Question de recherché, hypothèses et buts

Le but de cette recherche est « d'identifier les stratégies d'adaptation utilisées » par les soignantes dans l'environnement hospitalier, en dévoilant les liens entre traits de personnalité et les stratégies d'adaptation mis en place.

L'étude se restreint à « l'analyse des rapports entre caractéristiques individuelles et l'utilisation particulière de stratégies de coping ».

Population, échantillon

Cette recherche a été réalisée avec 68 soignants, volontaires, dont toutes étant des femmes. Un tel échantillonnage a été décidé afin de symboliser la majorité « de ce sexe dans les services considérés » de l'étude.

Une étude comprenant des soignantes avec différentes fonctions, travaillant en Suisse (14) et en France (54). Sur l'échantillon 47 infirmières diplômées, 10 aides-soignantes et 11 cadres infirmiers avec une moyenne d'âge de 39 ans.

Afin d'étendre la recherche à plusieurs services et d'observer l'incidence de la nationalité en prenant deux régions différentes, il a été « volontairement choisit un échantillon hétérogène » dans le but de « vérifier l'incidence éventuelle des variables de stress professionnel ».

Méthodologie

Afin de mener à bien cette recherché empirique, les données obtenues ont été collectées avec deux échelles :

1. *Le CISS*

Un « inventaire de coping pour les situation stressantes (CISS) », qui permet de « mesurer les aspects multidimensionnels du coping ». Cette échelle permet un recueil de données sur les stratégies d'adaptation comme un processus plutôt que venant de la personnalité individuel de l'individu. Les fonctions des participantes (IDE, AS, cadre) ont été comparées à leur tâche, émotions, évitements, distraction et aux diversions sociales.

2. *La MMPI-2*

Défini comme un inventaire multiphasique de personnalité du Minesota, cette échelle « comprenant 567 items auxquels le participant répond par Vrai, Faux ou Je ne sais pas ». Cette échelle comprend elle-même plusieurs échelles qui permettent « l'élaboration des principaux éléments de la personnalité et l'état mental actuel de l'individu ».

Dans cette étude les 10 échelles cliniques utilisées (pour évaluer l'hypocondrie, la dépression ou la paranoïa par exemple), sont mis en corrélation avec les 15 échelles de « contenus », c'est à dire l'esquisse de personnalité de l'infirmier : peur, anxiété, colère, etc.. Ceci afin de d'obtenir de résultats et de « se centrer sur l'impact de l'organisation de la personnalité dans les réactions d'adaptation au stress. »

En second temps, les stratégies de coping ont été observées plus spécifiquement chez les personnalités dépressives.

Résultats

Les résultats de cette recherche dévoilent que la « population globale des soignants n'élabore pas un type de coping spécifique (tâche, émotion ou évitement) ».

Dans cette étude les résultats obtenus sur le rôle de la personnalité dans les stratégies de coping utilisé face au stress « ne permettent pas d'affirmer que les stratégies de coping sont stables et définies par les traits de personnalité du sujets. »

Les infirmières utilisent moins les stratégies de coping « centrées sur la tâche ». C'est-à-dire qu'elles s'attachent moins au fait de vouloir modifier ou contrôler une situation. « Les infirmières cadres n'optent pas pour les stratégies constituées de « réponses émotionnelles ».

Par conséquent on peut en déduire que « la fonction, la formation, le niveau de responsabilités, la tâche semblent donc avoir un rôle dans la manière de s'ajuster au stress. »

L'analyse des résultats a permis de repérer que sur les 68 soignantes de l'échantillon, 8 d'entre elles souffrent de dépression.

Discussion

« Le stress est une réalité dans le monde hospitalier, confirmées par le bureau international du travail qui reconnaît la profession d'infirmière comme particulièrement exposée à la souffrances physique et psychique. »

Depuis les années 1930 et jusqu'à ce jour, les recherches sur le stress sont alimentés de diverses auteurs qui ont apporté différents aspects à ce sujet. Le terme de Coping a été traduit comme « stratégie d'adaptation » (1989), « stratégie de maîtrise » (1997) ou encore « stratégie d'ajustement » (1989). L'évolution de la pratique infirmière et les répercussions que la santé des soignants demande que l'on s'interroge sur les mécanismes qui permettent à l'individu de faire face.

Cette étude est une contribution qui a pour but d'identifier le rôle de la personnalité des soignants, dans la mise en place et l'adaptation des stratégies de *coping* afin de surmonter un stress ou une dépression.

« Il s'agit plutôt de contribuer à examiner et intégrer le rôle de la personnalité du sujet dans les réactions adaptatives aux situations stressantes (Lazarus, 1993). »

Pour la pratique, cette étude propose la mise en place de « groupes de paroles ». Ce moment, cet espace, laisse la place à l'expression des ressentis et au sentiment d'être écouté, soutenu.

Référence: Newton, L., Storch, J., Makaroff, K. & Pauly, B. (2012). "Stop the Noise" From Voice to Silence, *Nursing Leadership*, volume 12 n°1

Question de recherché, hypothèses et buts

Le but de cette recherche est d'examiner « la relation entre la parole », la misère morale (insuffisante) et le climat éthique des données récoltées grâce au sondage distribué ». Le stéréotype de la vision négative de l'infirmière qui ferme les yeux sur les problématiques Dans les précédentes recherches concernant « les lieux de travail des infirmières », plus précisément leur environnement de travail, le climat éthique qui agit sur toute l'organisation d'une équipe, sur l'action infirmière, sur les valeurs professionnelles et semble « rarement considéré ».

Population, échantillon

Afin de réaliser cette étude, l'échantillon choisi a été choisi au hasard dans un registre d'infirmières consentantes, qui pratiquaient dans les soins aigus en Colombie-Britannique. Une enquête avait été distribuée à 1700 (parmi 6000) dans un registre d'infirmières qui avaient donné leur accord pour être contacté à des fins de recherches. Les participants devaient répondre aux critères de l'étude, c'est-à-dire en pratiquant dans une unité de soins aigus au moment de l'étude. 292 sondages ont pu être étudiés avec un anonymat assuré 374 questionnaires ont été retournés, c'est-à-dire 22% des sondages distribués, et c'est avec 292 d'entre eux que les résultats ont pu être étudiés dans cette recherche.

94 % des participants étaient des femmes, avec une moyenne d'âge de 44,2 ans. Ces infirmières pratiquaient en moyenne depuis 18 années et étaient employées dans leur hôpital actuel depuis 13 ans en moyenne.

Méthodologie

L'aspect quantitatif de l'étude a été réalisé grâce deux outils utilisé d'enquête, un sur la détresse morale de 2001 et autre sur le climat éthique de 1998.

L'aspect qualitatif de la recherche fait avec trois questions ouvertes sur une expérience personnelle de détresse moral sur le lieu de travail, les actions entreprit dans la situation décrite et enfin les impacts engendré dans les soins aux patients.

Si les sondages étaient renvoyés avec un moyen que le soignant puisse d'être identifié, immédiatement le questionnaire en question était décliné de l'étude.

L'analyse des données obtenus ont été renseignées par des « descriptions d'interprétation » et ont permis de faire ressortir plusieurs premiers thèmes généraux, utilisé pour des raisons pratiques lors de l'analyse des résultats.

Chacun des chercheurs ont examinés les dix premières réponses ce qui as permis d'affiner les thèmes avec des catégories spécifiques qui ont par la suite permis d'identifié le « grand » thème qui englobe les résultats obtenu.

Résultats

L'environnement de travail influence la qualité des soins, l'organisation, l'état d'esprit des soignants. Aujourd'hui les soins sont prodigués avec sécurité, compassion, qualité et dans le respect.

Les résultats obtenus ont montré que les participants dérivait « être engagés dans des actions multiples, variées et qui prennent du temps pour faire face aux situations difficiles qui implique de s'adresser aux familles », etc.

Le partage des participants a pu faire ressortir les multiples essais des infirmières à prendre la parole et surtout d'être entendu. Les témoignages relatent que les infirmières « utilisent leur parole plutôt dans un contexte formel ».

La résolution de problèmes est une démarche infirmière qui est pratiquée et qui se met à jour quotidiennement, certaines infirmières « décrivent comment elles n'ont pas le temps de prendre leur café et leur pose pour manger afin de faire des multiples tentatives pour résoudre les situations compliquées ».

Dans cette étude les participants qui ont décrit des incidents de détresse morale ne sont pas autant muettes que silencieuses ». Le fait de prendre la parole et de révéler la réalité leur impose des difficultés de la part de l'administration, le plus souvent se retrouvant face à des « remarques désobligeantes », et dans « très peu de cas les réponses sont données avec des actions appropriées ».

Pour la majorité des participants, se taire est le premier choix et voici leurs argumentations :

- Les résultats ont démontrés que les soignants devenaient de plus en plus « frustrés en raison d'une incapacité à aborder le problème ».

Les participants parlent de travailler la nuit ou les week-ends pour ne pas croiser avec certains collègues et d'autre « fond juste avec ». C'est la peur de perdre leur emploi et « de ne pas répondre aux normes de pratiques » qui les inquiètent.

- Les participants ont décrit le fait de « s'auto protéger », en diminuant leur « combat » du quotidien, (« entreprenant moins d'action », et en documentant les événements qui se déroulent car « ils perçoivent que les choses vont être oubliées ».

- Le manque de motivation se fait ressentir dans les données analysées. Les participants décrivent qu'il « laisse tomber », en n'entrant pas en discussion avec les collègues qui sont « impliqués et qui cherchent de l'aide ».

« Quelques-uns ont exprimé leur réticence à parler, parce qu'ils avaient vu les conséquences pour les autres qui ont utilisé leurs voix, et que, parfois cela signifiait être évité ou intimidé. »

- La sensation du manque de « sécurité » a amené 8% des participants à dire qu'ils ont déjà ou qu'ils ont déjà pensé à quitter leur job à cause « d'un incident en lien avec la misère morale ».

Dans malheureusement beaucoup de cas « les infirmières utilisent leur parole, mais ne se font pas entendre », elles se renferment et font d'autre choix que de prendre la parole comme le « choix de se taire ». « Les infirmières ressentent une certaine pression de ne pas exprimer leur préoccupation ou leurs opinions à cause de facteurs organisationnel ou professionnel en place qui supportent l'état actuel des choses ».

Discussion :

Trois principaux « thèmes » englobent cette étude :

1. L'éthique, qui est dans les soins nommé « éthique clinique » et fait de valeurs qui « donnent sens à l'existence, aux actes ». L'infirmière responsable d'unité influence les valeurs des membres de l'équipe et se répercute sur leurs évolutions. Dans son étude, Hart (2005) 25% veulent changer de poste et 14% veulent quitter leur profession à cause d'un environnement de travail perçu avec de médiocre position respect éthique.

2. La détresse morale qui compromet « les soins aux patients » (sécurité), « la satisfaction des soignants » (éprouvement professionnel), qui influence le « burnout » et la prise de « décision de quitter son poste ou job »

3. Le mot anglais « voice », utilisé dans cette recherche, peut se traduire par la voix, la parole. Une revue de la littérature infirmière sur ce thème a fait ressortir des résultats « stéréotypés » et négatifs au regard des infirmières. Les chercheurs soutiennent que parler, s'exprimer, « fait partie intégrante du pouvoir morale », qui est défini par « la capacité ou le pouvoir des infirmières de diriger leur motivations et actions à des fins d'éthique : essentiellement, faire ce qui est bon et juste ».

Une autre piste a été nommée par les auteurs, celle dont « les infirmières se taisent parce qu'elles n'ont pas les compétences, les connaissances, nécessaires pour utiliser leur voix. »

Voici quelques recommandations que cette recherche propose dans un but faire une place à la parole infirmière :

- Encourager les infirmières à partager leurs inquiétudes (communication)
- Promouvoir et maintenir un climat ouvert, de confiance
- Reconnaissance de l'autre, ses efforts, supporter ses actions

« Le pouvoir de la relation » est un élément qui va permettre de bâtir un climat éthique positif, « ou les infirmières sont capable d'exprimer leurs préoccupations sans être réduits au silence ». Etre entendu, permet aux infirmières, comme pour autres professionnels quels qu'ils soient, de se sentir soutenues et « collaborer dans la prise de décision » collectives (coopération).

6. Maturité des équipes

6.1. Stade de latence : caractérisé par l'individualité

Équipier	Engagement Fonctionnement individuel voire égoïste. Risque de développement exagéré de l'énergie d'entretien. Risque de comportement rebelle et d'actes d'enravage.
	Identification À son métier, sa tâche, son statut, son territoire, ses avantages personnels et son objectif individuel.
	Qualités d'équipiers Non développées. Les seules valeurs prises en compte sont celles liées au travail et à l'individu.
Cohésion du groupe	Nature des liens Peu de relations, méfiance, masque social.
	Type de cohésion Pas de cohésion, chacun pour soi. Dynamique globale de nature unipolaire. Phénomènes de groupes liés à la recherche de reconnaissance.
	Pratiques cohésives Recherche de dyades défensives pour se protéger de l'isolement, parfois on trouve des attitudes combattives pour s'affirmer préventivement. Non-dit important.
Unité d'action	Cohésion technique Absence de volonté cohésive, rétention défensive des informations, risque important d'énergie dispersée.
	Développement des procédures Pas de procédures de fonctionnement collectif. Respect des obligations professionnelles à caractère individuel.
	Capacité d'évaluation Crainte du jugement des autres > pas de pratique d'évaluation sauf avec le manager lors de l'entretien annuel.
	Focalisation sur l'objectif Faible attractivité de l'objectif collectif
Management	Attitudes de management Le chef est centré sur lui-même et impose son mode de fonctionnement. A des relations de un à un avec ses collaborateurs.
	Polarités et pouvoirs Système unipolaire si ce n'est monopolaire autour du chef. Le collaborateur utilise son potentiel d'influence essentiellement pour obtenir des avantages personnels.
	Coresponsabilité N'existe pas.
Rapport au contexte	Le contexte (entreprise, client, marché) est peu pris en compte.

6.2. Stade d'appartenance : caractérisé par le sentiment d'appartenance

Équipier	Engagement L'appartenance à un groupe et la reconnaissance qui en résulte agissent sur la motivation en libérant de l'énergie qui était auparavant latente.
	Identification L'identification relative au groupe et à la fonction collective s'ajoutent aux ancrages d'identification établis lors du premier stade.
	Qualités d'équipiers Capacité de partage et d'écoute, attitudes de bonne compagnie.
Cohésion du groupe	Nature des liens La confiance est établie ainsi que des relations d'affinités plus ou moins proches. Les membres de l'équipe se reconnaissent entre eux comme partageant la même appartenance.
	Type de cohésion Sentiment d'appartenance à un groupe qui repose beaucoup sur l'identité fonctionnelle commune à un même métier ou à un même objectif. La cohésion résulte de réseaux internes qui constituent un début de tissu cohésif. Risque de phénomènes fusionnels. Très dépendante du climat affectif.
	Pratiques cohésives Apparition de modes conviviaux et de signes ou rituels d'appartenance.
Unité d'action	Cohésion technique La cohésion technique repose sur le chef qui prend la responsabilité de la coordination. Une conformité de complaisance évite tous risques d'oppositions internes.
	Développement des procédures Les procédures émanent de l'organisation. Il n'y a toujours pas de procédures d'action concertée.
	Capacité d'évaluation Comme dans le stade précédent cette capacité d'évaluation fait craindre des critiques mal supportées.
	Focalisation sur l'objectif Elle reste très individuelle. Peut être très liée au désir de faire plaisir au chef.
Management	Attitudes de management Management participatif ou paternaliste.
	Polarités et pouvoirs Une bipolarité s'est installée entre le pôle manager et le pôle « groupe ». Acceptation par le chef de besoins liés aux personnes et au groupe.
	Coresponsabilité Elle n'est pas encore établie d'un point de vue opérationnel mais une solidarité entre les personnes se fait jour.
Rapport au contexte	Le sentiment d'appartenance crée un clivage entre l'intérieur (ceux qui appartiennent) et l'extérieur (ceux qui n'en sont pas).

6.4. Stade d'action concertée : caractérisé par la qualité du système d'action et de la cohésion technique

Équipier	Engagement sans restriction dans le projet. L'énergie est entièrement mobilisée. Plus d'énergie latente. Fort identification au projet, à l'enjeu, à l'équipe et aux pratiques. Bonne identification au chef et à l'entreprise. Ce sont elles qui assurent de la performance et non plus le seul management. Sens de la responsabilité individuelle, aptitude à supporter la conflictualité des rôles. Liens personnels forts entre tous, issus soit des affinités initiales soit des contacts créés par les nécessités opérationnelles. Cohésion dynamique liée à la spirale de succès et au moral. Le tissu cohésif s'est trouvé renforcé du fait d'autres facteurs (cohérence, montée collective de la mobilisation, multiplication des ancrages d'identification).
Cohésion du groupe	Nature des liens Type de cohésion Pratiques cohésives Cohésion technique Développement des procédures Capacité d'évaluation Focalisation sur l'objectif
Unité d'action	Apparition du phénomène de polarisation. La préparation des actions prend une place prépondérante. Information continue. Les procédures deviennent pour tous des garants de l'efficacité. L'équipe s'attache à les spécifier de plus en plus précisément. Les équipiers partagent leurs tours de main. L'évaluation est perçue comme une opportunité de croissance et un moyen continu d'affinement des pratiques menant à l'excellence.
Management	La focalisation est de tous les instants et chaque acte est interprété par rapport à son utilité pour l'atteinte de l'objectif. Attitude entièrement Méta. Grande délégation faite au groupe pour décider d'aspects politiques ou tactiques. Un coach est attaché à l'équipe. Le pouvoir de chacun est accepté. Le pouvoir institutionnel et hiérarchique cède de la place au sens de la responsabilité de chacun. À la fois opérationnelle et humaine.
Rapport au contexte	Rapport de coopération avec le contexte (clients, fournisseurs, autres services). Recherche de performance sur le marché.

6.3. Stade d'équipe constituée : caractérisé par l'accès à une communauté d'objectif et de pratique

Équipier	Le degré de mobilisation augmente par effet de diminution de l'énergie dispersée (meilleure coordination). La place reconquise à chacun d'un point de vue opérationnel lui offre une gratification supplémentaire. Aux identifications précédentes qui se renforcent, s'ajoute l'identification au projet et à l'objectif commun. Elles deviennent indispensables. Il faut apprendre à coopérer, accepter les différentes modalités opératoires de chacun, savoir rendre-compte, développer son autonomie affective, accéder au sens de la co-responsabilité.
Cohésion du groupe	Nature des liens Type de cohésion Pratiques cohésives
Unité d'action	Les liens de type affectifs se renforcent d'une dimension opératoire (faire ensemble). La cohésion explicite (liée à l'appartenance) acquise au stade précédent s'oriente vers un début de cohésion dynamique (qui résulte de l'articulation entre le personnel et le fonctionnel). La convivialité du stade précédent s'enrichit en qualité du climat de travail.
Management	Encore embryonnaire à ce stade, elle est recherchée par les équipiers. Début de sentiment de cohérence des différents types et niveaux d'objectifs. Mise en place de pratiques communes acceptées par tous et coordonnées. Encore peu développé. À ce stade on parle plus d'orientation vers l'objectif que de focalisation qui se développe dans les deux stades de performance. Cependant il est fréquent que cette orientation suffise à l'atteinte de l'objectif actuellement choisi. La responsabilisation des équipiers devient réelle et facilite la délégation qui à son tour développe le sens de la responsabilité. Le manager débute dans sa capacité à prendre une attitude Méta. Désir de s'adjoindre un coach d'équipe. Début du fonctionnement tri-polaire. Déjà existante d'un point de vue humain, elle se développe d'un point de vue opérationnel.
Rapport au contexte	Atitudes de management Polarités et pouvoirs Coresponsabilité
	Le rapport au contexte commence à s'ouvrir : on s'intéresse plus (collectivement) au client et aux relations avec les autres équipes.

6.5. Stade d'intelligence collective : caractérisé par l'excellence de l'intelligence de situation de l'ensemble des acteurs

Équipier	<p>Engagement État de surmotivation maîtrisée, moral fort avec le sens de l'humilité. A ce niveau, chacun se sent acteur de l'état des autres. Au niveau de performance.</p> <p>Identification</p> <p>Qualités d'équipiers Elles sont encouragées et travaillées (développement personnel). Les qualités sociales et les qualités transverses s'ajoutent aux qualités d'équipier.</p>
Cohésion du groupe	<p>Nature des liens Liens d'estime. Très forte complicité. Intérêt pour le développement personnel d'autrui.</p> <p>Type de cohésion Idem qu'au stade précédent avec des modes d'auto-régulation bien ressentis.</p> <p>Pratiques cohésives Idem qu'au stade quatre et soutien en cas de contre-performance.</p>
Unité d'action	<p>Cohésion technique Utilisation de la diversité des équipiers pour développer des caractéristiques collectives. L'utilisation par les uns du talent des autres est une particularité de ce stade (intention tactique).</p> <p>Développement des procédures Sans cesse affinées, elles sont complétées par les scénarios tactiques. Chacun se prête aux initiatives des autres.</p> <p>Capacité d'évaluation Très fine, professionnelle. Elle porte sur une infinité de détails. Confrontations latérales recherchées.</p> <p>Focalisation sur l'objectif Recherche de performance.</p>
Management	<p>Attitudes de management Attitude Méta complétée par des pratiques de coaching. Utilisation fréquente de plusieurs coachs externes.</p> <p>Polarités et pouvoirs Tous leaders selon les talents personnels. Dynamique multipolaire. Chacun exerce son pouvoir d'influence.</p> <p>Coresponsabilité Idem qu'au stade quatre.</p>
Rapport au contexte	<p>Forte influence exercée et responsabilité vis-à-vis du contexte. Le contexte est également utilisé pour améliorer le niveau de performance.</p>

Annexe III

Cahier des charges de l'infirmière responsable d'unité de soins (IRUS)

Retranscrit d'après le document officiel des Hôpitaux Universitaire de Genève.

I. POSTE

1.0 Numéro :

(Centre d'activité selon compatibilité analytique)

1.1 Dénomination de la fonction (titre SEF) :

Infirmière responsable d'unité de soins (ci-après IRUS) ou sage-femme responsable d'unité de soins

1.2 But de la fonction :

En référence aux politiques de soins définies par la Direction des soins infirmiers et aux objectifs de soins fixés dans le cadre du département :

- Gérer, coordonner et superviser l'ensemble des activités de soins de son unité/ses unités
- Contrôler et promouvoir la qualité des soins prodigués
- Diriger, animer et encadrer l'équipe soignante.
- Coordonner les interventions des prestataires externes dans le cadre des missions de l'unité de soins
- Assurer le développement professionnel individuel de ses collaborateurs et collectif de l'ensemble de l'équipe.

1.3 Code sef :

1.4 Classe de fonction

1.5 Taux d'activité : 100%

II. POSITION FONCTIONNELLE DU POSTE

- a. DIRECTION GENERALE HUG
- b. DEPARTEMENT
- c. DIVISION, CLINIQUE, INSTITUT, CENTRE, SERVICE : soins infirmiers
- d. SECTION, SECTEUR, ATELIER, CENTRALE
- e. UNITE,

III. POSITION HIERARCHIQUE DU POSTE

3.0 Est lié hiérarchiquement :

À l'infirmier (ière)-coordinateur (trice) du département (ou à son assistante dans certains secteurs)

3.1 A sous ses ordres directs :

Les infirmiers (ières) diplômé(e)s et sages-femmes
Les infirmiers (ières) cliniciens (ciennes)
Les infirmiers (ières) spécialisé(e)s
Les infirmiers (ières) assistant(e)s
Les aides-soignant(e)s et les aides-hospitaliers (ières)
Les étudiant(e) et élèves des professions de la santé

3.2 Est lié fonctionnellement :

À l'assistant(e) de l'infirmier (ière)-coordinateur (trice)
À l'infirmier (ière)-assistant(e) de gestion
Aux infirmiers (ières) spécialistes cliniques
Aux infirmiers (ières) moniteurs (trices)
Aux médecins
Aux responsables des ressources humaines
Au personnel paramédical, technique, social et administratif
Aux enseignant(e)s des écoles et centres de formation

3.3 Nombre total de personnes subordonnées :

Dépend de l'importance et de la complexité de l'unité /des unités en charge

IV. ACTIVITES / RESPONSABILITES

4.0 Activités principales

Gestion, coordination et supervision des activités de soins

- Organiser et coordonner les activités d'une unité de soins dans le but de garantir des soins de qualité adaptés aux patients.
- Définir et concrétiser des objectifs spécifiques de soins, d'organisation, de formation et de recherche dans le cadre des options prises par l'infirmier (ière) coordinateur (trice).
- Contrôler l'exécution des soins et des prestations, en référence aux normes et aux règles en vigueur.
- Evaluer, superviser et développer les pratiques soignantes et la qualité des soins.
- Etablir une relation suivie avec les patients et leurs proches tout au long de leur séjour dans l'unité, dans le but d'évaluer leur degré de satisfaction.
- Favoriser l'utilisation des ressources en expertise infirmière (infirmier (ière)-clinicien (cienne), infirmier (ière) spécialisé(e) et infirmier (ière) spécialiste clinique) dans la prise en soins du patient.

- Coordonner les interventions dans l'unité de soins des différents prestataires externes en assurant l'atteinte des résultats visés et en tenant compte des missions de soins globales de l'unité.
- Analyser la charge en soins de l'unité, suivre son évolution et prendre les mesures nécessaires pour répondre aux besoins.
- Participer à la gestion des lits et à la répartition des patients.

Gestion du personnel

- Diriger et coordonner les activités de l'unité en mobilisant les ressources humaines à disposition.
- Organiser et répartir les ressources en effectif en réponse aux besoins, en collaboration avec ses collègues IRUS.
- Conseiller le personnel de son unité dans ses activités et projets professionnels.
- Inciter l'équipe soignante à travailler selon la démarche de soins et de résolution de problèmes.
- Conduire des travaux et études visant à améliorer la qualité des soins et le fonctionnement de son service.
- Procéder à l'appréciation formative et sommative du personnel soignant et auxiliaire.
- Conduire des entretiens individuels en réponse à des besoins d'orientation professionnelle et de plan de carrière.
- Gérer les conflits.
- Exiger du personnel de son service une attitude conforme à la déontologie professionnelle et aux règles en vigueur dans l'institution.
- Participer au recrutement du personnel soignant.
- Intégrer et superviser l'activité des bénévoles.
- Anticiper les fluctuations d'activités et des besoins en personnel.

Gestion de l'information / communication

- Mettre en place les moyens assurant la transmission et la compréhension des informations ascendantes et descendantes.
- Représenter son service sur le plan des activités de soins au niveau du département et de l'institution.
- Mettre en place les moyens assurant l'information aux patients et à leurs proches.

Gestion de la formation

- Organiser l'actualisation des connaissances de ses collaborateurs.
- Accueillir les étudiants en soins infirmiers dans l'unité, assurer leur encadrement, favoriser la réalisation de leurs objectifs, contrôler leur apprentissage et participer à leur évaluation.
- Mettre en place un programme d'intégration pour le nouveau personnel de l'unité.

Gestion du matériel

- Evaluer les besoins en matériel et équipement pour son unité et négocier auprès de l'infirmier (ière)-coordinateur (ces) leurs priorités.
- Déterminer les stocks minimums nécessaires au bon fonctionnement de son unité et contrôler le respect de ces stocks par des inventaires ponctuels.
- Etablir des requêtes d'achats et des commandes de pharmacie, de travaux et d'entretien en tenant compte de la normalisation des articles et des besoins spécifiques de son unité.

4.1 Activités accessoires et/ou occasionnelles

- Intervenir dans des programmes de formation
- Participer à des groupes de travail ou des projets interdisciplinaires dans le cadre des soins infirmiers de l'institution.
- Représenter ponctuellement les soins infirmiers à l'extérieur de l'institution.

4.2 Responsabilités (personnel, finances, moyens matériels et autres)

Soins infirmiers

- Etre garant(e) de la qualité des soins dispensés et des prestations de soins fournies par les membres de l'équipe et l'utilisation adéquate des ressources à disposition.
- Garantir l'application de la démarche de soins, ainsi que l'utilisation du dossier de soins.
- Etre répondant(e) pour le patient et son entourage du suivi du séjour hospitalier.

Gestion du personnel

- Etre responsable de la planification et répartition des ressources attribuées en fonction des compétences des collaborateurs, de la charge de travail en soin de son unité et du département sur la base de l'exploitation des données fournies par l'outil d'analyse de charge de travail.
- Etablir des critères de planifications horaires, congés, vacances, en conformité avec les statuts du personnel et les principes généraux définis par la Direction des soins infirmiers.
- Etre responsable de l'évaluation, du suivi et de l'encadrement de ses collaborateurs en stimulant leur développement individuel et collectif.
- Participer à la sélection, à l'évaluation et à la promotion du personnel.

Information / communication

- Concevoir des moyens de transmissions adaptés à son service en facilitant la circulation et la compréhension des informations.
- Créer un climat favorisant le dialogue, la collaboration et la motivation de l'équipe soignante.
- Assurer la collaboration avec le corps médical, paramédical et l'ensemble des secteurs de son service dans un esprit de partenariat.
- Concevoir les moyens d'informations adaptés à son service pour le patient et ses proches.
- Assurer la continuité des soins en collaborant avec le réseau extra-hospitalier.

Formation

- Appliquer les politiques de formation du département et de la Direction des soins infirmiers.
- Analyser les besoins en formation de son équipe au niveau individuel et collectif et mettre en œuvre les plans de formation qui en découlent.
- Etre responsable des moyens mis en place pour que les étudiants en soins infirmiers puissent atteindre leur objectif de formation.
- Assurer l'intégration et l'encadrement du nouveau personnel.

Gestion du matériel

- Gérer et contrôler les stocks et les commandes de matériel, de médicaments et de stupéfiants.
- Contrôler le niveau de consommation du matériel.

Analyser et évaluer avec son équipe les besoins en matériel et en équipement pour son unité, puis les transmettre à l'infirmier (ière)-coordinateur (trice) pour l'établissement du budget.

- Tenir à jour les inventaires du matériel et des équipements de son unité.
- Suivre les évolutions techniques en matière d'équipement et de matériel et analyser les nouveaux besoins qui en découlent.

V. DELEGATION

4.0 Décisions prises par le titulaire :

Autonomie dans le cadre des responsabilités définies ci-dessus.

5.1 Délégation de pouvoirs reçue :

Mandats et/ou activités délégués par l'infirmier (ière)-coordinateur (trice).

5.2 Signature (selon plan de signatures en vigueur)

Documents à viser

Requêtes biens d'équipement

Requêtes biens de consommation

Documents administratifs concernant le personnel subordonné

Plannings horaires et mensuels

Documents à signer

Appréciation du personnel

Nomination du personnel

Documents administratifs concernant le personnel subordonné

Requêtes biens d'équipement et biens de consommation

Factures selon délégation

VI. SUPPLEANCE

6.0 Nom de la fonction suppléante en cas d'absence :

Un(e) autre infirmier (ière) responsable d'unité de soins ou un(e) infirmier (ière) diplômé(e) selon délégation précise des tâches.

6.1 Nom de la fonction à suppléer en cas d'absence :

Un(e) autre infirmier (ière) responsable d'unité de soins

Infirmier (ière) assistant(e) de gestion (par délégation de tâches)

LA HIERARCHIE, EN ACCORD AVEC LA DIRECTION GENERALE, SE RESERVE LE DROIT DE MODIFIER EN TOUT TEMPS LE PRESENT CAHIER DES CHARGES