

[Page de garde]



Résilience d'équipe : étude des manifestations, facteurs facilitateurs et inhibants au sein des équipes interprofessionnelles en oncologie

Par
Mourad Sadki

**Sciences de la gestion
(Spécialisation Gestion des Ressources Humaines)**

*Mémoire présenté en vue de l'obtention
du grade de maîtrise ès sciences en gestion
(M. Sc.)*

Juin 2025
© Mourad Sadki, 2025

Résumé

L'objectif de ce mémoire est d'explorer les manifestations de la résilience au sein des équipes interprofessionnelles en oncologie, ainsi que les facteurs qui la facilitent ou l'inhibent, en mobilisant un cadre conceptuel proposé par Hartwig et al. (2020). Douze entrevues semi-dirigées et des périodes d'observation ont été réalisées dans deux services de oncologie montréalais du CIUSSS de l'Ouest de l'Île de Montréal.

Les résultats ont permis de dégager trois axes principaux. D'une part, la résilience se manifeste à travers des comportements de réajustement des rôles, ainsi que des comportements de soutien social et d'entraide entre pairs. D'autre part, certains leviers viennent faciliter ce processus : l'expérience professionnelle cumulée, l'accompagnement des gestionnaires de proximité, la reconnaissance et un climat de travail coopératif. À l'inverse, les contraintes organisationnelles, le dysfonctionnement dans la coordination du travail, les tensions internes et les épisodes de violence constituent des freins majeurs à la résilience d'équipe.

En croisant ces résultats avec le cadre conceptuel, un modèle intégrateur est proposé. Il met en lumière les boucles de rétroaction entre ressources initiales, processus et résultats, tout en intégrant explicitement les facteurs inhibants la résilience au sein des équipes interprofessionnelles en oncologie.

Mots clés : résilience d'équipe, manifestations, équipes interprofessionnelles, oncologie, facteurs facilitateurs, facteurs inhibants

Méthodes de recherche : Recherche qualitative de type constructiviste-interprétative, utilisant des entrevues semi-dirigées ainsi que des observations non participantes.

Abstract

The aim of this master thesis is to explore the manifestations of resilience within interprofessional cancer teams, as well as the factors that facilitate or inhibit it, by mobilizing a conceptual framework proposed by Hartwig et al. (2020). Twelve semi-structured interviews and periods of observation were conducted in two cancer departments of the Montréal West Island CIUSSS.

The findings and analysis highlight three main themes. First, resilience is expressed through role readjustment behaviors, social support and peer support behaviors. Second, several enablers foster this process, such as accumulated professional experience, close managerial support, recognition, and a cooperative work climate. Conversely, organizational constraints, dysfunctional work coordination, internal tensions, and episodes of violence emerge as major barriers to team resilience.

By cross-referencing these results with the conceptual framework, an integrative model is proposed. It highlights feedback loops between initial resources, processes, and outcomes, while explicitly incorporating inhibitory factors of resilience manifestations within interprofessional oncology teams.

Keywords : team resilience, manifestations, interprofessional teams, oncology, facilitating factors, inhibiting factors

Research methods : Constructivist–interpretivist qualitative research employing semi-structured interviews and non-participant observations.

Table des matières

Résumé.....	i
Abstract	ii
Table des matières	iii
Liste des tableaux et des figures	vi
Liste des abréviations.....	vii
Remerciements	viii
Introduction	1
Chapitre 1 : Revue de littérature.....	5
1.1 La résilience en contexte organisationnel.....	5
1.1.1 Genèse du concept de résilience et évolutions disciplinaires	5
1.1.2 La résilience d'équipe comme concept distinct : définitions et spécificités ...	11
1.2 Le travail en équipe dans les soins de santé	15
1.2.1 Les caractéristiques des équipes interprofessionnelles en oncologie	15
1.2.2 Les spécificités du travail en oncologie	18
1.3 Les manifestations et les leviers de la résilience d'équipe en oncologie	20
1.3.1 Les manifestations collectives de la résilience en contexte oncologique	20
1.3.2 Les leviers de la résilience d'équipe en contexte oncologique	22
Chapitre 2 Cadre conceptuel	26
Chapitre 3 Méthodologie.....	31
3.1 Positionnement épistémologique et paradigmatique.....	31
3.2 Approche méthodologique.....	32
3.3 Le terrain de recherche	33
3.4 Les sujets de recherche.....	35

3.5 Méthode de collecte des données	37
3.5.1 L’entrevue semi-dirigée	37
3.5.2 L’observation non participante	38
3.6 Traitement et analyse des données	40
3.7 Limites méthodologiques	42
3.7.1 Limites des entrevues semi-dirigés	42
3.7.2 Limites de l’observation non-participante	43
3.7.3 Limites de la méthode d’analyse des données	44
3.8 Considérations éthiques	45
Chapitre 4 Analyse des données	46
4.1 Manifestations de la résilience d’équipe	46
4.1.1 Mobilisation collective dans l’action.....	47
4.1.2 Retombées positives sur la qualité des soins perçue	49
4.1.3 Soutien et solidarité entre professionnels	49
4.1.4 Régulation émotionnelle	51
4.1.5 Synthèse des manifestations observées	52
4.2 Leviers favorisant la résilience d’équipe	53
4.2.1 Ressources individuelles et collectives ancrées dans l’expérience	53
4.2.2 Soutien managérial et environnement de travail	56
4.2.3 Reconnaissance	58
4.2.4 Synthèse des leviers identifiés	60
4.3 Facteurs inhibant la résilience d’équipe	61
4.3.1 Contraintes structurelles et organisationnelles.....	61
4.3.2 Flous et dysfonctionnements dans la coordination du travail	64
4.3.3 Fragilisation du lien professionnel	66

4.3.4 Climat émotionnel et exposition à la violence	67
4.3.5 Synthèse des facteurs inhibants la résilience d'équipe	69
Chapitre 5 Discussion des résultats	71
5.1 Mise en perspective des résultats avec le cadre conceptuel	71
5.1.1 Inputs : ressources initiales favorisant la résilience	71
5.1.2 Mediators : manifestations de la résilience d'équipe en action	73
5.1.3 Outputs : conséquences de la résilience d'équipe	74
5.1.4 Feedback input : comportements de type mending	75
5.2 Écarts empiriques par rapport au modèle conceptuel.....	76
5.3 Proposition d'un modèle intégrateur des résultats et de l'analyse	78
Conclusion.....	80
6.1 Principaux résultats de l'étude	80
6.2 Contributions théoriques et pratiques.....	81
6.3 Limites de la recherche.....	82
6.4 Pistes pour des recherches futures.....	83
Bibliographie	ix
Annexes.....	xix
Annexe 1 : Approbation éthique du projet	xix
Annexe 2 : Renouvellement de l'approbation éthique du projet	xxi
Annexe 3 : Formulaire de consentement – Entrevues.....	xxiii
Annexe 4 : Formulaire de consentement – Observations.....	xxvii
Annexe 5 : Guide d'entrevue.....	xxx

Liste des tableaux et des figures

Tableaux

Tableau 1 : Synthèse comparative entre résilience individuelle, organisationnelle et d'équipe, selon Raetze et al., 2021 (p. 10)

Tableau 2 : Synthèse des définitions et éléments clés de la résilience d'équipe dans les études choisies (p. 13)

Tableau 3 : Grille conceptuelle des composantes de la résilience d'équipe selon le modèle de Hartwig et al. (2020) (p. 30)

Tableau 4 : Récapitulatif des unités observées dans les deux centres hospitaliers (p. 34)

Tableau 5 : Répartition des participants selon leur catégorie professionnelle et leur unité d'appartenance (p. 36)

Tableau 6 : Étapes de l'analyse thématique réflexive selon Braun et Clarke (2006) (p. 41)

Figures

Figure 1 : Synthèse des travaux empiriques sur la résilience individuelle au travail : antécédents, effets et rôle médiateur, par Hartmann et al., 2020 (p. 8)

Figure 2 : Synthèse des facteurs contextuels, des mécanismes et des résultats sur la résilience d'équipe, selon Tremblay et al. (2022) (p. 24)

Figure 3 : Un modèle multiniveau de la résilience d'équipe au travail dans Hartwig et al. (2020) (p. 29)

Figure 4 : Synthèse des manifestations observées de la résilience d'équipe (p. 53)

Figure 5 : Synthèse des leviers favorisant la résilience d'équipe (p. 61)

Figure 6 : Synthèse des facteurs inhibant la résilience d'équipe (p. 70)

Figure 7 : Proposition d'un modèle intégrateur portant sur les manifestations de la résilience d'équipe en cancérologie (p. 79)

Liste des abréviations

BRIOT : *Building Resilience in Oncology Teams*

CER : Comité d'éthique de la recherche

CIUSSS : Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux

COR : *Conservation of resources theory*

CRSH : Conseil de recherches en sciences humaines

FRQSC : Fond de recherche du Québec

IMOI : *Input–Mediator–Output–Input*

IPO : Infirmier·ère·s pivots en oncologie

Remerciements

Avant tout, je tiens à remercier Denis Chênevert, mon directeur de mémoire, pour sa supervision et pour m'avoir permis d'accéder à un terrain aussi précieux. J'adresse aussi un grand merci à toute l'équipe du Pôle Santé HEC Montréal avec qui j'ai eu la chance de collaborer ces derniers mois.

Je souhaite adresser un remerciement tout particulier à Anaïs Galy pour son aide précieuse et son expertise. Merci pour ta bienveillance et tes encouragements qui m'ont porté jusqu'au bout de ce mémoire.

Enfin, un merci du fond du cœur à mes parents. Ils ont été là à chaque étape. Leur soutien et leur présence constante m'ont donné la force d'avancer.

Ce mémoire leur est dédié.

Mourad S.

Introduction

Au Québec, le nombre de nouveaux diagnostics de cancer suit une trajectoire ascendante qui, d'année en année, inquiète davantage. En 2024, les estimations faisaient état d'environ 184 personnes recevant chaque jour un tel diagnostic (Fondation québécoise du cancer, 2024). Une donnée qui, au-delà de son poids statistique, vient alourdir le quotidien des professionnels de la santé qui accompagnent ces patients. En cancérologie, plusieurs recherches ont déjà mis en évidence un stress important vécu par les soignants (Bilodeau et al., 2015; Machavoine, 2015), souvent en lien direct avec la charge émotionnelle du travail. Il faut dire que dans ce milieu, la souffrance, les annonces difficiles et la fin de vie sont des réalités auxquelles les équipes sont confrontées régulièrement. Pour plusieurs, cette exposition constante rend l'expérience professionnelle émotionnellement exigeante, parfois même usante sur le plan psychologique (Attieh et al., 2024). Au-delà des compétences techniques, c'est l'humain en chacun qui est sollicité, souvent sans répit.

Les équipes en cancérologie, souvent pluridisciplinaires, sont composées d'oncologues, d'infirmières, de psychologues, de travailleurs administratifs, de travailleurs sociaux et d'autres spécialistes. Toutefois cette diversité des fonctions ne suffit pas. Il faut, au quotidien, parvenir à articuler les rôles. Cela implique de travailler ensemble, parfois dans l'urgence, pour assurer une trajectoire de soins de qualité, mais aussi pour soutenir les patients et leurs proches, surtout dans les moments les plus critiques où la détresse est palpable (Martin-Krumm et al., 2023). Ce fonctionnement collectif, loin d'être spontané, demande une certaine coordination ainsi qu'une forme de solidarité. Sans cela, difficile de faire face à ce que le terrain impose.

Malgré l'importance de ces enjeux, la littérature scientifique reste encore assez discrète sur la façon dont la résilience se manifeste et se construit dans les équipes soignantes en cancérologie (Slater et al., 2018). La résilience individuelle, elle, a été traitée, mais quant aux dynamiques collectives, elles demeurent en partie à explorer. Pourtant, dans d'autres milieux confrontés à des conditions extrêmes, comme le secteur militaire, la résilience collective est reconnue comme un facteur clé. Elle contribue à maintenir la performance et le bien-être sur le long terme (Martin-Krumm et al., 2023). Certains signes, comme les

taux d'absentéisme élevés relevés dans plusieurs unités en oncologie (Machavoine, 2015), laissent penser qu'il y a urgence à mieux comprendre ce qui se joue dans ces équipes. Parce que la pression ne se voit pas toujours dans les chiffres : elle s'incarne dans des corps fatigués, des esprits sous tension et un certain découragement, parfois, face à ce qui revient jour après jour.

Dans un contexte aussi exigeant, la question de la résilience ne peut être évitée. En effet, si les équipes réussissent malgré tout à continuer leur travail et à assurer la continuité des soins, c'est bien qu'elles s'appuient sur certaines ressources. Ces ressources, visibles ou non, leur permettent de tenir face aux exigences du quotidien. Mais comment y parviennent-elles ? Et dans quelles conditions ? Comprendre cela devient essentiel. La oncologie, par sa nature, expose régulièrement les professionnels à des situations complexes, parfois très dures. Ce sont autant d'expériences qui, avec le temps, peuvent peser lourd émotionnellement (Bossard et al., 2024; DeBoer et al., 2021; Tremblay et al., 2023). Les risques d'épuisement professionnel, eux, sont bien documentés. D'autres recherches ont aussi montré que ce type de contexte peut affecter la dynamique d'équipe : des tensions peuvent émerger, et dans certains cas, un désengagement progressif, surtout lorsque les événements difficiles se répètent (Arnaudeau et al., 2024; Bilodeau et al., 2015).

C'est dans cette optique que la résilience prend tout son sens. Qu'elle soit considérée sous son angle individuel ou collectif, elle représente un levier important. Elle aide à préserver la santé psychologique des soignants, tout en soutenant l'efficacité du travail en équipe. Face au stress, elle agit comme un facteur de protection et contribue à maintenir un équilibre dans un environnement marqué par la pression (Akgün & Keskin, 2014; Barasa et al., 2018). De ce fait, il est important de mieux comprendre ce qui permet à cette résilience de se développer, notamment dans un contexte d'équipe. L'enjeu se situe dans leur capacité à faire face aux défis émotionnels et professionnels, sans pour autant compromettre la qualité des soins offerts aux patients (Barasa et al., 2018).

Ce mémoire s'inscrit dans un projet de recherche plus large, actuellement mené au sein du Pôle Santé HEC Montréal. Il est dirigé par le professeur Denis Chênevert, et porté par

Anaïs Galy, candidate au doctorat, en partenariat avec plusieurs établissements du réseau de la santé du Québec. Le projet bénéficie d'un financement du Conseil de recherches en sciences humaines (CRSH) et du programme d'actions concertées du FRQSC. Son objectif principal est d'évaluer l'impact d'un modèle d'intervention intégrateur sur la résilience et le bien-être des équipes interprofessionnelles en oncologie. Pour ce faire, il s'appuie sur une démarche de recherche-action. Plusieurs leviers sont mobilisés — par exemple la pleine conscience, la régulation du stress, l'intelligence émotionnelle ou encore la mise en place d'espaces de discussion — pour accompagner les soignants dans un environnement reconnu comme exigeant, tant sur le plan émotionnel qu'organisationnel. Le présent mémoire s'insère dans cette initiative, car il cherche à approfondir la compréhension des dynamiques liées aux manifestations de la résilience dans ces équipes. En effet, la façon dont elles construisent ou renforcent cette capacité peut avoir des effets concrets sur leur fonctionnement, leur cohésion en situation difficile, et la qualité des soins qu'elles assurent au quotidien.

La question qui guide ce mémoire est la suivante : **comment la résilience d'équipe se manifeste-t-elle, et quels sont les facteurs qui la facilitent ou l'inhibent, au sein des équipes interprofessionnelles en oncologie ?**

Pour y répondre, une méthode qualitative a été retenue : elle permet de recueillir des données à partir des récits d'expérience des professionnels et d'observations sur le terrain. L'objectif est d'explorer comment ces équipes, composées de plusieurs corps de métier, font face aux défis propres à leur environnement. Et dans quelle mesure certaines stratégies soutiennent — ou non — leur capacité à faire preuve de résilience dans le temps.

Ce mémoire se structure en six chapitres. Le premier est consacré à la revue de littérature. Il présente le concept de résilience, ses différents niveaux d'analyse (individuel, collectif, organisationnel), et les dynamiques observées dans les équipes de soins. Une attention particulière est portée au contexte de la oncologie.

Le chapitre 2 présente le cadre conceptuel mobilisé pour guider l'analyse. Celui-ci s'appuie sur le modèle de Hartwig et al. (2020), qui propose une lecture intégrative et

multiniveaux de la résilience d'équipe, en identifiant les ressources, processus, états et résultats qui façonnent la capacité d'un collectif à faire face à l'adversité.

Le chapitre 3 présente la méthodologie. L'étude repose sur une démarche qualitative combinant des entrevues individuelles semi-dirigées et des observations non participantes, menées auprès de plusieurs membres d'équipes en oncologie.

Le chapitre 4 est consacré à l'analyse des données issues du terrain. L'approche retenue est celle de l'analyse de contenu thématique (Braun et Clark, 2006). Elle vise à identifier et décrire les manifestations concrètes de la résilience collective ainsi que les leviers la favorisant, et les facteurs pouvant l'inhiber.

Le chapitre 5 discute des résultats. Il les met en perspective avec les modèles théoriques mobilisés et avec les travaux déjà existants.

Enfin, la conclusion revient sur les principaux apports du mémoire. Elle en souligne les limites, propose quelques pistes d'action pour les milieux de soins, et ouvre des perspectives pour de futures recherches.

Chapitre 1 :

Revue de littérature

L'objectif de ce premier chapitre est de synthétiser les connaissances actuelles sur les concepts principaux examinés dans ce mémoire. Plus précisément, nous mettrons l'accent sur la résilience, en retraçant d'abord les grandes lignes de son évolution théorique, depuis ses premières conceptualisations centrées sur l'individu jusqu'aux approches plus récentes qui insistent sur ses manifestations collectives. Cela permettra de mieux situer la résilience d'équipe comme objet de recherche à part entière, avec ses caractéristiques propres et d'expliquer les mécanismes qui la sous-tendent. Le chapitre se poursuit avec une exploration des dynamiques propres aux équipes interprofessionnelles en cancérologie, un milieu marqué par des contraintes fortes, mais aussi par une capacité singulière à maintenir la coopération malgré l'adversité. Enfin, nous porterons notre attention sur les manifestations concrètes de la résilience dans ces équipes.

1.1 La résilience en contexte organisationnel

1.1.1 Genèse du concept de résilience et évolutions disciplinaires

Le mot *résilience* vient du latin *resilire*. Il signifie "reculer", "se replier", ou "sauter en arrière". Une racine simple, qui renvoie à un mouvement de retrait ou de rebond après un choc. C'est cette idée de rebond qui traverse l'histoire du mot (Ionescu, 2016). Le terme est apparu en premier lieu dans le domaine de la physique des matériaux. Ici, la résilience désigne une propriété mécanique. En effet, il s'agit de la capacité d'un matériau à encaisser un choc sans se briser, et surtout à reprendre sa forme initiale après la déformation : une forme de résistance est mesurée, aussi qu'une certaine élasticité. La matière peut plier, céder un instant, mais elle revient. Cette idée, dans un contexte physique, reste technique, mais elle va poser les bases d'un glissement vers d'autres disciplines (Ionescu, 2016).

C'est dans le champ des sciences humaines que le mot va commencer à prendre un tout autre sens. Et ce déplacement se fait d'abord en psychologie du développement. Dans les années 1980, des chercheurs observent que certains enfants suivis depuis la naissance dans des cohortes à haut risque, comme celle de l'île de Kauai dans l'archipel d'Hawaï, ne présentent pas les troubles attendus malgré des conditions de vie très difficiles. Ils vivent dans la pauvreté et grandissent au sein de familles instables. Parmi eux, des enfants sont confrontés à des situations d'abandon, de violence, ou d'insécurité constante. Et pourtant, certains s'en sortent, non sans difficulté, mais sans s'effondrer pour autant. Werner (1996) est parmi les premiers à documenter cette réalité : il parle d'enfants vulnérables, mais « invincibles », en soulignant que ce n'est pas tant les conditions qui changent, mais la manière d'y faire face (Werner, 1996). Dans le même courant, Rutter (1987) va plus loin : il introduit l'idée de « mécanismes de protection », c'est-à-dire des éléments souvent psychosociaux qui permettent à certains enfants de mieux résister que d'autres. Il ne s'agit pas d'un simple trait de caractère, mais d'un ensemble de facteurs qui permettent ensemble une forme de stabilité dans l'adversité. Avec ces travaux, le mot résilience change de registre, ne désignant plus un objet qui reprend sa forme, mais commençant à désigner une personne (Rutter, 1987). Ce qui est observé, ce n'est plus une élasticité mécanique, mais une capacité à rester debout (Masten et al., 1990).

Cependant, il apparaît rapidement qu'aucune définition unique de la résilience ne fait consensus. C'est un concept qui se retrouve un peu partout dans la littérature, mais selon les disciplines, il ne veut pas tout à fait dire la même chose. D'après les travaux de Galy et al. (2023), la résilience peut aussi être décrite comme un processus. L'un des textes de référence à ce sujet est celui de Luthar et al. (2000), dans lequel les auteurs soulignent que la résilience ne peut être considérée comme un trait stable. Autrement dit, nous ne pouvons pas dire qu'un individu est résilient en soi, une fois pour toutes : il peut l'être dans une situation, puis ne plus l'être dans une autre. Tout dépend des circonstances, des ressources disponibles, et de la nature du stress auquel il est confronté (Anaut, 2005; Galy et al., 2023; Luthar et al., 2000; Morenon et al., 2017; Richardson, 2002). La résilience, dans cette perspective, devient un processus dynamique, qui peut s'inscrire dans une interaction constante entre une personne et son environnement (Hartmann et al., 2020).

Morenon et al. (2017) insistent justement sur cette idée que la résilience repose autant sur l'individu que sur ce qu'il a autour de lui.

Bien qu'il soit difficile de parvenir à une définition consensuelle, l'analyse des écrits consacrés à la résilience individuelle fait néanmoins ressortir certains éléments récurrents. La résilience individuelle pourrait donc être définie comme un processus dynamique qui implique une adaptation positive face à des événements traumatiques ou à des situations déstabilisantes (Anaut, 2005; Luthar et al., 2000; Morenon et al., 2017; Richardson, 2002). Ces auteurs identifient certaines caractéristiques qui apparaissent agir comme un facteur de protection lorsque l'individu fait face à l'adversité. La résilience individuelle est donc influencée par des caractéristiques individuelles telles que les habilités de résolution de problèmes, l'autonomie et les compétences sociales.

Ce processus de résilience, d'abord étudié dans des contextes de vie personnelle ou de développement, a progressivement été transposé au monde du travail. En effet, face à l'intensification des exigences professionnelles et à la complexité croissante des environnements organisationnels, la résilience au travail est devenue un objet de recherche à part entière. Fletcher et Sarkar (2013) la définissent comme la capacité des employés à gérer positivement et à surmonter les événements négatifs rencontrés dans leur vie professionnelle. Autrement dit, il s'agit de cette faculté à faire face aux pressions, aux échecs, aux conflits ou encore aux imprévus du quotidien professionnel, tout en maintenant un certain niveau d'engagement, de performance ou de bien-être (Fletcher & Sarkar, 2013). Afin d'offrir une vue d'ensemble plus structurée, Hartmann et al. (2020) proposent une synthèse visuelle des travaux empiriques existants sur la résilience individuelle au travail. La figure 1 présente ainsi les principaux antécédents et effets de la résilience individuelle, tout en soulignant son rôle de médiateur dans différentes dynamiques organisationnelles.

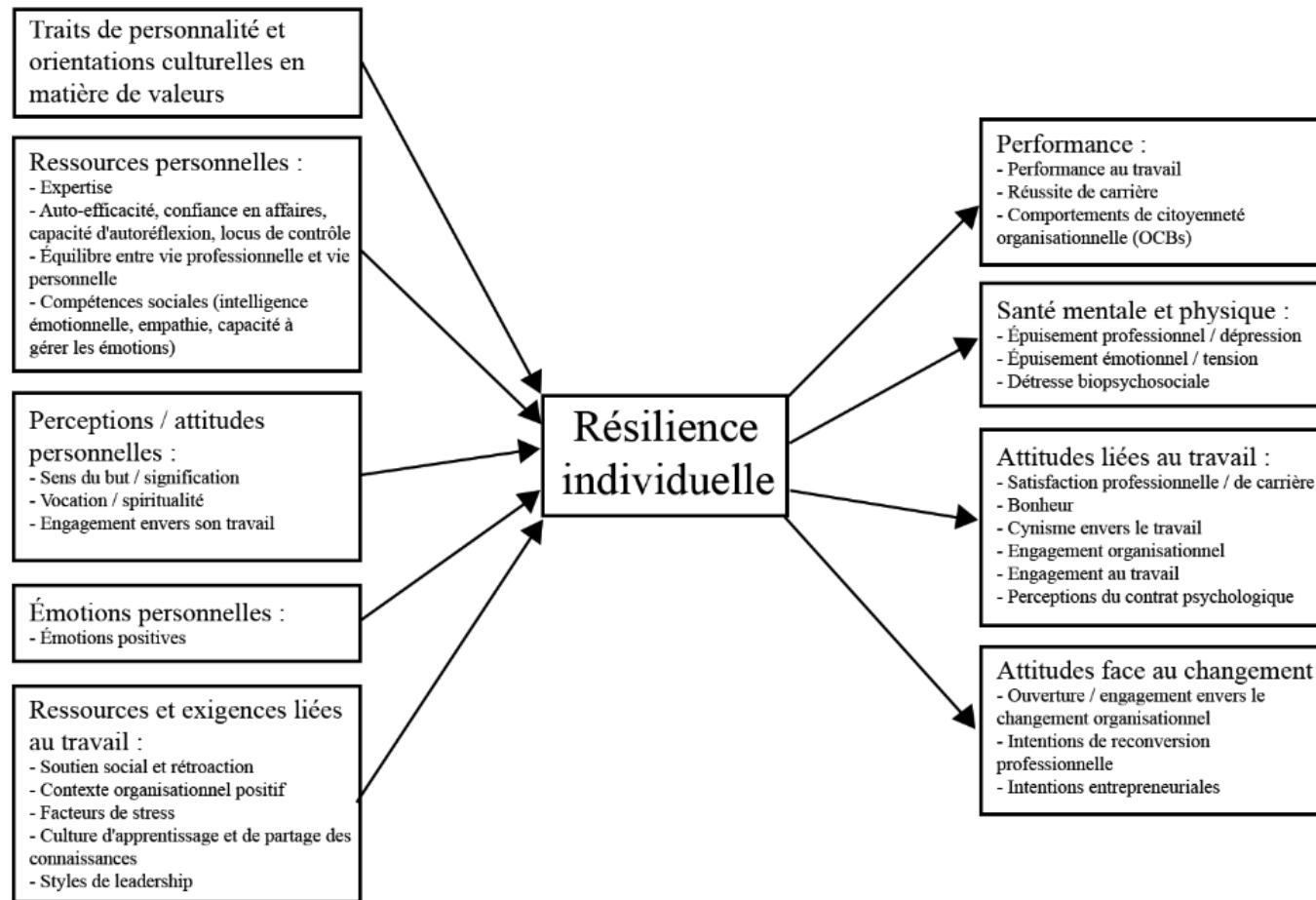


Figure 1 : Synthèse des travaux empiriques sur la résilience individuelle au travail : antécédents, effets et rôle médiateur, par Hartmann et al., 2020

Au fil des recherches, la notion de résilience a commencé à dépasser le cadre individuel. Elle a été reprise dans d'autres domaines, notamment en lien avec les organisations. Certaines recherches comme celles de Lengnick-Hall et al. (2004) ou Sutcliffe et Vogus (2003) ont commencé à parler de résilience organisationnelle. L'objectif était d'observer comment une structure peut réagir face à un événement perturbateur (Lengnick-Hall et al., 2011; Sutcliffe & Vogus, 2003). Ce concept s'est surtout développé dans les recherches sur la gestion des crises. Il est souvent mobilisé dans des contextes sensibles, par exemple dans des organisations qui ne peuvent pas se permettre de s'effondrer (e.g., services d'urgence, secteurs industriels à haut risque). Selon Bégin et al. (2010), Akgun et al. (2014) ou encore Barton et Sutcliffe (2023), la résilience organisationnelle peut être définie comme la capacité d'une organisation à encaisser un choc et à s'adapter rapidement pour continuer à fonctionner. Ici, il n'est pas uniquement sujet d'endurance, mais aussi de réponse active et parfois même de transformation (Akgün & Keskin, 2014; Barton & Sutcliffe, 2023). Bégin et Chabaud (2010) distinguent deux façons de concevoir cette résilience organisationnelle : dans un premier temps, une approche dite défensive qui vise à protéger ce qui existe tout en évitant l'effondrement, et dans un second temps, une approche proactive qui suppose que l'organisation anticipe, s'ajuste ou utilise la crise comme point de bascule. Cette distinction aide à penser la résilience comme un mouvement à plusieurs vitesses (Bégin & Chabaud, 2010; Williams et al., 2017). Raetze et al. (2021) reprennent cette idée et la précisent à travers trois dimensions. La première, c'est l'absorption : la capacité à prendre le choc sans désorganiser totalement le fonctionnement. La deuxième, le renouvellement, implique une évolution, des adaptations concrètes. La troisième, plus difficile à observer, est appelée appropriation, et elle désigne le fait que l'organisation va intégrer la crise à son histoire, et parfois même la transformer en opportunité ou en levier stratégique.

Avec le temps, cette perspective organisationnelle a aussi fait émerger une réflexion spécifique sur les équipes. Il ne s'agit plus ici de penser la résilience à l'échelle globale, mais de comprendre ce qui se passe dans des unités de travail plus restreintes, là où les interactions quotidiennes comptent (Raetze et al., 2021). Des auteurs comme Galy et al. (2023), Stoverink et al. (2020) ou Tremblay et al. (2022) expliquent que la résilience d'équipe ne se résume pas à la somme des résiliences individuelles. Elle émerge à travers

les échanges, les ajustements entre collègues, ainsi que la manière dont les membres réagissent ensemble au fil des événements. Ici la résilience d'équipe est observée comme une ressource collective émergente qui permet à un groupe de s'ajuster positivement lorsqu'ils sont confrontés à l'adversité (Galy et al., 2023; Stoverink et al., 2020; Tremblay et al., 2022). Ce caractère émergent justifie de traiter la résilience d'équipe comme un concept à part entière.

Toutes ces perspectives s'inscrivent dans une conceptualisation multiniveau de la résilience, où elle se manifeste au niveau individuel, organisationnel et collectif. Il devient donc pertinent de les mettre en regard les unes des autres. Plusieurs travaux proposent ce type de mise en perspective, et parmi eux, celui de Raetze et al. (2021) offre un cadre particulièrement clair pour distinguer ces trois niveaux d'analyse. Leur comparaison permet de mieux saisir ce qui les relie, mais surtout ce qui les différencie en profondeur. Le tableau 1 ci-dessous en propose une synthèse visuelle.

Niveau d'analyse	Définition	Caractéristiques clés	Nature
Résilience individuelle	Capacité à maintenir un fonctionnement normal et à se rétablir rapidement après une adversité.	<ul style="list-style-type: none"> - Mobilisation de ressources personnelles - Peut être vue comme un trait, une capacité, un processus ou un état - Peut évoluer dans le temps 	Trait relativement stable, mais modifiable par le contexte
Résilience organisationnelle	Capacité d'une organisation à résister, s'adapter, se transformer ou rebondir face à une crise ou à une perturbation.	<ul style="list-style-type: none"> - S'appuie sur les ressources structurelles, humaines, relationnelles - Peut être vue comme une capacité, un processus ou un état - Peut inclure l'anticipation 	Processus ou résultat organisationnel
Résilience d'équipe	Capacité ou ressource collective émergente par les interactions entre membres, permettant de faire face à l'adversité et de rebondir.	<ul style="list-style-type: none"> - Croyance partagée ou capacité collective - Émergence dynamique - Appui sur les émotions, la coordination, la sécurité psychologique 	État émergent ou processus collectif

Tableau 1 : Synthèse comparative entre résilience individuelle, organisationnelle et d'équipe, selon Raetze et al., 2021

Après avoir situé la résilience à travers différents niveaux d'analyse, il est désormais important de se concentrer principalement sur ce qui fait la particularité de la résilience à l'échelle des équipes, puisque c'est cette forme spécifique de résilience qui constitue l'objet de cette présente recherche.

1.1.2 La résilience d'équipe comme concept distinct : définitions et spécificités

Comme mentionné dans la sous-section précédente, une attention croissante s'est portée ces dernières années sur un niveau plus fin, plus proche du terrain : celui des équipes. Plusieurs auteurs insistent aujourd'hui sur la nécessité de penser la résilience d'équipe comme un phénomène qui se construit dans l'entre-deux : entre les membres, dans la dynamique du groupe, dans les formes de soutien, de coordination et d'adaptation qu'ils développent ensemble (Stoverink et al., 2020; Tremblay et al., 2022).

Dans la littérature, plusieurs définitions coexistent, qui ne s'opposent pas forcément, mais qui n'insistent pas sur les mêmes choses. La résilience d'équipe ne peut pas être réduite à une qualité intrinsèque car elle semble plutôt se construire au fil des événements, dans une dynamique mouvante, en fonction des contextes et des situations vécues. Certaines études insistent sur cet aspect, en montrant que ce processus est avant tout collectif, enraciné dans les interactions et les ressources que les membres d'une équipe mobilisent ensemble. C'est notamment ce que souligne Morgan et al. (2013) et Ambrose et al. (2022), qui décrivent un mécanisme psychosocial : les individus, en s'appuyant les uns sur les autres, créent une sorte de filet protecteur contre les effets du stress. Ce n'est donc pas chacun pour soi, mais plutôt une forme d'adaptation partagée. De plus, ces études mettent en lumière le caractère contextuel de ce processus. Ils observent comment, dans des environnements particulièrement instables — comme en situation de crise sanitaire — certaines équipes parviennent à maintenir un fonctionnement opérationnel malgré tout. Il ne s'agit pas d'un état figé, mais d'un ajustement en continu, lié à la pression du moment. À travers leur lecture de la littérature, Mayet et al. (2024) rappellent d'ailleurs que la résilience prend des formes multiples, qu'elle soit envisagée comme une posture adoptée face à l'adversité, une disposition à s'adapter, ou encore une capacité à maintenir une stabilité minimale dans des contextes de grande incertitude. Ce flou peut-être l'indice

même de sa nature fondamentalement fluide (Ambrose et al., 2022; Mayet et al., 2024; Morgan et al., 2013).

Une autre manière d'aborder la résilience d'équipe consiste à s'intéresser à ce qu'il se passe après la perturbation, c'est-à-dire la façon dans laquelle une équipe sortira après avoir traversé une épreuve. Ce que certains travaux montrent, c'est que la résilience ne se joue pas uniquement dans l'instant, mais dans la durée. La résilience d'équipe apparaît donc comme un état émergent, qui ne se limite pas à une simple réaction immédiate. Elle est vue comme une trajectoire : l'équipe peut rester globalement stable, ou revenir peu à peu à son niveau de fonctionnement initial. Le rebond ne prend pas forcément la forme d'un sursaut. En effet, il peut être lent, progressif, parfois invisible au premier regard (Gucciardi et al., 2018; Stoverink et al., 2020). Stoverink et al. (2020) illustrent cette idée à travers des exemples concrets : une équipe qui perd un membre clé, mais réorganise les rôles pour continuer ; une autre qui, malgré des tensions internes, retrouve une coopération fonctionnelle. Dans tous ces cas, il y a cette capacité à encaisser le choc, mais surtout à reconstruire quelque chose. Et à l'inverse, ils montrent aussi ce que donne l'absence de résilience : des équipes fragiles qui s'effondrent à la moindre secousse (Stoverink et al., 2020). La lecture proposée par Mayet et al. (2024) complète cette vision en soulignant que, quelle que soit la forme qu'elle prend, la résilience se manifeste dans la manière dont une équipe tient bon, malgré l'adversité (Mayet et al., 2024).

Toutefois, la résilience ne se réduit pas toujours à une réaction face à un choc. Certaines équipes montrent qu'il est possible d'agir en amont, de s'adapter avant même que la situation ne devienne critique. King et al. (2024) insistent sur cette dimension souvent négligée : anticiper, ajuster en cours de route, puis tirer des leçons. Dans cette perspective, les équipes ne reviennent pas toujours à l'état antérieur : il arrive qu'elles s'améliorent, qu'elles renforcent leurs pratiques, qu'elles apprennent à mieux fonctionner ensemble. La résilience devient alors une forme d'intelligence collective, ancrée dans l'interdépendance et dans la capacité à évoluer après — et même pendant — l'adversité (King et al., 2024).

Face à cette diversité de définitions, il semble utile d'en proposer une mise en parallèle synthétique. Le tableau 2 suivant regroupe les principales définitions issues des travaux

mentionnés, en soulignant à chaque fois son niveau d'analyse et les éléments-clés qui en ressortent.

Auteurs	Définition	Éléments-clés
Mayet et al., 2024	Qualité, caractéristique ou stratégie pour faire face au stress.	Résilience en tant que qualité face au stress.
Gucciardi et al., 2018	État émergent, défini par la trajectoire du fonctionnement d'une équipe après l'adversité.	Retour à la normale.
Hartwig et al., 2020	Capacité, processus, comportement ou résultat au niveau de l'équipe, lié à une exposition à l'adversité.	Processus face à une menace, adversité significative.
Ambrose et al., 2022	Processus contextuel dynamique permettant aux équipes de soins de stabiliser et maintenir un fonctionnement normal en situation difficile.	Stabilisation, continuité, maintien.
Morgan et al., 2013	Processus psychosocial dynamique qui protège un groupe des effets négatifs du stress, par mobilisation des ressources individuelles et collectives.	Protection, ressources partagées.
King et al., 2023	Ensemble de processus incluant anticipation, adaptation et apprentissage, permettant de surmonter l'adversité et d'atteindre (ou dépasser) les performances antérieures.	Anticipation, interdépendance, performance post-adversité.
Stoverink et al., 2020	Capacité à rebondir après une perte de fonctionnement causée par l'adversité. Inclut des exemples concrets (perte d'un membre, conflits internes, abandon de projet).	Rebond, reconstruction, adaptation face à l'imprévu.

Tableau 2 : Synthèse des définitions et éléments clés de la résilience d'équipe dans les études choisies

Parmi ces définitions, certaines s'avèrent plus opératoires que d'autres lorsqu'il s'agit d'orienter une démarche empirique. C'est le cas, entre autres, de celle proposée par Hartwig et al. (2020). Ces auteurs insistent sur le fait que la résilience d'équipe se définit « comme la capacité d'une équipe à résister à des événements adverses ou à s'en remettre. Elle est conceptualisée comme un état émergent de l'équipe, issu de processus préparatoires, adaptatifs et réflexifs, et se manifeste par une trajectoire de persistance, de récupération ou de croissance du fonctionnement de l'équipe après l'exposition à l'adversité » (traduction libre, p. 186) (Hartwig et al., 2020).

C'est sur cette base que se construit l'approche adoptée dans ce mémoire. La résilience peut être déterminée comme une capacité qui prend forme quand l'équipe arrive à maintenir son fonctionnement, ou à le retrouver après un événement indésirable. Par ailleurs, ce processus ne s'explique pas par une seule cause : il dépend d'un ensemble de facteurs, souvent entremêlés, qu'on ne peut pas séparer sans en perdre le sens (Gucciardi et al., 2018; Hartmann et al., 2020). La perspective adoptée ici est dite multidéterministe. Elle considère que la résilience d'une équipe ne repose pas sur un seul levier. D'un côté, il y a ce que chaque membre apporte : son histoire, ses capacités à faire face, sa stabilité émotionnelle, et de l'autre, il y a la dynamique collective. La manière dont les liens se construisent, ainsi que la cohésion, la confiance, la capacité à communiquer clairement, à gérer les tensions quand elles surviennent. Il faut aussi tenir compte du soutien perçu, qu'il vienne des collègues, des gestionnaires, ou plus largement de l'organisation. De plus, il y a le contexte : des contraintes, des ressources disponibles et des imprévus. Aucun de ces éléments ne suffit à lui seul. Mais ensemble, ils façonnent une capacité d'adaptation qui peut faire la différence (Gucciardi et al., 2018; Hartmann et al., 2020). C'est ce cadre que nous utiliserons pour analyser les dynamiques observées dans les équipes interprofessionnelles en cancérologie.

Au-delà des définitions, plusieurs travaux se sont intéressés aux caractéristiques concrètes qui rendent possible, la résilience à l'échelle d'une équipe. Là encore, les approches diffèrent, mais certaines dimensions reviennent avec insistance. Une première série de travaux met l'accent sur les ressources internes, qu'elles soient psychologiques, structurelles ou existentielles. Turner et al. (2011) soulignent par exemple l'importance du capital psychologique – espoir, optimisme, sentiment d'efficacité personnelle – comme levier pour renforcer la capacité d'une équipe à faire face aux tensions (Turner et al., 2011). Dans une logique proche, Chênevert et al. (2022) insistent sur la nécessité pour les équipes de pouvoir compter sur un ensemble de ressources adéquates, à la fois structurelles et psychologiques. Il ne suffit pas d'en disposer en théorie : encore faut-il pouvoir y accéder, les mobiliser, les activer. C'est ce qui permettrait, selon eux, de favoriser des apprentissages et d'ajuster les réactions individuelles et collectives face à l'adversité (Chênevert et al., 2022). D'autres auteurs insistent davantage sur les dynamiques relationnelles et contextuelles qui façonnent la résilience d'équipe. Hartwig

et al. (2020) identifient plusieurs attributs clés : une forte orientation collective, des compétences sociales, une communication efficace, mais aussi une capacité d'adaptation face à l'adversité. Ce sont des équipes qui, malgré les pressions, parviennent à maintenir leur performance, leur moral, et une coopération solide. Ces capacités dépendent à la fois des ressources individuelles, des conditions de travail, et des comportements adoptés par les dirigeants, qui peuvent renforcer ou affaiblir cette dynamique collective. Enfin, Barton et Sutcliffe (2023) rappellent que la résilience ne peut pas être pensée comme un état permanent car elle est relationnelle, contextuelle, et passagère. « La résilience n'est pas quelque chose qu'une entité possède, mais plutôt quelque chose que les acteurs organisationnels font » (traduction libre, p. 570) (Barton & Sutcliffe, 2023). Autrement dit, elle se joue dans l'instant, dans les interactions, et dans la manière dont une équipe agit face à ce qui lui arrive.

1.2 Le travail en équipe dans les soins de santé

1.2.1 Les caractéristiques des équipes interprofessionnelles en cancérologie

Dans les soins en cancérologie, le travail en équipe repose souvent sur une organisation interprofessionnelle. Ces équipes rassemblent des acteurs venus de plusieurs disciplines (Chênevert et al., 2022). La composition varie, mais certaines fonctions reviennent fréquemment :

- Infirmières en chimiothérapie
- Infirmières navigatrices
- Nutritionnistes
- Ergothérapeutes
- Oncologues
- Pathologistes
- Pharmaciens
- Physiothérapeutes
- Psychologues
- Travailleurs sociaux.

Chaque professionnel intervient dans un moment précis de la trajectoire de soin du patient, mais l'objectif reste partagé : répondre aux besoins complexes des patients atteints de cancer (Chênevert et al., 2022). En effet, ces équipes ne se limitent pas à une intervention ponctuelle. Leur mission s'inscrit dans la prise en charge holistique du patient. Bilodeau et al. (2015) rappellent que ce suivi couvre plusieurs dimensions : le dépistage, les examens cliniques, les traitements, la réadaptation, mais aussi le soutien psychologique, social ou spirituel. Ces différentes étapes renvoient à un continuum de soins où chaque phase mobilise différents professionnels, ce qui implique une collaboration étroite. Il ne s'agit pas uniquement de travailler côte à côte, mais de parvenir à articuler les interventions pour former un ensemble cohérent (Bilodeau et al., 2015).

Au-delà de la composition des équipes, leur fonctionnement repose sur des logiques de coordination qui cherchent à organiser le travail autour du patient. Cela suppose un partage d'informations constant, une capacité à ajuster les rôles, et un effort collectif pour maintenir une cohérence dans les interventions. Ces éléments ne sont pas secondaires car ils structurent le quotidien du travail en équipe. La qualité des relations entre les membres joue un rôle central dans cette coordination. Dubois et al. (2020) parlent de coordination relationnelle, fondée sur une communication qui doit être à la fois précise, opportune et ancrée dans le contexte clinique. En effet, c'est cette communication qui permet l'ajustement en temps réel, mais aussi le développement d'une compréhension partagée de la situation. Le respect mutuel, la confiance et la fluidité des échanges ne sont pas seulement souhaitables : ils sont nécessaires au bon fonctionnement de l'équipe. Dans ces environnements, le degré d'interdépendance est élevé (Dubois et al., 2020). Attieh et al. (2024) rappellent que les soins en cancérologie exigent une articulation étroite entre les différents membres, en raison de la complexité des tâches et de la diversité des perspectives impliquées. Cette interdépendance n'est pas uniquement organisationnelle puisqu'elle engage aussi des dimensions cognitives et émotionnelles. Chaque professionnel dépend, pour bien effectuer son travail, de la disponibilité, de la clarté et de la réactivité des autres (Attieh et al., 2024). Plus largement, les théories du travail d'équipe insistent sur certains mécanismes comme la communication, la coordination, ou encore l'importance d'un environnement de travail sain. Selon Tremblay et al. (2022), ces éléments agissent comme des médiateurs essentiels. Ils influencent directement la

cohésion de l'équipe, sa stabilité, et sa capacité à maintenir un niveau de fonctionnement adapté malgré les tensions ou les contraintes (Tremblay et al., 2022).

Malgré l'intention de bâtir une collaboration fluide autour du patient, certaines limites apparaissent dans le fonctionnement quotidien des équipes. Ces limites sont connues, parfois prises en compte, mais persistent. L'une des premières tensions signalées concerne la fragmentation des soins. Malgré les politiques qui promeuvent une offre globale, les patients se retrouvent souvent face à un enchaînement de services disjoints, parfois inaccessibles. Cela freine le travail des équipes, et complique la cohérence du suivi (Bilodeau et al., 2015; Dahmani, 2021).

Les dysfonctionnements au sein des équipes interdisciplinaires en oncologie doivent toutefois être replacés dans un environnement plus large, marqué par une adversité chronique (Alliger et al., 2015). Cette dernière ne se limite pas à des événements ponctuels, mais s'ancre dans la nature même du travail, des relations et des conditions organisationnelles. Elle résulte d'une exposition prolongée à des exigences émotionnelles intenses, à des ressources insuffisantes ou à un soutien institutionnel inadéquat (Alliger et al., 2015; Easton, 2016; Lim et al., 2024). Le fait de nouer des liens profonds avec les patients, puis d'être confronté à leur dégradation ou à leur décès, peut générer un deuil non résolu, renforçant encore cette charge émotionnelle. L'adversité, dans ce contexte, prend la forme d'un stress soutenu, amplifié par une pression de performance, des exigences de coordination complexes, ainsi qu'un risque constant de surcharge psychologique (Fisher et al., 2019; Sutcliffe & Vogus, 2003).

Un autre obstacle réside dans les problèmes de communication. Dans les soins en oncologie, les interventions sont nombreuses, étalées dans le temps, et portées par plusieurs cliniciens. Bilodeau et al. (2015) notent que cela pose des défis en matière de coordination, et que des ruptures peuvent apparaître, notamment dans la transmission d'information. Ces dysfonctionnements deviennent plus visibles dans certains moments-clés (Bilodeau et al., 2015). Chênevert et al. (2022) attirent l'attention sur les périodes de transition. Le passage d'un type de soin à un autre, entre le traitement curatif et les soins palliatifs par exemple, rend les patients plus vulnérables. Si l'intégration entre les

membres de l'équipe est faible, cette vulnérabilité s'aggrave (Chênevert et al., 2022). À cela s'ajoutent les contraintes organisationnelles. Les ressources ne suffisent pas toujours à répondre à la demande croissante. Tremblay et al. (2022) et Bilodeau et al. (2015) soulignent que les équipes travaillent souvent avec peu de marge, ce qui fragilise les ajustements quotidiens, surtout lorsque plusieurs patients nécessitent une attention immédiate. Enfin, des tensions internes peuvent apparaître, plus silencieuses mais tout aussi importantes. Les différences de statut, les conflits de rôle, les asymétries de pouvoir ne disparaissent pas par le simple fait de travailler ensemble. Certains professionnels prennent plus de place, d'autres moins. Il est donc important de noter que les priorités ne sont pas toujours alignées, et que ces écarts peuvent freiner la coopération, même lorsque l'intention est là (Bilodeau et al., 2015; Tremblay et al., 2022).

Ces éléments, pris ensemble, montrent que le travail en équipe interprofessionnelle ne repose pas uniquement sur des principes de collaboration. Il se construit aussi dans des contextes de contraintes, d'ajustements, parfois de tensions. C'est un fonctionnement qui oscille entre idéal et réalité. Et c'est précisément dans cette réalité que s'inscrit l'analyse à venir.

1.2.2 Les spécificités du travail en oncologie

Le travail en oncologie présente des particularités qui le distinguent d'autres secteurs cliniques. Ce sont des environnements chargés, à plusieurs niveaux : cognitifs, émotionnels, organisationnels. Les équipes y sont confrontées à des situations qui exigent une mobilisation constante, parfois au-delà de ce qui est soutenable sur le long terme. Tremblay et al. (2022) et Attieh et al. (2024) évoquent des exigences émotionnelles élevées. Il s'agit de gérer des traitements lourds, parfois des décisions complexes sur le plan éthique, avec en arrière-plan la possibilité du décès du patient. Ce type de contexte expose les soignants à une détresse morale, et, à terme, à un épuisement professionnel (Attieh et al., 2024; Tremblay et al., 2022). En effet, ce ne sont pas des cas isolés puisque c'est une réalité structurante du travail en oncologie (Attieh et al., 2024). À cela s'ajoute la complexité croissante des soins. Les équipes doivent composer avec une multiplication des protocoles, une évolution rapide des connaissances médicales, et des dispositifs techniques toujours plus spécialisés. Tremblay et al. (2022) et Chênevert et al.

(2022) insistent sur cette surcharge cognitive. Elle nécessite un travail d'adaptation constant, parfois difficile à suivre dans un contexte déjà tendu (Chênevert et al., 2022; Tremblay et al., 2022). Dans certaines unités spécifiques, la pression s'intensifie encore. Slater et Edwards (2018) notent que la charge de travail ne laisse que peu de place à une approche globale du soin. Les exigences de priorisation et d'ajustement constant dans les pratiques cliniques conduisent parfois à reléguer le soin relationnel au second plan, non par négligence, mais en raison de contraintes temporelles et de ressources limitées (Slater & Edwards, 2018).

À ces contraintes propres aux soins en oncologie s'ajoutent des facteurs plus structurels, liés aux conditions dans lesquelles les équipes doivent exercer. Ces éléments ne relèvent pas directement des dynamiques interpersonnelles ou cliniques. Ils touchent à l'organisation même du travail, à la disponibilité des ressources, mais aussi à la capacité du système à soutenir les équipes dans la durée. En effet, le manque de personnel, notamment, constitue un facteur de stress largement documenté. Gillman et al. (2015) ainsi que Tremblay et al. (2022) montrent que la combinaison entre une demande accrue et une pénurie de ressources humaines génère un climat de tension. Cela se traduit souvent par une rotation élevée du personnel, un absentéisme important, et surtout une pression constante sur les équipes en place. Ce n'est pas seulement une question de charge, mais aussi de stabilité : les équipes doivent composer avec des effectifs fluctuants, ce qui complique l'ajustement collectif (Gillman et al., 2015; Tremblay et al., 2022). Murali et al. (2018) font le lien entre ce manque de personnel et l'augmentation du burnout. La charge de travail devient excessive. Dans les établissements de oncologie, cette surcharge est d'autant plus marquée que les soins nécessitent un suivi étroit, souvent prolongé. Le rythme devient difficile à soutenir et les marges de récupération sont souvent limitées. L'impact psychologique de cette situation est également relevé (Banerjee et al., 2021; Murali et al., 2018). Slater et al. (2018) notent que l'épuisement professionnel, combiné à une détresse psychologique persistante, peut mener à un désengagement progressif. L'absentéisme, dans ce contexte, n'est pas toujours un choix. Il peut aussi être le signe d'une rupture silencieuse avec l'environnement de travail (Slater et al., 2018).

Ces difficultés sont amplifiées par les problèmes de communication et de coordination, en particulier dans les situations où plusieurs établissements ou services doivent collaborer. À cet égard, le travail en silos, fréquemment observé dans le secteur de la cancérologie, constitue un obstacle supplémentaire. Il renvoie à une organisation fragmentée dans laquelle les équipes cliniques engagées dans la trajectoire de soins peinent à partager l'information ou à harmoniser leurs interventions. Verhoeven et al. (2021) décrivent comment cette dynamique cloisonnée peut engendrer des retards, des malentendus chez les patients et une vision morcelée des soins. Un exemple parlant de leur étude montre que l'absence d'alignement entre les équipes de soins primaires et la clinique multidisciplinaire a conduit à une confusion sur les options thérapeutiques (Verhoeven et al., 2021). Ce cloisonnement affecte également la circulation des informations cruciales dans les moments sensibles. Sisk et al. (2020) notent, à ce titre, que la responsabilité de la communication du pronostic reste souvent concentrée sur le seul oncologue principal, excluant ainsi les infirmières et autres membres de l'équipe. Cela peut provoquer des lacunes dans le dialogue avec les patients, renforçant les tensions déjà présentes lorsque les ressources sont limitées. Dans ces conditions, la circulation de l'information, déjà fragile, devient encore plus complexe lorsque les équipes sont sous pression (Murali et al., 2018; Sisk et al., 2020; Verhoeven et al., 2021).

Face à ces tensions, la question de la sécurité psychologique prend une grande importance. Dans un environnement chargé d'incertitude, les membres de l'équipe doivent pouvoir s'exprimer sans craindre des conséquences négatives. Chênevert et al. (2022) rappellent que la sécurité psychologique permet aux professionnels de partager leurs points de vue, de poser des questions, ou de remettre en question certaines décisions, même lorsqu'ils occupent une position moins dominante au sein de l'équipe (Chênevert et al., 2022).

1.3 Les manifestations et les leviers de la résilience d'équipe en cancérologie

1.3.1 Les manifestations collectives de la résilience en contexte oncologique

Après avoir dressé le contexte de travail des équipes en cancérologie, il est important de noter que certaines équipes parviennent malgré tout à maintenir leur fonctionnement. En effet, la résilience d'équipe est un état émergent qui se donne à voir à travers des

dynamiques collectives spécifiques (Galy et al., 2023). Ses manifestations peuvent être verbales ou silencieuses, visibles ou implicites, relevant des comportements, de l'organisation du travail ou encore de la qualité des interactions humaines. Lorsque certaines sont immédiatement observables dans le feu de l'action, d'autres ne se révèlent qu'avec le recul dans la manière dont une équipe a traversé une épreuve et en a tiré des ajustements durables. Elles peuvent mobiliser l'ensemble du groupe, ou s'incarner plus ponctuellement dans l'initiative de quelques membres à un moment précis (Tremblay et al., 2023).

Parmi les formes les plus parlantes de résilience en action, les réajustements opérés collectivement face à l'adversité occupent une place centrale. Dans les situations de crise, lorsqu'un protocole devient inapplicable, qu'un collègue s'absente ou que la pression clinique devient inhabituelle, certaines équipes parviennent à redistribuer les rôles, à redéfinir les priorités ou à trouver des compromis opérationnels sans pour autant perturber la continuité des soins (Graetz et al., 2022). Ces réorganisations spontanées témoignent d'un haut niveau de flexibilité collective et d'une capacité d'adaptation intégrée aux pratiques du groupe. Ce qui est observé n'est pas simplement un retour à l'ordre, mais bien une réinvention du fonctionnement ordinaire pour préserver ce qui compte : la qualité de la prise en charge en lien avec la sécurité des patients. La résilience se manifeste ici par la manière dont l'équipe transforme les contraintes en occasions d'apprentissage ou d'innovation pratique (Graetz et al., 2022; Tremblay et al., 2022).

Au-delà de ces ajustements logistiques, d'autres indices plus subtils permettent d'identifier une dynamique résiliente au sein d'une équipe en cancérologie. C'est notamment le cas du recours à l'humour, souvent perçu à tort comme un simple mécanisme de défense ou un élément périphérique (Fischer, 2021). Or, l'humour constitue une ressource partagée qui permet à la fois de relâcher la tension et de créer un espace temporaire de respiration mentale. Utilisé avec justesse, l'humour vient favoriser la régulation émotionnelle du groupe puis désamorce certaines situations pesantes. Il agit alors comme une soupape collective, mais aussi comme un élément qui renforce les interactions interpersonnelles et la solidarité implicite entre les membres de l'équipe (Fischer, 2021).

Les manifestations de résilience peuvent aussi apparaître à travers des comportements d'entraide qui dépassent les prescriptions institutionnelles. En effet, lorsque l'un des membres traverse une difficulté, comme une surcharge de travail, une émotion intense ou fatigue accumulée, il arrive que d'autres prennent spontanément le relais, sans qu'aucune directive n'ait été formulée (Mastroianni et al., 2022; Tremblay et al., 2024). Cette mobilisation volontaire pour soutenir un collègue ne repose ni sur un rôle formel ni sur une obligation morale explicite, mais sur une forme de responsabilité partagée ancrée dans le fonctionnement collectif. Elle traduit la capacité du groupe à se réguler par lui-même en redistribuant l'effort là où il est le plus nécessaire (Mastroianni et al., 2022; Tremblay et al., 2024).

Dans le prolongement de ces gestes d'entraide, certains comportements centrés sur le soin des autres membres de l'équipe prennent une dimension particulière, notamment lorsqu'il s'agit de réconfort. Ce type d'attention est l'un des marqueurs les plus puissants d'une résilience incarnée (Boehmer et al., 2022; Tremblay et al., 2022). Le réconfort peut s'observer dans certains gestes, comme le fait d'offrir une parole apaisante ou de manifester une présence discrète mais constante. Ces gestes de réconfort s'inscrivent dans une culture d'équipe où la vulnérabilité est acceptée et où la responsabilité du bien-être collectif est partagée (Boehmer et al., 2022). Ainsi, en prenant soin de leurs membres, les équipes s'offrent à elles-mêmes les conditions de leur propre continuité dans l'épreuve (Boehmer et al., 2022; Tremblay et al., 2022).

1.3.2 Les leviers de la résilience d'équipe en contexte oncologique

Au-delà des manifestations concrètes de la résilience collective, il importe de s'interroger sur les leviers qui la rendent possible au sein des équipes en contexte oncologique. Parmi ces leviers, le soutien mutuel occupe une place centrale. La présence d'un appui entre collègues influence directement la manière dont les membres font face à l'adversité. Quand une équipe soutient ses membres, la charge se partage et les effets du stress s'atténuent (Chênevert et al., 2022; Koh et al., 2020; Savaş et al., 2022).

La communication ouverte vient renforcer ce soutien. Elle facilite la résolution de problèmes et réduit les tensions interpersonnelles. Koh et al. (2020) soulignent que cette

communication est ce qui permet aux équipes de continuer à fonctionner de manière coordonnée, même sous pression. Hartwig et al. (2020) viennent enrichir cette compréhension en précisant que la communication joue un rôle central à toutes les étapes de l'exposition à l'adversité. En amont, elle permet de discuter des risques, de partager les plans d'action et d'harmoniser les attentes. Pendant l'événement, elle aide à évaluer la situation en temps réel, à transmettre les informations critiques, et à ajuster les réponses collectives. Enfin, après l'événement, elle soutient les processus de débriefing et de réflexion, essentiels à l'apprentissage. Ce type de communication favorise la formation de modèles mentaux partagés, c'est-à-dire une compréhension commune des rôles, des ressources et des priorités. À l'inverse, une communication déficiente expose l'équipe à des malentendus et des désorganisations, en particulier dans les moments critiques (Hartwig et al., 2020; Koh et al., 2020).

La coordination constitue un autre levier important. Elle renvoie à la capacité des membres à organiser leurs actions de manière complémentaire et synchronisée. Cela implique des ajustements rapides des rôles et une mise en œuvre de stratégies adaptées à l'évolution de la situation (Chênevert et al., 2022; Hartwig et al., 2020; Tremblay et al., 2023). Hartwig et al. (2020) soulignent que cette coordination repose souvent sur des modèles mentaux d'équipe bien établis. Lorsque ceux-ci sont clairs et partagés, les membres peuvent intervenir efficacement, même sous pression, sans se marcher sur les pieds ni multiplier les erreurs. De plus, les équipes en cancérologie ont la capacité de rétablir la coordination lorsqu'elle se dégrade, notamment en réponse à des événements inattendus. Cela suppose un accès réel à des ressources, qu'elles soient structurelles ou psychologiques (Chênevert et al., 2022). Ce réajustement n'est pas instantané, mais il montre que les équipes peuvent retrouver un équilibre après une perturbation (Chênevert et al., 2022; Hartwig et al., 2020; Tremblay et al., 2023).

Par ailleurs, la coopération s'affirme comme un facteur clé de résilience d'équipe. Elle se manifeste par l'entraide active, l'échange de soutien émotionnel et informationnel, l'ajustement des efforts selon les besoins, ainsi que la co-construction de solutions face aux difficultés. Cette coopération se déploie avant les événements mais aussi après, lors des phases d'apprentissage et de consolidation. Elle est facilitée par des liens relationnels

solides, ainsi que par un climat d'équipe fondé sur la confiance et la sécurité psychologique – deux conditions qui encouragent les prises de risque interpersonnelles nécessaires à l'adaptation (Hartwig et al., 2020).

Dubois et al. (2020) insistent sur la manière dont la résilience permet de maintenir la cohésion et la performance dans des environnements instables. Le processus repose sur la mobilisation de ressources partagées, sur des mécanismes d'apprentissage collectif, et sur la capacité à faire face aux situations imprévues en s'adaptant rapidement. Ce sont ces ajustements qui permettent à l'équipe de tenir, sans nécessairement revenir à l'identique (Dubois et al., 2020). Certaines interventions visent à soutenir explicitement ce processus. L'initiative BRIOT (Building Resilience in Oncology Teams), développée au Québec par Tremblay et al. (2022), propose une approche participative en quatre volets qui mobilise les capacités réflexives des équipes pour faire face à l'adversité, s'adapter et apprendre. Elle repose sur une combinaison de discussions collectives, de diagnostics d'équipe, et d'outils concrets de suivi, dans une perspective résolument contextualisée (Tremblay et al., 2022). La figure 2 ci-dessous, extraite de leur publication, synthétise les facteurs contextuels, les mécanismes activés et les résultats sur la résilience des équipes en cancérologie :

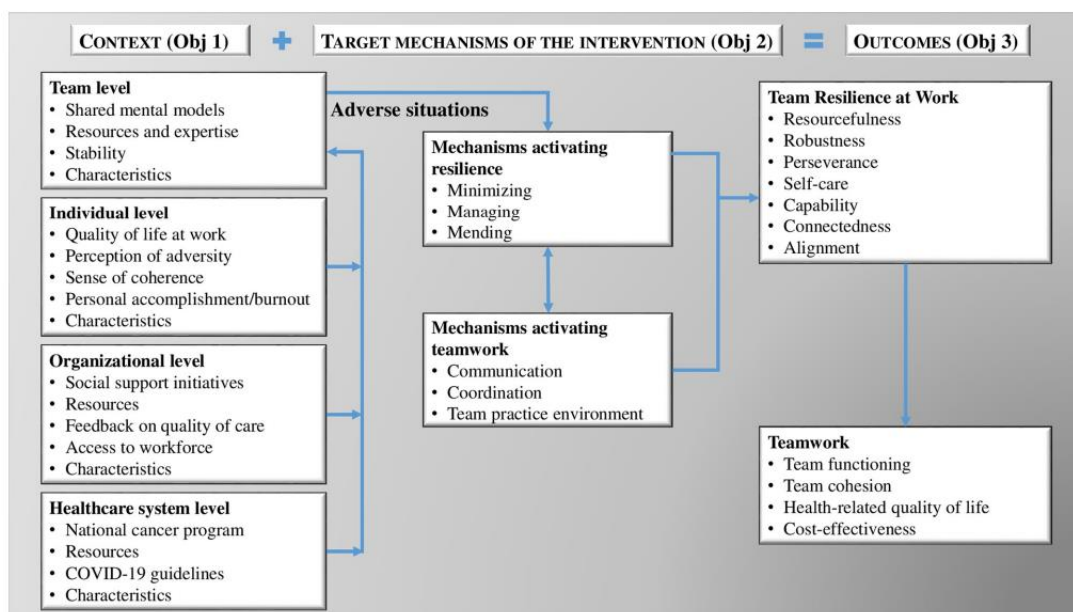


Figure 2 : Synthèse des facteurs contextuels, des mécanismes et des résultats sur la résilience d'équipe, selon Tremblay et al. (2022)

D'un point de vue plus organisationnel, certaines routines collectives aident à stabiliser le fonctionnement. Les réunions régulières, la réflexion partagée, la possibilité d'échanger sur les situations vécues permettent à l'équipe de se recentrer. Ces moments donnent de la clarté, et créent des occasions de planification ou de coordination plus efficaces (Koh et al., 2020). La complémentarité des rôles renforce également cette dynamique. Avoir dans l'équipe des compétences diversifiées permet de mieux répondre aux imprévus. L'accès à différents points de vue, à des expertises multiples, évite que la charge repose toujours sur les mêmes personnes. De plus, l'espace physique partagé joue aussi un rôle : travailler dans un lieu commun, selon Koh et al. (2020), facilite les échanges informels ainsi que le sentiment d'appartenance. C'est une variable souvent négligée, mais qui peut soutenir la coopération au quotidien. Enfin, certains comportements individuels, en apparence anodins, contribuent aussi à cette résilience collective. Koh et al. (2020) évoquent par exemple le fait de fixer des limites claires entre le travail et la vie personnelle. Par exemple ne pas consulter ses courriels en dehors des heures, prendre de la distance. Ces stratégies individuelles participent à la préservation du bien-être, et donc à la stabilité de l'équipe sur le long terme.

Dubois et al. (2020) rappellent que ce processus de résilience est évolutif. Il inclut la capacité à surveiller, à anticiper, à réagir, mais aussi à tirer des leçons pour générer de nouvelles ressources. Autrement dit, les équipes qui tiennent dans la durée ne font pas qu'endurer. Elles transforment petit à petit ce qu'elles vivent en quelque chose qui les rend plus aptes à affronter ce qui viendra après (Dubois et al., 2020).

En définitive, le fonctionnement des équipes interprofessionnelles en oncologie s'inscrit dans un contexte exigeant, marqué par des contraintes émotionnelles et relationnelles qui fragilisent les dynamiques collectives. Pourtant, malgré ces difficultés, certaines équipes parviennent à tenir, d'où l'intérêt d'étudier les manifestations de résilience dans ce cadre précis, en cherchant à savoir **comment la résilience d'équipe se manifeste-t-elle, et quels sont les facteurs qui la facilitent ou l'inhibent, au sein des équipes interprofessionnelles en oncologie ?**

Chapitre 2

Cadre conceptuel

Le présent chapitre a pour objectif d'exposer le cadre conceptuel qui sera employé pour l'interprétation des données collectées sur le terrain.

Le modèle de Hartwig et al. (2020) propose une structuration conceptuelle qui tient compte à la fois des ressources individuelles, des dynamiques relationnelles, et du contexte organisationnel dans lequel l'équipe évolue. Le tout repose sur une lecture multiniveau du phénomène, soutenue par trois fondements théoriques distincts : le modèle IMOI (*Input–Mediator–Output–Input feedback*) (Ilgen et al., 2005), la théorie des ressources (COR) (Hobfoll, 1989), et les apports de la théorie multiniveau (Klein & Kozlowski, 2000). C'est cette triangulation qui confère au modèle d'Hartwig et al. (2020) sa richesse. Ce modèle a une particularité importante : il considère la résilience non comme un trait statique, mais comme un état émergent, issu de ce que font, vivent et construisent ensemble les membres de l'équipe face à l'adversité. Il permet ainsi d'articuler des dimensions souvent traitées séparément : les ressources préexistantes, les processus activés pendant la perturbation, et les effets produits par l'expérience traversée.

Dans le cadre de ce mémoire, ce modèle sera utilisé en tant que point d'appui à l'analyse. Il offrira une structure conceptuelle pour approcher les données empiriques, en mettant en évidence les mécanismes à travers lesquels la résilience d'équipe se manifeste concrètement dans les milieux de soins en oncologie. Hartwig et al. (2020) formulent neuf propositions théoriques qui structurent leur modèle. Ces propositions articulent les relations attendues entre les ressources initiales, les dynamiques comportementales, les états d'équipe, et les trajectoires post-adversité. Sans adopter leur forme hypothétique telle quelle, le présent mémoire mobilise ces articulations comme points d'appui pour l'analyse des manifestations concrètes de la résilience d'équipe en contexte de soins.

Pour saisir la complexité de la résilience d'équipe, Hartwig et al. (2020) mobilisent un cadre structurant issu de la recherche sur le fonctionnement des équipes : le modèle se compose de quatre éléments fondamentaux :

- **1. *Inputs*** (facteurs d'entrée) : il s'agit des ressources mobilisables avant même l'apparition d'une perturbation. Ces ressources peuvent se situer à plusieurs niveaux. Au niveau individuel, les éléments essentiels sont l'expertise professionnelle, les habiletés de communication, l'orientation vers le travail en équipe, ou encore la résilience personnelle des membres. À l'échelle collective, d'autres facteurs sont mis en avant, comme la qualité des relations interpersonnelles, la culture d'équipe, l'apprentissage collectif ou les normes implicites de soutien. Enfin, le niveau contextuel comprend des éléments tels que le style de leadership (notamment transformationnel) et le soutien organisationnel. Tous ces apports initiaux ne garantissent pas à eux seuls la résilience d'une équipe, mais ils constituent les conditions de possibilité sur lesquelles pourront s'appuyer les dynamiques adaptatives.
- **2. *Mediators*** (médiateurs) : cette catégorie regroupe deux dimensions distinctes mais étroitement liées : les processus comportementaux d'une part, et les états affectifs ou cognitifs émergents d'autre part. Les processus incluent des actions collectives telles que la communication fluide, la coordination souple des tâches, le soutien mutuel et la capacité à s'ajuster en temps réel. En s'inspirant des travaux d'Alliger et al. (2015), Hartwig et al. (2020) proposent d'en distinguer trois grandes catégories : les comportements de préparation, ou « *minimizing* » (anticipation, simulation, identification des risques), les comportements de gestion pendant l'événement, ou « *managing* » (adaptation, redistribution des rôles, maintien de la performance), et les comportements de réparation, ou « *mending* » (débriefing, apprentissage collectif, réajustement des pratiques) (Alliger et al., 2015). Ces processus sont soutenus par des états médiateurs tels que la cohésion, la confiance entre membres, la sécurité psychologique, les modèles mentaux partagés ou encore le sentiment d'efficacité collective. Ces états ne sont pas simplement des variables intermédiaires, ils jouent un rôle essentiel dans la régulation émotionnelle et la capacité du groupe à fonctionner comme une unité en période d'instabilité.
- **3. *Outputs*** (résultats) : ils désignent les résultats ou les conséquences observables de la résilience d'équipe après la traversée d'un événement perturbateur. Ils

peuvent prendre plusieurs formes : maintien de la performance malgré l’adversité, récupération rapide après une déstabilisation temporaire, ou même croissance post-adversité. Certains groupes non seulement se rétablissent, mais en ressortent plus soudés, plus efficaces, plus capables d’anticiper les prochaines crises. Le niveau de résilience d’une équipe peut donc se lire dans sa trajectoire globale : persistance, rétablissement, ou renforcement. Hartwig et al. (2020) insistent sur cette idée que les résultats ne sont pas uniquement mesurables en termes de performance opérationnelle, mais aussi en termes de santé psychologique et de viabilité collective.

- **4. *Input feedback*** : le dernier “T” souligne l’existence d’un cycle d’apprentissage. Ce que l’équipe a vécu face à l’adversité transforme les ressources initiales. Une équipe qui a traversé une crise en mobilisant des comportements résilients développe de nouvelles compétences, des liens renforcés, une mémoire collective. Le modèle IMOI prend donc en compte cette rétroaction essentielle : la résilience ne se joue pas uniquement dans l’instant, elle laisse des traces qui influencent la manière dont l’équipe abordera les futures difficultés.

Cette articulation des différents éléments du modèle est représentée de manière synthétique dans la figure 3 ci-dessous, qui illustre visuellement les liens entre les ressources, les processus, les états d’équipe et les résultats de la résilience collective au travail.

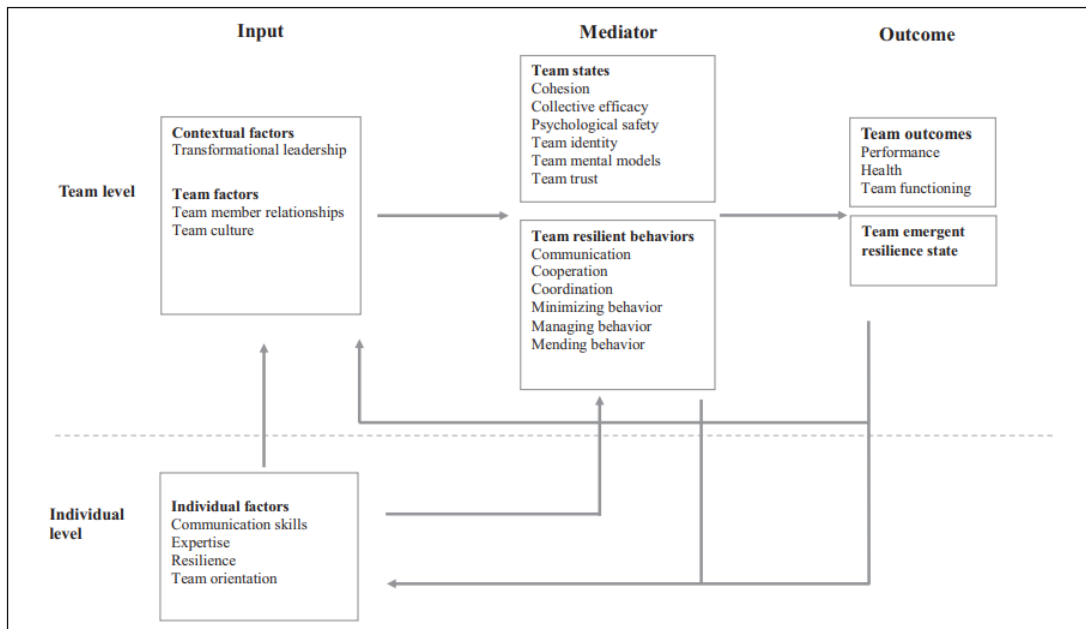


Figure 3 : Un modèle multiniveau de la résilience d'équipe au travail dans Hartwig et al. (2020)

Ce schéma général permet à Hartwig et al. (2020) de proposer un modèle intégrateur et multiniveaux, dans lequel la résilience n'est jamais pensée comme une donnée fixe, mais bien comme une dynamique, constamment façonnée par les échanges entre individus, l'histoire de l'équipe, et le contexte dans lequel elle opère. En effet, c'est cette structure que le présent mémoire reprend, en l'adaptant au terrain des soins oncologiques, où les événements adverses sont à la fois fréquents, émotionnellement chargés, et parfois silencieux.

Afin de traduire cette architecture en leviers concrets d'analyse, le tableau 3 suivant propose une catégorisation synthétique des composantes du modèle, en lien avec les propositions formulées par Hartwig et al. (2020).

Axe analytique	Indicateurs potentiels	Niveau
Ressources individuelles	Expertise, résilience individuelle, communication	Individuel
Ressources collectives	Relations interpersonnelles, normes de soutien, culture d'équipe	Équipe
Ressources contextuelles	Soutien organisationnel, soutien externe perçu	Organisation/ Contextuel
Processus préventifs (<i>minimizing</i>)	Préparation, anticipation, simulations	Comportemental
Processus adaptatifs (<i>managing</i>)	Coordination sous pression, résolution collective, flexibilité	Comportemental
Processus réflexifs (<i>mending</i>)	Debriefing, apprentissage partagé	Comportemental
États médiateurs	Confiance, sécurité psychologique, cohésion	Affectif/Cognitif
Résilience démontrée	Maintien ou rebond de la performance, préservation du bien-être, croissance	Résultats

Tableau 3 : Grille conceptuelle des composantes de la résilience d'équipe selon le modèle de Hartwig et al. (2020)

En définitive, ce cadre conceptuel offre ainsi une base théorique pour analyser les dynamiques de résilience à l'échelle collective. En s'appuyant sur le modèle IMOI enrichi par Hartwig et al. (2020), il devient possible de penser la résilience d'équipe non comme un état figé ou une simple somme de traits individuels, mais comme une construction vivante, façonnée par des ressources distribuées, des interactions situées, et des trajectoires évolutives. Les éléments présentés ici – *inputs*, *mediators*, *outputs*, *input feedback* – guideront l'analyse empirique à venir, en fournissant une grille de lecture structurée des manifestations concrètes de la résilience dans les équipes soignantes en cancérologie.

Chapitre 3

Méthodologie

Comprendre comment la résilience se manifeste au sein des équipes en cancérologie suppose de s'appuyer sur une démarche qui laisse place à la complexité des expériences vécues. Cette section retrace les choix qui ont orienté cette recherche, depuis le positionnement épistémologique jusqu'aux modalités concrètes de collecte et d'analyse. Elle s'appuie sur les particularités du terrain, les rôles des personnes impliquées et les principes éthiques qui ont encadré l'ensemble du processus.

3.1 Positionnement épistémologique et paradigmatique

Les façons dont les individus donnent du sens à ce qu'ils vivent ne sont ni figées, ni universelles. Elles se développent au fil du temps, influencées par les environnements traversés et les expériences marquantes. Baxter Magolda (2004) souligne que ces interprétations évoluent, portées par les contextes dans lesquels elles prennent forme. Ce qui est considéré comme vrai dans un moment donné dépend alors des repères mobilisés et du cadre dans lequel ils s'activent. Ce mémoire adopte une posture constructiviste : la connaissance n'est pas perçue comme une donnée stable, mais comme une construction située, issue de l'expérience. Elle émerge à travers les interactions sociales, les trajectoires individuelles et les cadres interprétatifs propres à chacun (Baxter Magolda, 2004). L'objectif n'est donc pas de faire émerger une vérité absolue, mais de comprendre comment les significations se forment, se déplacent, et parfois même se contredisent selon les regards portés sur la réalité.

Dans le cadre de ce mémoire, cette perspective permet d'aborder la résilience d'équipe non pas comme une propriété figée, mais comme une dynamique qui se manifeste à travers des gestes, des paroles, des décisions prises collectivement dans des situations parfois instables. L'analyse cherche donc à rendre compte de cette réalité telle qu'elle est racontée et expérimentée par les professionnels rencontrés. Dans cette continuité, une démarche inductive et itérative a été retenue pour l'analyse des données. Elle permet de partir du terrain, de ce qui est dit, observé ou vécu, sans chercher à faire entrer les éléments

dans une grille prédéfinie. L'approche inductive consiste à faire émerger les régularités, les tensions, les points de rupture à partir du matériel recueilli. Thomas (2006) propose un cadre structuré qui facilite cette lecture en identifiant les segments significatifs, en les regroupant par thématiques, puis en construisant des catégories de sens à partir de ces regroupements (Thomas, 2006). De ce fait, bien qu'il suive une méthode, ce travail repose en grande partie sur des choix interprétatifs.

Le but de cette recherche n'est pas de produire un modèle généralisable. L'intention est plutôt de mieux comprendre comment la résilience se manifeste, dans un contexte particulier, au sein d'équipes confrontées à des enjeux humains, cliniques et organisationnels parfois lourds. Cette posture, à la fois compréhensive et ancrée dans une logique inductive, permet de faire émerger une lecture située de la résilience collective, attentive aux formes qu'elle prend sur le terrain.

3.2 Approche méthodologique

Dans les milieux de soins, les façons dont les équipes réagissent, s'adaptent ou tiennent ensemble varient selon les contextes. Aborder ces phénomènes implique de rester attentif à la manière dont les professionnels racontent leur expérience, expriment ce qu'ils vivent ou suggèrent, parfois sans le dire, ce qui donne sens à leur quotidien. Cela suppose une méthode qui laisse place à l'interprétation, sans figer d'emblée les situations observées dans des cadres trop rigides, ce qui justifie le choix d'une orientation qualitative. Dans un champ où la résilience d'équipe reste peu formalisée, en particulier en cancérologie, il devient essentiel d'adopter une posture qui rende possible l'écoute des singularités sans chercher à tout comparer. L'objectif est de mieux comprendre ce qui se joue au plus près du terrain. Pour Ravindran (2019), les méthodes qualitatives rendent possible une lecture des significations tacites que les individus associent à leurs actions. Elles donnent accès aux logiques sous-jacentes, parfois implicites, qui structurent leur manière d'agir (Ravindran, 2019). Dans le cas des équipes en cancérologie, l'intérêt d'une telle approche devient évident : les tensions, les compromis du quotidien, les formes de soutien informel ou d'ajustement discret ne peuvent pas être captés par une grille de variables. Seers (2012) rappelle que ces récits livrent des éléments essentiels pour comprendre ce que vivent les professionnels, bien au-delà de ce qu'un indicateur pourrait synthétiser. En se tenant au

plus près des discours, des émotions exprimées, ou des images évoquées, l'analyse qualitative ouvre un espace où il devient possible d'entrer dans la dynamique interne d'un collectif (Seers, 2012).

Dans le cas de ce mémoire, cette approche est donc apparue comme la plus cohérente. La question posée – **comment la résilience d'équipe se manifeste-t-elle, et quels sont les facteurs qui la facilitent ou l'inhibent, au sein des équipes interprofessionnelles en oncologie ?** – appelle une compréhension sensible, mais aussi capable de tenir compte de la complexité du terrain.

3.3 Le terrain de recherche

Comme mentionné dans l'introduction, ce mémoire s'inscrit dans un projet de recherche plus vaste, mené au sein du Pôle Santé de HEC Montréal. Celui-ci vise à évaluer les effets d'un modèle d'intervention intégrateur sur la résilience et le bien-être des équipes interprofessionnelles en oncologie. Il s'agit d'une initiative structurée, déjà bien engagée sur le plan méthodologique, qui bénéficie d'un ancrage institutionnel fort. Le fait que cette recherche s'inscrive dans un dispositif existant, reconnu et actif sur le terrain, renforce sa légitimité scientifique et facilite son intégration dans les milieux cliniques.

Dans le cadre des démarches initiales de présentation du projet auprès de divers établissements de santé, l'équipe du Pôle Santé HEC Montréal a rencontré plusieurs acteurs du réseau public à l'hiver 2024. Le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal a rapidement manifesté un intérêt concret, à la suite de présentations effectuées par l'équipe de recherche. Cet échange a mené à un accord de collaboration avec deux de ses centres hospitaliers : le Centre hospitalier de St. Mary, situé à Côte-des-Neiges–Notre-Dame-de-Grâce, et l'Hôpital général du Lakeshore, basé à Pointe-Claire, tous deux se trouvant au sein de l'Île de Montréal.

Même si ces deux établissements relèvent d'une même structure administrative, leurs réalités sont différentes. Le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île couvre un territoire étendu, et la distance géographique entre les deux hôpitaux entraîne des différences notables, notamment en termes de population desservie. Le Lakeshore, par exemple, reçoit une

clientèle souvent plus âgée, ce qui influence les dynamiques de soin autant que les enjeux organisationnels.

À St. Mary, l'étude s'est concentrée sur deux unités : la clinique de jour en oncologie et l'unité d'hospitalisation en oncologie et soins palliatifs (nommée 5-Main). Au Lakeshore, les mêmes types d'unités ont été retenus, avec en plus une section gériatrie pour l'unité d'hospitalisation en oncologie et soins palliatifs (nommée 4-Sud), intégrée en raison de son poids dans la structure hospitalière et de la proximité des enjeux vécus par les soignants. Il est à noter que l'unité 4-Sud est entièrement fermée par des portes nécessitant un badge d'accès, afin de prévenir les risques de fugue chez les patients.

Chaque unité possède ses spécificités, mais on y retrouve des composantes similaires. Les cliniques de jour comprennent généralement des salles de traitement, des espaces de repos pour les soignants ainsi que des postes administratifs. Les unités d'hospitalisation, quant à elles, disposent de chambres fermées pour les patients, d'espaces de repos pour les soignants, de postes administratifs et parfois de salles dédiées aux familles. Le tableau 4 suivant propose une vue synthétique qui permet une distinction entre les cliniques de jours et les unités d'hospitalisation concernées par la présente étude :

	Cliniques de jour	Unités d'hospitalisation oncologie/palliatifs et/ou gériatrie (5-Main et 4-Sud)
Types de soins	Soins ambulatoires (sans hospitalisation)	Soins continus
Jours d'ouverture	Du lundi au vendredi (heures de bureau)	7 jours sur 7, 24 heures sur 24
Durée du séjour du patient	Quelques heures	Plusieurs jours ou semaines
Motif principal	Traitements ponctuels de chimiothérapie	Complications, soins complexes, fin de vie
Profil des patients	En état stable, autonomes, capables de retourner à domicile après le traitement	<ul style="list-style-type: none"> - En situation instable, patients fragiles, en fin de vie (5-main : oncologie et palliatif) - Patients très âgés, souvent atteints de démence ou très dépendants (4-sud : oncologie, palliatif et gériatrie)

Tableau 4 : Récapitulatif des unités observées dans les deux centres hospitaliers

3.4 Les sujets de recherche

Les participants¹ à cette étude sont tous impliqués dans les soins en cancérologie, au sein des équipes interprofessionnelles de deux établissements : le Centre hospitalier de St. Mary et l'Hôpital général du Lakeshore. Leur sélection s'est appuyée sur leur appartenance directe aux unités ciblées (clinique de jour et unité d'hospitalisation), ainsi que sur la diversité des rôles qu'elles occupent dans le fonctionnement quotidien de ces milieux.

L'échantillon comprend douze professionnels issus de disciplines complémentaires. Plusieurs personnes cumulent des fonctions réparties sur les deux centres hospitaliers, ce qui leur confère une perspective transversale sur les enjeux vécus dans chacun des sites. Conformément aux modalités prévues dans le cadre du comité d'éthique de la recherche (CER) ainsi qu'aux bonnes pratiques en matière de recherche, les participants ont été regroupés dans différentes catégories professionnelles afin de protéger leur anonymat, de sorte qu'il ne soit pas possible de les identifier par l'entremise du recoupement de certaines informations présentées.

Quatre grands groupes ont ainsi été constitués : les membres de l'équipe psychosociale (psychologues, travailleurs sociaux, musicothérapeutes, conseillers spirituels), les membres de l'équipe infirmière (infirmiers cliniciens, infirmiers pivots), les membres de l'équipe administrative (agents administratifs, agents en planification, programmation et recherche), et les membres de l'équipe de gestion (gestionnaires, assistants infirmier-chef—ASI, chefs d'unité). Le tableau 5 ci-dessous propose un visuel des participants selon leur catégorie professionnelle et leur unité d'appartenance :

¹ L'usage du masculin générique vise uniquement à alléger la lecture et à préserver l'anonymat des participants et participantes, sans intention discriminatoire.

Code	Catégorie professionnelle	Unité(s)
A	Membre de l'équipe psychosociale	Clinique de jour en oncologie + unité d'hospitalisation en oncologie et soins palliatifs
B	Membre de l'équipe psychosociale	Clinique de jour en oncologie + unité d'hospitalisation en oncologie et soins palliatifs
C	Membre de l'équipe administrative	Clinique de jour en oncologie
D	Membre de l'équipe infirmière	Clinique de jour en oncologie
E	Membre de l'équipe de gestion	Clinique de jour en oncologie
F	Membre de l'équipe de gestion	Clinique de jour en oncologie + unité d'hospitalisation en oncologie et soins palliatifs
G	Membre de l'équipe administrative	Clinique de jour en oncologie + unité d'hospitalisation en oncologie et soins palliatifs
H	Membre de l'équipe de gestion	Clinique de jour en oncologie
I	Membre de l'équipe psychosociale	Clinique de jour en oncologie + unité d'hospitalisation en oncologie et soins palliatifs
J	Membre de l'équipe infirmière	Clinique de jour en oncologie
K	Membre de l'équipe de gestion	Clinique de jour en oncologie
L	Membre de l'équipe infirmière	Clinique de jour en oncologie

Tableau 5 : Répartition des participants selon leur catégorie professionnelle et leur unité d'appartenance

3.5 Méthode de collecte des données

La collecte de données s'est déroulée selon une démarche mixte, combinant des entrevues semi-dirigées et des observations non participantes. Cette combinaison a permis de croiser les perspectives exprimées verbalement avec les dynamiques observées sur le terrain, en vue d'enrichir la compréhension des manifestations de la résilience en contexte interprofessionnel.

3.5.1 L'entrevue semi-dirigée

Les données ont été recueillies principalement à travers des entrevues semi-dirigées, méthode choisie pour sa souplesse et sa capacité à faire émerger la complexité des vécus professionnels. Ce dispositif a constitué la base de la démarche empirique, permettant de cibler les dynamiques collectives de manière directe, tout en laissant aux participants l'espace nécessaire pour développer leurs propos.

Comme le rappellent Buys et al. (2022), ce type d'entretien favorise des échanges ouverts, dans lesquels le chercheur peut adapter son approche en fonction de la personne qu'il rencontre. Le cadre est posé, mais les marges restent suffisantes pour accueillir les détours du récit. Cette flexibilité méthodologique permet une compréhension plus fine des sujets abordés. En effet, elle devient particulièrement utile dans des contextes professionnels où les enjeux sont denses et parfois difficiles à exprimer sans médiation. La posture du chercheur oscille alors entre proximité et distance, ce qui enrichit la qualité des échanges (Buys et al., 2022). Dans le même esprit, DeJonckheere et Vaughn (2019) insistent sur le potentiel des entrevues semi-structurées à explorer des thématiques complexes, en misant sur la relation de confiance qui s'établit progressivement. Leurs travaux en médecine familiale soulignent l'intérêt d'une approche relationnelle dans le recueil de données : non seulement elle permet d'approfondir certains points, mais elle crée aussi les conditions pour que le dialogue prenne un tour plus personnel, voire introspectif. Dans ces situations, les données recueillies gagnent en profondeur, parce qu'elles sont portées par une parole libre, connectée à l'expérience réelle (DeJonckheere & Vaughn, 2019).

Dans le cadre de cette étude, les entrevues ont été réalisées à distance, via la plateforme Microsoft Teams. Ce choix a été motivé par deux raisons principales : limiter les

déplacements des participants et assurer une logistique plus fluide dans la planification des rencontres. Chaque entretien a été mené en binôme, avec Anaïs Galy, candidate au doctorat impliquée dans le projet global. L'une des deux personnes dirigeait la rencontre, tandis que l'autre assurait la prise de notes, avant d'alterner les rôles au fil des entrevues.

En moyenne, chaque entretien a duré environ une heure. Tous ont été enregistrés, avec le consentement préalable des participants. Une première transcription automatique a été générée directement à partir de Microsoft Teams. Par la suite, chacune de ces transcriptions a été relue, corrigée et retravaillée afin de constituer un verbatim fidèle, exempt d'erreurs techniques ou de décalages de sens. Au total, douze verbatims complets ont été constitués pour la présente recherche : ce sont ces documents corrigés, validés à partir des enregistrements, qui serviront de base à l'analyse qualitative présentée dans la suite du mémoire.

Les thèmes abordés durant les entretiens s'appuyaient sur une grille préalablement établie (voir annexe 5) et couvraient un large éventail de dimensions liées à l'expérience professionnelle. Il a été question du rôle occupé dans l'organisation, des réunions interprofessionnelles, des défis rencontrés, mais aussi de la perception des ressources disponibles. Une place importante a évidemment été accordée à la notion de résilience. Chaque participant a été invité à partager sa propre définition, à illustrer cette notion à travers des situations concrètes, et à identifier les éléments qui, selon lui, favorisent ou freinent son expression au quotidien. Plusieurs questions ont également porté sur les qualités perçues comme nécessaires pour faire preuve de résilience, les dynamiques observées dans des cas cliniques particuliers, et la manière dont les patients eux-mêmes pouvaient influencer cette dynamique. Enfin, les participants ont proposé des pistes d'amélioration exclusivement centrées sur le soutien organisationnel.

3.5.2 L'observation non participante

En complément des entrevues semi-dirigées, une série d'observations non participantes a été réalisée afin de mieux saisir les dynamiques en contexte réel. Ces périodes d'observation ont été menées soit en binôme – en collaboration avec Anaïs Galy – soit en

solo, selon les disponibilités de chacun. Ce travail d'observation s'est étendu sur plusieurs semaines, pour un total cumulé de 90 heures, réparties comme suit :

- 24 heures dans la clinique de jour d'oncologie de St. Mary
- 24 heures dans la clinique de jour d'oncologie de Lakeshore
- 18 heures dans l'unité d'hospitalisation en oncologie, soins palliatifs et gériatrie du 4-Sud à Lakeshore
- 24 heures dans l'unité d'hospitalisation en oncologie et soins palliatifs du 5-Main à St. Mary

L'observation non participante, telle que définie par Moug (2007), vise à recueillir des données sans que le chercheur n'intervienne activement dans les situations observées. Ce positionnement permet de limiter les biais liés à la présence du chercheur et de préserver une certaine objectivité dans la lecture des interactions. Il est important de noter que cette méthode s'avère particulièrement utile pour documenter des comportements ou des dynamiques qui échappent souvent aux discours formels (Moug, 2007). En permettant une lecture plus fine du fonctionnement des équipes, elle contribue à enrichir la compréhension du terrain. Cheek et al. (2024) soulignent également l'intérêt de cette méthode en milieu de soins. Selon eux, les observations permettent d'accéder au « travail en cours » : elles donnent à voir la manière dont les tâches s'enchaînent, comment les professionnels interagissent, et de quelle façon l'espace physique influence ces dynamiques. Cette immersion dans le quotidien des équipes offre un aperçu concret des ajustements, des tensions, mais aussi des solidarités qui structurent l'activité, souvent de manière implicite (Cheek et al., 2024).

Au-delà des observations directes réalisées dans les unités de soins, nous avons également eu l'occasion d'assister à deux types de rencontres institutionnelles d'environ 30 minutes, organisées sur Microsoft Teams : une « *interdisciplinary meeting* » et une réunion d'infirmiers pivots en oncologie (IPO). La première était centrée sur la discussion interprofessionnelle autour de situations cliniques complexes et la seconde réunissait les IPO pour échanger sur leur pratique ou encore accueillir de nouveaux membres. Ces espaces d'échange ont permis d'observer d'autres dimensions des échanges au niveau du

travail collectif, parfois moins visibles sur le plan clinique, mais tout aussi révélatrices des dynamiques d'équipes.

Le statut de chercheur a été rendu explicite dès le début des observations. Les professionnels savaient qu'ils étaient observés dans un cadre de recherche, ce qui faisait partie des principes d'éthique adoptés dès l'entrée sur le terrain. À cet effet, un formulaire de consentement à l'observation a été distribué et retourné signé par l'ensemble des participants (voir annexe 4). Un journal de bord a été tenu tout au long des observations, afin de consigner les éléments pertinents. Chaque entrée incluait des informations contextuelles (date, lieu, plage horaire), des descriptions précises de la scène observée, des éléments d'ambiance, ainsi que des interactions verbales et non verbales entre les différents membres de l'équipe. Ces notes ont servi de base à une analyse plus fine, en croisant les impressions recueillies sur le terrain avec les propos tenus en entrevue.

3.6 Traitement et analyse des données

Les données issues des entrevues semi-dirigées ont été analysées à l'aide de l'approche d'analyse thématique réflexive, telle que proposée par Braun et Clarke (2006). Cette méthode vise à identifier, organiser et interpréter des thèmes récurrents à partir d'un corpus qualitatif. Contrairement à certaines méthodes plus rigides ou techniques, l'analyse thématique réflexive accorde une place centrale à l'interprétation du chercheur, tout en suivant un processus structuré et rigoureux. Elle est particulièrement adaptée à des questions de recherche qui nécessitent une lecture sensible des discours, en lien avec le contexte dans lequel ils sont produits. Cette approche ne se limite pas à une description des données : elle cherche à faire émerger des significations, à travers une posture réflexive assumée tout au long du processus analytique. Le choix de cette méthode repose également sur sa pertinence pour comprendre des phénomènes peu balisés, comme c'est le cas des manifestations collectives de la résilience en oncologie. Conaghan et al. (2024) rappellent que l'analyse thématique réflexive de Braun et Clarke (2006) permet de mieux saisir les expériences subjectives et les perceptions individuelles, tout en offrant un cadre systématique pour structurer l'analyse. Elle encourage le chercheur à réfléchir à sa propre position, à reconnaître son influence sur l'interprétation, et à mobiliser cette réflexivité comme un levier pour renforcer la richesse des résultats (Conaghan et al.,

2024). Cette dimension est essentielle dans le cadre de ce mémoire, où le regard porté sur les équipes est à la fois engagé, attentif et situé.

Le processus d'analyse s'est articulé autour des six étapes proposées par Braun et Clarke (2006). Ces étapes sont les suivantes :

Étape 1	Familiarisation avec les données	Lecture répétée des verbatims, prise de notes initiales, immersion dans les données.
Étape 2	Codage initial	Création de segments de sens, marqués par des étiquettes descriptives ou interprétatives.
Étape 3	Génération des thèmes	Regroupement des codes selon des motifs récurrents ou des significations partagées.
Étape 4	Révision des thèmes	Ajustement, fusion ou éclatement des thèmes selon leur cohérence interne et leur pertinence analytique.
Étape 5	Définition et dénomination des thèmes	Clarification du contenu de chaque thème, recherche d'un intitulé représentatif.
Étape 6	Rédaction du rapport d'analyse	Sélection d'extraits illustratifs, mise en récit des résultats, mise en lien avec la question de recherche.

Tableau 6 : Étapes de l'analyse thématique réflexive selon Braun et Clarke (2006)

L'ensemble du processus de codage a été appuyé par l'utilisation du logiciel Atlas.ti, qui a facilité l'organisation, la gestion et la structuration des données. Ce logiciel permet de coder de manière ouverte ou structurée, de regrouper les segments, et de visualiser les relations entre les extraits. Hwang (2008) note que l'usage d'Atlas.ti améliore la clarté du processus analytique et la gestion de grands volumes de données, notamment dans des environnements de recherche en équipe. Il contribue également à renforcer la transparence de l'analyse, en gardant une trace des décisions prises au fil du codage. Sa capacité à accueillir différents types de données, et à croiser les codes selon diverses logiques, en

fait un outil polyvalent, particulièrement pertinent pour une recherche qualitative comme celle-ci (Hwang, 2008).

Dans une visée de croisement des données, les résultats issus des entrevues ont été confrontés aux éléments relevés lors des observations non participantes. Ce travail de triangulation a permis de renforcer la validité des résultats en confrontant les perceptions exprimées aux comportements observés. Il a aussi offert un éclairage complémentaire sur certains écarts ou concordances entre le discours et la pratique. Dans un milieu comme celui des soins en oncologie, où les ajustements sont souvent implicites et les tensions rarement verbalisées, ce croisement s'est révélé précieux pour capter des dynamiques qui, autrement, auraient pu passer inaperçues. Il a permis d'identifier des éléments de résilience incarnés dans les interactions ou les micro-gestes du quotidien, parfois en décalage avec les représentations formulées en entretien.

3.7 Limites méthodologiques

3.7.1 Limites des entrevues semi-dirigées

Si les entrevues semi-dirigées ont permis d'accéder à une diversité de récits et de représentations, certaines limites doivent être reconnues. Comme le souligne Blanchet (2000) cité dans Savoie-Zajc (2021), ce type d'entretien se déroule dans un cadre particulier, circonscrit par des contraintes de temps, de lieu et de contexte. Ce qui est dit par l'interviewé doit ainsi être compris comme un fragment situé, exprimé dans un moment précis. L'auteur insiste sur le fait que l'expérience vécue dépasse toujours ce que la personne parvient à en verbaliser. Il invite donc à considérer chaque propos comme une trace singulière, irréductible, dont le sens ne peut être dissocié de la situation dans laquelle il émerge. Ce constat renforce l'intérêt d'un croisement avec d'autres sources, comme l'observation, pour saisir les dimensions moins explicites du vécu professionnel (Savoie-Zajc, 2021).

À cela s'ajoutent certaines limites liées au contenu même des échanges. Le désir de projeter une image valorisante de soi, les zones de non-dits ou encore la présence de sujets sensibles peuvent limiter la profondeur du dialogue. En effet, il se peut qu'un véritable

échange peine à s'établir, non pas en raison d'une absence de volonté, mais à cause de blocages relationnels ou émotionnels (Savoie-Zajc, 2021).

Le format des entrevues utilisées dans cette recherche ajoute une contrainte supplémentaire : leur tenue à distance. En effet, tous les entretiens ont été réalisés en visioconférence, via la plateforme Teams. Or, Mann et Stewart (2009) rappellent que les échanges virtuels limitent l'accès à certaines dimensions de la communication non verbale. Les expressions du visage, les gestes, le langage corporel en général sont parfois difficilement perceptibles ou interprétables à travers un écran. Cette réduction du champ d'observation peut influencer la manière dont le chercheur interprète les réponses, notamment lorsqu'il s'agit de saisir des nuances émotionnelles ou des tensions implicites dans le discours (Mann & Stewart, 2009).

Ces limites, bien que présentes, ne remettent pas en cause la pertinence de l'outil utilisé. Elles invitent toutefois à interpréter les données avec prudence, en gardant à l'esprit les conditions dans lesquelles elles ont été produites.

3.7.2 Limites de l'observation non-participante

L'observation non-participante a permis d'accéder à des scènes de travail dans leur déroulement naturel, mais cet outil présente également plusieurs limites. Il reste difficile, voire impossible, de saisir l'ensemble de ce qui se passe dans un environnement aussi riche et mouvant qu'un milieu de soins. Certaines informations échappent forcément à l'attention de l'observateur, que ce soit en raison du rythme des interactions, de la simultanéité des actions ou de l'accès limité à certains espaces.

L'un des enjeux tient à la manière dont les comportements sont interprétés. DeWalt et DeWalt (2002) soulignent qu'un chercheur qui observe sans participer risque de projeter ses propres cadres de référence sur ce qu'il perçoit, sans pouvoir valider directement les intentions ou les significations attribuées par les personnes observées. Le regard porté sur la scène reste donc partiel, influencé par les repères de l'observateur. Le fait de ne pas interagir peut offrir une certaine distance, mais cette distance comporte aussi le risque d'une lecture incomplète ou décalée du réel (DeWalt & DeWalt, 2002). À cela s'ajoute un effet bien documenté : la présence de l'observateur, même silencieuse, peut modifier

ce qui est observé. Angrosino (2007) rappelle que les individus peuvent ajuster leur comportement lorsqu'ils se savent observés, phénomène souvent désigné comme « effet Hawthorne ». Dans un environnement professionnel, cela peut se traduire par une retenue dans les échanges, un sur-contrôle de soi, ou une attention particulière portée à l'image renvoyée (Angrosino, 2007). Enfin, certaines interactions importantes échappent à l'observation. Des conversations informelles entre collègues, des confidences à huis clos ou encore des moments de tension discutés à l'écart ne sont pas toujours visibles pour un observateur externe. Ces éléments, bien qu'invisibles, peuvent pourtant jouer un rôle significatif dans la dynamique d'équipe. L'image que l'observation permet de construire reste donc, en partie, fragmentaire (DeWalt & DeWalt, 2002).

3.7.3 Limites de la méthode d'analyse des données

L'une des difficultés rencontrées pendant l'analyse tient à la définition même de ce qu'est un thème. Dans certains cas, il peut être tentant de reprendre les questions posées lors des entrevues comme s'il s'agissait de catégories d'analyse. Cette confusion entre structure de collecte et structure analytique peut appauvrir le travail interprétatif. Braun et Clarke (2006) ont déjà souligné ce glissement fréquent, qui consiste à présenter les extraits de données en les alignant sur les sections du guide, sans les mettre en lien avec des constructions de sens plus profondes (Braun & Clarke, 2006). Une autre limite concerne le risque de produire une lecture descriptive, dans laquelle les données sont montrées, mais peu mises en relation. Sans une posture réflexive forte, les extraits choisis peuvent sembler illustrer des points, sans pour autant ouvrir sur des interprétations solides. En effet, c'est un point de vigilance important, car la force de l'analyse thématique repose justement sur la capacité à faire émerger des agencements de sens, pas uniquement des réponses isolées (Braun & Clarke, 2006).

Braun et Clarke (2024) reviennent également sur une confusion répandue : considérer leur méthode comme un modèle unique. Or, il s'agit davantage d'une famille d'approches, avec des déclinaisons possibles selon les fondements épistémologiques choisis. Cette méconnaissance conduit parfois à des applications méthodologiques incohérentes, où la posture annoncée ne correspond pas à la manière dont l'analyse est conduite (Braun & Clarke, 2024).

3.8 Considérations éthiques

Les activités de collecte de données ont été précédées par une série de démarches visant à encadrer la recherche sur le plan éthique. À cet effet, le protocole a été examiné et approuvé par trois comités d'éthique de la recherche (CER) : celui de HEC Montréal (voir annexes 1 et 2), celui du CHU Sainte-Justine, ainsi que le comité d'éthique du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal. Ces validations ont été obtenues dans le cadre du projet institutionnel mené par le Pôle Santé HEC Montréal, auquel s'intègre ce mémoire.

Lors des phases de terrain, qu'il s'agisse d'entrevues ou d'observations, l'ensemble des personnes concernées a été informé des objectifs de l'étude et des modalités de participation. Chaque personne a reçu un formulaire de consentement — adapté selon le type de collecte (voir annexes 3 et 4) — qui a été signé avant toute implication dans le processus de recherche.

Les données issues des entrevues ont par la suite été traitées avec attention, notamment en ce qui concerne la confidentialité. Pour préserver l'anonymat, un système de lettres a été utilisé : de A à L, sans mention de nom ni détail permettant une identification. Cette codification permet de présenter les propos recueillis de façon claire, tout en respectant l'engagement de discrétion pris envers les participants. De plus, l'usage exclusif du masculin générique dans les citations et les descriptions vise à renforcer cette anonymisation, sans intention discriminatoire.

Chapitre 4

Analyse des données

Ce chapitre présente les résultats issus de l'analyse thématique, menée à partir des entrevues individuelles et des observations réalisées. L'objectif est de mettre en évidence les formes que peut prendre la résilience au sein des équipes en cancérologie, dans les situations rencontrées au quotidien. Comme mentionné dans le chapitre précédent, l'approche adoptée repose sur un traitement inductif, en s'appuyant à la fois sur les propos recueillis et sur les scènes observées, ce qui a permis de faire émerger des catégories liées à l'expérience concrète. Trois axes principaux structurent les résultats : d'abord les manifestations observées de la résilience, ensuite les leviers qui semblent la favoriser, et enfin les facteurs qui inhibent son expression. Ces dimensions sont développées à travers plusieurs concepts — ou codes — de premier ordre, appuyés par des extraits jugés représentatifs issus des verbatims et/ou des notes du journal de bord du chercheur. À noter que certains entretiens ont été menés en anglais, les citations concernées ont été conservées dans leur version originale pour rester fidèles aux mots employés.

4.1 Manifestations de la résilience d'équipe

Les premières analyses font apparaître un ensemble de manifestations concrètes qui traduisent dans l'action quotidienne la manière dont les équipes parviennent à faire face aux difficultés rencontrées en cancérologie. Ces manifestations révèlent une capacité d'adaptation qui repose autant sur les gestes que sur les liens, et qui s'inscrit dans les dynamiques de terrain plus que dans des intentions formelles. Quatre formes principales de manifestation ressortent ici : la mobilisation collective dans l'action, les retombées positives sur la qualité des soins perçue, le soutien et la solidarité entre professionnels, et enfin la régulation émotionnelle.

4.1.1 Mobilisation collective dans l'action

4.1.1.1 Réajustement des rôles

Face aux contraintes du quotidien, les équipes en cancérologie déploient une capacité d'adaptation qui se traduit, entre autres, par une redéfinition volontaire et spontanée des rôles selon les besoins du moment. Cette flexibilité, comme les réajustements qui en découlent, ne repose pas sur des directives hiérarchiques, mais sur une logique de soutien mutuel et de maintien de la qualité des soins prodigués aux patients. Dans les situations de sous-effectif, par exemple, certains professionnels choisissent de s'impliquer au-delà de leurs rôles et fonctions habituelles pour compenser les manques. Comme le souligne un participant :

« Being short staffed definitely affects my resilience because I will... there's no way I'm going to let my nurses not have a break, but I'll sacrifice myself so they have a break. And... because I believe that's my role too, because I'm the... I'm the nurse in charge of the clinic. So I'm gonna do that because they all need rest. » (Participant E)

Ce type de réajustement situationnel illustre une résilience inscrite dans l'action collective, où les responsabilités se réorganisent sans attendre d'instructions, en fonction de la pression du moment et des enjeux qui en découlent. Visiblement, cet engagement ne se limite pas uniquement aux tâches prescrites puisqu'il s'étend parfois même à des interventions cliniques qui dépassent le cadre habituel du professionnel. Un autre participant raconte avoir agi de manière proactive auprès d'un patient, simplement parce qu'il a perçu un besoin non pris en charge :

« J'avais aidé un patient à diminuer sa pression artérielle de façon un peu spontanée parce qu'il était pas dans mon horaire. [...] personne ne me l'avait demandé, mais je m'étais dit que j'allais essayer de l'aider. [...] Puis dans le comité interdisciplinaire [...] elle (la gestionnaire) l'a nommée, puis j'étais tellement fière [...] qu'elle prenne la peine de dire : ben, moi j'ai un bon coup à nommer [...]. » (Participant I)

Dans ces deux situations, la résilience se manifeste à travers des gestes concrets de réorganisation autonome du travail et de prise d'initiative.

4.1.1.2 Engagement envers les patients

Dans ce contexte marqué par la fatigue et la surcharge, certaines formes de résilience se traduisent par un engagement constant envers les patients, même lorsque les ressources personnelles sont visiblement limitées. Cet engagement dépasse parfois les obligations professionnelles et s'inscrit dans une posture portée par le sens accordé au travail. Pour certains intervenants, le fait de contribuer, ne serait-ce qu'un minimum, au mieux-être des patients suffit à justifier l'effort fourni. Un participant exprime cette idée de manière explicite :

« Puis t'sais, je les regarde (les patients) souvent, puis je me dis "si ne serait-ce que minimum du travail que je fais va les aider dans leur parcours de soins, moi je me donne à 100%", même si t'sais, je suis fatiguée, je suis encore à l'école, j'ai des intras, t'sais, j'ai plein de demandes, je suis en retard de plusieurs projets. Pour moi, c'est ça, c'est être capable de... de serrer les dents puis de continuer. Puis, c'est ça, de livrer ce qu'on peut livrer, ouais. » (Participant G)

Malgré l'accumulation de contraintes, le professionnel choisit de maintenir son implication professionnelle en s'appuyant sur le sens qu'il donne à son rôle auprès des patients.

4.1.1.3 Maintien de l'engagement malgré la difficulté

Dans de nombreuses entrevues, une même idée revient avec beaucoup d'insistance : la persistance dans le travail. En effet, malgré les obstacles et la charge émotionnelle, les membres de l'équipe continuent à être présents, à tenir leur rôle, à s'investir, et ce jour après jour. Pour plusieurs participants, la résilience au travail se traduit donc par cette présence répétée, ce choix de revenir jour après jour, et ce même si les conditions de travail sont souvent loin d'être idéales. L'expression « revenir le lendemain » ou ses équivalents revient à de nombreuses occurrences dans les entrevues, souvent prononcée de manière simple, comme une évidence, alors qu'elle reflète une posture profondément résiliente :

« I mean, sometimes I'll say it to my colleagues, like it'll be a tough week, and I'll just say. 'And yet we all showed up today.' You know? » (Participant B)

« And then we come back and we do it again the next day somehow. » (Participant E)

4.1.2 Retombées positives sur la qualité des soins perçue

Dans ce contexte de fortes contraintes organisationnelles et émotionnelles, les équipes parviennent non seulement à maintenir leur fonctionnement, mais également à générer des effets positifs qui sont perçus au-delà du collectif de travail. C'est le cas lorsque la résilience d'équipe se traduit par une capacité à préserver, voire améliorer, la qualité des soins offerts aux patients. Un participant témoigne de cette dynamique en soulignant les répercussions concrètes de l'engagement de l'équipe sur le vécu des patients :

« Mais là chose qui est magnifique, c'est que les projets fleurissent, c'est que les patients sont heureux, c'est qu'on reçoit des bons commentaires, la qualité est là. » (Participant H)

Cette remarque met en évidence que, malgré les défis systémiques, certaines équipes réussissent à instaurer un climat de travail propice à la continuité des soins prodigués aux patients. La satisfaction de ces derniers devient alors un indicateur significatif de la résilience collective. Elle témoigne de la capacité de l'équipe à maintenir des standards élevés de qualité, y compris en contexte d'adversité.

4.1.3 Soutien et solidarité entre professionnels

4.1.2.1 Soutien et entraide active entre collègues

Dans un environnement de travail aussi exigeant que celui de la cancérologie, le soutien entre collègues constitue une forme de manifestation de la résilience d'équipe. En effet, lorsque les situations deviennent émotionnellement lourdes ou que la charge devient difficile à porter individuellement, la présence des collègues ainsi que leur écoute active et bienveillante jouent un rôle déterminant. Ce soutien social se manifeste souvent par des gestes simples comme une attention, une parole, ou encore un comportement réconfortant. Le soutien social entre les membres de l'équipe repose ici sur un mécanisme double, à savoir celui de donner du support aux autres, mais aussi celui de réussir à manifester son besoin de soutien auprès des autres lorsque cela est nécessaire. Un participant témoigne

de l'importance de pouvoir compter sur ses collègues dans les moments de détresse, notamment lors du décès d'un patient :

« Je vois des infirmières, t'sais un de leurs patients qu'ils aimaient beaucoup est décédé, t'sais juste de rentrer prendre un café puis d'avoir des... t'sais des infirmières ou des médecins qui sont là pour toi, qui t'écoutent puis qui te consolent, ça c'est très important aussi. » (Participant G)

Dans ce type de contexte, le collectif de travail devient ainsi un espace de régulation affective où chacun peut déposer une partie du poids qu'il porte. Au-delà de l'aspect émotionnel, le soutien passe aussi par l'attention portée et la disponibilité des collègues pour répondre aux incertitudes, et ce notamment auprès des membres de l'équipe plus novices. La possibilité de s'appuyer sur les autres pour un conseil pratique apparaît par exemple, comme une manifestation claire de la résilience d'équipe :

« I've only been working here for a few months and I'm only now finally understanding the role but I'm always asking other people for help. So that's what I think is what makes you resilient is being able to rely on your coworkers. » (Participant L)

4.1.2.2 Lien social et relations interpersonnelles

Au-delà du soutien social parfois fonctionnel en situation de stress, les liens sociaux tissés au fil du temps et des épreuves traversées ensemble par les membres de l'équipe forment un maillage social agissant comme un filet de sécurité pour les membres de l'équipe, ce qui reflète également une forme de résilience. Pour plusieurs participants, le simple fait d'être accueilli chaleureusement et de se sentir attendu, contribue à préserver un équilibre face aux pressions présentes dans l'environnement de travail. Un participant évoque l'importance de ces gestes simples :

« Absolument, t'sais même si je suis pas intégré... je suis pas tout le temps là, à tous les jours, mais quand je suis là, c'est toujours un sourire [...] ils m'accueillent puis "ça fait longtemps, me semble que ça fait longtemps qu'on t'a pas vu. Comment va tes études?" et puis t'sais ils prennent soin de demander comment ça va, puis ça, juste ça, c'est vraiment important. » (Participant G)

Ce type de liens, bien qu'extérieur à la tâche clinique, agit comme une ressource relationnelle cruciale et dont la saillance est d'autant plus marquée dans les moments de tension ou de fatigue. Ils créent un espace de travail dans lequel les professionnels se sentent reconnus en tant qu'individus et considérés en tant que professionnels. Dans cet ordre d'idées, certains évoquent même des activités partagées en dehors du travail :

« Like to go workout together and do, you know activities and go to the gym together [...] or we have group chats [...] like 'oh this is, you know, my son competed in the Special Olympics this weekend' [...] everyone's just, like, so happy » (Participant K)

Ces interactions sociales nourrissent une forme de solidarité qui dépasse le cadre du travail et les rôles professionnels formels qui en découlent.

4.1.4 Régulation émotionnelle

4.1.3.1 Usage de l'humour

Plusieurs participants décrivent le recours à l'humour comme un mécanisme de régulation émotionnelle dans leur milieu de travail. Loin de minimiser la souffrance rencontrée, l'humour agit ici comme un moyen de relâcher la tension et de préserver un climat de travail supportable. Il permet aux membres de l'équipe de souffler, de se recentrer, et parfois même d'humaniser les échanges. Un participant souligne à quel point cette atmosphère marquée par les rires surprend parfois les patients et leurs proches :

« I think we have a really nice climate where people laugh a lot. That's probably one of the most frequent comments that I hear from patients and families, like 'we didn't know it was going to be like this because people are joking and laughing and bright and it's cheerful'. And I think that's... they all trust each other implicitly, which is huge. »
(Participant E)

Pour d'autres, cet humour peut prendre des formes plus légères mais toujours intégrées à la dynamique de l'équipe :

« We laugh a lot, we joke a lot, sometimes inappropriately. I'm like 'please guys at least close the door'. But I would say that humor is a big coping mechanism. [...] There's like

an inside joke that kind of builds that team synergy. [...] So it's humor, it's a big one. »
(Participant K)

4.1.3.2 Relativisation et limite entre sphère professionnelle et vie privée

En parallèle, certains professionnels mobilisent des formes de relativisation pour contenir l'impact émotionnel des situations vécues au contact des patients. Cela passe par un effort conscient de se mettre à la place du patient, de réactiver ses mécanismes empathiques, ou encore de se rappeler que chaque situation, aussi difficile soit-elle, mérite d'être accueillie avec patience. Comme le décrit un participant :

« Mais t'as, des fois c'est sec mais c'est toujours en me disant "My God, si j'avais le cancer, puis que j'étais dans cette situation là, moi aussi, j'oublierai tous mes rendez-vous" [...] puis moi ça fait peut-être 1000 fois que je le dis, mais lui (le patient), c'est la première fois qu'il l'entend. Donc t'sais, pour moi, d'être toujours patient puis de prendre mon temps avec les patients puis de les rappeler, c'est important. » (Participant C)

Enfin, plusieurs évoquent la nécessité de faire le vide en dehors du travail, comme un geste volontaire de protection psychologique. La séparation entre les sphères professionnelle et personnelle devient ici une manière de reprendre le contrôle en se coupant du risque d'envahissement émotionnel :

« Écoute, moi je travaille au jour le jour [...] je dois faire le vide, complètement. Parce que je ne peux pas partir avec ce qui appartient à l'hôpital. Je dois te dire par contre qu'il y a des choses qui parfois ils m'envahissent et ça me dérange. » (Participant F)

4.1.5 Synthèse des manifestations observées

La figure 4 propose une synthèse des différentes manifestations de la résilience d'équipe observées. Elle met en évidence trois grands thèmes de deuxième ordre : la mobilisation collective dans l'action, les dynamiques relationnelles, et les mécanismes de régulation émotionnelle, chacun structuré autour de concepts de premier ordre issus de l'analyse.

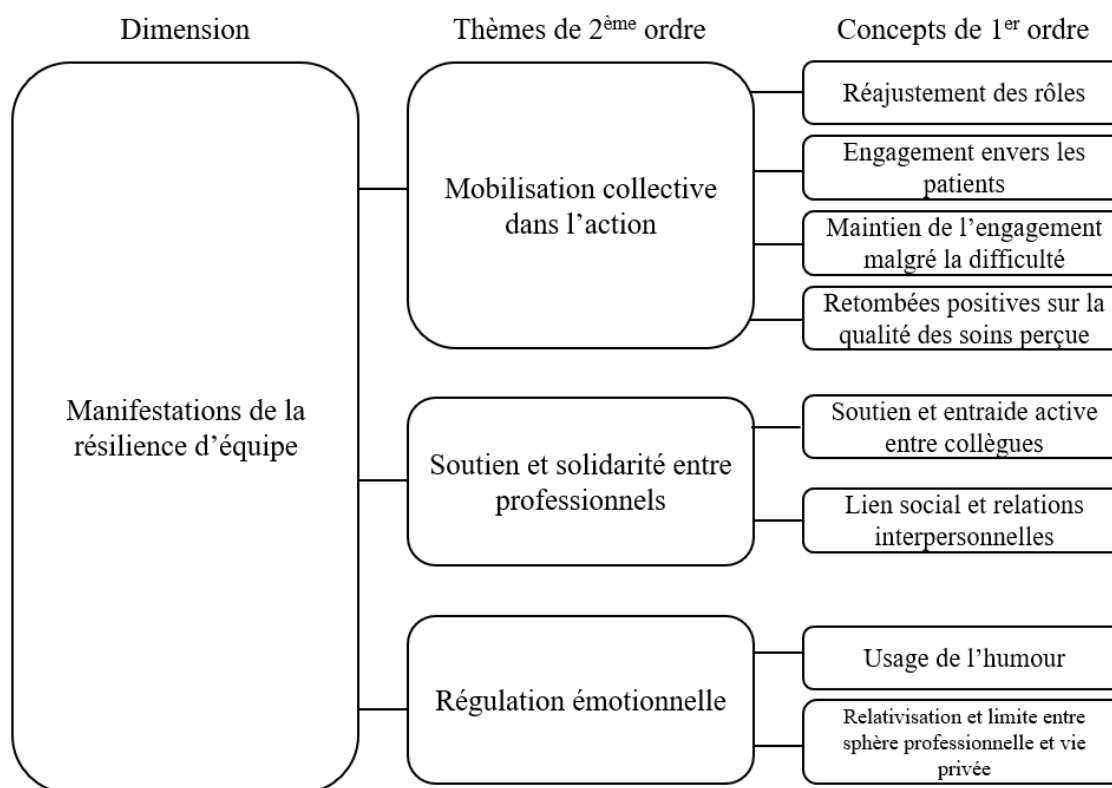


Figure 4 : Synthèse des manifestations observées de la résilience d'équipe

4.2 Leviers favorisant la résilience d'équipe

Au-delà des manifestations concrètes de la résilience observées dans l'action quotidienne, plusieurs facteurs apparaissent comme des ressources mobilisables qui viennent soutenir ou renforcer la capacité des équipes à faire face aux contraintes du milieu. Ces leviers partagent un même rôle fonctionnel car ils facilitent les ajustements collectifs. Certains relèvent de l'expérience accumulée par les professionnels ou de la qualité des liens tissés au fil du temps, tandis que d'autres sont directement liés à l'organisation du travail ou à la reconnaissance reçue de la part des différents acteurs du système. Trois grandes dimensions se dégagent de l'analyse de cette dimension : les ressources individuelles et collectives ancrées dans l'expérience, les formes de soutien managériales et l'environnement de travail, ainsi que les différentes formes de reconnaissance perçues.

4.2.1 Ressources individuelles et collectives ancrées dans l'expérience

4.2.1.1 Expérience professionnelle

L'expérience professionnelle constitue un levier important dans les dynamiques de résilience observées. Avec les années, les professionnels acquièrent non seulement des compétences techniques, mais aussi une forme de maturité relationnelle et émotionnelle qui leur permet de réagir avec plus de justesse dans certaines situations. En outre, les entrevues ont révélé que l'expérience n'est pas uniquement individuelle : elle se diffuse dans les équipes par l'entremise du partage informel de savoirs clés d'un côté, et par le partage d'astuces ou de repères professionnels de l'autre. Pour plusieurs participants, cette transmission renforce la capacité collective à faire face à l'adversité. Comme le souligne l'un d'entre eux :

« On a des gens qui ont comme beaucoup d'expériences ici. Et aussi l'expérience elle donne aussi beaucoup de connaissances. On peut se préparer beaucoup à ce type de défi, et de partager ça. Et je pense aussi que quand on a un doute, on sait pas trop quoi faire et on n'a pas peur de demander de l'aide entre nous. » (Participant A)

Cette capacité à demander conseil et à reconnaître ses limites est elle-même rendue possible par la culture d'équipe, axée sur l'apprentissage et l'excellence des soins prodigués aux patients. En ce sens, un autre participant met en lumière la richesse des apprentissages informels tout en soulignant que l'expérience des autres peut aussi servir de point d'ancrage personnel, notamment lorsqu'elle permet de relativiser ses propres difficultés :

« So, it's really... It's a very interesting profession because you learn, you know, it sounds a little bit cheesy, but you do learn from other people and other people's experience. And obviously, you know, you can also recognize your privilege for not being in a difficult situation that some other people are. » (Participant B)

À travers ces témoignages, l'expérience professionnelle est décrite comme une forme de capital humain partagé qui permet de faire face aux défis et épreuves du quotidien professionnel avec plus de sérénité. Elle constitue donc un socle solide de la résilience collective.

4.2.1.2 Clarté des rôles

La clarté des rôles apparaît comme une ressource importante pour soutenir la résilience au sein des équipes. Lorsqu'elle est présente, elle permet aux professionnels de poser des limites structurantes face aux demandes imprévues. Une définition précise des responsabilités favorise non seulement une meilleure répartition du travail, mais elle protège aussi les individus contre le risque d'épuisement et de conflits souvent associé à des attentes floues. Un participant illustre cette idée à travers une situation concrète, dans laquelle la maîtrise des langues l'expose à être sollicité au-delà de son rôle clinique :

« Je pense que c'est très important de connaître nos limites en tant que professionnel, de notre rôle, parce que [...] je fais mes interventions en différentes langues et ça m'est arrivé par exemple que si je fais une intervention en espagnol, de devoir établir ma limite parce que si je fais le travail, par exemple, de traducteur [...] après, ils vont penser que c'est mon rôle. » (Participant A)

Dans cet exemple, la frontière entre entraide ponctuelle et glissement de fonction peut devenir floue, ce qui peut générer une charge supplémentaire si elle n'est pas explicitement cadrée. En affirmant ses limites, le professionnel protège à la fois son équilibre personnel et la qualité de son intervention. En effet, c'est cette capacité à se situer clairement dans l'équipe, à savoir ce qui relève ou non de son champ d'action, qui peut renforcer la stabilité collective.

4.2.1.3 Cohésion d'équipe

La cohésion d'équipe constitue un levier clé dans la capacité des professionnels à faire face collectivement aux défis du quotidien. Elle se manifeste par exemple dans l'organisation du travail — via des mécanismes de soutien et d'entraide — mais aussi dans la culture de l'équipe axée sur l'imputabilité collective. Un participant décrit ainsi une dynamique collective fortement ancrée dans son milieu :

« Actuellement, en fait, c'est un des points forts de la clinique, c'est que... on travaille en équipe. [...] On est tous responsables de tous les patients, il n'y a pas un patient qui appartient à un intervenant, donc il y a quand même cet esprit d'équipe qu'on a, ce qui

est bien ! On est une petite équipe, on est en manque d'effectifs mais on est conscient de ça. » (Participant D)

La cohésion se renforce également par des gestes d'attention qui contribuent à maintenir un climat chaleureux. Ces rituels ou habitudes collectives consolident les liens entre collègues et participent à créer un environnement où chacun se sent reconnu et intégré :

« À Lakeshore il y a un gâteau pour chacun des employés à chaque fois que c'est sa fête. [...] J'ai des intolérances alimentaires, puis ils se sont forcés pour faire un gâteau végétarien. [...] Ça a l'air niais, mais juste de créer ces moments-là où est-ce qu'on est ensemble. » (Participant I)

4.2.2 Soutien managérial et environnement de travail

4.2.2.1 Soutien managérial

Le soutien managérial constitue également un levier majeur pour la résilience des équipes. Loin des interventions formelles, ce soutien se manifeste ici par une écoute active et une volonté de protéger les membres de l'équipe. Certains gestionnaires, perçus comme accessibles et bienveillants, jouent un rôle essentiel en ajustant les attentes ou en redistribuant certaines tâches pour alléger la pression :

« Heureusement, j'ai une coordo, gestionnaire qui est incroyable [...] t'sais on est vraiment proches là [...] elle me répète souvent "je veux pas te perdre donc si y a quelque chose dis-le moi". [...] Si jamais elle voit que c'est too much, elle va retirer des affaires. » (Participant G)

« If I'm completely overwhelmed, I can speak to my assistant head nurse and she'll look through my To Do List with me and will like, take half of it away. » (Participant J)

Dans ces témoignages, le soutien managérial permet une certaine qualité du lien hiérarchique qui, lorsqu'elle est présente, semble jouer un rôle protecteur direct face aux risques de désengagement.

4.2.2.2 Espace de travail restreint

Dans certains des contextes de travail observés, les contraintes d'aménagement physique deviennent paradoxalement des facteurs facilitant la résilience d'équipe. L'exiguïté du lieu, ainsi que la proximité entre les membres de l'équipe et les patients qui en découle, favorise les interactions et les liens informels, ce qui contribue à maintenir une dynamique de collaboration positive. À l'inverse d'environnements trop cloisonnés, les espaces ouverts restreints créent ici des occasions fréquentes de contact, propices à l'échange d'informations cliniques mais aussi à la consolidation du lien social. Une participante exprime cette réalité en soulignant l'effet positif de cette proximité :

« À Lakeshore il y a comme pas de place, mais ça crée une proximité parce que tu croises les gens. [...] Moi j'apprécie le fait que c'est petit. [...] Le fait que c'est petit à Lakeshore puis qu'il y a de la résilience fait qu'il y a aussi une acceptation d'être dans l'espace de l'autre. » (Participant I)

Cette proximité semble encourager une forme d'attention collective dans laquelle chacun apprend à cohabiter avec les autres pour bien vivre et travailler ensemble. Un autre participant insiste sur la richesse de ces échanges informels, rendus possibles par la proximité des bureaux, des salles et des collègues :

« Peut-être qu'on manquerait de ces petites conversations [...] si on n'était pas tous proches. [...] Je pense qu'il y a beaucoup de très belles discussions et des idées qui portent fruit juste à avoir ces petits échanges. » (Participant K)

Ainsi, la configuration d'espace restreinte de certains lieux de travail devient ici un élément central dans les mécanismes relationnel positifs déployés au sein du collectif de travail.

4.2.2.3 Pratiques collectives formelles

Au-delà des interactions spontanées, les équipes de soins mettent en place des espaces collectifs structurés qui jouent un rôle central dans le renforcement de la résilience collective. Ces pratiques, qu'elles soient professionnelles ou sociales, favorisent le

sentiment d'appartenance. Pour certains participants, la fréquence et la clarté des réunions cliniques représentent un levier important :

« Positivement, je pense que le fait de se rencontrer souvent, puis d'être clair par rapport aux attentes de tout un chacun [...] ça va améliorer la satisfaction des employés, peut-être qu'on va avoir une meilleure stabilité [...] Donc oui, la clarté, la transparence, [...] puis la fréquence des rencontres, ça peut, je pense, vraiment augmenter la résilience d'une équipe. » (Participant C)

D'autres soulignent l'importance d'activités collectives ritualisées qui, bien qu'extérieures aux soins, renforcent l'esprit d'équipe et offrent des moments de relâchement :

« Yeah, like one thing that we've started to do is we do a yearly dragon boat race to raise money for our clinic. And it... I mean, my God, we're so bad (rires). We lose all of our races, and I always have a tantrum halfway through one of the races because we don't practice for this and it's not like we're going to win a gold medal, you know? » (Participant J)

Ainsi, ces dispositifs formels et informels contribuent à créer un socle collectif sur lequel les équipes peuvent s'appuyer, surtout dans les périodes de tension. Ils offrent des occasions de se retrouver pour renforcer un sentiment de continuité malgré les défis du quotidien.

4.2.3 Reconnaissance

4.2.3.1 Reconnaissance de la part des patients

Les marques de reconnaissance exprimées par les patients et leurs proches jouent un rôle symbolique essentiel. En effet, elles offrent un retour sur l'impact du travail accompli. De nombreux participants ont ainsi souligné combien ces gestes de reconnaissance pouvaient toucher profondément les membres de l'équipe, en particulier lorsqu'ils proviennent de familles endeuillées :

« They cook for us. Like, they bring us food. They bring us so much chocolate. Which is amazing. I love chocolate. They write us notes, you know? If somebody passes away, often they'll write us a letter and the family will write us a letter and explain how much our

team meant to them [...]. The patients definitely contribute to our feeling of team resilience because they express in words like... I guess what our team has done for them. So it makes us stronger. » (Participant J)

Dans certains cas, la reconnaissance prend une forme encore plus inattendue, ce qui accentue sa portée émotionnelle :

« So a patient died, and I was doing their paperwork as their request [...]. The patient's wife sent me flowers and I was like 'your husband died and you sent me flowers'. That made me feel like kind of special. [...] That helps me keep going, you know, because it is hard, but knowing that the feedback from the patients really helps. » (Participant L)

Cette reconnaissance s'observe également dans des gestes concrets du quotidien, comme l'a illustré une scène observée dans une salle de repos :

Un grand gâteau était posé sur la table principale de la salle de repos, à l'attention du personnel soignant. Une préposée aux bénéficiaires expliquait qu'il arrivait fréquemment que des patients rapportent du chocolat ou des gâteaux pour remercier l'équipe. Elle précisait « qu'énormément de chocolat a été offert à Noël » et « qu'il en reste encore aujourd'hui », alors que nous étions à la mi-mars. (Observation)

Ces marques de gratitude viennent renforcer le sens du travail accompli et nourrissent (au sens figuré et parfois même au sens propre) un sentiment de fierté et de reconnaissance collective du travail accompli, ce qui entretient la résilience de l'équipe.

4.2.3.2 Reconnaissance de la part des collègues

Au sein des équipes interprofessionnelles, la reconnaissance entre collègues joue un rôle crucial dans le maintien de l'engagement et de la motivation. Cette reconnaissance ne passe pas uniquement par des gestes directs, mais peut se manifester de façon plus subtile, à travers des éléments visibles dans l'environnement de travail. Ainsi, lors d'une observation réalisée dans l'espace administratif, plusieurs messages manuscrits étaient affichés au-dessus du poste de travail commun. On pouvait y lire :

*« Good job team, believe »,
« Thank you »,*

« *You rock* ». (Observation)

Ces messages écrits à la main sur des pancartes colorées, adressés de manière collective au personnel soignant, exprimaient une intention de soutien entre les membres de l'équipe.

4.2.3.3 Reconnaissance de la part de la hiérarchie

La reconnaissance provenant des gestionnaires joue également un rôle important dans la dynamique de résilience des équipes. Lorsqu'elle est exprimée de manière explicite, elle renforce non seulement la motivation individuelle, mais aussi le sentiment d'être valorisé dans l'effort fourni. L'un des participants témoigne d'une reconnaissance récurrente de la part de sa hiérarchie :

« Mes gestionnaires me disent souvent que je suis victime de mon propre succès, qu'ils disent, du sens que je trouve toujours des solutions, puis je suis capable de faire des choses quand même assez waouh. » (Participant G)

4.2.4 Synthèse des leviers identifiés

La figure 5 présente une vue d'ensemble des leviers identifiés comme favorisant la résilience au sein des équipes interprofessionnelles. Trois thèmes de deuxième ordre s'en dégagent : les ressources individuelles et collectives ancrées dans l'expérience, le soutien managérial et environnement de travail, ainsi que les différentes formes de reconnaissance. Chacun regroupe des concepts de premier ordre illustrant la diversité des éléments qui soutiennent la résilience au quotidien.

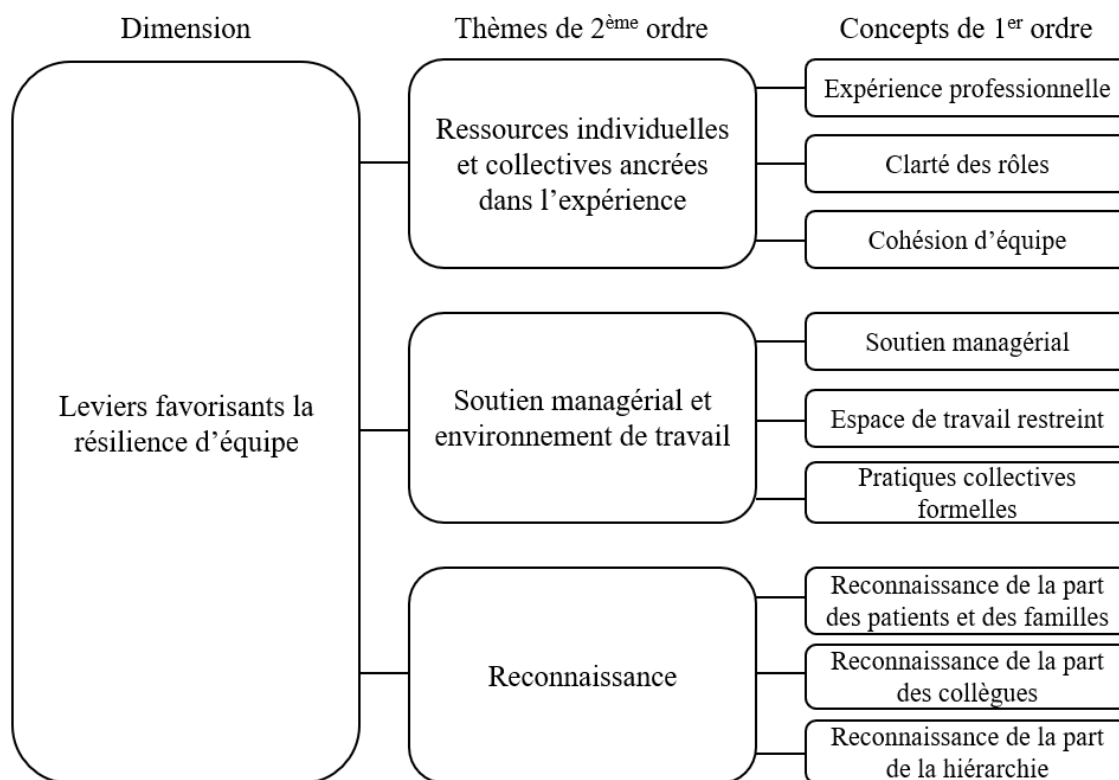


Figure 5 : Synthèse des leviers favorisant la résilience d'équipe

4.3 Facteurs inhibants la résilience d'équipe

Si certaines ressources contribuent à soutenir la résilience d'équipe, d'autres éléments viennent au contraire freiner son expression. Les données recueillies font apparaître quatre grands types d'obstacles : les contraintes structurelles et les limites organisationnelles, les flous et dysfonctionnements dans la coordination du travail, la fragilisation du lien professionnel et enfin le climat émotionnel et l'exposition à la violence. À travers ces différents freins et entraves, c'est la capacité même des équipes à se mobiliser collectivement qui se trouve mise à l'épreuve.

4.3.1 Contraintes structurelles et organisationnelles

4.3.1.1 Contraintes organisationnelles

Parmi les freins à la résilience d'équipe, les contraintes organisationnelles figurent au premier plan, en particulier lorsqu'elles génèrent un sentiment d'impuissance face à des décisions prises à des niveaux hiérarchiques supérieurs. Le manque de personnel et

l'insuffisance de ressources sont évoqués de manière récurrente et alimentent la frustration et la fatigue. L'une des participantes souligne l'effet de ces contraintes sur le quotidien de l'équipe :

« We keep being told, you know, 'there's no money for overtime', you know? And often we're short staffed so we have to put in overtime, even though we're not supposed to be. And that can be very frustrating as well. But again, like our manager makes it really clear, like that's not her decision. It's really higher up than her. » (Participant J)

D'autres évoquent l'absence de soutien structurel dédié aux équipes, malgré la lourdeur du contexte en oncologie :

« Des conditions de travail aussi qui sont défavorables, qu'il n'y ait pas d'aide en dehors du travail aussi, ou des programmes pour les employés, parce que on s'entend que les employés en oncologie en ont besoin. Et c'est rare là, t'sais, c'est rare dans un contexte budgétaire dans lequel on est là, d'avoir des initiatives pour les employés. On le fait souvent pour les patients, mais on ne fait pas pour les employés, donc c'est un petit peu ça. » (Participant G)

Ces propos traduisent un déséquilibre entre les attentes placées sur les équipes et les moyens concrets mis à leur disposition. En effet, l'absence de programmes pensés pour soutenir les professionnels eux-mêmes contribue à alourdir une charge déjà importante et fragilise leur capacité à faire face sur la durée.

4.3.1.2 Manque de temps et surcharge

La surcharge de travail et le manque de temps constituent des obstacles majeurs à la résilience des équipes soignantes, particulièrement dans un contexte aussi exigeant que la cancérologie. En effet, lorsque le rythme de travail devient trop soutenu, la capacité des professionnels à maintenir leur engagement s'en trouve directement affectée. Un participant évoque la difficulté à répondre à toutes les sollicitations, malgré la volonté de bien faire :

« I get frustrated because like many patients will call me with, you know, issues that all feel equally deserving of attention and support. But I physically, as one person, cannot

necessarily meet all those needs, and I don't think that's a negative impact of my work itself. » (Participant J)

Un autre participant décrit l'effet d'un enchaînement de journées sans répit sur sa capacité à se mobiliser :

« So I feel like when we're really busy and I don't even get a minute to go to the bathroom, then that's gonna affect my ability to come back tomorrow and be like 'OK, like, you know, let's do this all over again'. » (Participant E)

La surcharge au travail — et l'incapacité à prendre des pauses pendant le quart de travail — entrave la satisfaction des besoins fondamentaux des travailleurs (physiques, psychologiques et physiologiques), entraînant ainsi une forme d'usure pouvant compromettre la résilience individuelle et collective.

4.3.1.3 Manque d'outils disponibles

Un autre frein identifié à la résilience d'équipe concerne le manque de ressources matérielles adaptées et de consultations préalables dans les choix d'équipement. Un participant souligne le caractère répétitif et frustrant des dysfonctionnements matériels dans un environnement où l'efficacité est pourtant essentielle :

« Donc, t'sais il y a ça, y'a les nouvelles chaises aussi, des fois qui se brisent, donc tu sais, il y a aussi la gestion du matériel et gestion des soins, qui fait que tout ça en fait c'est une réalité de tous les jours qui cause un peu d'adrénaline, des défis. » (Participant D)

Le sentiment de ne pas être écouté malgré une expertise de terrain renforce une forme de découragement et alimente l'impression d'être déconnecté de certaines décisions :

« Donc nous on s'arrange, t'sais, c'est nous qui utilisons le matériel, mais on est les seuls à qui on ne demande pas l'opinion avant de l'avoir. » (Participant D)

4.3.1.4 Manque de reconnaissance et de soutien organisationnel

En plus du manque de ressources matérielles ou humaines, plusieurs propos font émerger un sentiment d'invisibilité institutionnelle. En effet, les efforts déployés au quotidien ne

semblent ni reconnus ni compris par les instances décisionnelles. Ce manque de reconnaissance à l'échelle organisationnelle agit comme un frein profond à l'engagement collectif et à la résilience d'équipe. Pour certains, c'est l'impression que les différents établissements du CIUSSS fonctionnent en silos, sans compréhension mutuelle ni reconnaissance des spécificités de chacun :

« Le CIUSSS, ça génère tellement de frustration. [...] Puis, au même titre qu'individuellement, il n'y a pas de reconnaissance de ce que tout un chacun fait dans le CIUSSS non plus. Chaque centre comprend pas ce que l'autre fait, on dirait. » (Participant C)

Ce décalage entre les réalités de terrain et les niveaux décisionnels alimente ce climat d'incompréhension. Un autre participant évoque une forme de distance symbolique entre les équipes cliniques et la hiérarchie, traduite par un manque de reconnaissance :

« I think sometimes, it's people not feeling supported or people feeling like, 'oh, management always leaves before we do', or you know, like they... I don't know if they really say like 'all you guys are doing great job'. » (Participant B)

4.3.2 Flous et dysfonctionnements dans la coordination du travail

4.3.2.1 Communication difficile

La résilience d'équipe repose en grande partie sur la qualité de la coordination entre les acteurs. Or, plusieurs témoignages font état de ruptures ou de flous dans la circulation de l'information, compromettant ainsi la fluidité du travail et pouvant mettre en péril la sécurité et la qualité des soins prodigués aux patients. Certains professionnels évoquent une communication insuffisante ou défailante entre les membres de l'équipe, pouvant entraîner des situations évitables :

« Et ça m'arrive [...] que je pense que je pourrais y aller, voir un patient le vendredi, et par exemple, le... le patient est décédé, parce que bon, j'étais pas in the loop. » (Participant A)

D'autres évoquent une distance au niveau de la communication avec les hautes instances de gestion, suggérant que la réalité du terrain reste mal perçue ou insuffisamment considérée par la hiérarchie :

« But like, I'm not sure that management always knows the reality of the front line. »
(Participant B)

4.3.2.2 Manque d'imputabilité

Alors que la clarté des rôles avait été identifiée comme un levier favorisant la résilience d'équipe — en offrant des repères stables — son absence, associée au manque d'imputabilité qui en découle, constitue à l'inverse un frein important à la cohésion et à l'efficacité du collectif. Plusieurs participants soulignent la confusion persistante autour des responsabilités de chacun :

« Puis négativement ben moi c'est plus... c'est pas la faute à personne là, mais... mais négativement c'est la... la confusion, la confusion des rôles dans notre équipe [...] ça clairement... c'est difficile. » (Participant C)

Ce flou concernant les responsabilités se traduit parfois par une superposition de fonctions ou une indétermination du poste occupé, ce qui peut nuire au sentiment de légitimité :

« J'ai pas encore un rôle assez défini et ça c'est mon plus gros défi, [...] j'ai plusieurs chapeaux [...] Et encore, à ce jour, t'sais les gens pensent... ils savent pas, ils viennent me voir et me disent "c'est quoi ton poste ?". Ils comprennent pas, ils me voient juste comme une personne ressource, autant les médecins qui sont en train de penser que je suis agent administratif t'sais, "peux-tu booker le rendez-vous ?", tu vois. » (Participant G)

Ces zones d'ombre nuisent à la bonne répartition des tâches et des missions, ce qui peut entraîner des enjeux d'équité, créer des conflits, et même sur le long terme créer un sentiment d'usure, de cynisme, ou de dévalorisation.

4.3.3 Fragilisation du lien professionnel

4.3.3.1 Pression du groupe et tensions eu sein des équipes

Si la solidarité est souvent décrite comme un pilier du fonctionnement dans les soins de santé et plus particulièrement en cancérologie, certains témoignages mettent en lumière une réalité plus sombre. La résilience d'équipe n'est pas toujours une évidence : elle peut être mise à mal par des conflits ou des logiques d'exclusion au sein du collectif de travail :

« L'adversité quand les médecins se mettent contre toi. L'adversité, quand les employés se mettent contre toi. L'adversité, quand tu as des situations personnelles qui impactent ton travail, ta profession, tout ça, on le vit à tous les jours... absolument. » (Participant H)

Dans ces situations, la souffrance est renforcée par l'isolement ressenti face à un groupe qui, au lieu de soutenir, peut aussi devenir une source de pression. Le phénomène de coalition négative, lorsqu'un ou plusieurs individus exercent un leadership nocif et sont à l'origine d'un mouvement d'exclusion, est notamment dénoncé :

« Donc c'est une vraie réalité, où est-ce que moi, j'ai souffert beaucoup fait qu'il y a eu des réunions qui se sont faites pour me retirer et ça a été vraiment là... ils se sont mis tous ensemble [...] mais t'sais, quand tu te rallies, quand il y a des leaders négatifs qui veulent rallier des gens sur cette unité, et ces gens-là sont encore présents sur l'unité et euh... ils ont fait une lettre, ils ont essayé de se rallier. » (Participant H)

Ces conflits nuisent à la cohésion et compromettent profondément le climat de confiance nécessaire à la résilience d'équipe.

4.3.3.2 Manque de sécurité psychologique

La résilience d'équipe repose, entre autres, sur la possibilité de s'exprimer librement sans craindre de répercussions. Or, plusieurs propos recueillis, dans certaines de unités de travail observées, montrent que cette sécurité psychologique est parfois fragilisée par un climat de méfiance, où la parole peut être perçue comme risquée :

« Si on rapporte une situation de manque de service, les gens sont déjà fragilisés, on sait pas comment l'équipe va réagir, on sait pas comment la gestionnaire va réagir [...] tu rentres dans le bureau de la gestionnaire, elle veut que tu nommes les gens [...] j'avais quand même une crainte, je me suis dit "à qui elle est allée parler ? Est-ce que les gens vont appréhender ma présence, parce qu'ils savent que j'ai reporté une situation ?" On contrôle pas la réaction des gens. » (Participant I)

Ce témoignage met en lumière la vulnérabilité perçue de celui qui prend la parole : même dans l'intention de contribuer à une amélioration, le fait de signaler un problème peut entraîner de l'appréhension quant aux conséquences sociales, tant au niveau hiérarchique que parmi les collègues. Le manque de sécurité psychologique devient alors un frein majeur à la mise en place d'une dynamique collective positive basée sur l'apprentissage et l'amélioration continue.

4.3.4 Climat émotionnel et exposition à la violence

4.3.4.1 Charge émotionnelle

La charge émotionnelle propre aux milieux de cancérologie constitue un facteur de fragilisation souvent évoqué par les professionnels de soins. L'exposition répétée à la maladie grave, aux rechutes et aux décès engendre une accumulation d'émotions difficiles à évacuer dans le quotidien des soignants ne disposant pas à ce jour de lieux ou d'espaces de paroles appropriés pour se déposer et aborder ces sujets, comme le souligne les propos suivants :

« Like, one thing I find very difficult about my job is that, you get to know patients really well and then you'll find out like, one day, that they passed away and it'll either be like expected or completely not expected. Like they might have had a medical emergency and I don't find... There's no time to grieve that. It's like 'oh, that's so sad'. But then I have to go answer my phone or I have to like... I find that is very difficult. » (Participant J).

Cette charge émotionnelle est d'autant plus marquante lorsque les soignants s'identifient personnellement à certains patients, ou même à leurs familles, en raison de leur âge ou de leur histoire. Cette proximité symbolique peut rendre l'expérience particulièrement éprouvante :

« When we get a very young patient with a very aggressive cancer, it's very hard for people, and people are dealing with it in different ways. [...] Often what happens in oncology is there will be a patient or two who either you see yourself in them or you see your child or you see your sister. And the way the group works is when somebody is feeling it very heavily on them, so they're emotionally affected, they'll take a step away and go and have a little cry in the treatment... in the... in the utility room or whatever, whatever it is. » (Participant E).

4.3.4.2 Violence

Les équipes en cancérologie ne sont pas seulement confrontées à la souffrance des patients : elles sont également exposées à diverses formes de violence, qu'elles soient symboliques, verbales ou physiques. Ces expériences compromettent directement le bien-être des soignants. Certains témoignages mettent en lumière la persistance du racisme dans les milieux de soins. Ce vécu, souvent passé sous silence, affecte profondément les professionnels concernés :

« J'ai aussi vécu du racisme. Oui, j'ai vécu beaucoup de choses, mon Dieu... Oui, oui, oui, tout le long toute ma carrière, je vis encore du racisme, oui. Ben on le vit [...] C'est malheureux mais c'est comme ça. C'est dans le système. [...] Il faut que ce soit guéri dans le système, on peut pas le guérir...il faut qu'on l'accepte, que ça existe et c'est difficile parce que c'est sûr que avec ma couleur de peau, c'est comme une chance pour moi d'avoir ce que j'ai là maintenant. » (Participant H)

Une observation réalisée sur le terrain renforce ce constat : un échange entre collègues faisant état d'une réflexion raciste de la part d'un patient envers une des infirmières, suscitant une réaction d'indignation parmi les membres de l'équipe :

Retour en salle de traitement. Le personnel soignant discute d'un événement négatif qui s'est passé la veille (réflexion raciste de la part d'un patient envers une des infirmières). Une soignante, en entendant ça : « Si j'étais là, ça ne serait pas passé de même ! » (Observation)

La violence verbale est également un phénomène très courant, notamment dans des contextes de détresse. Un participant relate l'attitude agressive d'un patient en colère :

« He's been diagnosed with an advanced metastatic cancer [...] and he's very, very angry. And as a result, people are almost intimidated going into his room because they're saying, like, 'I don't want to be yelled at anymore'. [...] Unless you were going to come in and say 'oh, by the way, I have the cure for cancer', then he wasn't going to be very happy with your presence. » (Participant B).

Plus grave encore, certaines situations basculent dans la violence physique. Un soignant rapporte avoir été agressé sans qu'aucune mesure de sécurité adéquate n'ait été mise en place :

« When I was attacked, I was physically attacked, a guy physically attacked me. Like he punched me in the face and called me a stupid idiot. [...] There was no security guard. [...] Nurses should be safe. [...] I had bruises on my face and I still went back to work. It was horrible. » (Participant L).

Ces récits révèlent un climat hostile où les soignants sont exposés à des formes de violence inacceptables, sans toujours bénéficier du soutien nécessaire. Ces agressions participent à la détérioration de leur capacité à tenir dans la durée.

4.3.5 Synthèse des facteurs inhibants la résilience d'équipe

La figure 6 présente les facteurs qui freinent la résilience des équipes interprofessionnelles. L'analyse a permis de faire émerger quatre thèmes de deuxième ordre : les contraintes structurelles et organisationnelles, les flous dans la coordination du travail, la fragilisation du lien professionnel, et le climat émotionnel difficile.

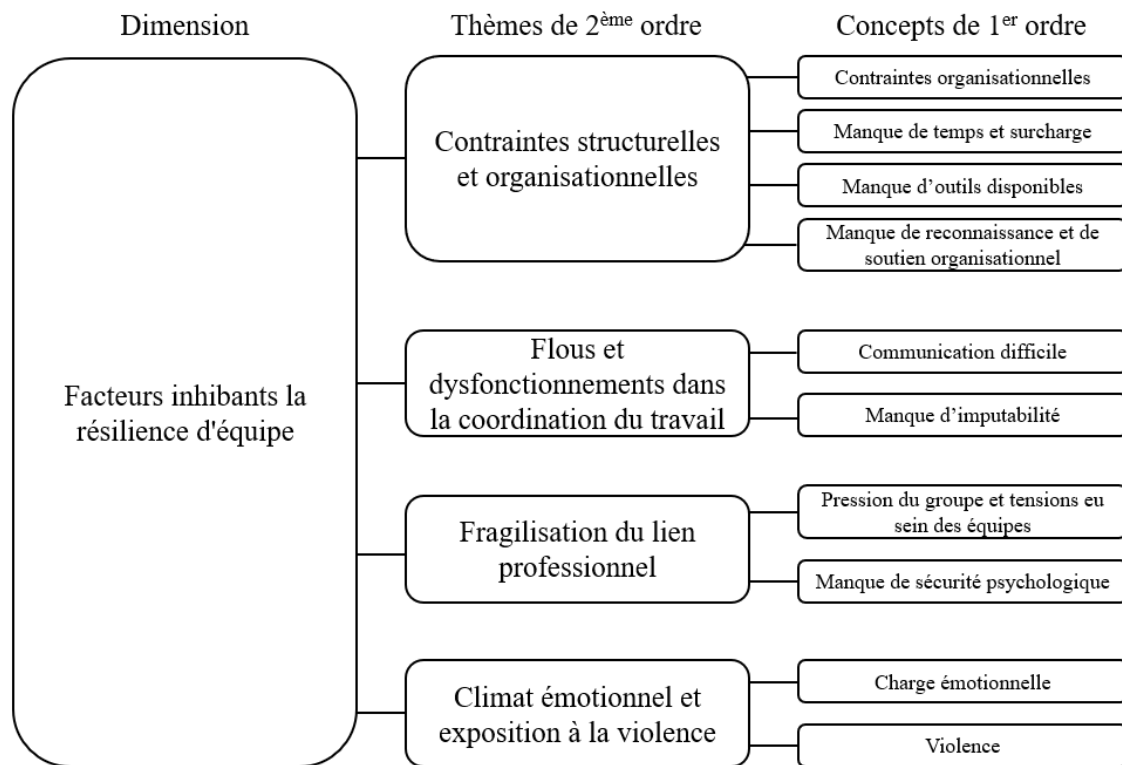


Figure 6 : Synthèse des facteurs inhibants la résilience d'équipe

Chapitre 5

Discussion des résultats

Le chapitre précédent a permis de mettre en lumière l'analyse des données issus des douze entrevues semi-dirigées et des observations de terrain menées au sein des équipes interprofessionnelles en oncologie dans les établissements du Lakeshore et de St Mary. Ce présent chapitre a pour objectif de mettre en perspective ces résultats à la lumière du cadre conceptuel mobilisé, le modèle IMOI (*Input–Mediator–Output–Input feedback*) tel que proposé par Hartwig et al. (2020), en y intégrant également les comportements de *minimizing*, *managing* et *mending*, qui correspondent respectivement à l'anticipation, la gestion en situation de perturbation, et la réparation post-événement. Ces concepts ont été initialement définis par Alliger et al. (2015) et repris dans le modèle d'Hartwig et al. (2020) afin de décrire les différentes étapes par lesquelles les équipes transitent dans la séquence temporelle caractérisant leur processus de résilience.

L'analyse des données révèle également des éléments empiriques qui ne s'inscrivent pas pleinement dans les catégories proposées par le modèle IMOI proposé par Hartwig et al. (2020), mettant en évidence des tensions et des réalités organisationnelles plus complexes. Ces résultats inattendus feront ainsi l'objet d'une section spécifique. En croisant cadre théorique et réalité du terrain, ce chapitre permet d'enrichir la conceptualisation de la résilience au sein des équipes interprofessionnelles en oncologie.

5.1 Mise en perspective des résultats avec le cadre conceptuel

5.1.1 Inputs : ressources initiales favorisant la résilience

Le modèle d'Hartwig et al. (2020) postule que les dynamiques de résilience collective s'enracinent dans un ensemble de ressources initiales mobilisables avant même l'apparition d'une perturbation. Dans les équipes observées, plusieurs de ces *inputs* se sont révélés déterminants pour comprendre leur capacité à faire face à l'adversité. Les résultats empiriques confirment et nuancent plusieurs des apports théoriques du cadre conceptuel.

En premier lieu, plusieurs éléments observés sur le terrain peuvent être rattachés à ce que Alliger et al. (2015) désignent comme des comportements de *minimizing*, c'est-à-dire des actions proactives visant à réduire l'impact potentiel d'un événement perturbateur avant qu'il ne survienne. L'expérience professionnelle accumulée au fil des années constitue à ce titre un levier important, offrant aux membres une capacité d'anticipation (Alliger et al., 2015; Attieh et al., 2024). De même, la clarté des rôles, en assurant une répartition précise des responsabilités, contribue à limiter les ambiguïtés susceptibles de freiner la coordination collective. Enfin, la cohésion préexistante au sein de certaines équipes renforce leur capacité à se mobiliser rapidement à l'approche d'une situation de tension. Cette cohésion d'équipe mérite une attention particulière : théoriquement, Hartwig et al. (2020) positionnent la cohésion comme un état émergent dans la phase *mediator*. Toutefois, les données empiriques recueillies suggèrent qu'elle agit aussi comme une ressource initiale, un *input* préexistant, et qui fait référence à un comportement *minimizing*. En effet, les professionnels témoignent d'un sentiment d'unité et d'appartenance antérieur aux situations de tension, qui semble faciliter leur engagement collectif. La cohésion apparaît ainsi comme une caractéristique importante du climat de travail, façonnée dans la continuité des interactions et qui peut s'intensifier avec le temps. Elle relève donc à la fois d'un facteur initial (*input*) et d'un état médiateur (*mediator*) selon sa temporalité et ses dynamiques de renforcement.

Le soutien managérial joue également un rôle structurant. Plusieurs participants soulignent la qualité d'écoute de leurs gestionnaires, leur disponibilité, ainsi que leur capacité à redistribuer les tâches en cas de surcharge. Ces éléments rappellent les bénéfices du leadership transformationnel identifiés par Koh et al. (2020). Ce soutien est renforcé par l'existence de pratiques collectives formelles, comme les réunions cliniques, qui permettent d'instaurer une régulation collective et de renforcer les liens. Dans le cadre de ce projet, certaines de ces pratiques ont été directement observées, en particulier les « *interdisciplinary meetings* » et les « *IPO meetings* ». Ces réunions offrent des opportunités d'expression et de partage d'expériences qui soutiennent la résilience d'équipe.

L'organisation spatiale des lieux de travail, parfois négligée dans les modèles théoriques, apparaît ici comme un facteur facilitant important. La proximité physique entre les

membres favorise les échanges informels, les ajustements spontanés et la circulation de l'information. À l'inverse, les structures trop étendues ou compartimentées semblent entraver la collaboration et créer une forme d'éloignement psychologique.

Enfin, la reconnaissance constitue un *input* essentiel, car elle renforce le sens au travail et agit comme un amortisseur face aux difficultés quotidiennes. Un aspect particulièrement marquant est la diversité des sources de reconnaissance : patients, collègues et gestionnaires contribuent chacun à leur manière à valoriser l'investissement des soignants. Lorsque les signaux de reconnaissances sont cohérents et convergents les uns avec les autres, ils génèrent une spirale positive dans laquelle les différentes sources de reconnaissances se renforcent mutuellement pour être un déterminant de santé psychologique et de résilience.

5.1.2 Mediators : manifestations de la résilience d'équipe en action

Dans le modèle IMOI proposé par Hartwig et al. (2020), les *mediators* désignent les dynamiques internes activées pendant une situation de crise. Dans le cadre de cette étude, ils renvoient plus spécifiquement aux manifestations concrètes de la résilience d'équipe en action, telles qu'observées au cœur même des épisodes de tension. Ces processus relèvent des comportements de type *managing* (Alliger et al., 2015; Hartwig et al., 2020), c'est-à-dire des ajustements collectifs déployés en temps réel pour maintenir le fonctionnement de l'équipe face à l'adversité.

Parmi ces manifestations, le réajustement des rôles émerge comme un mécanisme central : il s'agit de redistribuer les responsabilités, de compenser l'absence ou la surcharge d'un collègue, ou encore d'adapter les tâches en fonction des urgences du moment. Cette flexibilité s'appuie sur une confiance mutuelle et une connaissance fine des compétences de chacun. En parallèle, les comportements de soutien social, qu'ils soient logistiques, émotionnels ou informationnels, jouent un rôle fondamental dans la stabilité du collectif. L'entraide entre pairs contribue non seulement à alléger la pression individuelle, mais aussi à renforcer la capacité du groupe à tenir ensemble face aux perturbations.

5.1.3 Outputs : conséquences de la résilience d'équipe

Au sein du modèle d'Hartwig et al. (2020), les *outputs* désignent les résultats observables d'un processus collectif de résilience. Ils permettent d'évaluer la manière dont une équipe a su traverser une situation critique et quelles en ont été les retombées concrètes, tant en termes de performance que de fonctionnement collectif. Dans les équipes de soins en oncologie rencontrées, plusieurs indicateurs empiriques forts témoignent de cette résilience.

L'un des premiers signes tangibles réside dans la présence au travail malgré la difficulté. De nombreux participants évoquent le fait de revenir au travail le lendemain, même après des journées éprouvantes sur le plan émotionnel ou physique. Cette forme de persévérance illustre une capacité à encaisser sans rupture de fonctionnement, mais aussi à maintenir une mobilisation collective durable, essentielle dans un secteur comme la oncologie où les soins s'inscrivent dans la continuité. En effet, la continuité des soins apparaît comme un *output* central. À la différence d'un acte ponctuel, les traitements en oncologie nécessitent une séquence régulière et coordonnée d'interventions. Dans ce contexte, la capacité des équipes à éviter les bris de service, malgré les contraintes et les perturbations, est un indicateur puissant de leur résilience. Elle révèle leur aptitude à maintenir leur fonctionnement de base même en contexte d'adversité, tel que le suggèrent les travaux de Hartwig et al. (2020). Par ailleurs, cette persistance ne se traduit pas uniquement par une présence mécanique : elle est animée par un engagement professionnel fort envers les patients. Cet engagement éthique et relationnel est régulièrement mentionné par les soignants comme étant à la fois une source de motivation et un moteur d'endurance. Le sens donné au travail, et plus précisément à la relation de soin, agit ici comme une ressource de maintien qui alimente les comportements résilients.

Enfin, les résultats suggèrent que la résilience d'équipe peut produire des effets positifs perceptibles au-delà du seul collectif de travail, notamment en matière de qualité et de continuité des soins. Certains participants soulignent que, malgré les pressions organisationnelles et la charge émotionnelle, les efforts déployés en équipe se traduisent concrètement dans le vécu des patients. En effet, le maintien d'un climat de travail solidaire et engagé semble favoriser la continuité des soins et la fluidité des parcours. Cela

rejoint l'approche de Hartwig et al. (2020), pour qui les *outputs* ne se mesurent pas uniquement à travers des indicateurs de performance ou de stabilité, mais aussi à travers l'impact concret sur la finalité du travail accompli, à savoir le soin prodigué aux patients.

5.1.4 Feedback input : comportements de type *mending*

Le dernier élément du modèle d'Hartwig et al. (2020) souligne la présence d'une boucle de rétroaction, selon laquelle les événements perturbateurs et la manière dont ils sont gérés transforment durablement les ressources initiales des équipes. Ce mécanisme de rétroaction correspond aux comportements *mending* identifiés par Alliger et al. (2015), c'est-à-dire des actions entreprises après un événement critique. À ce titre, les résultats empiriques mettent en lumière deux trajectoires possibles : celle de l'enrichissement collectif par l'apprentissage, et celle de l'usure liée à l'accumulation de tensions non résolues.

D'une part, certaines équipes semblent s'être renforcées à la suite des épreuves rencontrées. Cela se manifeste par des signes de consolidation des liens interpersonnels, traduits par un renforcement de la cohésion et de la confiance mutuelle. Dans certains cas, les membres de l'équipe semblent développer un lien fort, marqué par une assurance partagée dans les compétences et l'engagement des autres. Cette dynamique témoigne de la construction progressive d'un climat de confiance, forgé collectivement par l'entremise des épreuves traversées ensemble. Ce renforcement est souvent soutenu par des pratiques collectives formelles, telles que les réunions d'équipe, qui peuvent servir d'espaces de partage d'expériences. Ces moments permettent de tirer des enseignements concrets pour ajuster les pratiques futures.

À l'inverse, certaines équipes présentent quant à elles des signes clairs d'épuisement et de fragilisation. Les rétroactions négatives prennent la forme d'une accumulation de fatigue émotionnelle, d'un désengagement progressif, voire d'un sentiment d'injustice organisationnelle. L'éloignement perçu des instances décisionnelles, notamment au sein du CIUSSS, est souvent décrit comme une source majeure de frustration. Ce sentiment reflète une distanciation psychologique, où l'organisation apparaît déconnectée des réalités du terrain, ce qui compromet le sentiment d'appartenance et entraîne la

démobilisation de certains soignants. À cela s'ajoutent la perte de sécurité psychologique ainsi que la multiplication des tensions internes. Lorsque ces rétroactions négatives ne sont pas régulées, elles risquent de créer une spirale descendante, minant peu à peu la capacité collective à faire face.

Ces deux dynamiques opposées confirment que la résilience d'équipe n'est pas un état figé puisqu'elle s'inscrit dans une trajectoire évolutive, faite de tensions et de régulations.

5.2 Écarts empiriques par rapport au modèle conceptuel

Un premier décalage entre le modèle d'Hartwig et al. (2020) et les données empiriques concerne la distinction opérée entre les catégories d'*inputs*, de *mediators* et d'*outputs*. Sur le terrain, plusieurs éléments apparaissent comme plus fluides, agissant simultanément à différents niveaux du processus de résilience d'équipe. C'est notamment le cas de certains comportements tels que l'humour ou la relativisation, initialement codés comme des manifestations de la résilience, mais qui participent aussi activement à la régulation émotionnelle du collectif, renforçant ainsi des états médiateurs comme la cohésion. Cette ambiguïté fonctionnelle invite à repenser la linéarité du modèle : les comportements ne sont pas uniquement des signes que la résilience est présente, ils peuvent aussi en être les catalyseurs. Autrement dit, ils témoignent d'un état résilient tout en contribuant à le nourrir.

Un deuxième écart théorique concerne la catégorisation des comportements *minimizing*, *managing* et *mending* dans le modèle d'Hartwig et al. (2020), toutes rassemblées sous la phase des *mediators* (à savoir les manifestations de la résilience d'équipe en action). Or, cette classification semble atténuer la distinction temporelle pourtant centrale dans la proposition initiale d'Alliger et al. (2015), selon laquelle ces comportements correspondent respectivement à des actions préventives, adaptatives et réparatrices. Les données empiriques suggèrent qu'il serait plus juste de les redistribuer selon la séquence temporelle qu'ils incarnent : les comportements *minimizing*, tel que la clarification des rôles, relèvent davantage des *inputs* car elle prépare l'équipe en amont de la perturbation

; les comportements *managing*, comme les comportements d'entraide entre pairs, s'observent en situation, lorsqu'il s'agit de s'ajuster collectivement en temps réel ; enfin, les comportements *mending*, comme les pratiques collectives formelles, apparaissent après la crise à travers des pratiques réflexives ou réparatrices, et trouvent donc davantage leur place dans la phase de *feedback input*. Cette relecture permet de mieux saisir la dynamique de la résilience d'équipe comme un processus évolutif qui s'inscrit dans une temporalité avant–pendant–après, plutôt que comme un état figé dans l'instant de la crise.

Un autre écart notable entre les apports du terrain et le modèle conceptuel concerne l'attention portée aux dynamiques inhibant la résilience. Alors que le modèle d'Hartwig et al. (2020) met principalement l'accent sur les facteurs facilitants (*inputs*), les processus adaptatifs (*mediators*) et les résultats (*outputs*), les données empiriques révèlent au contraire que la résilience d'équipe se construit aussi en tension avec des freins structurels et émotionnels. En effet, des éléments comme la surcharge de travail, le manque de reconnaissance de la part des instances organisationnelles, ou encore l'exposition à la violence ne sont pas de simples obstacles secondaires puisqu'ils conditionnent profondément la capacité des équipes à mobiliser leurs ressources.

Dans certains cas, ces contraintes donnent même lieu à des comportements collectifs clairement anti-résilients, tels que l'exclusion professionnelle ou la crainte de s'exprimer, qui freinent les fondements mêmes du fonctionnement collectif. Ce phénomène s'inscrit aussi dans une culture du soin marquée par l'idéalisation du dévouement. Comme l'a souligné Rubin (2009), les soignants sont souvent assimilés à des figures de « super-héros », porteurs d'un mythe de résilience inépuisable, qui les pousse à prioriser constamment le soin des autres au détriment de leurs propres besoins (Rubin, 2009). Plusieurs témoignages illustrent cette réalité, lorsque des professionnels disent ne pas avoir le temps d'aller à la salle de bain ou de prendre une pause. Si cet engagement sans relâche témoigne d'un sens élevé du devoir, il peut, sur le long terme, affaiblir la résilience collective.

Finalement, bien que la résilience individuelle joue indéniablement un rôle dans les dynamiques collectives, ce mémoire a volontairement centré son analyse sur la résilience d'équipe en tant que phénomène émergent des interactions interprofessionnelles. La

littérature et les recherches théoriques récentes reconnaissent l'influence potentielle de la résilience individuelle sur celle des équipes (Galy et al., 2023). Toutefois, les mécanismes précis par lesquels cette résilience individuelle s'articule ou se transforme en dynamique collective demeurent encore peu clarifiés.

5.3 Proposition d'un modèle intégrateur des résultats et de l'analyse

Afin de rendre compte de la complexité des dynamiques observées sur le terrain, un modèle intégrateur est proposé, inspiré du cadre IMOI proposé par Hartwig et al. (2020) mais enrichi par les résultats empiriques de cette présente recherche. La figure 7 ci-dessous vise à refléter plus fidèlement la réalité des équipes interprofessionnelles en contexte de soins en cancérologie, en articulant les différentes dimensions observées : les ressources initiales (*inputs*), les manifestations de la résilience d'équipe en action (*mediators*), les conséquences de la résilience d'équipe (*outputs*), ainsi que les rétroactions positives ou négatives qui influencent leur trajectoire dans le temps (*feedback input*). Contrairement au modèle initial, cette version intègre également les facteurs inhibants, éléments majeurs dans la compréhension du terrain. L'objectif est ainsi de représenter, de manière contextualisée, les manifestations de la résilience d'équipe ainsi que les conditions favorisant ou fragilisant la construction de cette résilience.

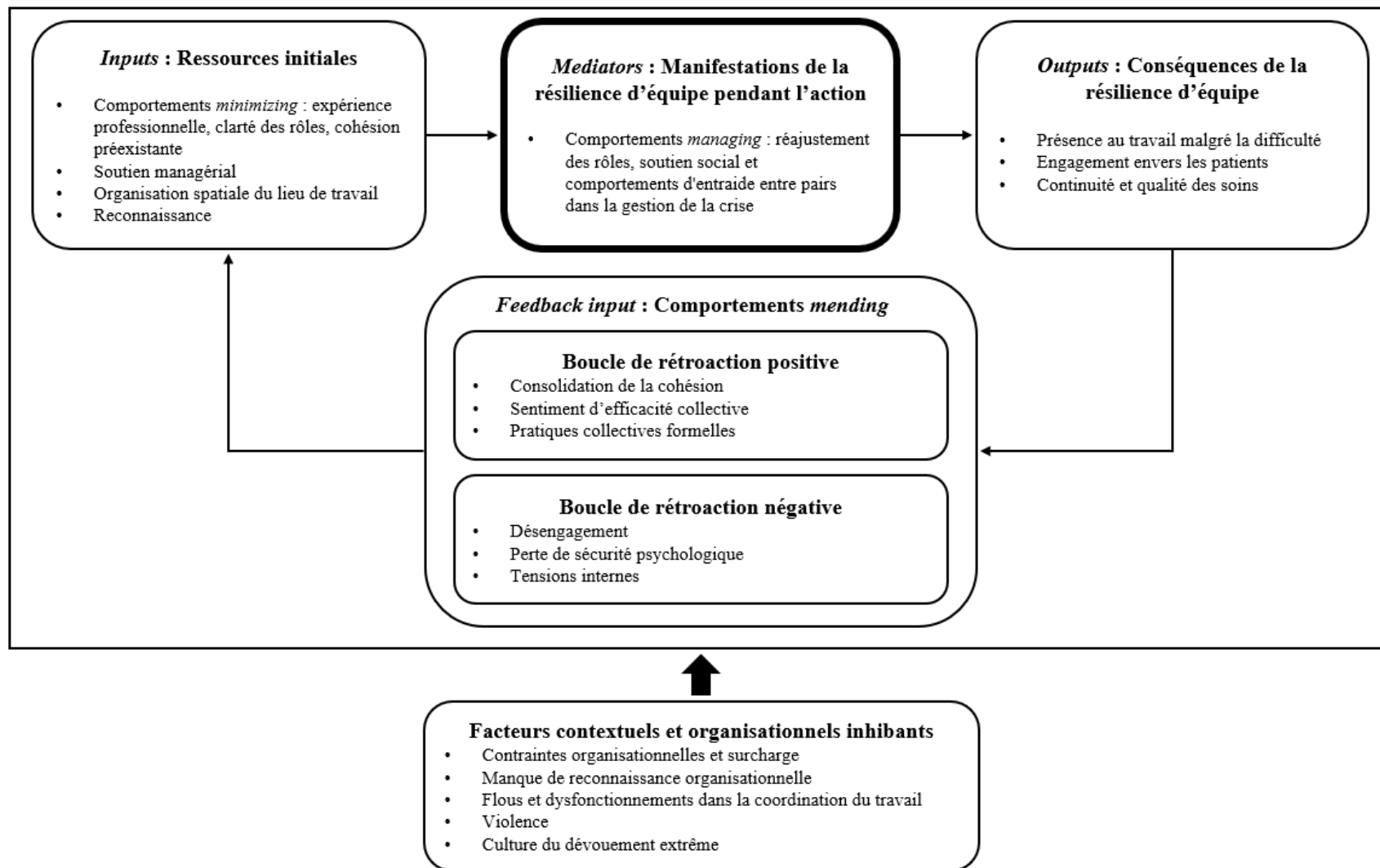


Figure 7 : Proposition d'un modèle intégrateur portant sur les manifestations de la résilience d'équipe en cancérologie

Conclusion

6.1 Principaux résultats de l'étude

Cette recherche s'est attachée à répondre à la question suivante : comment la résilience d'équipe se manifeste-t-elle, et quels sont les facteurs qui la facilitent ou l'inhibent, au sein des équipes interprofessionnelles en oncologie ? Pour y répondre, une analyse qualitative a été menée à partir de douze entrevues semi-dirigées et d'observations de terrain dans deux établissements hospitaliers.

L'analyse a permis de mettre en évidence que la résilience d'équipe se manifeste à travers des comportements de réajustement des rôles, ainsi que des comportements de soutien social et d'entraide entre pairs. Cette résilience repose sur des leviers variés, tels que l'expérience professionnelle partagée, la reconnaissance ou encore le soutien entre managérial, mais elle peut également être entravée par des tensions ou une surcharge au niveau du travail.

Par la suite, plusieurs dynamiques ont émergé de cette étude, traduisant la complexité des tensions qui traversent les équipes interprofessionnelles en oncologie. Par exemple, si le soutien managérial de proximité est largement salué par les participants, il contraste fortement avec une absence de reconnaissance à l'échelle institutionnelle. Plusieurs professionnels expriment un sentiment d'invisibilité ou de frustration à l'égard des niveaux décisionnels supérieurs du CIUSSS, perçus comme éloignés des réalités de terrain. Les décisions qui impactent directement l'organisation du travail semblent parfois prises « en tour d'ivoire », sans consultation des contraintes sur le terrain. Cette distance organisationnelle peut mener à une diminution du sentiment d'appartenance à l'institution sur le long terme.

De ce fait, les résultats mettent en évidence certains écarts entre les apports théoriques du modèle de Hartwig et al. (2020) et la réalité vécue sur le terrain. Si ce cadre a constitué un outil structurant pour l'analyse, les données empiriques soulignent l'importance d'en proposer une lecture flexible. Cette posture interprétative permet de mieux comprendre la

complexité des relations et du fonctionnement organisationnel propres au milieu de la cancérologie, tout en restant fidèle à ce que vivent concrètement les professionnels de soins sur le terrain.

6.2 Contributions théoriques et pratiques

Sur le plan théorique, cette recherche apporte un approfondissement du modèle conceptuel proposé par Hartwig et al. (2020), en venant enrichir la compréhension des dynamiques de résilience d'équipe à travers une approche qualitative. Alors que la littérature existante sur la résilience d'équipe repose majoritairement sur des études quantitatives, souvent centrées sur des corrélations, cette étude permet d'accéder au « comment » les équipes s'adaptent concrètement aux situations perturbatrices. Elle met en lumière l'articulation des processus, élément peu abordé jusqu'ici. De plus, les résultats révèlent des mécanismes hybrides, difficilement catégorisables dans un seul segment du modèle. Comme vu précédemment, des éléments, comme la cohésion par exemple, agissent à la fois comme manifestations de la résilience et comme leviers qui la favorisent. Cette contribution invite à repenser le modèle sous une forme plus flexible et dynamique, davantage en phase avec les réalités de terrain.

Sur le plan pratique, il est important de rappeler que cette étude s'inscrit dans un projet de recherche-action porté par le Pôle Santé HEC Montréal, qui vise à proposer un modèle intégrateur d'une démarche managériale participative afin d'accompagner les milieux de soins en cancérologie dans le développement de pratiques favorisant la résilience. De ce fait, les résultats de l'enquête qualitative ont permis de confirmer plusieurs pistes d'intervention directement issues des témoignages recueillis sur le terrain, qui viennent renforcer les orientations déjà envisagées dans le cadre du projet du Pôle Santé HEC Montréal. Parmi ces leviers, la mise en place d'espaces de parole réguliers, la promotion d'un leadership partagé, ainsi que l'accès à des formations axées sur les dimensions psychosociales du travail apparaissent comme des réponses adaptées aux besoins exprimés par les professionnels de soins. Ces éléments, déjà intégrés dans les pistes d'action du Pôle Santé HEC Montréal, se trouvent ainsi légitimés par les réalités observées sur le terrain. En parallèle, les résultats soulignent également un enjeu d'ordre structurel : plusieurs professionnels interrogés remettent en question l'organisation

actuelle du CIUSSS qui est fortement marquée par un fonctionnement en silos. Certains proposent que les unités de cancérologie soient structurées de manière plus autonome, afin de pouvoir s'ajuster aux spécificités de leur pratique clinique. Cette proposition ouvre la voie à une réflexion plus large sur la gouvernance des soins en contexte hospitalier, et sur les conditions organisationnelles nécessaires au développement d'équipes résilientes.

Finalement, l'analyse met en évidence une limite importante à l'activation du processus de *mending*, c'est-à-dire l'apprentissage à partir des bons et des mauvais coups après une crise. Dans les milieux observés, les équipes soignantes sont constamment sous pression en enchaînant les situations sans véritable temps d'arrêt. Ce rythme soutenu ne leur laisse que rarement l'espace nécessaire pour revenir sur les événements vécus afin d'en tirer des leçons. En l'absence de ces moments de recul, les apprentissages potentiels liés aux expériences passées risquent de rester inexploités. Cette contrainte temporelle ouvre une piste de réflexion théorique et pratique sur les conditions indispensables à la consolidation de la résilience d'équipe dans des environnements marqués par une urgence permanente.

6.3 Limites de la recherche

Dans un contexte de démarche qualitative, la portée des résultats repose sur un échantillon restreint. Dans cette étude, douze entrevues ont été réalisées auprès de professionnels exerçant dans deux établissements. Ce cadre limité a permis une exploration approfondie et nuancée de la résilience d'équipe, mais il implique également que certaines dynamiques ne permettent pas forcément de généraliser l'ensemble des résultats à d'autres contextes cliniques ou organisationnels.

Dans le même ordre d'idée, les données ayant été collectées exclusivement dans deux établissements montréalais, elles reflètent également des réalités organisationnelles et culturelles propres à ces contextes. Il demeure donc difficile d'extrapoler les résultats à d'autres régions, types d'établissement, ou secteurs de soins, sans prendre en compte les spécificités locales.

Un autre élément à prendre en compte concerne le biais de désirabilité sociale dans les discours. En effet, dans un contexte aussi normé que celui de la santé, il est possible que

certain participants aient mis en avant une image idéalisée de leur équipe. Par exemple, plusieurs ont évoqué une forte cohésion, alors même que d'autres passages de l'entretien faisaient état de conflits ou de tensions internes. Ce genre de contradiction laisse penser que certaines réponses peuvent être influencées, consciemment ou non, par une forme de pression sociale ou professionnelle.

Par ailleurs, l'absence de médecins oncologues dans l'échantillon constitue une limite importante. Bien qu'ils aient été contactés pour participer à l'étude, aucun n'a répondu favorablement à la sollicitation. Leur perspective aurait pourtant pu enrichir l'analyse, notamment en apportant un éclairage sur la coordination interprofessionnelle ou encore la prise de décision médicale dans un contexte de travail d'équipe. Cette absence restreint la diversité des points de vue recueillis et laisse de côté une composante essentielle du travail d'équipe en cancérologie.

Enfin, certaines limites sont également d'ordre théorique puisque l'articulation fine entre les différentes dimensions de la résilience d'équipe, notamment lorsque certains phénomènes se situent à la frontière entre plusieurs catégories du modèle de Hartwig et al. (2020), a parfois soulevé des zones d'ambiguïté. Ce constat suggère qu'un travail de clarification conceptuelle serait nécessaire pour affiner les outils d'analyse et mieux rendre compte de la complexité des dynamiques en jeu sur le terrain.

6.4 Pistes pour des recherches futures

À la lumière des résultats obtenus, plusieurs pistes de recherche méritent d'être explorées pour approfondir la compréhension de la résilience d'équipe en contexte de soins. D'une part, des études longitudinales permettraient de suivre, dans le temps, l'évolution des trajectoires de résilience au sein des équipes après un événement perturbateur. Cette approche offrirait un éclairage précieux sur les mécanismes de consolidation ou, à l'inverse, d'érosion de la résilience collective.

Il serait également pertinent de comparer les dynamiques observées en cancérologie à celles présentes dans d'autres services hospitaliers, notamment en psychiatrie ou dans les

unités pluridisciplinaires, afin de mieux saisir les spécificités des processus de résilience en fonction des contextes cliniques.

Enfin, une recherche future pourrait bénéficier de l'inclusion du point de vue des instances décisionnelles, notamment au niveau du CIUSSS. Cette perspective permettrait d'adopter une lecture globale des enjeux de gouvernance en intégrant les logiques démographiques qui influencent les pratiques organisationnelles. En effet, les caractéristiques des bassins de population desservis – plus âgée et plus dispersée au Lakeshore, plus concentrée et diversifiée à St Mary – semblent jouer un rôle dans les conditions de travail et les façons d'organiser les soins. Une telle analyse contribuerait à articuler davantage les dynamiques locales de résilience avec les réalités structurelles plus larges du réseau de la santé.

Bibliographie

- Akgün, A. E., & Keskin, H. (2014). Organisational resilience capacity and firm product innovativeness and performance. *International Journal of Production Research*, 52(23), 6918-6937. <https://doi.org/10.1080/00207543.2014.910624>
- Alliger, G. M., Cerasoli, C. P., Tannenbaum, S. I., & Vessey, W. B. (2015). Team resilience : How teams flourish under pressure. *Organizational Dynamics*, 44(3), 176-184. <https://doi.org/10.1016/j.orgdyn.2015.05.003>
- Ambrose, J. W., Layne, D. M., Nemeth, L. S., & Nichols, M. (2022). A systematic concept analysis of healthcare team resilience in times of pandemic disasters. *Nursing Forum*, 57(4), 671-680. <https://doi.org/10.1111/nuf.12723>
- Anaut, M. (2005). Le concept de résilience et ses applications cliniques: *Recherche en soins infirmiers*, N° 82(3), 4-11. <https://doi.org/10.3917/rsi.082.0004>
- Angrosino, M. (2007). *Doing Ethnographic and Observational Research*. SAGE Publications Ltd. <https://doi.org/10.4135/9781849208932>
- Arnaudeau, S., Nickum, M., Fouquereau, E., Chevalier, S., Gillet, N., Mokoukolo, R., Lejeune, J., Seizeur, R., Colombat, P., & Jeoffrion, C. (2024). The Participatory Approach in Healthcare Establishments as a Specific French Organizational Model at Hospital Department Level to Prevent Burnout among Caregivers : What Are the Perceptions of Its Implementation and Its Potential Contributions by These Caregivers? *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 21(7), 882. <https://doi.org/10.3390/ijerph21070882>
- Attieh, S., Kilpatrick, K., Chênevert, D., Pomey, M.-P., & Loiselle, C. (2024). Measuring Team Functioning During the COVID-19 Pandemic : Perspectives of Cancer Care Team Members. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, Volume 17, 2623-2633. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S448985>
- Banerjee, S., Lim, K. H. J., Murali, K., Kamposioras, K., Punie, K., Oing, C., O'Connor, M., Thorne, E., Devnani, B., Lambertini, M., Westphalen, C. B., Garrido, P., Amaral, T., Morgan, G., Haanen, J. B. A. G., & Hardy, C. (2021). The impact of COVID-19 on oncology professionals : Results of the ESMO Resilience Task

- Force survey collaboration. *ESMO Open*, 6(2), 100058. <https://doi.org/10.1016/j.esmoop.2021.100058>
- Barasa, E., Mbau, R., & Gilson, L. (2018). What Is Resilience and How Can It Be Nurtured? A Systematic Review of Empirical Literature on Organizational Resilience. *International Journal of Health Policy and Management*, 7(6), 491-503. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2018.06>
- Barton, M. A., & Sutcliffe, K. M. (2023). Enacting resilience : Adventure racing as a microcosm of resilience organizing. *Journal of Contingencies and Crisis Management*, 31(3), 560-574. <https://doi.org/10.1111/1468-5973.12459>
- Baxter Magolda, M. B. (2004). Evolution of a Constructivist Conceptualization of Epistemological Reflection. *Educational Psychologist*, 39(1), 31-42. https://doi.org/10.1207/s15326985ep3901_4
- Bégin, L., & Chabaud, D. (2010). La résilience des organisations. Le cas d’une entreprise familiale. *Revue française de gestion*, 36(200), 127-142. <https://doi.org/10.3166/rfg.200.127-142>
- Bilodeau, K., Dubois, S., & Pepin, J. (2015). La trajectoire de soins au sein d’équipes interprofessionnelles en oncologie : Perspectives de patients et de proches. *Canadian Oncology Nursing Journal*, 25(2), 23-29. <https://doi.org/10.5737/236880762512329>
- Boehmer, L., Nelson, K., Lucas, L., Townsend, L., Gardner, L., & Marino, M. (2022). National organization addresses multidisciplinary oncology team burnout and resiliency through multifaceted presidential theme education initiative. *Journal of Clinical Oncology*, 40(16_suppl), e23017-e23017. https://doi.org/10.1200/jco.2022.40.16_suppl.e23017
- Bossard, M., Lejeune, J., Coillot, H., Colombat, P., & Fouquereau, E. (2024). Oncologists’ psychological flourishing : A driving force for positive attitudes at work. *Psycho-Oncology*, 33(7), e6372. <https://doi.org/10.1002/pon.6372>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp0630a>

- Braun, V., & Clarke, V. (2024). Supporting best practice in reflexive thematic analysis reporting in *Palliative Medicine* : A review of published research and introduction to the *Reflexive Thematic Analysis Reporting Guidelines* (RTARG). *Palliative Medicine*, 38(6), 608-616. <https://doi.org/10.1177/02692163241234800>
- Buys, T., Casteleijn, D., Heyns, T., & Untiedt, H. (2022). A Reflexive Lens on Preparing and Conducting Semi-structured Interviews with Academic Colleagues. *Qualitative Health Research*, 32(13), 2030-2039. <https://doi.org/10.1177/10497323221130832>
- Cheek, C., Austin, E., Richardson, L., Testa, L., Ransolin, N., Francis-Auton, E., Safi, M., Murphy, M., De Los Santos, A., Vukasovic, M., & Clay-Williams, R. (2024). Non-Participant Observations in Experience-Based Codesign : An example using a Case Study Research approach to explore Emergency Department Care. *International Journal of Qualitative Methods*, 23, 16094069241289278. <https://doi.org/10.1177/16094069241289278>
- Chênevert, D., Brown, T. L., Pomey, M.-P., Benomar, N., Colombat, P., Fouquereau, E., & Loiselle, C. G. (2022). Investigating a Participatory Intervention in Multidisciplinary Cancer Care Teams Using an Integrative Organizational Model : A Study Protocol. *Frontiers in Psychology*, 13, 798863. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.798863>
- Conaghan, C., Daly, E., & Ryan, L. (2024). Reflexive thematic analysis of interviews with postprimary educators' experience and attitudes toward concussion. *Psychology in the Schools*, 61(9), 3714-3727. <https://doi.org/10.1002/pits.23257>
- Dahmani, A. (2021). La résilience du personnel soignant à l'épreuve de la pandémie de COVID-19 : Une étude dans un hôpital public en Tunisie. *Relations industrielles / Industrial Relations*, 76(2), 189-210. <https://doi.org/10.7202/1078504ar>
- DeBoer, R. J., Mutoniwase, E., Nguyen, C., Ho, A., Umutesi, G., Nkusi, E., Sebahungu, F., Van Loon, K., Shulman, L. N., & Shyirambere, C. (2021). Moral Distress and Resilience Associated with Cancer Care Priority Setting in a Resource-Limited Context. *The Oncologist*, 26(7), e1189-e1196. <https://doi.org/10.1002/onco.13818>

- DeJonckheere, M., & Vaughn, L. M. (2019). Semistructured interviewing in primary care research : A balance of relationship and rigour. *Family Medicine and Community Health*, 7(2), e000057. <https://doi.org/10.1136/fmch-2018-000057>
- DeWalt, K. M., & DeWalt, B. R. (2002). *Participant observation : A guide for fieldworkers*. Alta Mira Press.
- Dubois, C.-A., Borgès Da Silva, R., Lavoie-Tremblay, M., Lespérance, B., Bentein, K., Marchand, A., Soldera, S., Maheu, C., Grenier, S., & Fortin, M.-A. (2020). Developing and maintaining the resilience of interdisciplinary cancer care teams : An interventional study. *BMC Health Services Research*, 20(1), 1039. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05882-3>
- Easton, E. (2016). Experience of patient death and subsequent bereavement by members of the oncology team in the outpatient setting. *Journal of Clinical Oncology*, 34(26_suppl), 244-244. https://doi.org/10.1200/jco.2016.34.26_suppl.244
- Fischer, F. (2021). Response : Building Resilience Through Humor—Positive Impact on Stress Coping and Health : « Party in the Front ». *Advances in Medical Diagnosis, Treatment, and Care*, 68-76. <https://doi.org/10.4018/978-1-7998-4528-7.ch014>
- Fisher, D. M., Ragsdale, J. M., & Fisher, E. C. S. (2019). The Importance of Definitional and Temporal Issues in the Study of Resilience. *Applied Psychology*, 68(4), 583-620. <https://doi.org/10.1111/apps.12162>
- Fletcher, D., & Sarkar, M. (2013). Psychological Resilience : A Review and Critique of Definitions, Concepts, and Theory. *European Psychologist*, 18(1), 12-23. <https://doi.org/10.1027/1016-9040/a000124>
- Fondation québécoise du cancer. (2024). *Fondation québécoise du cancer, 2023*. <https://cancerquebec.ca/information-sur-le-cancer/le-cancer/statistiques/>
- Galy, A., Chênevert, D., Fouquereau, E., & Groulx, P. (2023). Toward a new conceptualization of resilience at work as a meta-construct? *Frontiers in Psychology*, 14, 1211538. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1211538>
- Gillman, L. G., BAppSc, J. A., Watts, R., Kovac, R., Rn, A. K., Rn, C. B., Rn, N. P., Rn, C. D., PgCertVetConsMed, A. P., & Lis, G. (2015). *Strategies to promote coping and resilience in oncology and palliative care nurses caring for adult patients with malignancy : A systematic review*.

- Graetz, D. E., Sniderman, E., Villegas, C. A., Kaye, E. C., Ragab, I., Laptsevich, A., Maliti, B., Naidu, G., Huang, H., Gassant, P. Y., Nunes Silva, L., Arce, D., Montoya Vasquez, J., Arora, R. S., Alcasabas, A. P., Rusmawatinings, D., Raza, M. R., Velasco, P., Kambugu, J., ... for the COVIMPACT Study Group. (2022). Resilient health care in global pediatric oncology during the COVID-19 pandemic. *Cancer*, 128(4), 797-807. <https://doi.org/10.1002/cncr.34007>
- Gucciardi, D. F., Crane, M., Ntoumanis, N., Parker, S. K., Thøgersen-Ntoumani, C., Ducker, K. J., Peeling, P., Chapman, M. T., Quested, E., & Temby, P. (2018). The emergence of team resilience : A multilevel conceptual model of facilitating factors. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 91(4), 729-768. <https://doi.org/10.1111/joop.12237>
- Hartmann, S., Weiss, M., Newman, A., & Hoegl, M. (2020). Resilience in the Workplace : A Multilevel Review and Synthesis. *Applied Psychology*, 69(3), 913-959. <https://doi.org/10.1111/apps.12191>
- Hartwig, A., Clarke, S., Johnson, S., & Willis, S. (2020). Workplace team resilience : A systematic review and conceptual development. *Organizational Psychology Review*, 10(3-4), 169-200. <https://doi.org/10.1177/2041386620919476>
- Hobfoll, S. E. (1989). Conservation of resources : A new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist*, 44(3), 513-524. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.44.3.513>
- Hwang, S. (2008). Utilizing Qualitative Data Analysis Software : A Review of Atlas.ti. *Social Science Computer Review*, 26(4), 519-527. <https://doi.org/10.1177/0894439307312485>
- Ilgen, D. R., Hollenbeck, J. R., Johnson, M., & Jundt, D. (2005). Teams in Organizations : From Input-Process-Output Models to IMOI Models. *Annual Review of Psychology*, 56(1), 517-543. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.56.091103.070250>
- Ionescu, S. (2016). *Résilience : Ressemblances dans la diversité*. Odile Jacob. <https://doi.org/10.3917/oj.iones.2016.01>

- King, E., Branicki, L., Norbury, K., & Badham, R. (2024). Navigating team resilience : A video observation of an elite yacht racing crew. *Applied Psychology*, 73(1), 240-266. <https://doi.org/10.1111/apps.12474>
- Klein, K. J., & Kozlowski, S. W. J. (2000). *Multilevel theory, research, and methods in organizations : Foundations, extensions, and new directions*. Jossey-Bass/Wiley.
- Koh, M. Y. H., Hum, A. Y. M., Khoo, H. S., Ho, A. H. Y., Chong, P. H., Ong, W. Y., Ong, J., Neo, P. S. H., & Yong, W. C. (2020). Burnout and Resilience After a Decade in Palliative Care : What Survivors Have to Teach Us. A Qualitative Study of Palliative Care Clinicians With More Than 10 Years of Experience. *Journal of Pain and Symptom Management*, 59(1), 105-115. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2019.08.008>
- Lengnick-Hall, C. A., Beck, T. E., & Lengnick-Hall, M. L. (2011). Developing a capacity for organizational resilience through strategic human resource management. *Human Resource Management Review*, 21(3), 243-255. <https://doi.org/10.1016/j.hrmr.2010.07.001>
- Lim, K. H. J., Kamposioras, K., Élez, E., Haanen, J. B. A. G., Hardy, C., Murali, K., O'Connor, M., Oing, C., Punie, K., De Azambuja, E., Blay, J. Y., & Banerjee, S. (2024). ESMO Resilience Task Force recommendations to manage psychosocial risks, optimise well-being, and reduce burnout in oncology. *ESMO Open*, 9(10), 103634. <https://doi.org/10.1016/j.esmoop.2024.103634>
- Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The Construct of Resilience : A Critical Evaluation and Guidelines for Future Work. *Child Development*, 71(3), 543-562. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00164>
- Machavoine, J.-L. (2015). L'épuisement professionnel des médecins et des soignants en cancérologie : Approche psychodynamique et institutionnelle. *Psycho-Oncologie*, 9(1), 9-13. <https://doi.org/10.1007/s11839-015-0497-3>
- Mann, C., & Stewart, F. (2009). *Internet communication and qualitative research : A handbook for researching online* (Repr). SAGE Publ.
- Martin-Krumm, C., Jimenez, A., & Trousselard, M. (2023). Psychologie positive et protection/développement des ressources au service des forces armées: *Revue*

- Défense Nationale*, N° *Hors-série*(HS4), 145-156.
<https://doi.org/10.3917/rdna.hs10.0145>
- Masten, A. S., Best, K. M., & Garmezy, N. (1990). Resilience and development : Contributions from the study of children who overcome adversity. *Development and Psychopathology*, 2(4), 425-444.
<https://doi.org/10.1017/S0954579400005812>
- Mastroianni, B., Assad, S., Avrillon, V., Barbat, J., & Chvetzoff, G. (2022). Mieux soigner les patients atteints de cancer et de Covid-19 en pandémie et au quotidien. *La Revue de l'Infirmière*, 71(285), 48-50.
<https://doi.org/10.1016/j.revinf.2022.11.014>
- Mayet, S., Mayet, A., & Ahmed, Y. (2024). How healthcare team build Resilience to Stress. *International Annals of Health Sciences*, 1(1).
<https://doi.org/10.69491/wrfb2h74>
- Morenon, O., Anaut, M., & Michallet, B. (2017). Les caractéristiques des tuteurs de résilience des étudiants en soins infirmiers vulnérabilisés: *Recherche en soins infirmiers*, N° 130(3), 77-94. <https://doi.org/10.3917/rsi.130.0077>
- Morgan, P. B. C., Fletcher, D., & Sarkar, M. (2013). Defining and characterizing team resilience in elite sport. *Psychology of Sport and Exercise*, 14(4), 549-559.
<https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2013.01.004>
- Moug, P. (2007). Non-participative Observation in Political Research : The 'Poor' Relation? *Politics*, 27(2), 108-114. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9256.2007.00286.x>
- Murali, K., Makker, V., Lynch, J., & Banerjee, S. (2018). From Burnout to Resilience : An Update for Oncologists. *American Society of Clinical Oncology Educational Book*, 38, 862-872. https://doi.org/10.1200/EDBK_201023
- Raetze, S., Duchek, S., Maynard, M. T., & Kirkman, B. L. (2021). Resilience in Organizations : An Integrative Multilevel Review and Editorial Introduction. *Group & Organization Management*, 46(4), 607-656.
<https://doi.org/10.1177/10596011211032129>
- Ravindran, V. (2019). Data analysis in qualitative research. *Indian Journal of Continuing Nursing Education*, 20(1), 40. https://doi.org/10.4103/IJCN.IJCN_1_19

- Richardson, G. E. (2002). The metatheory of resilience and resiliency. *Journal of Clinical Psychology*, 58(3), 307-321. <https://doi.org/10.1002/jclp.10020>
- Rubin, L. C. (2009). The Psychology of Superheroes : An Unauthorized Exploration. *The Journal of Popular Culture*, 42(2), 389-390. https://doi.org/10.1111/j.1540-5931.2009.00684_15.x
- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57(3), 316-331. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1987.tb03541.x>
- Savaş, B. B., Märtens, B., Cramer, H., Voiss, P., Longolius, J., Weiser, A., Ziert, Y., Christiansen, H., & Steinmann, D. (2022). Effects of an Interdisciplinary Integrative Oncology Group-Based Program to Strengthen Resilience and Improve Quality of Life in Cancer Patients : Results of a Prospective Longitudinal Single-Center Study. *Integrative Cancer Therapies*, 21, 153473542210817. <https://doi.org/10.1177/15347354221081770>
- Savoie-Zajc, L. (2021). L’entrevue semi-dirigée. In I. Bourgeois (Éd.), *Recherche sociale : De la problématique à la collecte des données* (7e édition, p. 273-296). Presses de l’Université du Québec.
- Seers, K. (2012). Qualitative data analysis. *Evidence Based Nursing*, 15(1), 2-2. <https://doi.org/10.1136/ebnurs.2011.100352>
- Sisk, B. A., Dobrozsi, S., & Mack, J. W. (2020). Teamwork in prognostic communication : Addressing bottlenecks and barriers. *Pediatric Blood & Cancer*, 67(5). <https://doi.org/10.1002/pbc.28192>
- Slater, P. J., & Edwards, R. M. (2018). Needs analysis and development of a staff well-being program in a pediatric oncology, hematology, and palliative care services group. *Journal of Healthcare Leadership*, Volume 10, 55-65. <https://doi.org/10.2147/JHL.S172665>
- Slater, P. J., Edwards, R. M., & Badat, A. (2018). Evaluation of a staff well-being program in a pediatric oncology, hematology, and palliative care services group. *Journal of Healthcare Leadership*, Volume 10, 67-85. <https://doi.org/10.2147/JHL.S176848>

- Stoverink, A. C., Kirkman, B. L., Mistry, S., & Rosen, B. (2020). Bouncing Back Together : Toward a Theoretical Model of Work Team Resilience. *Academy of Management Review*, 45(2), 395-422. <https://doi.org/10.5465/amr.2017.0005>
- Sutcliffe, K. M., & Vogus, T. J. (2003). Organizing for resilience. *Positive organizational scholarship: foundations of a new discipline*, eds. K. S. Cameron, J. E. Dutton and R. E. Quinn (Broadway: Berrett-Koehler).
- Thomas, D. R. (2006). A General Inductive Approach for Analyzing Qualitative Evaluation Data. *American Journal of Evaluation*, 27(2), 237-246. <https://doi.org/10.1177/1098214005283748>
- Tremblay, D., Beaupère, S., Biaudet, J., Castel, P., Fervers, B., Galvez, C., Sontag, P., Usher, S., & Wilhelmy, C. (2023). Resilience at Work among Healthcare Professionals in Oncology during and beyond the Pandemic : Report from A Deliberative Multi-Stakeholder Reflexive Symposium. *Current Oncology*, 30(7), 6986-6995. <https://doi.org/10.3390/curroncol30070506>
- Tremblay, D., Berbiche, D., Roy, M., Prady, C., Durand, M.-J., Landry, M., & Lessard, S. (2024). Bouncing Beyond Adversity in Oncology : An Exploratory Study of the Association Between Professional Team Resilience at Work and Work-Related Sense of Coherence. *Current Oncology*, 31(11), 7287-7300. <https://doi.org/10.3390/curroncol31110537>
- Tremblay, D., Touati, N., Kilpatrick, K., Durand, M.-J., Turcotte, A., Prady, C., Poder, T. G., Richard, P. O., Soldera, S., Berbiche, D., Gagnéux, M., Roy, M., Laflamme, B., Lessard, S., Landry, M., & Giordano, É. (2022). Building resilience in oncology teams : Protocol for a realist evaluation of multiple cases. *PLOS ONE*, 17(5), e0268393. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0268393>
- Turner, J., Kelly, B., & Girgis, A. (2011). Supporting oncology health professionals : A review. *Psycho-Oncologie*, 5(2), 77-82. <https://doi.org/10.1007/s11839-011-0320-8>
- Verhoeven, D. C., Chollette, V., Lazzara, E. H., Shuffler, M. L., Osarogiagbon, R. U., & Weaver, S. J. (2021). The Anatomy and Physiology of Teaming in Cancer Care Delivery : A Conceptual Framework. *JNCI: Journal of the National Cancer Institute*, 113(4), 360-370. <https://doi.org/10.1093/jnci/djaa166>

- Werner, E. E. (1996). Vulnerable but invincible : High risk children from birth to adulthood. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 5(S1), 47-51.
<https://doi.org/10.1007/BF00538544>
- Williams, T. A., Gruber, D. A., Sutcliffe, K. M., Shepherd, D. A., & Zhao, E. Y. (2017). Organizational Response to Adversity : Fusing Crisis Management and Resilience Research Streams. *Academy of Management Annals*, 11(2), 733-769.
<https://doi.org/10.5465/annals.2015.0134>

Annexes

Annexe 1 : Approbation éthique du projet



Comité d'éthique de la recherche

Le 22 avril 2021

À l'attention de :
Denis Chênevert
HEC Montréal

Objet : Approbation éthique de votre projet de recherche

Projet : 2021-3979

Titre du projet de recherche : le rôle de la résilience d'équipe dans le lien entre l'implantation d'une démarche managériale participative, la santé au travail ainsi que leurs conséquences sur les résultats organisationnels

Source de financement : CRSH - CCS : R2570

Votre projet de recherche a fait l'objet d'une évaluation en matière d'éthique de la recherche avec des êtres humains par le CER de HEC Montréal.

Un certificat d'approbation éthique qui atteste de la conformité de votre projet de recherche à la *Politique relative à l'éthique de la recherche avec des êtres humains* de HEC Montréal est émis en date du 22 avril 2021. Prenez note que ce certificat est **valable jusqu'au 01 avril 2022**.

Dans le contexte actuel de la pandémie de COVID-19, vous devez vous assurer de respecter les directives émises par le gouvernement du Québec, le gouvernement du Canada et celles de HEC Montréal en vigueur durant l'état d'urgence sanitaire.

Vous devrez obtenir le renouvellement de votre approbation éthique avant l'expiration de ce certificat à l'aide du formulaire *F7 - Renouvellement annuel*. Un rappel automatique vous sera envoyé par courriel quelques semaines avant l'échéance de votre certificat.

Si des modifications sont apportées à votre projet avant l'échéance du certificat, vous devrez remplir le formulaire *F8 - Modification de projet* et obtenir l'approbation du CER avant de mettre en œuvre ces modifications. Si votre projet est terminé avant l'échéance du certificat, vous devrez remplir le formulaire *F9 - Fin de projet ou F9a - Fin de projet étudiant*, selon le cas.

Notez qu'en vertu de la *Politique relative à l'éthique de la recherche avec des êtres humains* de HEC Montréal, il est de la responsabilité des chercheurs d'assurer que leurs projets de recherche conservent une approbation éthique pour toute la durée des travaux de recherche et d'informer le CER de la fin de ceux-ci. De plus, toutes modifications significatives du projet doivent être transmises au CER avant leurs applications.

Vous pouvez dès maintenant procéder à la collecte de données pour laquelle vous avez obtenu ce certificat.

Nous vous souhaitons bon succès dans la réalisation de votre recherche.

Le CER de HEC Montréal

CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE

La présente atteste que le projet de recherche décrit ci-dessous a fait l'objet d'une évaluation en matière d'éthique de la recherche avec des êtres humains et qu'il satisfait aux exigences de notre politique en cette matière.

Projet # : 2021-3979

Titre du projet de recherche : le rôle de la résilience d'équipe dans le lien entre l'implantation d'une démarche managériale participative, la santé au travail ainsi que leurs conséquences sur les résultats organisationnels

Chercheur principal :

Denis Chênevert, Professeur titulaire
Département de gestion des ressources humaines, HEC Montréal

Cochercheurs :

Ariane-Hélène Fortin; Nadia Benomar; Carmen Loisele; Marie-Pascale Pomey; Marie-Claude Tremblay

Date d'approbation du projet : 22 avril 2021

Date d'entrée en vigueur du certificat : 22 avril 2021

Date d'échéance du certificat : 01 avril 2022



Maurice Lemelin
Président
CER de HEC Montréal

Annexe 2 : Renouvellement de l'approbation éthique du projet



Comité d'éthique de la recherche

Le 09 avril 2025

À l'attention de : Denis Chênevert, Professeur titulaire, HEC Montréal

Projet # 2021-3979

Titre : le rôle de la résilience d'équipe dans le lien entre l'implantation d'une démarche managériale participative, la santé au travail ainsi que leurs conséquences sur les résultats organisationnels

Source de financement : CRSH (R2570)

Bonjour Denis Chênevert,

Pour donner suite à votre demande de renouvellement, le certificat d'approbation éthique pour le présent projet a été renouvelé en date du 09 avril 2025. **Ce certificat est valide jusqu'au 01 avril 2026.**

Vous devez donc, avant cette date, obtenir le renouvellement de votre approbation éthique à l'aide du formulaire *F7 - Renouvellement annuel*. Un rappel automatique vous sera envoyé par courriel quelques semaines avant l'échéance de votre certificat.

Si des modifications sont apportées à votre projet, vous devrez remplir le formulaire *F8 - Modification de projet* et obtenir l'approbation du CER avant de mettre en œuvre ces modifications.

Prenez également note que tout nouveau membre de votre équipe de recherche devra signer le formulaire d'engagement de confidentialité et que celui-ci devra nous être transmis lors de votre demande de renouvellement.

Lorsque votre projet est terminé, vous devrez remplir le formulaire *F9 - Fin de projet (ou F9a - Fin de projet étudiant sous l'égide d'un autre chercheur)*, selon le cas. **Les étudiants doivent remplir un formulaire F9 afin de recevoir l'attestation d'approbation éthique nécessaire au dépôt de leur thèse/mémoire/projet supervisé.**

Nous vous souhaitons bon succès dans la poursuite de votre recherche.

Cordialement,

Le CER de HEC Montréal

RENOUVELLEMENT DE L'APPROBATION ÉTHIQUE

La présente atteste que le projet de recherche décrit ci-dessous a fait l'objet d'une évaluation en matière d'éthique de la recherche avec des êtres humains et qu'il satisfait aux exigences de notre politique en cette matière.

Projet # : 2021-3979

Titre du projet de recherche : le rôle de la résilience d'équipe dans le lien entre l'implantation d'une démarche managériale participative, la santé au travail ainsi que leurs conséquences sur les résultats organisationnels

Chercheur principal : Denis Chênevert Professeur titulaire, Département de gestion des ressources humaines, HEC Montréal

Cochercheurs : Ariane-Hélène Fortin; Nadia Benomar; Carmen Loiselle; Marie-Pascale Pomey; Marie-Claude Tremblay; Anaïs Galy; Mourad Sacki; Sabrina Boulais

Date d'approbation du projet : 22 avril 2021

Date d'entrée en vigueur du certificat : 01 avril 2025

Date d'échéance du certificat : 01 avril 2026



Maurice Lemelin
Président
CER de HEC Montréal

Signé le 2025-04-09 à 15:58

Annexe 3 : Formulaire de consentement – Entrevues

APPROUVÉ PAR LE COMITÉ D'ÉTHIQUE

22 MAI 2024
#MP-21-2024-6070
CHU SAINTE-JUSTINE

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Ouest-de-
l'Île-de-Montréal

Québec

HEC MONTRÉAL

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT À UNE ENTREVUE EN ORGANISATION

1. Renseignements sur le projet de recherche

Vous avez été approché(e) pour participer au projet de recherche suivant :

Le rôle de la résilience d'équipe dans le lien entre l'implantation d'une démarche managériale participative, la santé au travail ainsi que leurs conséquences sur les résultats organisationnels

Ce projet est réalisé par :

Chercheur principal :

Denis Chênevert
Tél : 514-340- 6625
Courriel : denis.chenevert@hec.ca

Chercheurs locaux :

Joséphine Lémy-Dantica
514 601-6318
Courriel : jlemy_dantica.odi@ssss.gouv.qc.ca

Alvine Fansy

Courriel : alvine.fansi.comtl@ssss.gouv.qc.ca

2. Objectifs de la recherche

Le Pôle santé HEC Montréal a mis en place une étude qui a pour objectif d'évaluer la résilience des équipes interdisciplinaires qui font aujourd'hui face à une multitude de changements technologiques ou organisationnels.

L'étude cherche également à établir le rôle de la résilience d'équipe dans le lien entre l'implantation d'une démarche managériale participative, la santé au travail ainsi que leurs conséquences sur les résultats organisationnels.

3. Déroulement de l'entrevue

Dans le cadre de cette entrevue, qui devrait durer entre 30 et 60 min, j'aimerais, dans un premier temps avec votre aide bien comprendre l'organisation de votre travail actuel, connaître vos impressions à ce sujet et recueillir votre opinion sur la résilience au sein de votre équipe. Dans un second temps, correspondant à la fin de la recherche, vous serez invité à donner vos impressions une fois la démarche managériale participative déployée.

4. Avantages et risques

Les avantages de ce projet de recherche pour vous reposent sur les éléments suivants, que nous mettrons à votre disposition :

- une formation sur la résilience au travail proposant différents outils permettant de développer la résilience individuelle, ainsi que celle de l'équipe.
- l'implantation d'une démarche d'équipe participative permettant d'améliorer la dynamique d'équipe ainsi que la résilience d'équipe.

Cette étude permettra l'avancement des connaissances dans le domaine de la gestion en milieu de travail, ce qui pourrait potentiellement contribuer à améliorer le milieu de travail au CIUSS-OMTL.

Page 1 sur 4

Certaines questions pourraient vous rendre inconfortable ou susciter des émotions, mais sachez que vous pouvez toujours choisir de ne pas répondre à certaines questions.

Si vous en ressentez le besoin, nous vous rappelons que des ressources d'aide et de soutien psychologique internes sont disponibles au CIUSS-OMTL (Bureau du respect de la personne : lapourvous.comtl@ssss.gouv.qc.ca; Programme d'aide aux employés et aux familles (PAEF); 1-800-663-1142. Également, concernant le volet formatif portant sur la résilience, l'experte Rachel Thibeault (Ph.D) intervenant dans cette recherche est docteure en Psychologie clinique et pourrait également être en mesure d'apporter un soutien ponctuel aux personnes en difficulté.

Un inconvénient de temps est lié pour la participation à l'étude.

5. Liberté de participation

Votre organisation a accepté de participer à ce projet de recherche. Votre organisation nous a fourni votre nom comme répondant potentiel à ce projet de recherche. Votre participation à ce projet de recherche doit être totalement volontaire. Vous pouvez refuser de répondre à l'une ou l'autre des questions. Il est aussi entendu que vous pouvez demander de mettre un terme à la rencontre, ce qui interdira au chercheur d'utiliser l'information recueillie. Si vous ne participez pas au projet de recherche ou vous vous retirez cela n'affectera aucunement votre emploi au CIUSS-OMTL ni vos relations de travail.

6. Aspect d'éthique de la recherche

Le comité d'éthique de la recherche de HEC Montréal et du CHU St-Justine a statué que la collecte de données liée à la présente étude satisfait aux normes éthiques en recherche auprès des êtres humains. Pour toute question en matière d'éthique, vous pouvez communiquer avec le secrétariat du comité au (514) 340-6051 ou par courriel à cer@hec.ca.

N'hésitez pas à poser au chercheur toutes les questions que vous jugez pertinentes.

7. Personnes-ressources

Si vous avez des questions concernant le projet de recherche ou si vous éprouvez un problème que vous croyez relié à votre participation au projet, vous pouvez communiquer avec Joséphine Lémy-Dantica et Alvine Fansy, chercheurs locaux responsables du projet au CIUSS-OMTL, ou au chercheur principal d'HEC Montréal Denis Chênevert.

- Pour tout renseignement sur vos droits, vous pouvez vous adresser au Commissaire aux plaintes et à la qualité des services du CIUSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal :
 - Bureau de Québec : 418 643-2688
 - Bureau de Montréal : 514 873-2032
 - Ailleurs en région : 1 800 463-5070

Le comité d'éthique de la recherche de HEC Montréal ainsi que celui du CHU St-Justine ont statué que la collecte de données liée à la présente étude satisfait aux normes éthiques en recherche auprès des êtres humains.

Pour toute question en matière d'éthique, vous pouvez communiquer avec le secrétariat du comité HEC au (514) 340-6051 ou par courriel à cer@hec.ca.

8. Confidentialité des renseignements personnels obtenus

Le chercheur, de même que tous les autres membres de l'équipe de recherche, le cas échéant, s'engagent à protéger les renseignements personnels obtenus en assurant la protection et la sécurité des données recueillies, en conservant tout enregistrement dans un lieu sécuritaire, en ne discutant des

renseignements confidentiels qu'avec les membres de l'équipe de recherche et en n'utilisant pas les données qu'un participant aura explicitement demandé d'exclure de la recherche.

Toutes les personnes pouvant avoir accès au contenu de votre entrevue de même que la personne responsable d'effectuer la transcription de l'entrevue, ont signé un engagement de confidentialité. Notez que les données recueillies ne serviront en aucun cas à évaluer votre travail.

Afin de vérifier le bon déroulement de la recherche et d'assurer votre protection, le comité d'éthique de la recherche du CHUSJ et celui du HEC pourraient consulter votre dossier de recherche.

Les données de recherche seront conservées pendant **un minimum de 10 ans** de façon sécuritaire sous la responsabilité du chercheur principal au HEC.

9. Protection des renseignements personnels lors de la publication des résultats

Les renseignements que vous aurez confiés seront utilisés pour la préparation d'un document qui sera rendu public. Il vous appartient de nous indiquer le niveau de protection que vous souhaitez conserver lors de la publication des résultats de recherche.

- Niveau de confidentialité

Option 1 :

- ☐ **J'accepte que ma fonction (uniquement) apparaisse lors de la diffusion des résultats de la recherche.**

Si vous cochez cette case, aucune information relative à votre nom ne sera divulguée lors de la diffusion des résultats de la recherche. Même si le nom de votre entreprise ne sera pas cité, il est possible qu'une personne puisse effectuer des recoupements et ainsi obtienne votre nom. Par conséquent, vous ne pouvez pas compter sur la protection de votre anonymat.

Option 2 :

- ☐ **Je ne veux pas que mon nom ni ma fonction apparaissent lors de la diffusion des résultats de la recherche.**

Si vous cochez cette case, aucune information relative à votre nom ou à votre fonction ne sera divulguée lors de la diffusion des résultats de la recherche. Même si le nom de votre entreprise ne sera pas cité, il est possible qu'une personne puisse effectuer des recoupements et ainsi obtienne votre nom. Par conséquent, vous ne pouvez pas compter sur la protection absolue de votre anonymat.

- Consentement à l'enregistrement audio de l'entrevue :

- ☐ **J'accepte que le chercheur procède à l'enregistrement audio de cette entrevue.**
☐ **Je n'accepte pas que le chercheur procède à l'enregistrement audio de cette entrevue.**

- Consentement à la conservation et utilisation des données pour études futures:

L'équipe de recherche souhaiterait pouvoir conserver les données recueillies, et ce afin de pouvoir les utiliser pour de possibles projets de recherches futurs, dans le domaine de la gestion. Le cas échéant, ces projets devront bien sûr faire l'objet d'une approbation par un comité d'éthique de la recherche. Votre consentement à ce volet est optionnel et vous êtes libre de refuser.

Les données recueillies et conservées seront codées par l'équipe de recherche, protégeant ainsi la confidentialité et l'anonymat des participants. Toutes les données recueillies seront ensuite conservées sur une plateforme sécurisée, accessible uniquement par l'équipe de recherche d'HEC Montréal, sous la

responsabilité du chercheur principal : Denis Chênevert. Ce faisant, la conservation des données dans le temps est conditionnelle au maintien de sa gestion sécuritaire.

Si vous acceptez maintenant de participer à cette collecte de données et que vous changiez ensuite d'idée, vous pourrez aviser l'équipe de recherche du CIUSS-OMTL et vos données seront retirées de la banque.

- ☐ **J'accepte que le chercheur conserve et utilise les données pour études futures**
☐ **Je n'accepte pas que le chercheur conserve et utilise les données pour études futures**

De plus les chercheurs s'engagent à ne pas utiliser les données recueillies dans le cadre de ce projet à d'autres fins que celles prévues, à moins qu'elles ne soient approuvées par le Comité d'éthique de la recherche de HEC Montréal ainsi que celui du CHU St-Justine.

Vous pouvez indiquer votre consentement par signature, par courriel ou verbalement au début de l'entrevue.

Après réflexion, j'accepte de participer à cette entrevue :

SIGNATURE DU PARTICIPANT À L'ENTREVUE :

Prénom et nom : _____

Signature : _____ Date (jj/mm/aaaa) : _____

SIGNATURE DU CHERCHEUR :

Prénom et nom : _____

Signature : _____ Date (jj/mm/aaaa) : _____

Annexe 4 : Formulaire de consentement – Observations



HEC MONTRÉAL



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT À L'OBSERVATION LORS DE RÉUNIONS OFFICIELLES OU DE RENCONTRES INFORMELLES

1. Renseignements sur le projet de recherche

Vous avez été approché(e) pour participer au projet de recherche suivant :

Le rôle de la résilience d'équipe dans le lien entre l'implantation d'une démarche managériale participative, la santé au travail ainsi que leurs conséquences sur les résultats organisationnels.

Ce projet est réalisé par :

Chercheur principal :

Denis Chênevert

Tél : 514-340- 6625

Courriel : denis.chenevert@hec.ca

Chercheurs locaux :

Joséphine Lémy-Dantica

514 601-6318

Courriel : jlemy_dantica.odi@ssss.gouv.qc.ca

Alvine Fansy

Courriel : alvine.fansi.comtl@ssss.gouv.qc.ca

2. Objectifs de la recherche

Le Pôle santé HEC Montréal a mis en place une étude qui a pour objectif d'évaluer la résilience des équipes interdisciplinaires qui font aujourd'hui face à une multitude de changements technologiques ou organisationnels.

L'étude cherche également à établir le rôle de la résilience d'équipe dans le lien entre l'implantation d'une démarche managériale participative, la santé au travail ainsi que leurs conséquences sur les résultats organisationnels.

3. Avantages et risques

Les avantages de ce projet de recherche pour vous reposent sur les éléments suivants, que nous mettrons à votre disposition :

- une formation sur la résilience au travail proposant différents outils permettant de développer la résilience individuelle, ainsi que celle de l'équipe.
- l'implantation d'une démarche d'équipe participative permettant d'améliorer la dynamique d'équipe ainsi que la résilience d'équipe.

Cette étude permettra l'avancement des connaissances dans le domaine de la gestion en milieu de travail, ce qui pourrait potentiellement contribuer à améliorer le milieu de travail au CIUSSS-OMTL. Certaines questions pourraient vous rendre inconfortable ou susciter des émotions, mais sachez que vous pouvez toujours choisir de ne pas répondre à certaines questions.

Si vous en ressentez le besoin, nous vous rappelons que des ressources d'aide et de soutien psychologique internes sont disponibles au CIUSSS-OMTL (Bureau du respect de la personne : lapourvous.comtl@ssss.gouv.qc.ca; Programme d'aide aux employés et aux familles (PAEF); 1-800-663-

Page 1 sur 3

1142. Également, concernant le volet formatif portant sur la résilience, l'experte Rachel Thibeault (Ph.D) intervenant dans cette recherche est docteure en Psychologie clinique et pourrait également être en mesure d'apporter un soutien ponctuel aux personnes en difficulté.

Un inconvénient de temps est lié pour la participation à l'étude.

4. Liberté de participation

Votre organisation a accepté de participer à ce projet de recherche. Votre organisation nous a fourni votre nom comme répondant potentiel à ce projet de recherche. Votre participation à ce projet de recherche doit être totalement volontaire. Vous pouvez refuser de répondre à l'une ou l'autre des questions. Il est aussi entendu que vous pouvez demander de mettre un terme à la rencontre, ce qui interdira au chercheur d'utiliser l'information recueillie. Si vous ne participez pas au projet de recherche ou vous vous retirez cela n'affectera aucunement votre emploi au CIUSSS-OMTL ni vos relations de travail.

5. Aspect d'éthique de la recherche

Le comité d'éthique de la recherche de HEC Montréal et du CHU St-Justine a statué que la collecte de données liée à la présente étude satisfait aux normes éthiques en recherche auprès des êtres humains. Pour toute question en matière d'éthique, vous pouvez communiquer avec le secrétariat du comité au (514) 340-6051 ou par courriel à cer@hec.ca. N'hésitez pas à poser au chercheur toutes les questions que vous jugerez pertinentes.

6. Personnes-ressources

Si vous avez des questions concernant le projet de recherche ou si vous éprouvez un problème que vous croyez relié à votre participation au projet, vous pouvez communiquer avec Joséphine Lémy-Dantica et Alvine Fansy, chercheurs locaux responsables du projet au CIUSSS-OMTL, ou au chercheur principal d'HEC Montréal Denis Chênevert.

- Pour tout renseignement sur vos droits, vous pouvez vous adresser au Commissaire aux plaintes et à la qualité des services du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal :
 - Bureau de Québec : 418 643-2688
 - Bureau de Montréal : 514 873-2032
 - Ailleurs en région : 1 800 463-5070

Le comité d'éthique de la recherche de HEC Montréal ainsi que celui du CHU St-Justine ont statué que la collecte de données liée à la présente étude satisfait aux normes éthiques en recherche auprès des êtres humains.

Pour toute question en matière d'éthique, vous pouvez communiquer avec le secrétariat du comité HEC au (514) 340-6051 ou par courriel à cer@hec.ca.

7. Confidentialité des renseignements personnels obtenus

Le chercheur, de même que tous les autres membres de l'équipe de recherche, le cas échéant, s'engagent à protéger les renseignements personnels obtenus en assurant la protection et la sécurité des données recueillies, en conservant tout enregistrement dans un lieu sécuritaire, en ne discutant des renseignements confidentiels qu'avec les membres de l'équipe de recherche et en n'utilisant pas les données qu'un participant aura explicitement demandé d'exclure de la recherche.

Toutes les personnes pouvant avoir accès aux contenus recueillis de même que la personne responsable d'effectuer la transcription de ces contenus, ont signé un engagement de confidentialité. Notez que les données recueillies ne serviront en aucun cas à évaluer votre travail.

Afin de vérifier le bon déroulement de la recherche et d'assurer votre protection, le comité d'éthique de la recherche du CHUSJ et celui du HEC pourraient consulter votre dossier de recherche.

Les données de recherche seront conservées pendant **un minimum de 10 ans** de façon sécuritaire sous la responsabilité du chercheur principal au HEC.

8. Autorisation de participation en tant qu'observateur (non participant) et protection des renseignements personnels lors de la publication des résultats.

Les renseignements que vous avez confiés seront utilisés pour la préparation d'un document qui sera rendu public. Il vous appartient de nous indiquer le niveau de protection que vous souhaitez conserver lors de la diffusion des résultats de cette recherche. Vous devez donc nous aviser si vous consentez ou non à être sujet à l'observation dans le cadre de cette recherche. L'observation se fera lors de réunions officielles ou de rencontres informelles.

- **Niveau de confidentialité**

Option 1 :

- ☐ **J'accepte de me soumettre à l'observation du chercheur et que ma fonction (uniquement) apparaisse lors de la diffusion des résultats de la recherche. Mon nom ne devra pas apparaître en aucun cas.**

Si vous cochez cette case, seulement votre fonction sera divulguée lors de la diffusion des résultats de la recherche et vous consentez à être sujet de l'observation du chercheur. Il sera également indiqué qu'il s'agit d'une recherche menée auprès de votre organisation. Il est donc possible qu'un intervenant interne ou externe à l'étude puisse effectuer des recoupements et ainsi obtenir votre nom. Vous ne pouvez-vous attendre à la protection complète de votre anonymat.

Option 2 :

- ☐ **J'accepte de me soumettre à l'observation du chercheur mais je veux que ni mon nom ni ma fonction n'apparaissent lors de la diffusion des résultats de la recherche.**

Si vous cochez cette case, vous consentez à être sujet de l'observation du chercheur mais aucune information relative à votre nom ou à votre fonction ne sera divulguée lors de la diffusion des résultats de la recherche. Par contre, Il sera également indiqué qu'il s'agit d'une recherche menée auprès de votre organisation. Il est donc possible qu'un intervenant interne ou externe à l'étude puisse effectuer des recoupements et ainsi puisse identifier votre nom. Vous ne pouvez-vous attendre à la protection complète de votre anonymat.

Option 3 :

- ☐ **Je refuse de me soumettre à l'observation du chercheur.**

Dans le cas échéant, tout renseignement vous concernant sera omis de la diffusion des résultats.

SIGNATURE DU PARTICIPANT À LA RÉUNION OU RENCONTRE :

Prénom et nom : _____

Signature : _____ Date (jj/mm/aaaa) : _____

SIGNATURE DU CHERCHEUR :

Prénom et nom : _____

Signature : _____ Date (jj/mm/aaaa) : _____

Annexe 5 : Guide d’entrevue

Entrevue Résilience

Présentation du participant et organisation des dynamiques de travail

1. Quel est le poste que vous occupez ?
2. Depuis combien de temps travaillez-vous dans cet hôpital?
3. Comment se déroule le travail au sein de votre équipe? *Quels sont les différents types de rencontres que vous avez en groupe? Comment se prennent les décisions?*
4. Le milieu de la santé étant particulier, quels sont les défis les plus prenants de votre travail?
5. Considérez-vous avoir les ressources nécessaires pour faire face à ces défis ?
6. Qu’est-ce que la résilience pour vous?

Résilience individuelle

7. Pouvez-vous décrire les qualités de résiliences nécessaires pour un individu selon vous?
8. Selon vous, quels sont les facteurs qui influencent (positivement ou négativement) la résilience individuelle?
9. Selon vous, est-ce que votre organisation facilite les facteurs permettant la résilience individuelle?

Résilience d’équipe

Lire la définition simplifiée de la résilience d’équipe : « la conviction d'une équipe qu'elle peut absorber et faire face à la tension, ainsi que la capacité d'une équipe à faire face, à récupérer et à s'adapter positivement aux difficultés »

10. Pouvez-vous décrire les qualités de résilience nécessaires pour un travail d’équipe efficient selon vous?
11. Selon vous, quels sont les facteurs qui influencent (positivement ou négativement) la résilience d’équipe
12. Quelle sont les stratégies que votre équipe a mis en place pour bâtir la résilience d’équipe?
13. Selon vous, est-ce que votre organisation facilite les facteurs permettant la résilience d’équipe?

Résilience organisationnelle

Lire la définition de la résilience organisationnelle : « capacité d’un système à ajuster son fonctionnement avant, pendant ou suite à des changements ou des perturbations, de sorte à ce qu’il puisse poursuivre ses activités dans des conditions attendues ou inattendues »

14. Jugez-vous votre organisation comme résiliente?
15. Qu’est-ce qui rend une organisation résiliente selon vous?
16. Qu’est-ce qui nuit à la résilience d’une organisation selon vous?
17. À votre connaissance quelles sont les stratégies que votre organisation a mis en place pour accroître la résilience?
18. Pouvez-vous nous indiquer un exemple de situation difficile qui nécessitait de la résilience?

[Page de garde]