

# **L'EXPÉRIENCE ÉMOTIONNELLE DES INFIRMIÈRES LORS DE SOINS AUPRÈS DES PATIENTS BRÛLÉS**

## **REVUE DE LITTÉRATURE ÉTOFFÉE**

Travail en vue de l'obtention du titre de  
Bachelor of Science HES-SO en soins infirmiers

Par

Risse Emilie

Promotion 2009-2012

Sous la direction de : Bassal Catherine

**Haute Ecole de Santé, Fribourg**

Filière soins infirmiers

Le 2 juillet 2012

## Résumé

*Objectif :* Décrire l'expérience émotionnelle des infirmières qui travaillent dans les unités de brûlés, de présenter les contextes dans lesquels cette expérience s'exprime et identifier leurs stratégies d'adaptation.

*Méthode :* Onze études scientifiques ont été sélectionnées dans la banque de données PubMed et incluses à cette revue de littérature. Des grilles d'analyse ont été utilisées afin de catégoriser les résultats.

*Résultats :* L'expérience émotionnelle représente un processus habituel d'adaptation à un environnement, elle émerge des interactions entre le patient et l'infirmière et ainsi influence la relation d'aide. Les besoins psychosociaux des infirmières comme le soutien informel et formel ont été identifiés. Des stratégies d'adaptation comme l'analyse réflexive des situations complexes, les discussions collégiales, la distanciation émotionnelle et l'engagement dans les soins sont mises en place par les infirmières afin de faire face aux problématiques liées aux centres pour brûlés. Plusieurs pratiques de soins holistiques comme répondre aux besoins affectifs des patients, en leurs parlant, en les touchant, en utilisant l'humour et en cultivant le spirituel ont été reconnues afin de faciliter leur guérison.

*Conclusion / Recommandations :* Cette revue de littérature a permis de mettre en évidence l'importance de l'expérience émotionnelle des infirmières lors des soins auprès des patients brûlés. Malgré un contexte professionnel complexe et stressant, les infirmières mettent en place des stratégies d'adaptation efficaces. Ces dernières ainsi que l'autoréflexion par rapport aux émotions permettent de progresser positivement dans la relation d'aide. Le partage d'expérience entre infirmières est recommandé pour le maintien de la collégialité. Des formations concernant la gestion du stress et la collaboration entre les membres de l'équipe lors des soins permettent de diminuer la charge de travail ainsi que le risque d'épuisement professionnel. La pluridisciplinarité offre une complémentarité intrinsèque des disciplines pour la résolution de problèmes. La résilience permet aux infirmières de se protéger des traumatismes émotionnels des patients brûlés. L'art de la guérison morale fait partie des pratiques de soins qui peuvent être envisagées dans les services de brûlés.

*Mots clés :* Burns ; Burn Units ; Emotions ; Nurses ; Nursing ; Nursing Staff ; Stress Psychological ; Stress Physiological.

## Remerciements

Je tiens à remercier tout particulièrement ma directrice de mémoire, Madame Catherine Bassal pour la confiance qu'elle m'a accordée et pour avoir poussé mon questionnement en vue de l'élaboration ce travail. Son soutien et ses précieux conseils m'ont accompagnée et guidée tout au long de ce travail.

Je remercie chaleureusement mes correcteurs, Madame Claudine Sautaux-Friedli et le Dr. Jean-Pierre Roulin pour le temps qu'ils ont consacré à la relecture de ce travail.

Pour terminer, je souhaite également dire un grand merci à ma famille et à Lionel qui m'ont soutenue et accompagnée tout au long de ce travail.

## Table des matières

Introduction.....	4
1 Etat du questionnaire.....	6
1.1 Les brûlures .....	6
1.1.1 Témoignages .....	7
1.2 Les différentes approches de l'émotion .....	9
1.2.1 Approche anthropologique des émotions .....	9
1.2.2 Approche psychologique des émotions .....	10
1.3 L'expérience émotionnelle.....	11
1.4 Cadre de référence.....	13
2 Problématique .....	16
3 Objectif et questions de recherche .....	18
4 Méthodologie .....	19
4.1 Devis de recherche : Revue de littérature étoffée .....	19
4.2 Etapes de réalisation.....	19
4.3 Synthèse des résultats.....	21
4.4 Flow Chart et stratégies de recherches.....	23
5 Résultats.....	24
5.1 L'expérience émotionnelle des infirmières des centres de brûlés.....	25
5.2 L'aspect psychosocial des infirmières dans les centres pour brûlés .....	27
5.3 L'épuisement professionnel, les comportements bienveillants et l'anxiété.....	28
5.4 Les stratégies d'adaptation et les moyens mis en place par les infirmières .....	29
5.4.1 Les stratégies.....	29
5.4.2 Les soutiens informels et formel.....	30
5.5 Les pratiques facilitant la guérison holistique.....	32
6 Discussion.....	35
6.1 Les émotions dans le contexte des soins aux patients brûlés .....	35
6.2 Les stratégies d'adaptation et moyens.....	38
6.3 Les pratiques facilitant la guérison .....	40
6.4 Regard critique sur les études sélectionnées .....	40
6.5 Implications et recommandations pour la pratique infirmière .....	42
6.6 Limites de l'étude.....	46
Conclusion .....	48
Bibliographie .....	50
ANNEXES.....	53

## Introduction

Les brûlures font parties des traumatismes qui provoquent des lésions corporelles graves aux patients. Les soins pour ces derniers brûlés nécessitent une prise en charge spécifique, complexe, particulière et de longue durée. En Suisse, environ 130 à 150 brûlés graves adultes sont traités chaque année dans les deux centres spécialisés dans ce domaine ; celui du Centre Hospitalier Universitaire Vaudois à Lausanne (CHUV) et celui de l'Hôpital Universitaire de Zurich (USZ). Les patients brûlés sont d'abord hospitalisés dans un service de soins intensifs spécialisés puis dans un service de chirurgie plastique pour, une fois leur état général stabilisé, être orientés vers des structures de réadaptation et de réhabilitation. Le patient brûlé entre alors dans la phase chronique des soins (Berger, Raffoul, Maravic, Séchet, & Chioléro. 2004)

Les soins infirmiers auprès des patients brûlés sont décrits comme un défi émotionnel. Les infirmières<sup>1</sup> des centres pour brûlés vivent des émotions intenses dans leur quotidien. De plus, elles sont confrontées à celles des patients et de leur entourage. Les infirmières doivent apprendre à gérer toutes ces émotions qui interviennent dans la relation d'aide. Les émotions sont présentes dans toutes les interactions qu'un individu peut avoir avec les autres et lui permettent de s'adapter à son environnement.

Par ailleurs, les soins intensifs pour brûlés sont un environnement professionnel stressant. L'état de santé critique du patient durant les premiers jours d'hospitalisation induit un stress permanent pour l'infirmière et l'équipe pluridisciplinaire. L'infirmière doit faire face à l'infliction de la douleur des patients lors de la réfection des pansements. L'épuisement professionnel peut survenir suite à une gestion inadéquate des émotions et du stress. Ces éléments peuvent avoir des implications sur la santé des infirmières et leur bien-être psychosocial. L'équipe infirmière a besoin de différentes formes de soutien. Il est nécessaire qu'elle mette en place des stratégies d'adaptation afin de faire face aux difficultés et à la complexité liées aux soins infirmiers dans les centres pour brûlés.

---

<sup>1</sup> Le terme « infirmière » est généralisable au masculin tout au long de la revue de littérature.

Dans le premier chapitre de cette revue de littérature, nous proposons un état des connaissances avec une définition des concepts tels que la brûlure, les émotions ainsi que l'expérience émotionnelle. Le cadre de référence de la relation d'aide dans une perspective holistique de Chalifour a été sélectionné et défini. Puis, les questionnements et les objectifs liés à la présente problématique seront établis. Suivra la présentation de la méthodologie utilisée pour l'élaboration de ce travail de Bachelor. Ensuite, nous exposerons les résultats des différentes recherches effectuées dans la banque de données de Pubmed. La discussion où les résultats obtenus seront discutés et liés aux questions de recherche. La synthèse et la critique des études retenues seront élaborées. Enfin, la conclusion exprimera les perspectives et les besoins futurs en matière de recherches ainsi que les limites de ce travail.

# **1 Etat du questionnement**

Afin de mieux cibler les enjeux de cette revue de littérature, il nous semble judicieux de définir les termes et concepts en lien avec notre problématique. Dans une logique qui nous est propre, nous allons tout d'abord définir le terme de brûlures ainsi qu'analyser le vécu des infirmières au moyen de témoignages rédigés par une journaliste suisse. Il nous paraissait également intéressant d'aborder le concept d'émotion grâce à deux différentes approches ; celle de Le Breton (2004), un anthropologue et celle de Kirouac (1995), un psychologue. Ensuite, nous développerons l'expérience émotionnelle grâce aux écrits de Mercadier (2002), une infirmière et sociologue ayant développé cette thématique. Pour terminer, nous définirons le cadre de référence choisi afin de discuter les résultats de cette présente revue de littérature étoffée qui est celui de la relation d'aide en soins infirmiers dans une perspective holistique - humaniste de Chalifour (1989).

## **1.1 Les brûlures**

Les brûlures sont des lésions tégumentaires provoquées par un contact avec des agents thermiques, chimiques, électriques ou par radiations. Elles sont classées par rapport à leur profondeur (Tableau I) ; le premier degré (l'épiderme), le deuxième degré (l'épiderme et le derme partiellement) et le troisième degré (totalité de l'épiderme et du derme (Carpenito, 2008).

Le mécanisme de cicatrisation des brûlures est complexe, dépendant du temps et de la profondeur de la plaie. Des semaines, voir des mois sont nécessaires à la guérison des blessures physiques. La durée de l'hospitalisation va dépendre du pourcentage de la surface corporelle brûlée mais également de la capacité psychique du patient à s'adapter à ce traumatisme physique, identitaire et social.

Tableau I – Profondeur et aspect clinique des brûlures.

Classification	Niveau d'atteinte	Aspect clinique	Évolution
1er degré	- Epiderme	- Érythème douloureux (ex : coup de soleil)	- Guérison et desquamation en 48 h
2e degré superficiel	- Épiderme, - Derme superficiel	- Douleurs intenses - Hyperesthésie - Phlyctènes suintantes - Œdème	- Guérison spontanée en 10 jours
2e degré profond	- Epiderme - Seul persiste l'épiderme des follicules pileux - Derme profond	- Douleurs modérées à intense - Phlyctènes suintantes (ex : cloque) - Anesthésie partielle - Couleur blanche avec pétéchiies rouges	- Guérison spontanée en 15 jours ou altération en 3 semaines - Cicatrices dyschromiques (Peuvent être majeures)
3e degré	- Destruction complète de l'épiderme - Derme profond - Parfois les tissus conjonctifs, les muscles et les os	- Anesthésie - Couleur variable - Texture de cuir ou carbonisée - Aspect sec - Œdème	- Escarres - Greffes obligatoires - Cicatrices déformation et perte de fonction

### 1.1.1 Témoignages

Suite à la définition physiologique et médicale de la brûlure, nous allons continuer d'aborder ce concept grâce aux témoignages recueillis par une journaliste (Auderset, 2007) intéressée par cette problématique.

Auderset (2007) a récolté le témoignage d'une infirmière spécialisée dans la prise en charge des brûlés aux soins intensifs du Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV). Cette infirmière fait le récit des premiers jours des patients brûlés. Elle parle de « course contre la montre » et explique les premières 48 à 72 heures, où tous les organes du corps deviennent défaillants ainsi que tous les moyens spécifiques qu'il faut mettre en place à ce moment-là. C'est une période de stress intense pour l'infirmière. Le processus vers le rétablissement du patient est fait de moments pénibles et laborieux. Elle décrit combien il est ardu de faire face à la souffrance des patients et de leurs proches. Selon les dires de l'infirmière interviewée, le rôle des infirmières est d'accompagner ces personnes malades au travers de cette épreuve.



---

Un infirmier qui travaille au sein de la psychiatrie de liaison du Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV) explique à la journaliste (2007) :

En effet, l'arrivée d'un patient brûlé dans un service à des répercussions non négligeables. Comment ne pas être bouleversé par un homme ou une femme qui souffre, qui doit lutter pour sa survie et qui doit accepter sa nouvelle apparence. Nous avons à cœur de permettre à l'équipe soignante de dire l'angoisse et la tristesse que certaines situations peuvent susciter et de l'aider à prendre du recul (p. 44).

Par ailleurs, une infirmière du centre de la clinique romande de réadaptation de la SUVA Care décrit son travail au sein de cette institution. Il est essentiellement en lien avec la douleur et la gestion des plaies du patient. La réfection des pansements est un travail de longue haleine car il comprend une douche et peut durer jusqu'à trois heures. Ce moment est difficile à vivre pour le patient car il est confronté à son propre corps, ce corps mutilé et douloureux. Des craintes et des peurs sont souvent en lien avec ce soin. L'infirmière mentionne qu'il est impératif de prendre du temps pour discuter avec le patient afin d'évaluer ses douleurs, ses craintes et ses angoisses, mais également de répondre à ses interrogations et lui expliquer le déroulement du soin. La confiance entre l'infirmière et le patient est primordiale pour le bon déroulement de la réfection des pansements mais également tout au long de la relation entre les deux protagonistes (Mercadier, 2002). Le rôle de l'infirmière est également d'accompagner le patient tout au long des activités de la vie quotidienne. (Auderset, 2007)

Au travers des différents témoignages mentionnés ci-dessus, nous pouvons constater que le travail avec les patients brûlés suscite des émotions chez les infirmières. Le processus de gestion émotionnelle de l'infirmière fait partie de son rôle autonome. Elles sont confrontées à leurs propres émotions ; elles doivent apprendre à les gérer et composer également avec celles des patients brûlés. Par ailleurs, ces dernières sont à la fois des actrices et des agentes qui vivent les situations de soins avec de l'émotivité. Celle-ci n'est pas visible ni mesurable mais fait partie de la réalité. Nous allons décrire l'expérience émotionnelle des infirmières ceci grâce aux écrits de Mercadier (2002).

## 1.2 Les différentes approches de l'émotion

La nécessité de définir les émotions s'impose car elles sont omni présentes dans le travail de l'infirmières et sont à l'origine de l'expérience émotionnelle. Pour ce faire, les écrits de Le Breton (2004) ont été choisis à la lumière de l'approche anthropologique et ceux de Kirouac (1995) par l'approche psychologique.

### 1.2.1 Approche anthropologique des émotions

Le Breton indique qu' : « Un homme qui pense est toujours un homme affecté, renouant le fil de sa mémoire, imprégné d'un certain regard sur le monde et sur les autres » (2004, p.136). Il décrit une différence entre les traits de la vie affective et désigne l'humeur qui est pour lui, un « climat affectif provisoire, à la coloration particulière du regard de l'individu indépendamment des circonstances extérieures » (2004, p.132). Il différencie l'humeur du sentiment grâce à la notion de durée ; le sentiment s'ancre dans le temps et il est lié à un objet. Ce dernier présente un mélange de sensations corporelles, d'attitudes et de significations culturelles qui ont été induites dans les relations sociales. Le sentiment permet d'installer l'émotion dans le temps.

L'émotion est un instant provisoire qui résulte d'une cause précise et qui est en lien avec un événement qu'il soit réel ou imaginaire. Ceci se passe dans une interaction avec le monde. L'intensité de l'émotion est mesurable par sa composante physiologique et non verbale. Elle est brève et explicite dans la gestuelle, les postures, les mimiques. Elle induit également des modifications physiologiques et psychologiques. L'émotion émerge à partir d'une relation à un objet ainsi qu'à l'interprétation du sujet face à la situation à laquelle il est confronté. Suite à cela, l'individu peut ainsi réaliser une évaluation. Grâce à une activation sensorielle, cette dernière tient compte des différentes strates de l'affectivité au travers d'un répertoire culturel mais également des relations sociales et des valeurs culturelles. L'émotion se traduit par des mimiques, des gestes, des comportements, des discours ainsi que des modifications physiologiques et psychologiques qui permettent de montrer comment l'individu a compris l'émotion au niveau social. Le rôle des capacités d'interprétation ainsi que la sensibilité de la personne sont à prendre en compte dans le processus de l'émotion. Les émotions suivent des logiques personnelles, sociales ainsi que des normes collectives implicites et

ont une raison d'être. Celle-ci ne s'entrevoit pas dans une intelligence rigide ou machinale.

Le Breton décrit les émotions comme « des formes organisées de l'existence, identifiables au sein d'un même groupe puisqu'elles relèvent d'une symbolique sociale, mais elles se traduisent selon les circonstances et selon les singularités individuelles en présence » (2004, p.136 et 137). L'auteur explique que le déclenchement de l'émotion est en lien avec une donnée culturelle qui s'inscrit dans le lien social et enrichit l'histoire de l'individu. Celle-ci annonce aux autres individus comment le sujet perçoit le monde extérieur et la façon dont il est touché par ce dernier. Elle définit la manière qu'a l'individu de vivre un événement. C'est l'interprétation individuelle, intime, faite dans l'instant, d'une valeur vis-à-vis du monde.

Selon Le Breton (2004), les émotions sont inspirées du social et liées à des circonstances morales. Elles sont identifiées par l'individu et organisées de façon rituelle afin d'être reconnues par les autres individus. En conclusion, Le Breton (2004) souligne que les émotions :

[...] relèvent de la communication sociale. L'individu ajoute sa note particulière qui borde sur un motif collectif susceptible d'être reconnu par ses pairs, selon son histoire personnelle, sa psychologie, son statut social, son sexe, son âge, etc. Elles sont la matière vivante du social, leur ciment orientant le style de relation entre les individus, distribuant les valeurs, les hiérarchies qui alimentent leur affectivité. (p.140).

### 1.2.2 Approche psychologique des émotions

Selon Kirouac (1995), le concept d'émotion est très complexe à définir car il est utilisé de différente façon selon le courant dans lequel les scientifiques se positionnent ; il peut être lié à un « aspect stimulus, à une expérience subjective, à une phase d'un processus, à une variable intermédiaire ou à une réponse. » (p.16) L'émotion aura donc une définition spécifique en lien avec l'orientation propre du scientifique. Une entente à quand même pu être établie entre les scientifiques afin de mentionner que l'émotion fait partie des états affectifs tout comme le sentiment et l'humeur. Elle comporte des « sensations appétitives ou aversives, qui ont un commencement précis et sont liées à un objet précis. » (p.17)

Le sujet vit une émotion lorsqu'il est confronté à une situation. Une activation ainsi que des modifications physiologiques accompagnent cette dernière et ceci est une caractéristique propre à l'émotion. L'activation serait un stimulus avec un impact sur le plan psychologique et influencerait les activités cognitives pouvant ainsi engendrer une « réorientation des comportements vers d'autres objets de l'environnement » (Kirouac, 1995, p.18). L'émotion permet à l'individu de s'adapter à un environnement et de gérer des situations complexes auxquelles il peut être confronté.

L'émotion a une conséquence sur l'activité mentale ce qui expliquerait pourquoi certains chercheurs disent qu'elle est perturbatrice et aurait pour conséquence de désorganiser l'activité mentale lorsque les émotions sont intenses. « Une émotion correspondrait à une phase aiguë comportant une perturbation ou une démarcation forte par rapport au niveau de base plus stable de l'état affectif d'un sujet. » (Kirouac, 1995, p. 18 et p.19)

Pour conclure, l'émotion est mise en place par un processus qui est en lien avec différentes composantes de notre système mental et avec toutes les structures de l'organisme.

Les émotions font partie du quotidien de l'individu et sont omni présentes dans toutes interactions. L'individu se sert de ses émotions pour sa survie puisqu'elles sont l'essence même de l'expérience émotionnelle. Ce concept qui sera mis en lumière dans le chapitre suivant.

### **1.3 L'expérience émotionnelle**

Mercadier (2002) traite de l'expérience émotionnelle des soignants dans son ouvrage intitulé « Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital ». Nous exposerons les éléments principaux du concept d'expérience émotionnelle afin d'en permettre une meilleure compréhension. L'auteure précise que le ressenti fait référence à l'immédiat, dans l'ici et le maintenant tandis que le vécu fait penser à l'expérience. Le concept d'expérience met en lien deux faits qui semblent opposés : la manière du sujet de vivre l'émotion de façon très intense sans pouvoir la maîtriser, ce qui donne le caractère subjectif de cette dernière ; et l'activité cognitive qui tend à évaluer et de tester le réel.

En situations de soin, le personnel infirmier a pour habitude de « mettre à plat » les opinions, les pensées vis-à-vis de la santé / maladie mais bien souvent, il omet les réponses affectives qui sont présentes au cours du processus de soins. Il est important lors de la relation de prendre en compte les sentiments car ils changent les comportements et les pensées (Watson, 1998). Ceci est soutenu par Simmel cité par Mercadier (2002):

« Les perceptions sensorielles servent d'« instruments de connaissance » et éveillent simultanément en nous des sentiments. »

La perception sensorielle n'est pas différentiable de l'affect émotionnel. L'individu donne une signification aux sensations qu'il vit. Les expériences émotionnelles résultent des perceptions sensorielles que l'infirmière vit au travers des interactions avec le patient. Ces expériences donnent à celle-ci la possibilité de mettre en évidence son expérience intérieure. « Le terme ressenti a une connotation d'immédiateté, d'instantanéité ; celui de vécu fait déjà référence à l'expérience. »(Auderset, 2002, p.42).

L'individu organise plusieurs logiques d'action afin de créer l'expérience émotionnelle : la logique d'intégration sociale, la logique stratégique d'adaptation des moyens à une fin et la logique de subjectivation. L'organisation de ces dernières permet à l'individu d'être responsable de ses actes et ceci dans un recul avec les modèles culturels. (Mercadier, 2002)

C'est au travers des situations du quotidien de l'infirmière que l'on peut se rendre compte combien les organes des sens et les émotions sont mis à contribution. Les perceptions sensorielles éprouvées lors d'un soin comme celui d'un pansement, viennent se relier à sa mémoire et lui permettent de faire une évaluation de la situation objective et subjective. L'analyse des données ajoutées aux émotions accompagnent l'activité professionnelle et interviennent dans l'interaction avec le patient. Il arrive parfois que certaines émotions vécues par l'infirmière, comme le dégoût, peuvent entraver la relation soignant / soigné ; amenant un silence lors du soin. Ceci peut « Déclencher un sentiment d'humiliation, de honte chez le malade. L'humiliation est soit acceptée, soit combattue » (Mercadier, 2002, p.44).

## 1.4 Cadre de référence

Le cadre théorique choisi pour cette revue de littérature est celui de Jacques Chalifour (1989) qui s'est inspiré de la théorie psychologique holistique-humaniste (Rogers, 1969) et de la théorie interactionniste en soins infirmiers (Peplau, 1952 ; Orlando, 1979 ; Wiedenbach, 1967 ; King, 1971 ; Travelbee, 1978 & Beck, 1984). Le principe de base du modèle de la relation d'aide en soins infirmier se centre sur la qualité de la relation entre le patient et l'infirmière. Ce modèle présente une mise en commun de plusieurs concepts qui d'ordinaire sont décrit individuellement. (Chalifour, 1989)

Ce cadre théorique propose un modèle directement en lien avec les soins infirmiers. Ce modèle est adaptable dans toutes relations d'aide en soins infirmiers. L'infirmière est amenée à pratiquer des soins auprès de patients brûlés, elle doit mettre le patient au centre de ses préoccupations. Le modèle préconise que l'individu possède d'innombrables ressources en lui pour faire face aux difficultés.

Chalifour (1989) explique que les actions des infirmières sont guidées par la personnalité de chacun et aussi par nos propres représentations de ce qu'est un individu. Chaque professionnel va au fil du temps et de son expérience professionnelle créer sa propre façon de faire et d'être en relation. Les interventions sont éclairées en fonction de la personnalité de l'infirmière mais également du « modèle d'aide » qu'elle aura choisi pour se structurer dans sa pratique professionnelle. Il est précisé que l'infirmière doit bien connaître le modèle d'intervention qu'elle aura choisi car ce dernier va lui servir de guide, de référence afin d'évaluer au mieux les actions mises en place. Dans la réalité, l'auteur n'est pas convaincu que l'infirmière est capable de citer le modèle de référence qu'elle utilise en pratique.

Cette approche fait mention de trois principes, le premier est basé sur la personne aidée, le second sur l'aspect relationnel et le dernier se rapporte à l'aidant. La personne aidée par l'infirmière a des ressources en elle qui lui permettent de développer toutes ses caractéristiques personnelles. Le moment où l'aide survient est en lien avec la difficulté qu'à la personne à reconnaître et accepter ses ressources afin de les vivre au mieux. Le travail de l'infirmière consiste à accompagner la personne qui demande de l'aide, à reconnaître la façon dont elle se comporte face au monde, à l'accueillir et à la laisser

évoluer dans le sens de sa nature. L'auteur s'est inspiré d'auteurs comme Rogers (1969) et Kinget (1968) afin de développer ce premier principe. L'aspect relationnel est de se centrer sur la qualité qu'à l'être humain d'être en osmose avec son environnement psychique et physique. Ce point est primordial pour que l'individu puisse accomplir sa progression vers l'actualisation de ses propres ressources. L'auteur nous précise également qu'il est important de considérer la qualité des rapports qu'a l'individu avec lui-même ; car lorsqu'il se trouvera confronté à son environnement, c'est tout son être qui sera concerné. Le dernier aspect de cette approche concerne l'aidant. Il mentionne que « c'est dans l'expression des qualités spécifiques de l'infirmière que se situe le fondement de toutes ses interventions » (1989, p.3). Les qualités humaines de l'infirmière sont leur principal instrument. Chalifour fait référence aux attitudes décrites par Rogers (1969) dans sa théorie ; l'authenticité, l'empathie et le respect inconditionnel. Chalifour (1989) explique que l'infirmière adopte ses attitudes auprès du patient grâce à ses qualités d'experte. Elle peut ainsi accompagner la personne vers la résolution de ses problèmes.

Chalifour (1989) propose une description générale du modèle et nous donne une définition de la relation d'aide.

Elle consiste en une interaction particulière entre deux personnes, l'infirmière et le client, chacune contribuant personnellement à la recherche et à la satisfaction d'un besoin d'aide présent chez ce dernier. Cela suppose que l'infirmière qui vit cette relation adopte une façon d'être et de le communiquer qui soit en fonction des buts poursuivis. Ces buts sont à la fois liés à la demande du bénéficiaire et à la compréhension que la professionnelle possède de son rôle (Chalifour, 1989, p. 18).

Chalifour (1989) fait également référence à des composantes dans la relation entre l'infirmière et le patient. La première composante est qu'il faut une personne à aider pour qu'il y ait une relation d'aide. Ceci signifie également que cette dernière présente un besoin d'aide qui est devenu un problème pour elle. La seconde fait référence à la personne aidante ; elle est l'élément facilitateur qui fait aussi office de miroir à la personne aidée. L'infirmière donnera une vision nouvelle au patient car elle est experte au niveau du contenu et du processus. Le troisième élément est celui des processus relationnels, de la manière d'être en relation. Cet élément sert de « tampon » dans le

partage d'énergie au cours de la relation et ceci dans le but de satisfaire au mieux la demande d'aide. Le dernier point est celui qui concerne l'environnement physique et social où se passe la relation. C'est un processus qui doit se mettre en place ; il doit évoluer et avoir une fin comme dans toutes les relations humaines. Les meilleurs moments de ce processus sont ceux où les deux personnes concernées interagissent entre elles.

L'infirmière aide le patient et l'accompagner au mieux dans un processus de guérison. La relation est la base de la profession infirmière ; sans cela elle ne pourrait pas interagir avec le patient. C'est au cœur même de cette relation que viennent se greffer les émotions. Avec le temps, elles vont se transformer en expérience émotionnelle.



## 2 Problématique

Malgré les progrès technologiques considérables de ces dernières années, les soins auprès des patients brûlés restent toujours spécifiques et complexes. Ils demandent à l'infirmière de réactualiser ses connaissances techniques en lien avec les matériaux utilisés lors de la réfection des pansements, avec les procédés pour lutter contre la douleur et tous autres progrès technologiques dans ce domaine (Berger, Raffoul, Maravic, Séchet, et Chioléro. 2004).

Les infirmières qui soignent des patients présentant des brûlures graves sont souvent exposées à la douleur et aux lésions corporelles de ces derniers. Elles peuvent rencontrer de l'épuisement émotionnel, de la détresse ainsi qu'une désensibilisation à la douleur (Kornhaber et Wilson, 2011). L'aide disponible pour les infirmières afin de développer des moyens utiles pour faire face à de telles circonstances est restreint. Peu de chercheurs ont considéré comment les infirmières gèrent leurs sentiments face à l'infliction de la douleur (Nagy, 1999). Par ailleurs, ces dernières doivent faire face aux émotions qui accompagnent les soins quotidiens auprès du patient brûlé. Des perceptions intenses se passent au plus profond d'elles-mêmes. Leurs sens sont en éveil ; la vision des corps mutilés, douloureux ; les odeurs des plaies ; le touché d'une peau différente, craquelée ; les cris et les plaintes du patient lors de la douche des plaies. Le corps brûlé renvoie une image qui dérange et choque. (Mercadier, 2002)

D'une part, l'environnement des soins infirmiers des unités de brûlés contient beaucoup de facteurs de stress qui aboutissent à l'épuisement professionnel, la dépersonnalisation et diminution de l'estime de soi. Certains de ces facteurs affectent la vie personnelle des infirmières. Une étude relève que 59% des infirmières ont développé de l'inquiétude liée à leur travail se manifestant par différents troubles physiques et psychiques (Kornhaber et Wilson, 2011). D'autre part, une mauvaise gestion du stress au travail peut entraîner le retrait émotionnel des infirmières et diminuer la qualité des soins infirmiers. De plus, le stress a un effet négatif sur la plupart des performances personnelles, interpersonnelles et organisationnelles des soignantes. (Forough et al. 2006).

---

Les infirmières sont particulièrement sensibles au risque de l'épuisement professionnel, principalement en raison de la nature des exigences émotionnelles de leur profession (Sahraian et al. 2008). Les soins intensifs auprès des patients brûlés font partie d'un environnement professionnel critique pour les infirmières (Forough et al. 2006). C'est pourquoi, la reconnaissance du vécu émotionnel des infirmières dans ces situations est primordiale afin de permettre une prise en charge adéquate du patient et afin de prévenir l'épuisement professionnel.

### **3 Objectif et questions de recherche**

Cette revue de littérature a pour but de décrire l'expérience émotionnelle des infirmières qui travaillent dans les unités de brûlés, de présenter les contextes dans lesquels cette expérience s'exprime et d'identifier les stratégies d'adaptation des infirmières. Les questions de recherches qui ont guidées cette revue de littérature sont les suivantes :

- 1) Quelle est l'expérience émotionnelle vécue par les infirmières qui soignent les patients brûlés ?
- 2) Dans quel contexte intervient l'expérience émotionnelle des infirmières ?
- 3) Quelles sont les stratégies d'adaptation mises en place par les infirmières afin de travailler à long terme auprès des patients brûlés ?

## **4 Méthodologie**

### **4.1 Devis de recherche : Revue de littérature étoffée**

Afin de répondre à la problématique posée, nous avons choisi d'effectuer une revue de littérature. Ce devis se révèle être le plus pertinent pour un état des connaissances en lien avec des questions de recherches ou une problématique. Il permet de rassembler des savoirs sur un sujet pertinent pour les sciences infirmières et d'envisager des perspectives d'avenir pour la pratique infirmière, afin d'améliorer les procédures de soins. La revue de littérature systématique constitue une méthode permettant de se baser sur des recherches publiées préalablement. De plus, au vu de la complexité de la problématique et de son caractère très spécifique dans les soins infirmiers, il semble nécessaire de procéder à l'analyse de plusieurs études afin de montrer leurs pertinences ou leurs lacunes. Ainsi, une méthodologie rigoureuse permet à la profession infirmière de se développer et ceci grâce aux données scientifiques. (Loiselle, 2007).

### **4.2 Etapes de réalisation**

Pour répondre aux questions posées, des recherches sur études qualitatives et quantitatives ont été effectuées. Ces dernières vont se centrer sur l'expérience émotionnelle des infirmières auprès des patients brûlés. La banque de données PubMed a été la principale source afin d'obtenir des articles en lien avec le questionnement de cette revue de littérature. Cette dernière constitue la base bibliographique de référence dans le domaine de la recherche biomédicale, médicale et des sciences infirmières. Les chercheurs publient leurs résultats dans des articles référencés dans cette base. Les recherches ont été effectuées entre décembre 2010 et mai 2012. Tout d'abord, la définition de termes-MeSH (mots clés) a été fondamentale pour pouvoir les utiliser dans les bases de données PubMed/Medline.

*Mots clés en anglais :*

Burns  
Burn Units  
Emotions  
Nurses  
Nursing  
Nursing Staff  
Stress Psychological  
Stress Physiological

Ces mots clés ont permis la découverte de plusieurs articles concernant la thématique. Les références de ces articles ont également permis d'être dirigé vers d'autres articles appropriés. Afin de cibler des études pertinentes pour la réalisation de cette revue de littérature, des critères d'inclusion et d'exclusion ont été instaurés.

*Critères d'inclusion :*

- Langue : anglais et français.
- Etude incluant les expériences émotionnelles des infirmières face aux patients brûlés.
- Etudes ciblées sur une population d'infirmières dans un contexte de soins intensifs et les services spécialisés par rapport à ce type de pathologies.

*Critères d'exclusion :*

- Etude incluant l'expérience émotionnelle du corps médical et des autres professionnels de la santé autre que les infirmières.
- Etudes publiées avant 1990.

---

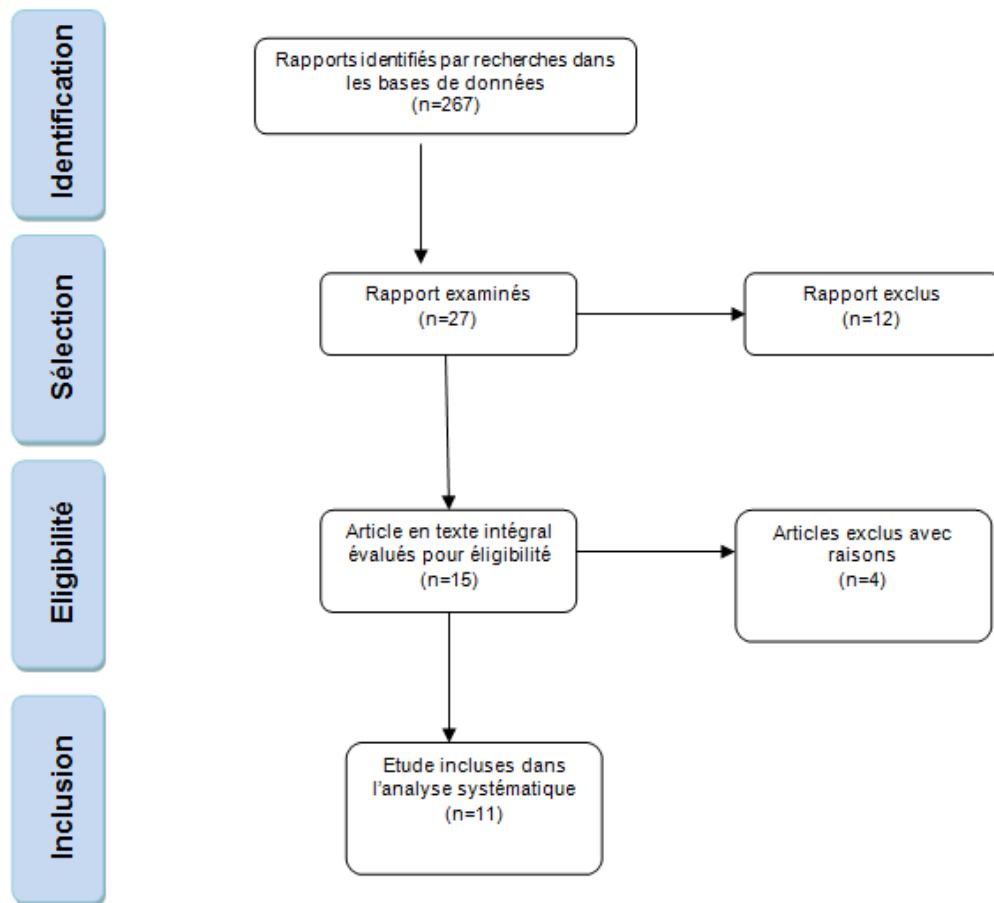
### 4.3 Synthèse des résultats

Onze études ont été retenues pour l'élaboration de la revue de littérature. Une traduction en français a été réalisée afin de permettre une compréhension optimale. Une analyse critique de toutes les recherches a été réalisée au moyen des grilles de synthèse (Annexe III) afin de démontrer leur intérêt et leur pertinence pour cette revue. Ces grilles ont permis de mettre en évidence les résultats des recherches antérieures ainsi que les différentes perspectives pour la pratique infirmière. De plus, un tableau représentant une synthèse des résultats a été élaboré afin de mettre en exergue les thèmes principaux des recherches menées (Tableau II). Ceci a permis une « classification » des résultats. Les thèmes traitant de « l'expérience émotionnelle, l'aspect psychosocial, les stratégies d'adaptation et moyens » ainsi que celle « des pratiques qui facilitent la guérison holistique » sont des thèmes mentionnés par les auteurs des différentes études. Nous avons rassemblé trois études dans un seul et même thème car elles relèvent des comportements bienveillants des infirmières, de l'épuisement professionnel et de l'anxiété liée aux soins, ce qui correspond aux réactions des infirmières par rapport à la gestion des émotions selon nous.

Tableau II : Classification des résultats.

<b>Thèmes issus des résultats</b>	<b>Définition des thèmes</b>	<b>Articles qui en parlent</b>
<b>L'expérience émotionnelle des infirmières des centres de brûlés</b>	Les expériences émotionnelles résultent des perceptions sensorielles que l'infirmière vit au travers des interactions avec le patient (Auderset, 2002).	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cronin C. (2001)</li> <li>- Hilliard C. &amp; O'Neill M. (2010)</li> <li>- Nagy S. (1998)</li> <li>- Sahraian A. et al. (2008)</li> <li>- Steenkamp W. C. &amp; Van Der Merwe A.E. (1997)</li> </ul>
<b>L'aspect psychosocial des infirmières des centres de brûlés</b>	Ce qui se rapporte à la psychologie humaine dans la vie sociale (LeRobert, 199)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- De Jong A.E. et al. (2009)</li> <li>- Forough R. et al. (2007)</li> <li>- Hilliard C. &amp; O'Neill M. (2010)</li> <li>- Kornhaber R.A &amp; Wilson A. (2011) (1)</li> <li>- Steenkamp W. C. &amp; Van Der Merwe A.E. (1997)</li> </ul>
<b>L'épuisement professionnel, les comportements bienveillants et l'anxiété</b>	<p>Épuisement professionnel est un phénomène dans lequel les effets d'un environnement de travail stressant submergent progressivement les défenses des individus. (Malasch)</p> <p>Le comportement désigne les actions d'un individu (LeRobert, 1997).</p> <p>L'anxiété se définit comme un état affectif caractérisé par un sentiment d'inquiétude, d'insécurité, de troubles diffus physiques et physique, d'attente d'un danger indéterminé devant lequel on est impuissant (Psychologie classique).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Forough R. et al. (2007)</li> <li>- Sahraian A. et al. (2008)</li> <li>- Nagy S. (1998)</li> </ul>
<b>Les stratégies d'adaptation et moyens pour faire face aux réactions émotionnelles des infirmières</b>	Selon Lazarus, le coping est un concept qui désigne un ensemble de réactions et de stratégies élaborées par les individus pour faire face à des situations stressantes.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- De Jong A.E. et al. (2009)</li> <li>- Kornhaber R.A &amp; Wilson A. (2011a)</li> <li>- Kornhaber R.A. &amp; Wilson A. (2011b)</li> <li>- Nagy S. (1999)</li> <li>- Steenkamp W. C. &amp; Van Der Merwe A.E. (1997)</li> </ul>
<b>Les pratiques facilitant la guérison holistique</b>	Théorie selon laquelle l'Homme est un tout indivisible qui ne peut être expliqué par ses différentes composantes (physiques, psychiques et physiologiques) considérées séparément (LeRobert, 1996)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Zengerle-Levy K. (2004)</li> </ul>

#### 4.4 Flow Chart et stratégies de recherches



**Flow Chart de l'histoire de nos recherches**

Différents termes-MeSH ont tout d'abord été identifiés. Ces derniers ont été ensuite utilisés et associés de différentes manières afin d'identifier des données susceptibles de répondre aux questions de recherche. Les recherches dans la banque de données PubMed ont permis de trouver 267 articles. Suite à une lecture des intitulés 27 études ont été sélectionnées en fonction de leur éventuelle pertinence par rapport à la thématique de l'expérience émotionnelle des infirmières dans les centres pour brûlés. Ces dernières ont fait l'objet d'une lecture plus approfondie grâce à leurs résumés s'ils étaient disponibles et 15 articles ont pu être évalués pour l'éligibilité. Après lecture de ces articles, quatre ont été exclus car ils ne répondaient pas aux critères d'inclusion et faisaient donc partie des critères d'exclusion. Au final, onze études ont correspondu aux critères d'inclusion et d'exclusion cités précédemment et ont pu être intégrées dans la



revue de littérature. Les stratégies de recherches qui ont permis l'identification des études pour l'élaboration de cette revue se trouvent en annexe (Annexe II).

## 5 Résultats

Cette revue de littérature étoffée comprend onze études au total. Parmi les études quantitatives, deux ont un devis de recherche comparatif, une observationnelle et un descriptif. En ce qui concerne les études qualitatives, six utilisent un devis de recherche phénoménologique et une relève de la théorie ancrée. Ces études ont été menées dans différents régions du monde comme l'Europe (une au Pays-Bas, deux en République d'Irlande), l'Océanie (quatre en Australie), l'Amérique du Nord (une aux Etats-Unis), Asie (deux en Iran) et en Afrique (une en Afrique du Sud). Ces recherches ont été effectuées entre 1997 et 2011.

Pour quatre études, l'échantillon était inférieur à dix ; pour cinq, il était compris entre dix et 100. Pour une recherche, le nombre de participants était compris entre 50 et 100. Finalement, une seule étude compte plus de 100 intervenants. Tous les participants faisaient partie du personnel infirmier, la plupart travaillent dans un centre de brûlés ou dans un service de soins aigus. Une étude a pris en compte l'expérience émotionnelle d'infirmière ayant quitté l'unité de soins des brûlés. Deux études traitaient de l'expérience des infirmières en pédiatrie et une explorait le vécu des infirmières en néonatalogie.

Six études ont obtenu une approbation d'un comité d'éthique (Forough et al. 2007 ; Hilliard et O'Neill, 2010 ; Kornhaber et Wilson, 2011a et b ; Sahraian et al. 2008 ; Zengerle-Levy, 2004). Concernant l'étude De Jong et al. (2009), les droits et les considérations éthiques n'étaient pas nécessaires selon le droit en vigueur dans le pays. La recherche de Nagy, (1999) cite que les participants pouvaient refuser de participer à l'étude et pouvaient se retirer à tout moment sans que leur emploi ne soit affecté. Trois études ne mentionnent pas les considérations éthiques (Cronin, 2001 ; Nagy, 1998 ; Steenkamp et Van Der Merwe, 1997). Les questionnaires ou les interviews respectaient l'anonymat des participants.

Nous pouvons constater que deux études ont porté sur l'expérience émotionnelle des infirmières des centres pour brûlés. Les auteurs (Cronin, 2001 ; Hilliard et O'Neill, 2010) ont exploré et examiné les émotions vécues par les infirmières lors des soins dans les unités de brûlés adultes et pédiatriques ; ceci afin de déterminer la manière dont elles font face à ces émotions.

Ces chercheurs (Kornhaber et Wilson, 2011a ; Steenkamp et Van Der Merwe, 1997) ont évalué le fonctionnement psychosocial des infirmières d'une unité de brûlés en le comparant à celui de deux autres services de soins et ils explorent également les besoins psychosociaux des infirmières de ces centres.

Des études relèvent les réactions des infirmières spécialisées dans les soins de brûlures (Forough et al. 2007 ; Nagy, 1998 ; Sahraian et al. 2008) face à la douleur, à l'épuisement professionnel et à leurs comportements vis-à-vis des patients.

Les stratégies d'adaptation et les moyens pour faire face aux réactions des infirmières dans leur contexte de soins sont présentés dans les études retenues (Kornhaber et Wilson, 2011b ; Nagy, 1999 ; Sahraian et al. 2008) ; ceci lors de procédures douloureuses, lors d'épuisement professionnel et dans la complexité globale des unités de brûlés.

Enfin, une étude présente des pratiques qui facilitent la relation soignant/soigné (Zengerle-Levy, 2004) en décrivant les zones du savoir-faire et les connaissances de base lors de la pratique journalière.

## **5.1 L'expérience émotionnelle des infirmières des centres de brûlés**

Selon l'étude de Hilliard et O'Neill (2010), les émotions des infirmières sont fortement présentes dans la prise en charge des soins. Ces dernières sont fortement influencées par la capacité de l'infirmière à soulager la douleur des patients et par la façon dont les proches font face à l'état de santé du patient. Cette recherche démontre que le soulagement de la douleur contribue à atténuer les inquiétudes des infirmières.

Dans cette même étude, le développement d'une relation de confiance avec les patients était un aspect important du rôle propre de l'infirmière. Elles ont éprouvé des sentiments de culpabilité et de détresse suite à la perception d'une rupture de confiance lors des soins douloureux comme les changements de pansements. Les infirmières ont reconnu l'importance des soins affectifs. Lorsqu'elles sont dans l'incapacité de pouvoir dispenser ces soins, un sentiment d'impuissance et des tensions en découlent. Elles mentionnaient la charge de travail comme un frein pour offrir ces soins affectifs. Cronin (2001) a relevé que l'intensité du travail affectait émotionnellement les infirmières des centres pour brûlés. De plus, l'étude de Sahraian et al. (2008) illustre que le personnel qui effectue des heures supplémentaires de travail la nuit étaient émotionnellement plus épuisé et présentait une dépersonnalisation accrue.

Selon l'étude de Cronin (2001), le caractère imprévisible et stressant des unités de soins de brûlés influençaient les émotions des infirmières. L'étude de Steenkamp et Van Der Merwe (1997) mentionnait que la seule échelle suractivée par les infirmières de ces unités était celle du stress. Par ailleurs, les résultats de la recherche de Cronin (2001) ont fait mention des exigences physiques, psychiques et émotionnelles des unités de soins intensifs pour brûlés.

L'étude de Cronin (2001) a conclu que les infirmières n'ont pas assez de temps pour parler de leurs émotions. D'autre part, les participants masquaient leurs sentiments car ils ne voulaient pas paraître faibles par rapport à leurs collègues ou avaient peur d'être « étiquetés ». Par ailleurs, Hilliard et O'Neill (2010) mentionnaient que les participants ont reconnu la nécessité de devoir faire face à leurs émotions tout en les dissimulant afin d'éviter de perturber les patients.

Conformément à l'étude de Hilliard et O'Neill (2010), la notion de sens dans les soins infirmier était un aspect essentiel pour les infirmières des centres pour brûlés. Par ailleurs, elles mentionnaient le soutien collégial comme étant une ressource. La recherche de Cronin (2001) évoquait également qu'il y avait un solide réseau informel entre les collègues. Chaque infirmière apportait son expérience professionnelle et personnelle afin de les aider à faire face à leurs émotions. Les soutiens formels proposés par les institutions ont été peu sollicités d'après les participants de cette étude. Le réseau social personnel extérieur à l'unité de soins des infirmières était une grande source de

soutien. C'est pourquoi, l'infirmière avait besoin de temps de repos hors de l'unité de soins afin de faire face à ses émotions et aux situations difficiles. Par contre, l'enquête de Hilliard et O'Neill (2010) mentionnait qu'il n'était pas toujours évident pour les infirmières de parler de leurs émotions à leur entourage.

## **5.2 L'aspect psychosocial des infirmières dans les centres pour brûlés**

L'étude de Steenkamp et Van Der Merwe (1997) s'est intéressée au fonctionnement psychosocial des infirmières des services des soins intensifs des patients brûlés était adéquat et adapté. Les aspects traités dans cette étude sont : le fonctionnement psychosocial ; les stressors ; les stratégies d'adaptation et l'assistance. Le fonctionnement psychosocial global de l'unité des brûlés était meilleur que celui du groupe témoin, sauf sur l'échelle de stress. Ceci pouvait que le groupe ne présente pas de problème qui justifierait une intervention clinique.

Dans cette même étude, 70% des infirmières ont mentionné la charge de travail et 29% des infirmières citaient le conflit avec l'équipe médicale comme facteurs de stress les plus importants. D'après l'étude de Forough et al. (2007), les infirmières des centres pour brûlés étaient opprimées par la charge de travail ce qui avait induit en elles l'épuisement professionnel. D'autres éléments ont été identifiés comme source de stress : les faibles salaires, le manque de personnel, les conditions environnementales et structurelles des unités pour brûlés.

Par ailleurs, l'étude de Kornhaber et Wilson A. (2011a) traitait de la collaboration entre les infirmières durant les soins auprès du patient. Les infirmières ont identifié les soins de longue durée comme une contribution au sentiment d'épuisement et à des prestations de soins insatisfaisantes. En effet, la recherche de Hilliard et O'Neill (2010) évoquait le soutien des collègues comme une ressource. Dans l'étude de De Jong et al. (2009), un tableau est présenté par des exemples de définitions et des normes de durée pour les activités de soins infirmiers auprès des patients brûlés. La norme de temps identifiée pour des brûlures de moins de 15% se situe entre 60 et 110 minutes. Celle pour les brûlures de plus ou moins 30% varie entre 120 et 235 minutes. La norme de temps pour les soins de brûlés dont la surface corporelle atteinte est de plus de 30% s'établit entre 240 et 480 minutes.

Les stratégies d'adaptation mentionnées dans l'étude de Steenkamp et Van Der Merwe (1997) ainsi que les thèmes suivants de l'étude de Kornhaber et Wilson (2011a) : le soutien par les pairs de soins infirmiers ; le soutien informel ; le manque d'appui ; la collaboration pluridisciplinaire et l'appui par des professionnels, sont traitées dans le thème « Les stratégies d'adaptation et moyens pour faire face aux réactions émotionnelles des infirmières ».

### **5.3 L'épuisement professionnel, les comportements bienveillants et l'anxiété**

Dans la recherche de Sahraian et al. (2008), une corrélation positive entre le secteur des soins et l'épuisement professionnel est présentée. La psychiatrie et le centre pour brûlés étaient les secteurs présentant un taux élevé d'épuisement émotionnel. Les infirmières du centre des brûlés présentaient un accomplissement personnel plus grand que celles des autres services de soins. En outre, les infirmiers avaient un niveau de dépersonnalisation plus élevé que les infirmières. Il était également mentionné que les participants célibataires ont été émotionnellement plus épuisés que ceux qui sont en couple.

Selon l'étude de Forough et al. (2007), les infirmières de plusieurs centres de brûlés présentaient des symptômes d'épuisement professionnel. Ces chercheurs indiquaient que les caractéristiques personnelles et les traits de personnalité sont impliqués dans les comportements affectifs et les réponses comportementales et organisationnelles des infirmières. Ces derniers ont influencés positivement ou négativement les comportements bienveillants et empathiques du personnel infirmier auprès des patients. Ils ont également modifié les réponses à l'épuisement professionnel. L'évaluation des caractéristiques personnelles des patients a influencé les attitudes et les comportements des infirmières durant les soins. Lorsque l'évaluation est positive, les relations sont améliorées et quand elle est négative, les relations se sont détériorées. Des infirmières ont eu des comportements malveillants voir humiliants envers les patients. Ils associent ces attitudes aux conditions de fatigue et de perte de motivation. Les patients atteints de vastes brûlures, dont la survie était un événement improbable, étaient non seulement mal traités, mais ont également été ignorés et soumis à de mauvais soins.

L'étude de Nagy (1998) démontre que le niveau d'anxiété total était plus élevé pour les infirmières des soins intensifs des brûlés. Ces dernières ont un niveau plus haut du sentiment de contrôle et de compétence par rapport aux infirmières de néonatalogie. Il n'y a pas de différence entre les groupes dans les scores de l'échelle Pawn. Cette échelle mesurait la perception des infirmières par rapport à leur impuissance. L'auteur se basait sur une échelle préexistante pour comparer le niveau d'anxiété des infirmières d'un centre de brûlé et de néonatalogie. L'exposition constante à la douleur des patients a augmenté l'anxiété de l'infirmière. Les infirmières spécialisées dans les soins de brûlés ont démontré une forte anxiété par rapport à la douleur quant aux infirmières de néonatalogie présentaient une inquiétude modérée par rapport à la douleur.

Dans cette même étude, l'analyse qualitative des données a permis de d'identifier deux thèmes dans l'échelle qui mesure le sentiment de compétence personnelle et de contrôle de l'infirmière. Le premier étant les perceptions des infirmières quant à leur propre capacité à évaluer précisément l'intensité de la douleur des patients. Le second étant la capacité des infirmières à s'engager dans la collaboration avec le corps médical. Ces aspects fournissaient des explications par rapport aux scores plus élevés des infirmières du centre des brûlés dans l'échelle d'origine.

## **5.4 Les stratégies d'adaptation et les moyens mis en place par les infirmières**

### **5.4.1 Les stratégies**

L'étude de Nagy (1999) démontrait que 84% des infirmières utilisent comme stratégie d'adaptation la distanciation lors de procédures douloureuses. Cette stratégie comprenait plusieurs types de distanciation : la distanciation émotionnelle et physique ; la concentration sur les avantages de la procédure à long terme plutôt que sur la douleur elle-même ; la structuration de l'événement douloureux pour empêcher l'infirmière d'être émotionnellement « écrasée » par la douleur en gardant le contrôle de la situation et avoir des activités hors contexte afin de débriefer les émotions négatives avec l'entourage personnel. Selon l'auteur, ces stratégies n'étaient pas des tentatives afin de nier l'existence de la douleur des patients, mais plutôt de réduire son impact sur l'infirmière.

Une autre stratégie d'adaptation a été identifiée par ces chercheurs : l'engagement. Il est opposé à la distanciation et 59% des infirmières l'utilisent comme stratégie. Ce dernier fait référence à l'anticipation de la douleur, aux efforts pour maintenir un niveau élevé de compétences et connaissances techniques, au partage du contrôle sur les événements douloureux avec le patient, en fournissant un confort émotionnel et physique au patient et en passant du temps avec le patient en dehors des activités douloureuses afin qu'il n'associe pas les infirmières à la douleur. Cette stratégie d'adaptation s'est montrée plus efficace que la distanciation sur le long terme.

#### 5.4.2 Les soutiens informels et formel

##### *L'équipe infirmière :*

L'étude de Steenkamp et Van Der Merwe (1997) montrait que les bonnes relations au sein de l'équipe infirmières représentaient un soutien informels pour le personnel infirmier qui travaille dans les unités de brûlés ; ceci pour 80% des participants. Kornhaber et Wilson (2011a) mentionnaient qu'un réseau de soutien informel existait entre le personnel infirmier. Ils relevaient que les participants ont utilisé ce soutien comme stratégie d'adaptation à plusieurs reprises. Les discussions avec les collègues ont été considérées comme thérapeutiques. Quelques participants ont estimé ne pas être pris en charge par leurs collègues de travail et d'autres membres de l'équipe pluridisciplinaire. Ceci avait comme conséquence un sentiment « horrible » à vivre pour les participants et la peur du jugement par ces propres pairs. La raison probable serait une dotation en personnel trop faible.

##### *L'assistance d'équipe (soutien formel) :*

D'après la recherche de Steenkamp et Van Der Merwe (1997) l'assistance d'équipe a permis aux participants de faire face à l'environnement de travail stressant. L'étude de Kornhaber et Wilson (2011a) relevait qu'un conseiller hospitalier et un psychiatre ont formellement fait des débriefings avec le personnel infirmier. Offrant ainsi une assistance aux participants ainsi que des stratégies efficaces d'adaptation et des lignes directrices pour la gestion des patients difficiles.

---

*L'approche pluridisciplinaire :*

Pour Steenkamp et Van Der Merwe (1997), 17 participants ont suggéré des discussions de groupe afin de réduire le stress. 41% des participants estime nécessaire d'avoir de meilleures relations avec l'équipe pluridisciplinaire en particulier avec l'équipe médicale. Pour 23% des infirmières, cela leur permettait de bénéficier de plus d'appréciation dans leur travail. Selon l'étude de Kornhaber et Wilson (2011a), les participants ont estimé qu'une approche d'équipe pluridisciplinaire leur a apporté du soutien car l'équipe pluridisciplinaire vise un objectif commun : la réhabilitation du patient brûlé. Sans le soutien de l'équipe multidisciplinaire, les soins infirmiers pour les patients brûlés ne seraient pas possibles.

*Le concept de la résilience dans les soins infirmiers :*

Kornhaber et Wilson (2011b) considéraient le concept de la résilience comme stratégie pour faire face aux difficultés présentes dans les unités de brûlés. Les résultats illustraient clairement qu'il était essentiel que les infirmières soignant des personnes brûlées construisent de la résilience pour supporter le traumatisme émotionnel des patients présentant des brûlures graves. La connaissance du concept de la résilience a pu être incorporée dans l'enseignement des soins infirmier auprès de l'étudiant qui prépare une licence, mais également aux infirmières expérimentées. Le concept de résilience avait le potentiel de maintenir le personnel infirmier dans les unités de brûlés et ceci en favorisant le perfectionnement du personnel, l'orientation et la conservation. L'équipe multidisciplinaire a été identifiée par les participants comme un point essentiel pour la guérison du patient. Elle leur a donné du soutien et la direction pour des soins infirmiers de qualité aux patients brûlés. La construction de la résilience chez les infirmières des unités pour brûlés augmentait l'expérience et les moyens qui facilitaient la transformation des expériences négatives en positif.

*Un outil de mesure des activités de soins infirmier dans les unités pour brûlés :*

De Jong et al. (2009) ont mis en évidence quatre activités de soins infirmiers qui sont catégorisées en tant que soins directs et indirects et ont été assignées à une norme de temps standard. Les soins directs et indirects ont été définis par leur fréquence (soit



régulière ou occasionnelle). Le temps standard par activité a été mis en relation avec le niveau d'éducation des infirmières ainsi qu'avec leur spécialisation. L'équilibre a été calculé entre la demande de soin et la possibilité d'offrir ces soins. Les déséquilibres ont pu être attribués aux admissions non planifiées, au statut imprévisible de l'état de santé des patients hospitalisés, aux changements d'horaire du personnel dus à la formation ainsi que par le refus de prise en charge de nouveaux patients

Les soins à la demande du patient (N=240) par jour d'hospitalisation (N=2900) ont été évalués et enregistrés pendant un an. Cinq catégories de priorité de besoins ont été attribuées aux patients allant, des besoins minimaux de soins aux soins les plus intensifs. La précision des catégories finales a été basée sur l'analyse de la grande base de données et correspondait en temps réel à l'offre en soins quotidienne.

### **5.5 Les pratiques facilitant la guérison holistique**

L'auteur Zengerle-Levy (2004) a identifié 11 pratiques regroupées en quatre thématiques à la suite des entrevues et l'observation clinique des infirmières. La première thématique était « être un parent – infirmière » ; les pratiques identifiées étaient : répondre aux besoins affectifs de l'enfant, donner de l'amour inconditionnel et raconter des histoires pour guérir les blessures de la solitude et la peur. Le second sujet traitait du « maintien des liens de l'être humain » ; les pratiques reconnues étaient : parler aux enfants, les toucher et écouter de musique ou regarder des vidéos. Le troisième aspect était « considérer le patient comme un enfant » ; les pratiques utilisées par les infirmières de cette unité étaient : jouer et s'amuser, utiliser l'humour pour guérir les blessures émotionnelles et permettre le retour de l'enfant à l'enfance. Enfin, la dernière thématique abordait « le renouvellement de l'Esprit » ; les pratiques identifiées dans cet aspect étaient : cultiver le spirituel en aidant l'enfant à trouver un sens à la vie.

Selon l'auteur, les infirmières ont cherché des façons de reconforter, d'établir des relations significatives et aider les autres niveaux du bien-être. De plus, il est de la nature des infirmières d'être des êtres humains concernés et engagés dans le bien-être des autres. Dans cette étude, les infirmières ne se sont pas détachées, malgré les défis physiques, émotionnels et spirituels des soins aux patients brûlés. Elles ont trouvé des moyens pour assister aux besoins innés des enfants qui transcendaient la biomédecine

---

de pointe. Par ailleurs, les préoccupations des infirmières, leur implication émotionnelle, le spirituel et le bien-être physique des enfants représentaient le sens de leur rôle dans le monde. Les pratiques des infirmières ont été calculées à partir des constructions culturelles des êtres humains concernés. Dans les recherches antérieures, aucun auteur n'a précédemment documenté les pratiques infirmières qui contribuent à l'aspect émotionnel et au bien-être spirituel durant l'enfance. Les infirmières ont fait part de leurs pratiques qui ne sont ni mesurables ou objectivables ainsi que les points de repère pour les soins. En outre, les infirmières ont déclaré que ce qu'elles ont fait, visait à avoir des pratiques bienveillantes envers les enfants brûlés. Ces infirmières ont cherché des moyens pour nourrir les blessures émotionnelles et spirituelles des enfants.

Enfin, un tableau (Tableau III) présente une brève synthèse des différents résultats issus des recherches par thématiques mentionnées dans ce chapitre.

Tableau III : Synthèse des résultats

Thèmes issus des résultats	Synthèse des résultats des recherches
<b>L'expérience émotionnelle des infirmières des centres de brûlés</b>	Les émotions sont présentes dans la relation entre le patient brûlé et l'infirmière, elles sont influencées par des phénomènes comme la douleur, la relation de confiance, la charge de travail, le stress.
<b>L'aspect psychosocial des infirmières des centres de brûlés</b>	Le fonctionnement psychosocial des infirmières était adéquat et adapté. Ces dernières ont besoin de soutien formel et informel, de salaires adéquats, d'une charge de travail adaptée, des conditions de travail environnementales et structurelles stables et d'une collaboration pluridisciplinaires suffisante.
<b>L'épuisement professionnel, les comportements bienveillants et l'anxiété</b>	Le risque d'épuisement professionnel dans les unités pour brûlés était présent. Les caractéristiques personnelles et l'épuisement professionnel des infirmières influencent leurs comportements positivement ou négativement envers les patients brûlés. Les infirmières des centres pour brûlés présentent une anxiété face à la douleur des patients plus élevée que celle de néonatalogie.
<b>Les stratégies d'adaptation et moyens pour faire face aux réactions émotionnelles des infirmières</b>	Les stratégies d'adaptation des infirmières sont : <ul style="list-style-type: none"> <li>- La distanciation émotionnelle</li> <li>- L'engagement dans les soins</li> <li>- Les soutiens informels et formels</li> <li>- Le concept de résilience</li> <li>- La notion de sens dans les soins</li> <li>- La collaboration au sein de l'équipe pluridisciplinaire</li> </ul>
<b>Les pratiques facilitant la guérison holistique</b>	Les pratiques identifiées dans les recherches sont : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Répondre aux besoins affectifs</li> <li>- Donner de l'amour inconditionnel</li> <li>- Communiquer avec le patient</li> <li>- La toucher</li> <li>- Utiliser l'humour dans les soins</li> <li>- Cultiver le spirituel</li> </ul>

## **6 Discussion**

Cette revue de littérature avait pour but de décrire l'expérience émotionnelle des infirmières des unités de brûlés ; d'exposer le contexte de cette expérience et d'identifier les stratégies et moyens d'adaptation de ces infirmières afin de travailler à long terme auprès des patients brûlés. Les onze études sélectionnées ont permis de mettre en évidence l'expérience émotionnelle des infirmières de pédiatrie et d'adulte de différents centres de brûlés. D'autres études ont traité des aspects psychosociaux tels que le fonctionnement et les besoins des infirmières de ce type d'unités. Quelques études ont analysé l'épuisement professionnel, les comportements des infirmières et l'anxiété résultante des soins infirmiers dans les unités de brûlés. Les résultats de ces recherches ont permis d'identifier les stratégies d'adaptation et les moyens des infirmières pour faire face aux difficultés engendrées par les soins de longue durée dans les unités de brûlés. La dernière recherche traitait des pratiques qui facilitent la guérison holistique des enfants brûlés

### **6.1 Les émotions dans le contexte des soins aux patients brûlés**

Selon l'étude de Hilliard et O'Neill (2010), les émotions des infirmières étaient fortement présentes dans la prise en soins. Le Breton (2004) a indiqué que l'émotion résulte d'une cause précise et qu'elle est liée à un événement. Elle définissait la manière qu'à l'individu de vivre l'événement, le but étant que les autres individus la reconnaissent. Les émotions faisaient partie de la communication sociale. Elles étaient donc nécessaires dans les interactions entre l'infirmière et le patient brûlés. Hilliard et O'Neill (2010) mentionnaient également que les émotions positives aident les patients brûlés. La recherche de Cronin (2001) démontrait que le stress a un impact sur les émotions des infirmières. En parallèle de cela, Kirouac (1995) évoquait que l'individu vit une émotion lorsqu'il est confronté à une situation, ce qui expliquerait pourquoi le stress influence les émotions des infirmières. L'émotion permettra à l'infirmière de s'adapter à l'environnement stressant des unités de brûlés. De plus, Cronin (2001) illustre qu'il était primordial que l'infirmière soit capable de se rendre compte qu'elle vit des sentiments et des émotions au travers des relations avec les patients. Selon Le Breton (2004), l'individu réalise une évaluation cognitive par rapport à son

interprétation d'une situation ainsi qu'à sa relation à un objet afin que l'émotion naisse. Nous constatons ainsi que cette approche diffère de l'approche psychologique des émotions selon Kirouac. Ce dernier perçoit l'évaluation cognitive comme inductrice de l'émotion, alors que Le Breton envisage que l'émotion induit une évaluation cognitive. Ces deux approches font part d'une évaluation cognitive, le temps d'une réflexion est nécessaire à toute évaluation. De plus, Cronin (2001) évoquait que les infirmières n'ont pas assez de temps pour communiquer leurs émotions.

D'après la recherche de Steenkamp et Van Der Merwe (1997), un environnement de travail stressant avait un impact sur les émotions et l'expérience émotionnelle des infirmières des unités de brûlés. Ceci est confirmé par les explications de Le Breton (2004) car l'émotion est en lien avec un événement ; dans le cas présent, l'environnement de travail stressant correspond à l'événement. Les résultats de l'étude de Steenkamp et Van Der Merwe (1997) démontraient que le fonctionnement psychosocial global de l'unité des brûlés était situé dans des niveaux adéquats sauf sur l'échelle de stress. Par ailleurs, l'étude de Cronin (2001) soulignait que les infirmières doivent être conscientes des manifestations du stress afin d'anticiper une forme de soutien. Le stress est lié à la façon dont les infirmières font face aux émotions. D'où l'importance pour l'infirmière d'effectuer une l'évaluation cognitive de la situation pour induire une émotion qui permettrait une gestion adéquate du stress (Kirouac, 1995).

En outre, les études de Hilliard et O'Neill (2010) et Nagy (1998) explicitaient que les émotions des infirmières sont fortement influencées par leur capacité de soulager la douleur des patients. Comme le mentionne Le Breton (2004), la douleur est un événement réel vécu par le patient et est donc liée aux émotions. Hilliard et O'Neill (2010) relevait que des sentiments de culpabilité et de détresse suite à une rupture de confiance lors des soins douloureux sont apparues auprès des infirmières. Selon Le Breton (2004), le sentiment diffère de l'émotion car il s'ancre dans le temps ; l'émotion quant à elle est brève, un instant provisoire. Ceci, met en évidence que les sentiments vécus par les infirmières de ces centres de brûlés se sont installés dans le temps. De plus, l'étude de Nagy (1998) démontrait que les infirmières de ces centres ont une forte anxiété par rapport à la douleur. En psychologie classique, l'anxiété se définit comme un sentiment d'inquiétude, d'insécurité, de troubles diffus physiques et psychiques, d'attente d'un danger indéterminé devant lequel on est impuissant. Hilliard et O'Neill

(2010) explicitaient que le soulagement de la douleur contribue à atténuer les inquiétudes des infirmières et contribue au mieux être de ces dernières.

Chalifour (1989) mentionnent différents agents stresseurs dans son ouvrage. Les exigences liées à un travail font partie des sources de stress externes. Ce qui est également souligné par Cronin (2001) qui met en évidence le caractère stressant ainsi que les exigences physiques et psychiques des centres de brûlés. Ces éléments et une grande charge de travail peuvent induire de l'épuisement professionnel chez les infirmières. De plus, Cronin (2001) relevait que l'intensité du travail affecte le personnel infirmier des unités de brûlés. Ceci est lié à l'étude de Forough et al. (2007) qui démontrait la présence d'épuisement professionnel chez les infirmières de ces centres. En effet, la recherche de Sahraian et al. (2008) illustre que le personnel qui effectue des heures supplémentaires de travail la nuit était émotionnellement plus épuisé et montrait une dépersonnalisation plus élevée. En outre, l'étude de Kornhaber et Wilson (2011a) indiquait que les soins de longue durée induisent l'épuisement professionnel. Par ailleurs, Hilliard et O'Neill (2010) mentionnaient la charge de travail comme un frein pour offrir des soins affectifs. Ces derniers sont mis en évidence par l'approche Chalifour (1989) qui présente la relation d'aide comme une interaction entre l'infirmière et le patient. L'infirmière recherche personnellement à contenter le besoin d'aide du patient. Dans l'étude d'Hilliard et O'Neill (2010), à cause d'une charge de travail trop « lourde », l'infirmière était dans l'incapacité de répondre aux besoins spécifiques du patient qui demandait des soins affectifs.

Selon la recherche de Kornhaber et Wilson (2011a), les différents services de soins aigus avaient une influence sur les émotions des infirmières. D'après Kirouac (1995), les émotions sont induites par les situations vécues par l'individu dans un contexte. Ceci est soutenu dans l'étude de Sahraian et al. (2008) qui démontrait que les secteurs les plus touchés par l'épuisement professionnel sont les unités de psychiatrie et les centres de brûlés. De plus, la recherche de Forough et al. (2007) démontrait que l'épuisement professionnel ressenti par les infirmières du centre des brûlés a induit des comportements « malveillants » auprès des patients. Ces derniers sont contraires aux comportements bienveillants décrits dans l'ouvrage de Chalifour (1989). La base de la relation d'aide en soins infirmiers est fondée sur les attitudes décrites par Rogers et

Kinget (1969) : la compréhension empathique, le respect chaleureux, l'authenticité, l'immédiateté et la confrontation.

## **6.2 Les stratégies d'adaptation et moyens**

Les stratégies d'adaptation se définissent comme : « Un ensemble d'efforts cognitifs et comportementaux visant à satisfaire les exigences, permettant d'atteindre le bien-être et qui peut être renforcé » (Doenges, Moorhouse et Geissler-Murr, 2011, p. 801). Plusieurs études ont démontré que les infirmières des centres de brûlés mettent en place différentes stratégies d'adaptation pour faire face au stress, à l'infliction de la douleur, à l'anxiété, à la charge de travail et à l'épuisement professionnel en lien avec ces centres. Chalifour (1989) mentionnait des limites aux interventions de l'infirmière. Des conditions particulières et le contexte où les soins sont dispensés influencent l'offre en soins et la qualité des soins. Les éléments cités ci-dessus font partie des conditions particulières mentionnées par l'auteur. C'est dans une démarche professionnelle et d'experte que l'infirmière va chercher à mettre en place des stratégies d'adaptation pour y faire face. L'étude de Nagy (1999) mentionnait deux formes de stratégies pour faire face à l'infliction de la douleur auprès des patients brûlés. La première étant la distanciation émotionnelle et physique. Celle-ci n'est efficace qu'à court terme, elle permet une protection de soi et de nier une implication personnelle dans les soins. Ceci est également augmenté par Mercadier (2002) qui mentionne que le contrôle des émotions est un principe implicite. C'est un processus émotionnel qui s'acquiert au cours de la socialisation professionnelle dans la relation thérapeutique. Par ailleurs, elle mentionne la distance sensorielle comme une protection qu'a le soignant pour faire face aux stimuli trop aigus. La seconde stratégie mentionnée par l'étude de Nagy (1999) était l'engagement dans les soins. Cette dernière permet aux infirmières de se sentir comme des professionnels compétents. Elles se concentrent par exemple sur les moyens afin de soulager la douleur, ce qui rend le travail de l'infirmière plus supportable. De plus, Hilliard et O'Neill (2010) soulignaient que cela donne du sens aux soins et permettait de compenser l'impact émotionnel liés aux soins infirmiers dans les centres de brûlés. Ce qui est également mentionné dans le cadre de référence de Chalifour (1989) ; l'infirmière manifeste au cours de la relation d'aide des attitudes lui permettant d'établir un lien avec le patient. C'est grâce à une attitude empathique qu'elle va prendre en compte la douleur du patient et mettre en place des moyens afin d'y palier.

Les discussions de groupe, les débriefings formels organisés par un psychiatre ou un conseiller hospitalier et le soutien informel entre collègues sont mentionnés par les études de Kornhaber et Wilson (2011a) et Nagy (1999) comme stratégie d'adaptation des infirmières des centres pour brûlés afin de faire face aux difficultés et au stress engendrés par ces services. Ces moyens ont offert une assistance aux participants, des stratégies d'adaptation efficaces et des lignes directrices pour la gestion des patients difficiles. Ceci est mis en lumière par Chalifour (1989) qui énumère les caractéristiques de l'aidante dans la relation d'aide. L'infirmière possède des connaissances théoriques et connaît son rôle propre. Il mentionne que plus cette dernière se connaît personnellement, plus elle pourra solliciter ses ressources internes et externes afin de mettre en place des interventions adaptées dans la prise en soins. Les conclusions des études de Kornhaber et Wilson (2011a) et Nagy (1999) faisaient état des capacités des infirmières des centres de brûlés à chercher du soutien et des solutions lors de situations complexes et fait donc le lien avec la capacité des infirmières à solliciter leurs ressources internes et externes (Chalifour, 1989).

La construction du concept de résilience a été identifiée par la recherche de Kornhaber et Wilson (2011b) comme stratégie pour faire face aux difficultés présentes dans les unités de brûlés. La résilience permet de supporter le traumatisme émotionnel engendré par les patients présentant des brûlures graves. Ce point est également souligné par Mercadier (2002) qui fait état de la finalité du contrôle des émotions comme une capacité du soignant à ne pas exacerber celles du patient mais également afin de ne pas se laisser submerger par ces dernières en faisant acte de professionnalisme. La construction de la résilience est un concept au même titre que la gestion des émotions permettant à l'infirmière de ne pas se laisser envahir par l'impact émotionnel des soins infirmiers dans les unités de brûlés. De plus, le concept de la construction de la résilience de l'étude de Kornhaber et Wilson (2011b) a été incorporé dans l'enseignement auprès de l'étudiant en soins infirmier et aux infirmières expérimentées. Ceci a pour incidence de préparer les nouvelles infirmières aux éventuels traumatismes émotionnels et leur offre une ressource potentielle. En effet, la construction du concept de résilience a le potentiel de permettre un maintien des infirmières et augmente ainsi le partage de l'expérience entre les membres de l'équipe infirmière. Ce concept augmente les moyens facilitant la transformation des expériences négatives en positives.



### **6.3 Les pratiques facilitant la guérison**

La recherche de Zengerle-Levy (2004) a identifié douze pratiques de soins infirmiers qui facilitent la guérison holistique des enfants dans les unités de brûlés. Les infirmières ont trouvé le moyen d'assister aux besoins innés des enfants hospitalisés. Ces pratiques sont des moyens pour nourrir les blessures émotionnelles et spirituelles des enfants brûlés. Chalifour (1989) se base sur la même approche que l'auteur de cette étude. Toute l'approche de la relation d'aide en soins infirmiers se constitue sur la recherche des besoins spécifiques des patients.

### **6.4 Regard critique sur les études sélectionnées**

La plupart des études sont phénoménologiques et se basent donc sur l'expérience vécue par les infirmières dans les centres de brûlés. La possibilité d'interprétation des données par l'auteur n'est pas exclue dans quelques études d'ordre phénoménologique (Cronin (2001) ; Hilliard et O'Neill (2010) ; Kornhaber et Wilson (2011a et b) ; Nagy (1999) ; Zengerle-Levy (2004)). Afin d'éviter toute interprétation de la part des auteurs, des cadres références ou des méthodes d'analyse des données sont utilisées. Pour les quatre devis quantitatifs, la majorité sont des essais contrôlés, randomisés et permettent d'assurer une meilleure validité de leurs résultats par un groupe de contrôle. Une étude est observationnelle, elle rend compte des activités de soins des infirmières dans un centre de brûlés afin de vérifier l'équilibre entre la demande soins et la possibilité d'offrir ces soins.

Les études traitant de l'expérience émotionnelle de Hilliard et O'Neill (2010) et de Cronin (2001) ne définissent pas clairement les émotions de bases (la joie ; la tristesse ; le dégoût ; la peur ; la colère ; la surprise et le mépris) qui peuvent être vécues les infirmières dans les unités de brûlés. Elles attestent que les infirmières doivent reconnaître leurs émotions et que ces dernières ont une importance dans la prise en soins des patients. Dans ces deux études, les auteurs présentent des parties des interviews de données brutes, ce qui donne au lecteur un bref aperçu du vécu des infirmières dans les unités de brûlés. Dans l'étude de Hilliard et O'Neill (2010), des infirmières ayant quitté l'unité des brûlés il y a huit ans ont fait part de leur vécu. Celui-ci n'est pas représentatif de leurs collègues actuelles.

L'étude de Steenkamp et Van Der Merwe (1997) démontre que les infirmières des unités de brûlés ont un fonctionnement psychosocial adéquat qui ne nécessite pas d'interventions dans la pratique. De plus, les hypothèses de recherches de l'étude de Kornhaber et Wilson (2011a) qui suggérait que l'exposition à des niveaux de stress élevés avait des implications sur la santé et le bien-être psychosocial des infirmières, ont été rejetées.

Concernant l'étude de Forough et al. (2007), il est mentionné que de comportements inadaptés et parfois « malveillants » de la part des infirmières ont été observés. Les conditions de travail dans cette unité ainsi que l'éthique sont différentes de celles de la Suisse. Les résultats de cette étude sont donc à être nuancés et ne peuvent pas être généralisables à toutes les unités de soins intensifs pour brûlés. Cette étude permet de rendre attentif qu'il existe une corrélation positive entre l'épuisement professionnel et les comportements des infirmières.

L'introduction de l'étude de De Jong et Middelkoop (2009) dans cette revue de littérature est discutable car elle ne prend pas en compte les émotions des infirmières, ni les stratégies d'adaptation de ces dernières. Les auteurs interrogent les infirmières afin de connaître les activités qu'elles effectuent durant une journée.

D'après la recherche de Sahraian et al. (2008), les infirmières des centres des brûlés présentent de l'épuisement professionnel. Les différences culturelles, économiques, politiques et structurelles du lieu géographique de cette étude limitent la généralisation de cette conclusion à d'autres unités de soins.

L'étude de Zengerle-Levy (2004) traite uniquement des pratiques qui facilitent la guérison holistique des enfants ce qui limite la généralisation d'application de ces dernières auprès des patients adultes des centres pour brûlés.

Les aspects des onze études sélectionnées pour l'élaboration de cette revue de littérature étoffée ont été discutés par rapport aux auteurs choisis dans l'état du questionnement. Ceci a permis de mettre en évidence que les émotions sont présentes dans toutes les interactions que l'infirmière a avec le patient. La gestion de ces dernières est un moyen mis en place par les infirmières afin de se protéger émotionnellement des situations

complexes. Les différentes stratégies d'adaptation identifiées par les chercheurs montrent la capacité des infirmières à chercher des ressources afin de palier aux difficultés engendrées par les soins infirmiers dans les centres de brûlés. Les pratiques de l'infirmière facilitant la guérison des patients sont en lien avec le cadre de référence de l'approche holistique de Chalifour (1989). Une mise en évidence des implications et recommandation pour la pratique infirmière suit ce chapitre.

## **6.5 Implications et recommandations pour la pratique infirmière**

Les implications pour la pratique ont été dissociées de la discussion des résultats, afin de les rendre plus visibles. Les éléments essentiels présentés dans cette revue de littérature en vue d'exprimer le rôle de l'infirmière par rapport à ses émotions et les possibilités de mettre en place des stratégies d'adaptation pour faire face aux difficultés émotionnelles des services pour brûlés vont être mis en évidence. Ces recommandations sont limitées car elles sont en lien avec un contexte très spécifique des soins infirmiers, celui des unités de brûlés. Ces services étant peu nombreux en Suisse et dans le monde, il représente un relativement faible échantillon de la population infirmière.

Cependant, cette revue de littérature étoffée permet aux infirmières concernées par cette problématique d'éventuellement s'interroger sur la gestion de leurs émotions et les incitera éventuellement à trouver des stratégies d'adaptation visant leur bien-être psychique et physique dans le secteur des soins des brûlés. Ceci malgré le nombre limité de recherches effectuées par rapport à l'expérience émotionnelle des infirmières dans ces unités.

L'identification des émotions ressenties lors de soins auprès des patients brûlés est une étape importante pour l'infirmière dans le processus de la relation d'aide en soins infirmier. Lorsqu'elle est capable d'identifier ses émotions et de les verbaliser, elle est plus à même de les anticiper. Cela lui permet de mettre en place des différentes formes de soutiens si nécessaire. La gestion de ses émotions est essentielle afin de ne pas les laisser envahir la relation d'aide. Ceci démontre une capacité d'adaptation adéquate de l'infirmière car elle est experte dans l'analyse de situations complexes et instables, elle fait preuve de professionnalisme envers le patient. Toutefois, la gestion des émotions ne veut pas dire que l'on doit les nier. Exprimer ses émotions est primordial afin qu'elles

ne dépersonnalisent pas l'infirmière et la rend insensible dans ses interactions avec le patient brûlés. Verbaliser ses émotions est un processus permettant le partage d'expérience au sein de l'équipe infirmière et offre du soutien aux infirmières. De plus, les émotions sont des moyens de communication non-verbale qui influencent les interactions entre le patient et l'infirmière. Par exemple, le dégoût, la colère et la peur sont des émotions que peut ressentir l'infirmière lors des soins auprès de patients brûlés ; elles sont visibles et peuvent provoquer chez ce dernier des réactions involontaires et un retrait dans la relation. C'est pourquoi, l'identification de ses propres émotions au préalable des soins, permet de mettre en place des stratégies d'adaptation efficaces qui favorisent la relation et évitent réactions négatives du patient.

Les centres pour brûlés représentent un milieu où les émotions sont multiples et variées à cause de leur caractère imprévisible et très stressant. Une gestion efficace des ses propres émotions permet de rester dans les soins infirmiers auprès des patients brûlés plus longtemps. Le risque d'épuisement professionnel dans ces unités de soins intensifs est très présent à cause du stress engendré par la prise en soins des patients instables. La mise en place de programme d'éducation afin de réduire le stress peu s'avérer utile.

Comme mentionné dans les divers témoignages et dans l'étude de Hilliard et O'Neill (2010) et celle de Nagy (1998), la douleur est un phénomène très présent dans les unités pour brûlés et influence les émotions des infirmières. L'évaluation de la douleur fait partie du rôle autonome de l'infirmière. Elle peut ainsi avec la collaboration médicale mettre en place des protocoles médicamenteux ou alternatifs dans le but de soulager la douleur du patient. La gestion de la douleur s'avère être une stratégie utile pour les infirmières afin de diminuer leur anxiété et contribue à leur bien-être émotionnel.

Le caractère imprévisible et instable de l'état de santé du patient brûlé ainsi que le risque élevé de la mortalité a un impact émotionnel sur les infirmières. La nécessité d'un soutien formel au travers de débriefings organisés par des professionnels comme un psychiatre, un service de liaison psychologique peut être nécessaire pour accompagner les infirmières dans la gestion de leurs émotions. Des moments d'analyse réflexive autour des situations de soins complexes et instables permettent d'identifier les problèmes de soins et facilitent leur résolution. De plus, l'analyse réflexive pousse

l'infirmière à se positionner dans son rôle propre et induit une interrogation sur ses propres émotions.

Le soutien de la part des collègues dans les situations difficiles est un aspect important pour la gestion des émotions de chacune des infirmières. Une équipe soudée et une dynamique collégiale permet à ces dernières de partager leur vécu lors de situations de soins complexes. Le partage d'expérience entre les infirmières expérimentées et les « jeunes diplômées » aide à la gestion des émotions. Le non-jugement du vécu de l'autre donne un sentiment de confiance et permet la création d'un lien entre les deux parties. La favorisation de moments informels au sein d'une équipe est un aspect à prendre en compte dans la gestion des émotions. Ces derniers vont contribuer au maintien de la solidarité entre les membres de l'équipe.

Une gestion adéquate des émotions des infirmières dans les centres des brûlés diminue le risque d'épuisement professionnel. Ce dernier est lié à la charge de travail des unités. Un ratio adéquat infirmières-patients, un partage des tâches lors des soins et la collaboration entre les membres de l'équipe permettent une diminution de la charge de travail. Celle-ci soulève des questions par rapport aux dotations en personnel des unités. Cet aspect est à prendre en compte par les supérieurs hiérarchiques des équipes infirmières. L'utilisation d'un outil mesurant l'équilibre entre la demande de soins et la possibilité d'offrir des soins donne des indications sur les besoins en dotation des services de soins. En revanche, cet instrument de mesure ne permet pas de garantir la qualité des soins. Cet outil présenté par l'étude de De Jong et Middelkoop (2009) est spécifique aux unités de brûlés mais peut être adapté aux services de soins hautement spécifiques. De plus, il est parfois laborieux de mettre en place tel genre d'outil dans les unités car il nécessite un programme informatique spécifique et une formation spéciale du personnel qui va l'utiliser. Cette démarche peut s'avérer onéreuse pour les institutions.

Pour effectuer des soins de qualité dans les unités de brûlés, une équipe pluridisciplinaire est nécessaire. Les compétences de chaque professionnel sont mises à contribution afin de mettre en place un objectif commun pour la réhabilitation du patient. La promotion de l'interdisciplinarité permet d'utiliser la complémentarité intrinsèque des disciplines pour la résolution d'un problème. Malgré les relations parfois

---

conflictuelles avec le corps médical mentionné participants de l'étude de Nagy (1998), la pluridisciplinarité est importante car ces deux professions sont complémentaires au bon déroulement de la prise en soins.

L'élaboration du concept de la résilience dans le domaine des soins infirmiers est une stratégie d'adaptation idéale. Celle-ci permet aux infirmières des centres de brûlés de se détacher des traumatismes émotionnels des patients et de se protéger de ceux-ci. La résilience favorise les comportements flexibles et influence positivement la rétention du personnel infirmier. De plus, cette rétention donne la possibilité aux infirmières plus expérimentées de faire part de leurs expériences professionnelles et personnelles par rapport à la gestion de leurs émotions durant les soins au nouveau personnel. Par ailleurs, le concept de la construction de la résilience peut s'avérer utile à d'autres domaines des soins.

La préparation des cliniciens à l'enseignement de l'art de la guérison morale fait partie des pratiques de soins qui peuvent être envisagées dans les services de brûlés. Les enseignants peuvent enseigner ces pratiques de guérison aux étudiants en utilisant les expériences vécues par les infirmières des unités de brûlés dans le but d'aider la guérison des patients ; ceci grâce à l'analyse de pratique réflexive. Les étudiants et les praticiens écoutent les histoires de la pratique ce qui permet de mieux comprendre, d'examiner et adopter l'éthique relationnelle de la guérison. Sur le plan éthique, les infirmières sont chargées de combler humainement la guérison morale en communiquant la compassion, l'engagement et le souci de la globalité de l'être.

Les différentes implications mentionnées précédemment se lient au cadre de référence de la relation d'aide de Chalifour (1989) choisi pour répondre aux questions de recherche. Il propose une description générale du modèle et donne une définition de la relation d'aide. Lorsque l'infirmière est en interaction avec le patient, qu'elle n'est pas consciente de ses émotions ou qu'elle n'arrive pas à les gérer, ces dernières vont influencer toute la relation d'aide. Pour vivre une relation pleinement, l'infirmière doit être capable d'analyser ce qui se passe dans l'interaction. Si les émotions ressenties par cette dernière viennent interrompre ce processus, ses qualités d'experte et professionnelles sont compromises.

---

## 6.6 Limites de l'étude

Le moteur de recherche de PubMed a été choisi afin de sélectionner les recherches les plus pertinentes pour répondre aux questionnements. Cette banque de données scientifique est liée à Medline qui comporte un large choix d'études en rapport avec la médecine et les soins infirmiers. Cependant, la spécificité de la problématique de cette revue de littérature a complexifié les recherches car peu d'études récentes traitent de l'expérience émotionnelle des infirmières des centres pour brûlés. Plusieurs recherches en lien avec l'aspect de l'expérience émotionnelle ont dû être exclues en raison de leur date de parution avant les années 90.

Les études sélectionnées ne s'intéressaient pas uniquement à l'expérience émotionnelle des infirmières. En effet, des études traitaient des aspects psychosociaux des infirmières dans les centres de brûlés, les stratégies d'adaptations des infirmières pour faire face aux difficultés, de l'épuisement professionnel, des pratiques de guérison et de la résilience. Cependant, toutes les recherches sont liées à un centre accueillant des patients brûlés. La majorité des recherches sélectionnées pour cette revue sont de types phénoménologiques. L'échantillon est généralement de petite taille, inférieur à dix pour cinq études et deux sont inférieures à 35 personnes, ce qui limite la généralisation des résultats à une population plus large d'infirmière. Par ailleurs, près de la moitié des études ont été réalisées en Australie et non en Suisse. Cette constatation est due au manque de recherche en lien avec l'expérience émotionnelle des infirmières des centres pour brûlés.

Le cadre de référence de Chalifour (1989) est centré sur la relation d'aide. Cette approche apportait des éléments positifs pour améliorer la qualité des soins infirmiers des centres pour brûlés. Mais dans la présente revue de littérature, il est question de l'expérience émotionnelle de l'infirmière. Nous nous sommes rendu compte que ce cadre de référence n'était pas le plus adéquat afin répondre aux questions de recherches posées. Un cadre de référence comme par exemple celui de Lazarus et Folkman (1984) centrée sur les stratégies d'adaptation aurait probablement pu être plus approprié. Il aurait ainsi pu compléter avec celui de Chalifour par un éclairage psychologique des situations de stress vécues par les infirmières.

---

La quantité restreinte d'études utilisées pour la réalisation de cette revue de littérature représente une limite. De plus, seul l'auteur a jugé de la qualité des études incluses à la revue, contrairement aux experts qui le font systématiquement à deux. Ce travail constitue une initiation à la recherche scientifique en développant des compétences professionnelles liées à une problématique spécifique rencontrée sur le terrain. Cette revue de littérature permet une utilisation des résultats afin de proposer des actions pour la pratique infirmière par un questionnement et grâce à une compréhension et une analyse critique des études antérieures.



## Conclusion

Les émotions représentent une composante essentielle dans la relation entre infirmière et patient. Elles sont vitales pour l'individu, car elles lui permettent de s'adapter à l'environnement. Néanmoins, il arrive que ces émotions ne soient plus adaptatives pour différentes raisons liées à l'individu ou au contexte. Les études suggèrent que les infirmières doivent identifier les émotions qu'elles vivent dans la relation et les soins infirmiers afin de les gérer d'une façon appropriée. Une gestion adéquate des émotions démontre du professionnalisme, diminue le risque d'épuisement professionnel, diminue l'anxiété face à la douleur et prévient les comportements inadéquats des infirmières des centres pour brûlés. Elle permet également l'élaboration de stratégies d'adaptation par infirmières pour faire face aux situations complexes présentes dans les centres pour brûlés.

Le contexte professionnel des soins intensifs pour brûlés coïncide avec un environnement stressant, complexe où la douleur du patient est présente au quotidien. L'infirmière doit faire face à la charge de travail engendrée par les soins auprès du patient brûlés. Ceci a une incidence sur l'épuisement professionnel.

Les différentes stratégies d'adaptation qui sont mises en place par les infirmières des soins pour brûlés sont réalisables dans la pratique. Le soutien des pairs et des autres professionnels de la santé est essentiel au bon fonctionnement d'une équipe pluridisciplinaire. Cela contribue à aider l'infirmière à faire face aux situations complexes du quotidien. L'engagement dans les soins présente une stratégie d'adaptation qui offre plus de possibilités à l'infirmière par rapport à ces compétences professionnelles et à une gestion adéquate des émotions. La construction du concept de résilience permet de « rebondir » face aux situations traumatiques, difficiles et génératrices de stress.

Les résultats de cette revue de littérature s'adressent plus particulièrement aux infirmières des centres de soins intensifs pour brûlés. Il serait intéressant de connaître également le vécu émotionnel des infirmières des centres de soins intensifs généraux car la population d'infirmière est plus nombreuse et cela augmenterait la possibilité de généraliser ces résultats. Par ailleurs, les infirmières des centres pour brûlés devraient

dans un premier temps identifier leurs émotions afin qu’elles ne soient pas envahir par ces dernières. L’auto réflexion par rapport aux émotions vécues au cours des relations avec les patients permet d’évoluer positivement dans la relation d’aide.

## Bibliographie

- Association Flavie. (2011). Association Flavie. [Page WEB]. Accès: <http://www.flavie.ch/-Qui-est-Flavie-.html> [Page consultée le 12 avril 2011].
- Auderset, M.-J. (2007). *Face à la brûlure*. Lausanne : Mermod Arts Graphiques.
- Berger, M. M., Raffoul, W., Maravic, P., Séchet, V., Chioléro, R. (2004). Pourquoi deux Centres de Brûlés adultes en Suisse, dont un au CHUV? *Public Health*. 118, 938-943.
- Carpenito, L. J. (2009). *Manuel de diagnostics infirmiers*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.
- Chalifour, J. (1989). *La relation d'aide en soins infirmiers. Une perspective holistique-humaniste*. Paris : Lamarre.
- Cronin, C. (2001). How do nurses deal with their emotions on a burn unit? Hermeneutic inquiry. *International Journal of Nursing Practice*, 7, 342-348.
- De Jong, A.E., Leeman, J. & Middelkoop, E. (2009). Development of a nursing workload measurement instrument in burn care. *Burns : Journal International Society Burn Injuries*, 35, 942-948.
- Doenges, M.E., Geissler-Murr, A. et Moorhouse, M.F. (2007). *Diagnostics infirmiers ; Interventions et Bases Rationnelles*. Canada ; De Boeck Université.
- Forough, R., Fatemeh, O. & Mansoureh, N. (2007). Caring behaviors of burn nurses and the related factors. *Burns : Journal International Society Burn Injuries*, 33, 299-305.
- Hilliard, C. & O'Neill, M. (2010). Nurses'emotional expérience of caring for children with burns. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 2907- 2915.
- Kirouac, G. (1995). *Les émotions. Monographie de psychologie*. Sainte-Foy (Québec) : Presse de l'Université du Québec.

- 
- Kornhaber, R.A. & Wilson, A. (2011a). Psychosocial Needs of Burns Nurses: A Descriptive Phenomenological Inquiry. *Journal of Burn Care & Research*, 32, 286-293.
- Kornhaber, R.A. & Wilson, A. (2011b). Building Resilience in Burns Nurses: A Descriptive Phenomenological Inquiry. *Journal of Burn Care & Research*, 32, 481-488.
- Le Breton, D. (2004). *Les passions ordinaires : Anthropologie des émotions*. Paris : Petite bibliothèque Payot.
- Mercadier, C. (2002). *Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital. Le corps au cœur de l'interaction soignant-soigné*. Paris : Seli Arslan.
- Nagy, S. (1998). A comparison of the effects of patients' pain on nurses working in burns and neonatal intensive care units. *Journal of Advanced Nursing*, 27, 335-340.
- Nagy, S. (1999). Strategies used by burns nurses to cope with the infliction of pain on. *Journal of Advanced Nursing*, 29, 1427-1433.
- Perrinjaquet, D. *Angoisse - anxiété - TOC - phobies*. [Polycopiés] Fribourg : HES.SO santé.
- Rey-Debove, J. et Rey, A. (1996). *Le nouveau Petit Robert*. Paris : Dictionnaires Le Robert
- Sahraian, A., Fazelzadeh, A., Mehdizadeh, A.R. & Toobaee, S.H. (2008). Burnout in hospital nurses: a comparison of internal, surgery, psychiatry and burns wards. *International Nursing Review*, 55, 62-67.
- Steenkamp, W. C. & Van Der Merwe, A.E. (1997). The psychosocial functioning of nurses in a burn unit. *Burns: Journal International Society Burn Injuries*, 24, 253-258.

Watson, J. (1998). *Le Caring. Philosophie et science des soins infirmiers*. Paris : Seli Arslan.

Zengerle-Levy, K. (2004). Practices That Facilitate Critically Burned Children's Holistic Healing. *Qualitative Health Research*, 14, 1255-1275.

## **ANNEXE I : Déclaration d'authenticité**

« Je déclare avoir réalisé ce travail moi-même, conformément aux directives. Les références utilisées dans le travail sont nommées et clairement identifiées ».

Risse Emilie

## ANNEXE II : Stratégies de recherche

### *Stratégie 1*

Terme-MeSH associé à une recherche simple :

"Burn Units"[Mesh] AND "Nurses"[Mesh]

⇒ 21 résultats dont 2 études retenues:

Cronin, C. (2001). How do nurses deal with their emotions on a burn unit? Hermeneutic inquiry. *International Journal of Nursing Practice*, 7, 342-348.

Nagy, S. (1998). A comparison of the effects of patients' pain on nurses working in burns and neonatal intensive care units. *Journal of Advanced Nursing*, 27, 335-340.

### *Stratégie 2*

Terme-MeSH associé à une recherche simple :

"Nurses"[Mesh] AND "Emotions"[Mesh] AND "Burns"[Mesh]

⇒ 5 résultats dont 2 études retenues:

Hilliard, C. & O'Neill, M. (2010). Nurses'emotional expérience of caring for children with burns. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 2907- 2915.

Forough, R. Fatemeh, O. & Mansoureh, N. (2007). Caring behaviors of burn nurses and the related factors. *Burns : Journal International Society Burn Injuries*, 33, 299-305.

### *Stratégie 3*

Terme-MeSH associé à une recherche simple :

"Stress, Psychological"[Mesh] OR "Stress, Physiological"[Mesh] AND "Burn Units"[Mesh]

⇒ 25 résultats dont 2 études retenues:

Sahraian, A., Fazelzadeh, A., Mehdizadeh, A.R. & Toobaee, S.H. (2008). Burnout in hospital nurses: a comparison of internal, surgery, psychiatry and burns wards. *International Nursing Review*, 55, 62-67.

Steenkamp, W. C. & Van Der Merwe, A.E. (1997). The psychosocial functioning of nurses in a burn unit. *Burns: Journal International Society Burn Injuries*, 24, 253-258.

#### *Stratégie 4*

Terme-MeSH associé à une recherche simple :

"Nurses"[Mesh] AND "Burns"[Mesh] OR "Burn Units"[Mesh]

⇒ 78 résultats dont 1 étude retenue:

Nagy, S. (1999). Strategies used by burns nurses to cope with the infliction of pain on. *Journal of Advanced Nursing*, 29, 1427-1433.

#### *Stratégie 5*

Terme-MeSH associé à une recherche simple :

"Nursing"[Mesh] AND "Burn Units"[Mesh]

⇒ 46 résultats dont 2 études retenues:

De Jong, A.E., Leeman, J. & Middelkoop, E. (2009). Development of a nursing workload measurement instrument in burn care. *Burns : Journal International Society Burn Injuries*, 35, 942-948

Zengerle-Levy, K. (2004). Practices That Facilitate Critically Burned Children's Holistic Healing. *Qualitative Health Research*, 14, 1255-1275.

#### *Stratégie 6*

Terme-MeSH associé à une recherche simple :

"Nursing Staff"[Mesh] AND "Burns"[Mesh]

⇒ 92 résultats dont 2 études retenues :



Kornhaber, R.A. & Wilson, A. (2011b). Building Resilience in Burns Nurses: A Descriptive Phenomenological Inquiry. *Journal of Burn Care & Research*, 32, 481-488.

Kornhaber, R.A & Wilson, A. (2011a). Psychosocial Needs of Burns Nurses: A Descriptive Phenomenological Inquiry. *Journal of Burn Care & Research*, 32, 286-293.

## ANNEXES III : Grille d'analyse des recherches

Références	Hilliard, C. & O'Neill, M. (2010). Nurses'emotional expérience of caring for children with burns. <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 19, 2907- 2915.	Commentaires
Objectifs	Explorer les émotions vécues par les infirmières lorsqu'elles soignent des enfants atteints de brûlures Déterminer de quelle façon elles traitent ces émotions.	L'introduction est courte. Les hypothèses sont argumentées avec des recherches antérieurs et d'autres apports théoriques.
Question de recherche	Quelles sont les émotions des infirmières lors des soins aux enfants souffrant de brûlures ? Comment peuvent-elles y faire face?	
Devis	Etude phénoménologique.	
Hypothèse	La réponse émotionnelle des infirmières peut influencer la pratique des soins infirmiers. La manière dont les infirmières font face à leurs expériences émotionnelles peut avoir un impact sur les soins infirmiers.	
Méthodes Echantillon	Huit infirmières avec une expérience variant entre 6 et 30ans. Des infirmières ne faisant plus partie de l'unité de pédiatrie des brûlés.	Les considérations éthiques sont respectées. La méthode Colaizzi (1971) n'est pas étayée. La saturation des données est décrite.
Instruments de mesure	1. Des interviews non-structurées. Les entretiens ont duré entre 25-70 minutes et ont été enregistrées puis transcrites mot à mot. 2. La méthode Colaizzi d'analyse de données a été appliquée aux transcriptions. Les données sont condensées et regroupées sous les 4 thèmes principaux : <ul style="list-style-type: none"> <li>• s'occuper des enfants portant des brûlures</li> <li>• le soutien des parents</li> <li>• soutenir le bien-être émotionnel des infirmières</li> <li>• apprendre à être une infirmière en soins des brûlés.</li> </ul>	
Résultats	<b>Les émotions des infirmières sont fortement impliquées dans la prise en soins des enfants.</b> Les infirmières ont reconnu l'importance des <b>soins affectifs</b> . Lorsqu'elles sont dans l' <b>incapacité de pouvoir prodiguer ces soins, un sentiment d'impuissance et des tensions en découle</b> . Elles mentionnent <b>la charge de travail comme un frein</b> pour offrir des soins affectifs et dans le soutien des parents. Développer <b>une relation de confiance</b> avec les enfants était un <b>aspect important de leur rôle propre</b> . Elles ont éprouvé <b>des sentiments de culpabilité et de détresse suite à une rupture de confiance</b> avec les enfants <b>lors de soins douloureux</b> . Les <b>émotions</b> des infirmières sont fortement influencées <b>par la capacité de soulager la douleur</b> . <b>Le soulagement de la douleur</b> contribue à <b>atténuer les inquiétudes</b> des infirmières. Les infirmières reconnaissent la nécessité de <b>soutenir les parents</b> afin qu'elles puissent aider leurs enfants. Elles soulignent aussi <b>l'importance de faire participer les parents</b> . <b>La manière dont les parents font face</b> à l'état de leur enfant a un <b>impact sur les émotions</b> des infirmières. Les participants ont reconnu <b>la nécessité de faire face à leurs émotions</b> ; ils doivent <b>cacher leurs émotions</b> pour éviter de perturber les enfants. <b>La création d'un sens</b> dans les soins infirmiers est un <b>point essentiel</b> . Les infirmières mentionnent <b>le soutien des collègues</b> comme une <b>ressource</b> . Elles expliquent qu'il n'est pas <b>toujours évident de parler de leur émotions à leur entourage</b> .	Force : Des parties des interviews sont présentes dans les résultats ce qui donne précisément un aperçu du vécu des infirmières
Discussion	Les participants ont connu un spectre d'émotions allant de la satisfaction de contribuer à la récupération des enfants à l'angoisse d'être incapable de soulager la douleur. <b>Soulager la douleur est un aspect fondamental de leur rôle propre</b> . <b>La détresse émotionnelle a été aggravée par la rupture de confiance</b> . <b>La nature de cette confiance et sa rupture sont inexplorée dans la littérature</b> . <b>La littérature existante révèle surtout les émotions négatives</b> vécues par les infirmières. <b>Les émotions positives</b> ont aidé les enfants et <b>ont contribué à compenser les problèmes émotionnels</b> . Les <b>contraintes de temps empêchent d'assister aux besoins affectifs des parents</b> . <b>L'utilisation de contraintes de temps est un moyen de défense</b> pour une communication inadéquate qui implique que la communication est un luxe. Les infirmières décrivent la « <b>création d'une barrière</b> » <b>pour supprimer leurs réactions émotionnelles</b> . <b>Ceci n'a pas à</b>	<u>Force</u> : Les résultats sont mis en relation avec les apports théoriques d'autres auteurs.

	<p><b>limiter leurs interactions</b> avec les enfants ou <b>les a désensibilisés à la douleur</b>. Les participants ont <b>présenté une façade</b> pour masquer leurs propres émotions aux patients pour ne pas les <b>bouleverser</b>. Cette stratégie <b>a offert</b> aux participants une <b>protection émotionnelle temporaire</b>, mais <b>ne semble pas contenter leur sentiment de culpabilité et de détresse</b> par rapport à la douleur. Les participants ont <b>créé un sens dans leur travail pour compenser l'impact émotionnel</b>. Les participants ont beaucoup compté sur les <b>collègues pour le soutien affectif</b>. Une équipe d'infirmières de soutien contribue à réduire les perceptions de stress au travail et est un moyen d'analyse réflexive sur les situations.</p>	
Perspectives	<p>Créer du soutien formel pour les infirmières afin de gérer les conséquences émotionnelles de leur travail. Les résultats de cette étude peuvent être utilisés pour guider l'élaboration de stratégies visant à préparer et soutenir les infirmières dans leur expérience émotionnelle.</p>	
Limites	<p>La petite taille de l'échantillon ne permet pas de généraliser ces résultats. L'échantillon se composait d'infirmières ayant quitté l'unité des brûlés il y a huit ans, leurs expériences ne peuvent pas refléter celles de leurs collègues actuelles.</p>	

<b>Références</b>	<b>Kornhaber, R.A. &amp; Wilson, A. (2011b). Building Resilience in Burns Nurses: A Descriptive Phenomenological Inquiry. <i>Journal of Burn Care &amp; Research</i>, 32, 481-488.</b>	<b>Commentaires</b>
<b>Objectifs</b>	Explorer le concept de construction de la résilience comme stratégie pour répondre aux difficultés éprouvées par les infirmières des unités de brûlés.	Le concept de résilience est clairement défini par l'auteur.
<b>Question de recherche</b>	Est-ce que la résilience personnelle est nécessaire pour faire face aux difficultés dans la prise en soins des patients souffrant de graves brûlures?	
<b>Devis</b>	Etude phénoménologique.	
<b>Hypothèse</b>	Pas clairement mentionnée.	
<b>Méthodes Echantillon</b>	Sept infirmières de l'unité des brûlés (M=38.4ans, écart-type pas mentionné) ont participé à cette étude. La durée moyenne de l'expérience était de 11,4 ans.	<u>Force</u> : Les considérations éthiques et le droit de rétractation sont mentionnés dans la recherche. Les étapes de la méthode de Colaizzi (1971) sont décrites.
<b>Instruments de mesure</b>	Des « interviews » semi-structurées détaillées avec des questions ouvertes ont été utilisées dans cette recherche. Les données ont été analysées avec la méthode phénoménologique de Colaizzi d'analyse de données. Cette dernière est expliquée dans la recherche. La durée des entrevues durait entre 30 et 60 minutes.	
<b>Résultats</b>	<p>La résilience est un processus dynamique qui se développe au fil du temps</p> <p>Le concept de construction de la résilience comme stratégie pour faire face à l'adversité a été identifié et organisé en six catégories :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. l'endurcissement,</li> <li>2. la sélection naturelle,</li> <li>3. la résistance émotionnelle,</li> <li>4. faire face aux défis,</li> <li>5. se rassembler et se ressourcer,</li> <li>6. le détachement émotionnel.</li> </ol> <p>Les résultats démontrent clairement qu'il est essentiel que les infirmières soignant des personnes brûlées construisent de la résilience pour supporter le <b>traumatisme émotionnel</b> des patients présentant des brûlures graves. La connaissance du concept de construire la <b>résilience</b> a pu être incorporée dans l'enseignement des soins infirmier auprès de l'étudiant qui prépare une licence, mais également aux infirmières expérimentées. <b>La construction du concept de résilience a le potentiel de faire une rétention du personnel infirmier dans les unités de brûlés et ceci en favorisant le perfectionnement du personnel</b>, l'orientation et la conservation.</p> <p><b>L'équipe multidisciplinaire</b> a été identifiée par les participants comme un <b>point essentiel pour la réussite des soins</b>. Elle leur a donné un <b>soutien</b>, de la <b>direction pour des soins infirmiers de qualité</b> aux patients brûlés.</p> <p>La construction de la résilience chez les infirmières des patients brûlés <b>augmente l'expérience et les moyens qui facilitent la transformation des expériences négatives dans le positif</b>.</p>	<u>Force</u> : Pour chaque thème, l'auteur indique des passages des entrevues sont présents. Les résultats de cette étude sont confirmés par d'autres auteurs. L'auteur utilise un tableau pour présenter les catégories de la construction de la résilience.
<b>Discussion</b>	Cette étude a exploré le renforcement du concept de la construction de la résilience comme stratégie pour répondre à l'adversité de la prise en charge des patients brûlés. Dans l'équipe multidisciplinaire <b>les infirmières sont le plus grand atout de l'unité de brûlures. Le développement des compétences pour renforcer la résilience est essentiel</b> pour toutes les infirmières. Cette étude met en évidence que le <b>pragmatisme</b> a joué un <b>rôle clé</b> dans les <b>stratégies d'adaptation</b> efficaces entre les infirmières et les a <b>aidé à gérer leur charge de travail</b> . Les infirmières des brûlés passent par une étape d'ajustement et celles qui survivent restent dans les soins infirmiers des brûlures. La survie de la plus <b>forte mentalité</b> est nécessaire pour le recrutement et la rétention du personnel infirmier. La caractéristique de la <b>résilience</b> est peut-être une des <b>raisons du phénomène de la rétention</b> du personnel infirmier dans les oins des brûlés. <b>Malgré le stress vécu</b> par les soins de brûlures et les <b>stratégies d'adaptation requises</b> , le personnel reste travailler dans le domaine des brûlés pendant de <b>longues périodes</b> car la <b>résilience</b> n'est pas un trait ou une caractéristique fixe, mais, un <b>processus dynamique</b> en développement au fil du temps. <b>L'humour, le travail d'équipe a été identifié comme des stratégies d'adaptation</b> .	<u>Force</u> : L'auteur discute les résultats en fonction d'autres recherches et d'autres apports théoriques.

Perspectives	Les résultats démontrent l'importance de renforcer la résilience chez les infirmières qui accompagnent des brûlés afin d'avoir la capacité d'être émotionnellement endurci et détaché par rapport aux traumatismes des patients. Ces résultats facilitent la mise en œuvre de stratégies qui favorisent les comportements flexibles des infirmières des brûlés en ayant une influence positive pour la rétention et le recrutement du personnel infirmier des brûlés. Des programmes spécifiques et ciblés afin renforcer la résilience des infirmières de ces unités pourrait s'avérer utile. Les problèmes identifiés dans cette étude pourraient vraisemblablement s'appliquer à d'autres domaines des soins de santé.	
--------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

Références	Kornhaber, R.A & Wilson, A. (2011a). Psychosocial Needs of Burns Nurses: A Descriptive Phenomenological Inquiry. <i>Journal of Burn Care &amp; Research</i> , 32, 286-293.	Commentaires
Objectifs	Explorer les besoins psychosociaux des infirmières qui soignent des patients brûlés.	Différentes études sont traitées pour identifier les problématiques. L'étude quantitative phénoménologique est décrite et le cadre de référence de l'approche husserlienne est explicité.
Question de recherche	Quels sont les besoins psychosociaux perçus par les infirmières qui s'occupent des patients présentant des brûlures graves ?	
Devis	Etude phénoménologique.	
Hypothèse	L'exposition à des niveaux élevés de stress dans cet environnement professionnel à des implications sur la santé et le bien être psychosocial des infirmières.	Force : La méthode Colaizzi (1971) est définie. Le questionnaire est détaillé.
Méthodes Echantillon	Cinq infirmières avec au minimum 3 ans d'expérience dans l'unité des brûlés travaillant à 100%.	
Instruments de mesure	1. Des interviews enregistrées et contre vérifiées trois fois pour éviter les biais d'interprétation. 2. La méthode Colaizzi (1971) d'analyse de données est appliquée aux transcriptions.	Force : Des tableaux et un graphique sont présentés.
Résultats	Cinq thèmes ont émergé de l'analyse : 1. l'appui de soins de pair, 2. l'appui sans cérémonie, 3. le manque d'appui, 4. la collaboration multidisciplinaire d'équipe 5. l'appui professionnel. Le soutien collégial a été utile pour plusieurs participants. Ces derniers ont identifié les <b>soins infirmiers de longues périodes</b> comme une contribution au sentiment <b>d'épuisement et à une prestation de soins insatisfaisante</b> . Un <b>réseau de soutien informel existait</b> entre le personnel infirmier. <b>Les discussions avec les collègues</b> ont été <b>considérées comme thérapeutiques</b> . Quelques participants ont estimé ne <b>pas être pris en charge</b> par leurs collègues de travail et d'autres membres de l'équipe pluridisciplinaire. <b>Raisons probables : une dotation trop faible</b> . Les participants ont estimé qu'une <b>approche d'équipe pluridisciplinaire leur a donné un soutien</b> . L'équipe pluridisciplinaire est un ensemble visant le <b>même objectif</b> de la réhabilitation du patient brûlé. <b>Sans le soutien de l'équipe pluridisciplinaire, les soins infirmiers</b> pour les patients brûlés <b>ne seraient pas possible</b> . Un <b>conseiller hospitalier</b> et un <b>psychiatre</b> ont formellement fait des débriefings avec le personnel infirmier. Cela leur a <b>offert une assistance ainsi que des stratégies efficaces d'adaptation et des lignes directrices pour la gestion des patients difficiles</b> .	
Discussion	<b>Le fonctionnement psychosocial des infirmières dans l'unité des brûlés était meilleur que celle du groupe témoin. Les hypothèses ont été rejetées.</b> Cela signifie que le <b>groupe fonctionne bien</b> et que la plupart des infirmières ont appris à composer avec les stressseurs de façon adaptative. Leurs <b>sentiments positifs</b> de la réalisation, la <b>satisfaction</b> et les attentes <b>sont plus fortes</b> que les <b>forces régressives</b> comme la <b>frustration</b> , le <b>stress</b> et l' <b>impuissance</b> . La <b>lourde charge de travail</b> est un aspect important <b>qui doit être gardé</b> à l'esprit quand aux décisions <b>par rapport à la dotation</b> du personnel infirmier. <b>La nécessité du soutien des infirmières est un élément fondamental</b> .	Force : Les résultats sont discutés en fonction des recherches antérieures.
Perspectives	Etre attentif à la rémunération des infirmières. Avoir meilleur ratio infirmière / patient. Promouvoir l'interdisciplinarité dans le travail d'équipe. Promouvoir la communication au sein de l'équipe. Des programmes de soutien durant les heures de travail.	
Limites	La petite taille de l'échantillon ne permet pas de généraliser les résultats. L'étude inclue des femmes anglo-saxonnes et n'est donc pas représentatif des deux sexes ou d'autres cultures. Selon l'auteur, des possibilités d'interprétation des réponses narratives avec des idées et des hypothèses préconçues sont éventuelles.	

<b>Références</b>	<b>Forough, R. Fatemeh, O. &amp; Mansoureh, N. (2007). Caring behaviors of burn nurses and the related factors. Burns : Journal International Society Burn Injuries, 33, 299-305.</b>	<b>Commentaires</b>
<b>Objectifs</b>	Explorer et décrire les perceptions des infirmières de leurs comportements bienveillants et les facteurs qui sont liés.	<b>Force :</b> Le contexte est clairement décrit. Des auteurs sont cités afin de soutenir les explications du contexte.
<b>Question de recherche</b>	Non mentionnée.	
<b>Devis</b>	Théorie ancrée.	
<b>Hypothèse</b>	L'auteur suggère que les attributions des aspects politiques et éthiques peuvent aider dans l'exécution de programmes de réduction de stress et aussi dans l'amélioration du moral des infirmières.	<b>Force :</b> La définition de la théorie utilisée pour l'analyse des données est décrite Des tableaux présentent les données concernant la population.
<b>Méthodes Echantillon</b>	33 individus ont été recrutés. Six infirmiers et 19 infirmières. Les 8 autres font partie du personnel des unités des brûlés.	
<b>Instruments de mesure</b>	1. Des interviews semi-structurées 2. L'observation des participants	
<b>Procédure</b>	La durée des interviews variait entre 30 et 165 min et ont été enregistrées. L'étude a été guidée par une seule question globale : "S'il vous plaît, parlez-moi des soins infirmiers dans votre unité". Des questions plus précises posées durant les entretiens sont mentionnées. Des fragments des interviews sont décrits. Les transcriptions ont été transcrites manuellement sur un ordinateur personnel et les premières impressions de thèmes émergents ont été identifiées. Les transcriptions ont été relues et codes attribués à des thèmes récurrents. L'observation a duré huit mois.	
<b>Résultats</b>	Les résultats suggèrent <b>la présence de symptômes d'épuisement professionnel</b> . Les données provenant des interviews et des observations ont indiqué que <b>les caractéristiques personnelles et les traits de personnalité des infirmières sont impliqués dans :</b> 1. <b>les comportements affectifs</b> 2. <b>les réponses comportementales et organisationnelles</b> Les caractéristiques personnelles des infirmières ont contribué aux comportements bienveillants et empathiques auprès des patients. Elles étaient plus coopératives et ont rarement justifié leurs fautes par la pénurie du personnel, la fatigue et la charge de travail. Ces <b>caractéristiques personnelles ont modifié les réponses à l'épuisement professionnel</b> . Des participants <b>ont eu des comportements malveillants voir humiliants envers les patients</b> lorsqu'ils étaient <b>distants</b> avec ces derniers. <b>Ils associent ces attitudes aux conditions de fatigue et la perte de motivation</b> . Les infirmières <b>étaient sous la pression de la charge de travail, les bas salaires, le manque de personnel, les conditions environnementales et structurelles des unités de brûlés</b> . <b>Les données ont indiqué que l'évaluation des caractéristiques des patients a influencé les attitudes et les comportements des infirmières</b> . Lorsque l'évaluation est <b>positive</b> , les <b>relations améliorées</b> et quand elle a été <b>négative</b> , les <b>relations</b> se sont <b>détériorées</b> . <b>Les patients atteints de vastes brûlures, dont la survie était un événement improbable, étaient non seulement mal traités, mais ont également été ignorés et soumis à de mauvais soins</b> .	<b>Force :</b> Les résultats sont discutés avec les dires des participants. Il n'y a pas de jugement de valeurs quant aux comportements pas éthique des participants.
<b>Discussion</b>	Les <b>manifestations comportementales relèvent de l'évaluation transactionnelle</b> . Les caractéristiques personnelles sont des facteurs influençant l'évaluation cognitive. Les <b>caractéristiques et les réponses positives</b> des infirmières <b>face à l'épuisement professionnel</b> ont permis <b>des soins de qualité</b> . <b>La conscience et l'engagement</b> sont des caractéristiques qui ont <b>modifiées les réponses à l'épuisement professionnel</b> et <b>sont liés aux comportements bienveillants</b> des infirmières. Les <b>croyances spirituelles réduisent le stress</b> et <b>influence les stratégies d'adaptation</b> . Les <b>patients</b> présentant des <b>caractéristiques</b> différentes ont	<b>Force :</b> Les résultats de cette étude sont mis en rapport avec la théorie du stress de Lazarus

	été traités différemment des autres ; les infirmières <b>ont changé</b> leurs <b>comportements bienveillants</b> . <b>Raisons probables : diminution de l'énergie émotionnelle et physique, manque de motivation. Les caractéristiques des patients</b> ont la possibilité de <b>réduire</b> ou <b>d'intensifier les réponses</b> des infirmières <b>face à l'épuisement professionnel. La protection émotionnelle et la fatigue physique influencent</b> les <b>comportements bienveillants</b> des infirmières. Les infirmières ont la <b>capacité d'ajuster</b> leur <b>approche clinique</b> avec les patients. Elles peuvent <b>modifier</b> et <b>d'adapter</b> la nature du <b>dialogue</b> , la <b>tonalité</b> de leur voix et leur <b>réactions affectives</b> pour répondre aux besoins des patient. Dans l'ensemble de ses décisions, <b>l'infirmière</b> est <b>engagée</b> dans un <b>débat philosophique et éthique</b> par l'implication des <b>valeurs</b> et des <b>normes</b> .	et Folkman et d'autres auteurs.
Perspectives	Créer des programmes de diminution du stress. Eliminer les conditions micro et macro qui influence les réponses des infirmières et leurs comportements bienveillants. étude quantitative pour tester la relation entre les traits de personnalité, les comportements d'épuisement professionnel.	
Limites	D'autres études devraient être réalisées dans d'autres unités de brûlés afin d'appuyer les conclusions.	



Références	Nagy, S. (1999). Strategies used by burns nurses to cope with the infliction of pain on. <i>Journal of Advanced Nursing</i> , 29, 1427-1433.	Commentaires
Objectifs	Identifier la gamme de stratégies d'adaptation utilisées par les infirmières lors des procédures douloureuses.	L'auteur de la recherche fait référence à différents auteurs pour appuyer ses dires.
Question de recherche	Pourquoi la douleur n'est pas bien gérée chez les patients hospitalisés dans les services de pédiatrie et de brûlés?	
Devis	Etude phénoménologique.	
Hypothèse	L'auteur suggère qu'il est nécessaire d'explorer l'expérience des infirmières afin de comprendre la structure et les effets des stratégies d'auto-protection, ainsi que d'identifier les stratégies alternatives qui ne réduisent pas la sensibilité des infirmières à la douleur.	
Méthodes Echantillon	32 infirmières ont participé à l'étude dont 9 infirmières de pédiatrie et 23 infirmières de 4 unités de brûlés.	<b>Force :</b> Les principes de confidentialité ont été respectés. Les droits éthiques des participants sont mentionnés. <b>Faiblesse :</b> L'analyse du contenu est très peu détaillée sur le plan théorique. Le cadre de référence n'est pas présent.
Instruments de mesure	1. Des interviews ont été effectuées Une question a été posée : «Comment vous sentez-vous quand il est nécessaire que vous deviez blesser ou causer de l'inconfort aux patients lors de soins infirmiers?». Les entrevues ont été enregistrées et transcrites. Quatre catégories d'adaptation ont été identifiées et 14 stratégies d'adaptation ont été répertoriées. Un tableau présente les classifications des stratégies d'adaptation par catégorie.	
Résultats	Les résultats démontrent que <b>84% infirmières utilisent comme stratégie d'adaptation la distanciation ; la distanciation émotionnelle et physique, la concentration sur les avantages de la procédure à long terme plutôt que sur la douleur elle-même, la structuration de l'événement douloureux pour empêcher l'infirmière d'être émotionnellement écrasé par la douleur en gardant le contrôle de la situation et avoir des activités en dehors afin de parler avec l'entourage personnel des émotions négatives.</b> Ces stratégies ne sont pas des tentatives dans le but de nier l'existence de la douleur, mais de réduire son impact sur l'infirmière. <b>59% des infirmières utilisent l'engagement</b> comme stratégies d'adaptation qui est opposé à celles de distanciation. L'engagement fait référence à l'anticipation de la douleur, aux efforts pour maintenir un haut niveau de compétences et connaissances techniques, au partage du contrôle sur les événements douloureux avec le patient, à lui fournir un confort émotionnel et physique et en passant du temps avec lui en dehors des activités douloureuses afin qu'il n'associe pas les infirmières à la douleur. La recherche de soutien social est mentionnée par 59% des participants comme l'une des stratégies d'adaptation. La construction du rôle principale est ressortie dans les résultats et intègre le fait l'infirmière est à la fois soignante et celle qui inflige la douleur.	<b>Faiblesse :</b> Les résultats ne sont pas argumentés par des recherches antérieures. <b>Force :</b> Des parties des entrevues sont explicitées.
Discussion	La distanciation est la stratégie la plus utilisée, elle permet aux infirmières des avantages de protection de soi et de nier l'implication personnelle qu'elles peuvent avoir avec les patients. La distanciation a également été utilisée par les infirmières des brûlés afin de protéger leur identité. L'engagement est la stratégie la plus efficace car elle permet aux infirmières de se sentir plus comme des professionnels compétents et attentionnés. La concentration sur la douleur et les moyens d'y pallier permet aux patients d'être plus coopératifs, ce qui rendrait le travail de l'infirmière plus facile et plus supportable. Le	<b>Force :</b> Les résultats sont discutés en fonction d'autres auteurs.

	<b>soutien social</b> reflète que <b>les infirmières ont besoin d’être soutenues et comprises</b> . La <b>majeure partie du soutien</b> vient <b>des collègues</b> et moins des proches qui entourent l’infirmière car ils leur est difficile d’entendre parler de la douleur. L’auteur évoque qu’il est difficile d’évaluer l’efficacité de la concentration du rôle principal et que d’autres recherches devraient être faites avec un échantillon plus grand.	
Perspectives	Utiliser les résultats pour développer et valider un instrument qui évalue l'efficacité de différentes stratégies d'adaptation des infirmières. Promouvoir les stratégies qui sont les plus utiles pour les infirmières et leurs patients par des conseillers et des mentors	
Limites	Non mentionnées.	

Références	<b>Cronin, C. (2001). How do nurses deal with their emotions on a burn unit? Hermeneutic inquiry. <i>International Journal of Nursing Practice</i>, 7, 342-348.</b>	Commentaires
Objectifs	1. Examiner comment les infirmières font face à leurs émotions dans un centre de brûlés. 2. Etudier les types de soutien des infirmières et évaluer s'ils sont suffisants.	Le contexte de la recherche est défini.
Question de recherche	Comment font les infirmières afin de gérer leurs émotions dans les services des brûlés ?	
Devis	Etude phénoménologique.	
Hypothèse	Dans les unités de brûlés, les infirmières n'ont pas le temps de s'occuper de leurs émotions ni de prendre du temps pour réfléchir à leurs expériences.	
Méthodes Echantillon	Cinq infirmières choisies au hasard et interviewées sur leur expérience dans l'unité des brûlés. Leur expérience variait entre une année et huit ans.	<u>Faiblesses</u> : Pas de mention des droits et de l'éthique des participants. <u>Force</u> : Le cadre de référence est mentionné et expliqué. Les principes de distanciation de Ricœur (1981) sont décrits et explicités.
Instruments de mesure	1. Des entrevues de 90min ont été enregistrées et transcrites. 2. La méthode de Ricœur a été utilisée pour l'analyse des données. Les six thèmes principaux ressortis de l'analyse : <ul style="list-style-type: none"> <li>• l'exposition invisible</li> <li>• le domaine clinique</li> <li>• l'infirmière</li> <li>• le soutien</li> <li>• la justification</li> <li>• les individus</li> </ul>	
Résultats	Le <b>caractère imprévisible, stressant des unités de soins des brûlés</b> est mis en évidence ainsi que les <b>exigences physiques et psychiques</b> (émotionnelles). Les infirmières ont des interprétations différentes de la signification de l'émotion. <b>Les infirmières n'ont pas assez de temps pour exprimer leurs émotions</b> . Les <b>émotions ne doivent pas être exprimées</b> selon les participants. <b>L'intensité du travail affecte</b> des participants. Chaque infirmière <b>apporte son expérience</b> personnelle et <b>aide</b> les infirmières <b>à faire face</b> à leurs <b>émotions</b> . Les infirmières cachent leurs sentiments car elles ne veulent pas <b>paraître faibles</b> par rapport à leurs collègues par <b>peur d'être étiquetés</b> . Il y a un <b>solide réseau informel entre</b> les <b>collègues</b> . Les <b>soutiens formels</b> proposés par les <b>institutions sont peu sollicités</b> . Le <b>réseau social</b> des infirmières des unités de brûlés est une grande <b>source de soutien</b> . Les infirmières doivent <b>examiner leurs émotions avant</b> qu'elles ne soient en mesure d'aider les autres. L'infirmière a <b>besoin de temps en dehors</b> de l'unité <b>pour faire face à ses émotions</b> et aux situations difficiles.	<u>Faiblesse</u> : Pas de chapitre concernant les résultats, ils ont mentionné dans la conclusion et la discussion.
Discussion	Les infirmières <b>doivent</b> se rendre compte qu'elles <b>ont des sentiments</b> et des <b>émotions</b> et qu'il est faux les reconnaître. Les infirmières doivent <b>être conscientes</b> de la <b>manifestation de stress afin d'anticiper un soutien</b> . Le <b>stress est lié à la façon</b> dont les infirmières font <b>face aux émotions</b> . Le stress semble être induit par des situations particulières ou des personnes. La <b>charge de travail</b> écrasante et les <b>conflits</b> entre le personnel infirmier sont des <b>causes majeures de stress</b> . L' <b>engagement</b> et le <b>contrôle</b> sont des éléments de bravoure dans la croyance individuelle. Cela <b>engendre de l'épuisement professionnel à long terme</b> .	
Perspectives	Examiner leurs propres sentiments avant d'aider les patients. Le soutien peut être renforcée et le stress atténué par l'intégration des groupes d'enseignement et d'information Tenir des séances de débriefing Utiliser l'apprentissage réflexif et la discussion de scénarios.	
Limites	Non mentionnées.	

<b>Références</b>	<b>Zengerle-Levy, K. (2004). Practices That Facilitate Critically Burned Children's Holistic Healing. <i>Qualitative Health Research</i>, 14, 1255-1275.</b>	<b>Commentaires</b>
<b>Objectifs</b>	Décrire l'ontologie de 16 infirmières et relever leurs pratiques journalières ce qui facilite la guérison des patients. Décrire les zones prises du savoir-faire habile et les connaissances de base qui sont incluses dans les pratiques journalières de ces infirmières.	<b>Force :</b> Des études quantitatives en soins intensifs des brûlés pédiatriques sont présentées Description du contexte complète. <b>Note personnelle de l'auteur.</b> <b>Faiblesse :</b> Citation en « Je ».
<b>Question de recherche</b>	Quelle est la nature des pratiques cliniques des infirmières dans les unités de soins intensifs des brûlés pédiatriques qui facilitent la guérison des enfants blessés ?	
<b>Devis</b>	Etude phénoménologique.	
<b>Hypothèse</b>	Les pratiques curatives effectués par les infirmières en pédiatrie ont le potentiel de créer de nouvelles possibilités pour le développement de la participation interpersonnelle des infirmières et des patients.	
<b>Méthodes</b> Echantillon	16 infirmières diplômées travaillant à 100%. Nombre égal de femmes et d'hommes. En moyenne, le groupe avait huit ans de pratique en soins des brûlés pédiatriques.	<b>Force :</b> L'auteur décrit les critères de l'étude qualitative phénoménologique interprétative
<b>Instruments de mesure</b>	1. Des interviews semi-structurées d'environ 90 minutes. 2. L'observation des participants. Les notes sur les observations des infirmières ont été transcrites immédiatement après l'observation.	
<b>Résultats</b>	12 pratiques regroupées en <b>quatre thèmes</b> suite aux entrevues et à l'observation clinique des infirmières. 1 <sup>ère</sup> <b>thématique</b> était « <b>être un parent – infirmière</b> » ; les pratiques identifiées étaient : nourrir les besoins affectifs de l'enfant, donner de l'amour inconditionnel et raconter des histoires pour guérir les blessures de la solitude et la peur. Le second sujet traitait du « <b>maintien des liens de l'être humain</b> » ; les pratiques reconnues étaient : parler aux enfants, les toucher et écouter de musique ou regarder des vidéos. Le troisième aspect était « <b>considérer le patient comme un enfant</b> » ; les pratiques utilisées par les infirmières de cette unité étaient : jouer et s'amuser, utiliser l'humour pour guérir les blessures émotionnelles et permettre le retour de l'enfant à l'enfance. Enfin, la dernière thématique abordait « <b>le renouvellement de l'Esprit</b> » ; les pratiques identifiées dans cet aspect étaient : cultiver le spirituel en aidant l'enfant à trouver un sens à la vie.	<b>Force :</b> Description approfondie de chacun des thèmes. Les résultats sont argumentés par les dire d'autres auteurs. <b>Faiblesse :</b> Aucune présence de tableau ou graphiques.
<b>Discussion</b>	L'auteur mentionne que les <b>infirmières ont cherché des façons de réconforter les patients</b> , elles ont <b>établi des relations significatives</b> et aidé les niveaux plus élevés de <b>bien-être</b> . <b>Il est de nature des infirmières d'être des êtres humains concernés, engagées dans le bien-être</b> des autres. Ces infirmières <b>ont trouvé des moyens pour assister aux besoins innés des enfants qui transcendaient la biomédecine technologiquement de pointe</b> . Les préoccupations des infirmières et leur implication avec l'émotionnel, le spirituel et le bien-être physique des enfants représentaient le «pourquoi» de leur être dans le monde. <b>Les pratiques des infirmières ont été calculées</b> à partir des constructions <b>culturelles</b> d'être un être humain concerné. <b>Les pratiques "en silence" ont articulé les préoccupations des infirmières</b> , parce que personne n'a documenté les pratiques de l'infirmière qui ont contribué à l'enfance par l'émotionnel et le bien-être spirituel. <b>Les infirmières témoignent de leurs pratiques qui ne sont pas mesurables ou objectivables</b> , ainsi que les points de repère pour les soins de santé modernes. Les infirmières ont déclaré que <b>leurs pratiques étaient d'être bienveillantes</b> envers les êtres humains. Indépendamment du fait que ces pratiques sont sanctionnées, ces infirmières ont <b>cherché des moyens pour nourrir les blessures émotionnelles et spirituelles</b> des enfants avec leurs physiques.	<b>Force :</b> Discussion en référence à d'autres auteurs.

Perspectives	L'auteur suggère de préparer les cliniciens à la nécessité d'enseigner l'art de la guérison morale. Les enseignants peuvent éduquer les pratiques de guérison aux les étudiants en utilisant les expériences vécues afin d'aider les patients à guérir. Ceci fait référence à l'analyse de pratique réflexive. Les étudiants et les praticiens écoutent les histoires de la pratique ce qui permet de mieux comprendre, d'examiner et adopter l'éthique relationnelle de la guérison. Elle suggère également que sur le plan éthique, nous sommes chargés de combler humainement la guérison morale, qui communique la compassion, l'engagement et le souci de la globalité de l'être.	
Limites	Les interprétations doivent être considérées à un plus grand échantillon plus diversifié d'infirmières. D'autres formes de pratiques de guérison holistique ne sont pas mises en évidence dans cet échantillon. Cela pourraient être découvert dans d'autres études. Des études examinant les expériences vécues par les enfants gravement brûlés lors de l'hospitalisation, ainsi que leurs familles, pourraient révéler des situations qui permettraient de faciliter les soins des enfants et de leurs familles vers la guérison.	

<b>Références</b>	<b>Nagy, S. (1998). A comparison of the effects of patients' pain on nurses working in burns and neonatal intensive care units. <i>Journal of Advanced Nursing</i>, 27, 335-340.</b>	<b>Commentaires</b>
<b>Objectifs</b>	Améliorer la compréhension des effets de la douleur des patients sur les infirmières. Comparer les réactions émotionnelles des infirmières (a) des soins intensifs des brûlés et de celles (b) de néonatalogie	Les concepts sont identifiés et argumentés.
<b>Question de recherche</b>	Non mentionnée.	
<b>Devis</b>	Etude comparative.	
<b>Hypothèse</b>	Non mentionnées.	
<b>Méthodes</b> Echantillon	Vingt-trois infirmières des soins intensifs d'adultes brûlés, neuf infirmières des soins intensifs pédiatrique des brûlés et 33 soignants de néonatalogie. 48% du taux de participation soit 65 participants. Infirmières du centre des brûlés : 5,9ans d'expérience en soins généraux et 2,2ans dans le centre des brûlés. Infirmières de néonatalogie. 11,2ans d'expérience en soins généraux et 3,8ans en néonatalogie.	<b>Force :</b> Les données ont été analysées qualitativement et quantitativement. Le score des résultats correspond à l'analyse quantitative et les thèmes correspondent à l'analyse qualitative.
<b>Instruments de mesure</b>	Des interviews individuelles ont été effectuées afin de répondre à la question suivante: « Comment viviez-vous le fait de travailler avec des patients qui souffrent de douleurs ou sont dans l'inconfort? » 1. Trois échelles ont été utilisées: <ul style="list-style-type: none"> <li>l'échelle d'anxiété totale est composée de sous-échelles mesurant l'anxiété face à six différents thèmes (la mort, la mutilation, la séparation, la culpabilité, la honte et l'angoisse diffuse).</li> <li>l'échelle d'origine mesure le sentiment de compétence personnelle et de contrôle de l'infirmière</li> <li>l'échelle Pawn mesure de la perception de l'impuissance.</li> </ul> 2. Des échelles d'analyse de contenu	
<b>Résultats</b>	<b>Le niveau d'anxiété total était plus élevé pour les infirmières des soins intensifs des brûlés.</b> Le niveau du <b>sentiment de contrôle</b> et de <b>compétence</b> des <b>infirmières des brûlés</b> est <b>plus haut</b> que ceux des infirmières de néonatalogie. Il n'y a pas différence entre les groupes dans les scores de l'échelle Pawn. Sur l'échelle préexistante, 2,2 correspond à une anxiété modérée et 3,0 ou plus ont indiqué la présence de niveaux pathologiques d'anxiété. <b>Les infirmières des brûlés ont démontré une forte anxiété par rapport à la douleur</b> (moyenne = 2,71). L'inquiétude des infirmières de néonatalogie par rapport à la douleur est modérée (moyenne = 2,15). L'angoisse face à la mort est plus élevée dans le groupe de la néonatalogie. <b>L'anxiété face à la mutilation est plus élevée</b> chez les infirmières du centre des brûlés. <b>L'anxiété face à la séparation</b> est plus grande dans le groupe des <b>infirmières des brûlés</b> . Le niveau d'anxiété face à la culpabilité est plus élevé dans le groupe de la néonatalogie. <b>L'anxiété face à la honte</b> est plus grande dans le groupe des <b>infirmières des brûlés</b> . <b>L'angoisse diffuse était plus élevée dans le groupe des infirmières des brûlés.</b> L'exposition constante à la douleur des patients a augmenté l'anxiété de l'infirmière. <b>Deux thèmes</b> ressortis des résultats de l'échelle d'origine : 1. Les perceptions des infirmières quant à leur propre capacité à évaluer précisément l'intensité de la douleur des patients 2. La capacité des infirmières à s'engager dans la collaboration avec le corps médical. Ces thèmes fournissent des <b>explications par rapport aux scores plus élevés des infirmières du centre des brûlés dans l'échelle d'origine.</b>	<b>Force :</b> L'auteur a utilisé une échelle d'anxiété préexistante afin de définir le niveau de stress des infirmières. Les deux thèmes ressortant de l'analyse qualitative sont explicités et les dires des participants sont mentionnés. Idem pour l'échelle d'origine.
<b>Discussion</b>	<b>La douleur est un enjeu majeur</b> pour les deux groupes. Elle est <b>source d'inquiétude</b> pour les infirmières des brûlés. Cependant, les infirmières qui s'occupent de patients brûlés ont <b>également démontré</b> un plus <b>grand sentiment de compétence personnelle et de contrôle</b> . Les scores élevés d'anxiété face à la mutilation chez ces dernières, reflètent la visibilité des blessures des patients. Comme la <b>majorité des infirmières qui soignent des patients brûlés sont de jeunes adultes</b> , les <b>questions de l'image corporelle et de la vulnérabilité physique influencent l'anxiété</b> . Autre facteur contribuant <b>l'anxiété quant à la mutilation</b> est <b>l'identification aux patients</b> . La <b>douleur</b> des patients <b>et les traumatismes</b> peuvent donner lieu à de <b>l'anxiété</b> . <b>L'évaluation de la douleur</b> est importante. À	<b>Force :</b> L'auteur discute les résultats par rapport à d'autres recherches et d'autres apports théoriques.

	moins qu'elles puissent avoir confiance dans leur évaluation, elles ne peuvent pas s'acquitter convenablement de leurs responsabilités pour soulager la douleur. Malgré les difficultés à évaluer la douleur, les infirmières de néonatalogie ont accepté une grande part de responsabilité personnelle quant à la notion de «bien faire les choses ». <b>Les problèmes d'évaluation de la douleur influence les perceptions des infirmières sur leurs relations professionnelles avec le corps médical en néonatalogie.</b> Les infirmières et les médecins ont tendance à fonder la décision clinique sur des principes différents.	
Perspectives	Pas clairement mentionnées.	
Limites	Pas mentionnées.	

Références	<b>Sahraian, A., Fazelzadeh, A., Mehdizadeh, A.R. &amp; Toobaee, S.H. (2008). Burnout in hospital nurses: a comparison of internal, surgery, psychiatry and burns wards. <i>International Nursing Review</i>, 55, 62-67.</b>	Commentaires
Objectifs	Comparer les niveaux d'épuisement professionnel (burnout) chez les infirmières spécialisées dans différents domaines des soins infirmiers et elle identifie les facteurs qui contribuent au développement du burnout.	Les trois sous-échelles du Maslach Burnout Inventory (MIB) sont décrites. Les constations de l'auteur sont soutenues par les apports théoriques d'autres auteurs.
Question de recherche	Pas mentionnée.	
Devis	Etude quantitative descriptive comparative.	
Hypothèse	Une association entre l'épuisement professionnel et les différentes variables indépendantes (le sexe, l'âge, l'état matrimonial, le changement de travail, le deuxième emploi, le niveau d'éducation, la maladie physique, la consommation de drogues et les sous-échelles de l'environnement de travail) est possible.	
Méthodes Echantillon	180 membres du personnel infirmier des unités de médecine interne, de chirurgie, de psychiatrie et d'un centre de brûlés ont été sélectionnés.	<u>Force</u> : Les droits éthiques ont été respectés. Les instruments de mesures des données sont décrits et expliqués. Les caractéristiques démographiques des participants sont décrites sous forme de tableau.
Instruments de mesure	1. Le Maslach Burnout Inventory (MBI) et ses trois échelles : a) L'échelle EE (épuisement professionnel), b) L'échelle DP (dépersonnalisation) et l'échelle PA (accomplissement personnel) 2. General Health Questionnaire (GHQ 28-point la version)	
Variables	Les variables indépendantes: Le sexe, l'âge, l'état matrimonial, le changement de travail, le deuxième emploi, le niveau d'éducation, la maladie physique, la consommation de drogues et les sous-échelles de l'environnement de travail.	
Résultats	Une <b>corrélation positive entre le secteur des soins et l'épuisement professionnel</b> est présente. Les deux secteurs qui présentent <b>un taux élevé d'épuisement émotionnel sont la psychiatrie et le centre des brûlés</b> . Le secteur où la <b>dépersonnalisation</b> est significativement plus présente est la <b>psychiatrie</b> . Les <b>infirmières du centre des brûlés</b> présentent un <b>accomplissement personnel plus grand</b> que celles des autres services de soins. Au total, <b>25% des participants présentes des critères de burnout</b> . Les <b>infirmiers ont un niveau de dépersonnalisation plus élevé que les infirmières</b> . Les participants <b>célibataires</b> ont été <b>émotionnellement plus épuisés</b> que ceux qui sont en couple. Des infirmières et infirmiers qui font des <b>heures supplémentaires de travail la nuit</b> au cours de la semaine <b>étaient émotionnellement plus épuisés et ont un niveau plus haut de dépersonnalisation</b> . L'épuisement émotionnel a été fortement associé à un risque de maladie psychiatrique. Aucune association significative entre le risque de maladie psychiatrique et la dépersonnalisation ou l'accomplissement personnel a été observée.	<u>Force</u> : L'analyse statistique est présentée afin de répondre aux hypothèses.
Discussion	<b>Cette étude confirme que les niveaux de détresse psychologique</b> chez les infirmières restent élevés en dépit des initiatives visant à améliorer l'environnement de travail. Comparativement, les infirmières en psychiatrie ont démontrées un degré plus élevé d'épuisement professionnel que dans d'autres secteurs. Le niveau de dépersonnalisation et d'épuisement émotionnel sont plus élevés dans le secteur de la psychiatrie. <b>Raisons probables : le conflit entre personnel infirmier et patient</b> ainsi qu'un <b>pronostic erroné concernant le patient</b> . Le niveau d'accomplissement personnel des infirmières en psychiatrie est plus élevé car le travail n'est pas la seule source de satisfaction. Les <b>caractéristiques de la personnalité</b> des individus sont <b>également importantes pour le développement de l'épuisement professionnel</b> et leurs motivations personnelles d'avoir opté pour une profession altruiste. <b>Certaines personnalités comme les personnalités histrioniques et narcissiques</b> sont <b>plus susceptibles de développer des hauts niveaux de dépersonnalisation</b> . <b>En début de carrière</b> les infirmières avaient des <b>idées altruistes</b> , <b>l'illusion d'aider</b> les patients et des <b>images héroïques d'elles-mêmes</b> . <b>La capacité d'atteindre ces idéaux</b> est menacée après quelques années d'expériences, <b>ce qui entraîne de la détresse psychologique et le processus d'épuisement</b> .	<u>Force</u> : L'auteur compare deux différentes études afin en fonction des résultats.
Perspectives	Non mentionnées	



Limites	La localisation de l'étude et de l'échantillon peut influencer la prévalence de l'épuisement professionnel en raison des différences climatiques et culturelles. Quatre secteurs des soins sont comparés.	
---------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

<b>Références</b>	<b>De Jong, A.E., Leeman, J. &amp; Middelkoop, E. (2009). Development of a nursing workload measurement instrument in burn care. <i>Burns : Journal International Society Burn Injuries</i>, 35, 942-8.</b>	<b>Commentaires</b>
<b>Objectifs</b>	Développer un instrument fiable et simple d'utilisation afin de mesurer la charge de travail dans les soins infirmiers des unités de brûlés. Dixièmement, créer des catégories de soins pour les patients dans le but de modifier l'instrument.	Etude faite en deux temps. L'introduction est argumentée par un état des connaissances et est mise en relation avec des recherches antérieures.
<b>Questions de recherche</b>	1. Quelles activités de soins directs et indirects sont effectuées par des infirmières? 2. Quelle est la durée de chaque activité? 3. Quels les niveaux d'éducation nécessaires sont en soins infirmiers pour effectuer chaque activité?	
<b>Devis</b>	Etude observationnelle.	
<b>Hypothèse</b>	L'évaluation de l'étendue de la charge de travail est importante pour garantir une meilleure qualité des soins infirmiers afin de répondre aux besoins spécifiques des patients.	
<b>Méthodes Echantillon</b>	Cinq infirmières ont été sélectionnées pour les interviews dont trois spécialisées en soins intensifs et deux infirmières non spécialisées. Critère d'inclusion : au minimum deux ans d'expérience.	Le consentement éclairé n'a pas été nécessaire en fonction du droit néerlandais. Les infirmières ont donné leurs accords pour être observé et les patients ont été informés sur le rôle de l'observateur.
<b>Instruments de mesure et procédure</b>	A) Des interviews semi-structurées B) L'observation par le positionnement mobile. Cette combinaison de méthodes a été appliquée pour générer une base de données plus vaste à partir des entrevues. Douze infirmières en soins intensifs et cinq infirmières ont été observées pendant une journée de travail sur 48 jours ce qui correspond à 2,8 jours d'observation pour chaque infirmière. 1. Les catégories de soins aux patients ont été extraites de la base donnée. Ces dernières peuvent aider rapidement à voir la balance entre les soins infirmiers et la demande de soins.	
<b>Résultats</b>	34 activités de soins infirmiers ont été identifiées, classées par soins directes et indirectes et assignées à une norme de temps standard. Les soins directs et indirects ont été définis par leur fréquence (soit régulière ou occasionnelle). Le temps standard par activité est mis en relation avec le niveau d'éducation des infirmières ainsi qu'avec leur spécialisation. L'intervalle de confiance des corrélations montrait la fiabilité de l'instrument. <b>L'équilibre calculé entre la demande de soin et la possibilité de donner les soins</b> a pu être attribué aux <b>déséquilibres provoqués par des admissions non planifiées, le statut imprévisible des patients hospitalisés, les changements à cause de la formation de personnel et par le refus de nouveaux patients</b> . Les soins à la demande du patient (N=240) par jour d'hospitalisation (N=2900) a été évalué et enregistré pendant un an. Cinq catégories de priorité de besoins ont été attribuées au patient, des besoins minimaux de soins vers les soins les plus intensifs. La précision des catégories finales est basée sur l'analyse de la grande base de données et correspondait en <b>temps réel à l'offre en soins</b> quotidienne. un <b>tableau</b> est présenté par des exemples de définitions et des <b>normes de durée</b> pour les <b>activités de soins infirmiers</b> auprès des patients brûlés. La norme de temps identifiée pour des brûlures de <b>moins de 15% se situe entre 60 et 110 minutes</b> . Celle pour les brûlures de <b>plus ou moins 30% varie entre 120 et 235 minutes</b> . La norme de temps pour les soins de brûlés dont la surface corporelle atteinte est de plus de <b>30% s'établie entre 240 et 480 minutes</b> .	<u>Force</u> : Un tableau présente les activités des soins infirmiers. La méthode pour définir le programme est décrite. L'utilisation de l'outil informatique est décrite. Un tableau indique les catégories de soins en fonction du temps.
<b>Discussion</b>	Dans la littérature actuelle, <b>les systèmes de mesure sont limités</b> . Dans cette étude, les niveaux d'enseignement et de l'expérience des soins infirmiers ont été pris en considération. <b>Les écarts-types de normes de temps moyens étaient élevés dans les soins de la plaie</b> , ce qui indique <b>une forte variabilité au sein de l'ensemble des scores</b> . <b>L'enseignement, la direction, l'encouragement, le soutien et la présence</b> sont des activités difficiles à voir séparément des soins infirmiers. Elles sont catégorisées comme activités séparées et <b>incluses dans les normes de temps d'autres activités</b> dans l'instrument. Une <b>objection</b> contre l'utilisation d'instruments de mesure de charge de travail, c'est qu'il <b>ne compte pas sur le jugement professionnel du personnel</b> . Ceci a été écarté par l'obtention de données d'entrée à partir d'un grand nombre d'infirmières. Autre <b>inconvenient</b> est que <b>l'instrument est axé sur les besoins physiques et pas concentrer sur l'individu</b> . <b>Le temps requis pour les soins</b> dans les milieux spécialisés <b>provient d'études d'observation</b> . <b>La charge de travail est déterminée par la demande de soins et le personnel infirmier</b> . Le but était de créer <b>un instrument qui permet d'estimer l'équilibre entre la demande de soins et de l'offre de soins</b> le plus fidèlement. <b>Ce système ne suffit pas à garantir la qualité des soins</b> .	<u>Faiblesse</u> : La littérature consultée pour l'élaboration de l'instrument de mesure est relativement ancienne. Aucun étalon d'or n'a été trouvé pour la comparaison afin de confirmer la validité de l'instrument.

Perspectives	Cet instrument peut être pertinent pour d'autres unités de brûlés ou pour des unités avec des paramètres hautement spécifiques. L'instrument s'est avéré être un moyen d'inclusion des activités de soins infirmiers pour une population de patients spécifiques comme les brûlés.	
Limites	La manière dont l'observation a pu influencer le comportement de l'infirmière n'a pas été pris en compte. Ceci a donc peut-être influencé les normes de temps. L'instrument reflète des journées de travail et n'a donc pas encore pu représenter la charge totale.	

Références	Steenkamp, W. C. & Van Der Merwe, A.E. (1997). The psychosocial functioning of nurses in a burn unit. <i>Burns, Journal International Society Burn Injuries</i> . 24, 253-258.	Commentaires
Objectifs	Les buts de l'étude : 1. évaluer le fonctionnement psychosocial des infirmières dans une unité de brûlés 2. comparer le fonctionnement psychosocial des infirmières dans l'unité des brûlés avec un groupe de contrôle de la chirurgie plastique et de l'obstétrique 3. de déterminer les facteurs de stress majeur et stratégies d'adaptation des infirmières de l'unité des brûlés 4. d'identifier la nécessité de divers programmes de soutien.	<u>Force</u> : Les différents buts de l'étude sont bien détaillés. <u>Faiblesse</u> : Peu de référence à d'autres auteurs ou recherches antérieurs
Question de recherche	Pas mentionnée.	
Devis	Etude descriptive.	
Hypothèse	Un environnement de travail stressant aurait une influence négative sur le fonctionnement psychosocial des infirmières des unités des grands brûlés.	
Méthodes Echantillon	21 infirmières de l'unité des brûlés. Le groupe contrôle était constitué de 18 infirmières et infirmiers du département de chirurgie plastique et d'obstétrique.	<u>Force</u> : L'échelle standardisée est décrite.
Instruments de mesure	Inventaire du Fonctionnement Psychosocial. Les thèmes: 1. l'impuissance face au savoir 2. la frustration 3. l'attente 4. la satisfaction et la réalisation 5. le stress. Un questionnaire fut construit afin d'identifier les sources de stress, les mécanismes d'adaptation et la nécessité de programmes de soutien. La mise à l'échelle et l'interprétation de l'inventaire du fonctionnement psychosocial ont été faite par un programme informatique.	
Résultats	Les aspects traités dans la recherche sont: le fonctionnement psychosocial, les stressors, les stratégies d'adaptation et l'assistance. <b>Le fonctionnement psychosocial global de l'unité des brûlés était dans des niveaux optimaux, sauf sur l'échelle de stress.</b> Ceci indique une <b>preuve fiable que le groupe ne présente pas de problème</b> qui justifierait une intervention clinique. Le <b>groupe témoin a suractivé les échelles sur le stress et la frustration.</b> 70% des infirmières <b>ont mentionné la charge de travail</b> comme <b>facteur de stress</b> le plus important et 29% des infirmières citent le <b>conflit avec l'équipe médicale</b> comme facteur de stress le plus important. 88 % des infirmières ont mentionnés que de <b>bonnes relations au sein de l'équipe infirmières et l'assistance d'équipe étaient les atouts les plus grands</b> du centre des brûlés. Ceci leur a <b>permis de faire face à l'environnement</b> de travail <b>stressant</b> . 41% des participants ont indiqué la <b>nécessité d'une meilleure relation avec l'équipe pluridisciplinaire</b> et en particulier l'équipe médicale. 23% des infirmières ont indiqué qu'elles bénéficieraient de plus d'appréciation pour leur travail. 17 % ont suggéré des discussions de groupe afin de réduire le stress.	<u>Force</u> : Les aspects de l'échelle et les différences entre les deux groupes sont présentés sous forme de tableau.
Discussion	Le fonctionnement psychosocial des infirmières dans l'unité des brûlés était meilleur que celle du groupe témoin. <b>Les hypothèses ont été rejetées.</b> Cela signifie que le groupe des <b>infirmières du centre des brûlés fonctionne bien</b> et que la plupart des infirmières <b>ont appris à composer avec les stressors</b> de façon adaptative. Leurs <b>sentiments positifs</b> de la réalisation, la satisfaction et les attentes <b>sont plus fortes que les forces régressives</b> de la frustration, le stress et l'impuissance. <b>La lourde charge de travail est une autre question importante</b> qui doit être gardé à l'esprit quand aux décisions au sujet de la <b>dotation du personnel</b> d'un centre pour grands brûlés.	<u>Faiblesse</u> : Les résultats sont peu discutés en fonction d'autres recherches.
Perspectives	Il est recommandé qu'une attention particulière soit accordée à rémunération des infirmières, un meilleur ratio infirmière / patient et la promotion de l'interdisciplinarité le travail d'équipe. La communication au sein de l'équipe doit sans cesse être promue au sein de l'unité des grands brûlés. Bien que les	

	infirmières ont manifesté leur intérêt dans divers programmes de soutien, il est très difficile de faire entrer le type travail de groupe d'interventions dans leurs horaires de travail chargés.	
Limites	Non mentionnées.	