

Travail de Bachelor en Soins Infirmiers, Neuchâtel

***L'ENJEU DE LA DISTANCE AU SEIN DE LA
RELATION SOIGNANT-SOIGNE.***

Gyger Manon
Brugnone Elena
Challandes Polyanna

Bac 12
Années 2012 – 2015

Directrice de TB : Mme Lambelet Catherine

RESUME

Problématique : Ce Travail de Bachelor porte sur une réflexion autour de la distance au sein de la relation soignant-soigné. En premier lieu, nous nous sommes questionnées sur ce que signifie cette distance et quels impacts elle a sur la relation, sur les intervenants et sur la qualité des soins. La relation est omniprésente dans les soins, elle est même un rôle infirmier à part entière puisque l'on parle de soin relationnel dans la discipline infirmière. Elle débute dès les premiers contacts entre l'infirmière et le patient et se joue tout au long de l'accompagnement dans les soins. La création d'une relation de confiance est bénéfique tant pour le soignant que pour le soigné. A travers ce travail, un focus a été fait sur les stratégies permettant à l'infirmière de réguler la distance afin que celle-ci soit la plus appropriée au contexte où les soins sont réalisés.

Cadre conceptuel et théorique : Les concepts clés ressortis de ce travail sont : la relation d'aide, les émotions et la communication. Ils ont été approfondis à l'aide d'ouvrages et de publications afin d'apporter une vision globale et spécifique à notre problématique. A travers chacun de ces concepts un lien avec la notion de distance dans la relation a été élaboré. De plus, ce travail s'inscrit dans un cadre théorique qui l'introduit dans la discipline infirmière.

Méthode : La méthodologie de ce travail consiste en une revue de littérature dans les banques de données afin de répondre à une question scientifique de type intervention en lien avec notre thématique. Dix études qualitatives et quantitatives ont été retenues en fonction de différents critères d'inclusion et d'exclusion.

Résultats : Les résultats ont mis en perspective diverses stratégies qui ont été, dans un 2^{ème} temps, classées par thème. Ces stratégies nous ont permis d'éclairer notre problématique et de partiellement y répondre. Cependant, aucune des propositions n'ont défini de façon probante les résultats qu'elles peuvent avoir pour la relation. Elles découlent d'entretiens réalisés auprès d'infirmières qui ont fait part de leur expérience.

Conclusion : Ce sujet semble avoir de grands enjeux pour la qualité des soins, le bien-être du patient et le ressenti de l'infirmière. C'est pourquoi, il est intéressant d'approfondir les recherches dans ce domaine, tout en étant conscient de la difficulté en lien avec la subjectivité du sujet.

Mots clés : Helping relationship patient-nurse – social distance – emotions – compassion – strategy.

REMERCIEMENTS

En préambule, nous tenons à remercier l'ensemble des personnes ayant participé de près ou de loin à la réalisation de notre Travail de Bachelor.

Mme Lambelet, Mentor dans la réalisation de ce travail. Nous la remercions chaleureusement pour sa disponibilité et son soutien. Elle nous a guidées, orientées et structurées dans notre démarche tout en nous laissant de la liberté dans la conception.

L'infirmière clinicienne en oncologie que nous avons eu l'occasion d'interviewer. Nous la remercions pour sa disponibilité et pour son apport d'informations en lien avec son expérience professionnelle. La qualité de l'échange que nous avons eu, nous a permis de prendre conscience de la complexité de la problématique et d'ancrer notre travail dans la pratique.

Mme Gyger et Mme Challandes relectrices de ce travail qui par leur contribution nous ont permis de revoir la grammaire, la syntaxe et l'orthographe.

Finalement, nous remercions chaleureusement, nos amis et familles qui nous ont soutenues et encouragées tout au long de la réalisation de ce travail.

TABLE DES MATIÈRES

1. INTRODUCTION.....	1
2. PROBLEMATIQUE.....	3
2.1 EXPOSITION DE LA QUESTION DE DEPART	3
2.2 IMPORTANCE POUR LES SOINS INFIRMIERS	6
2.2.1 <i>Le métaparadigme infirmier</i>	6
2.2.2 <i>Les savoirs infirmiers</i>	9
2.3 REVUE EXPLORATOIRE DE LA LITTÉRATURE.....	13
2.3.1 <i>La relation</i>	13
2.3.2 <i>Facteurs qui influencent la distance dans la relation</i>	18
2.3.3 <i>Les stratégies pour maintenir une bonne distance</i>	25
2.3.4 <i>Les conséquences d'une mauvaise distance</i>	28
2.4 PRÉCISER ET REPERTORIER LES CONCEPTS	31
2.4.1 <i>La relation soignant-soigné</i>	31
2.4.2 <i>Les émotions</i>	32
2.4.3 <i>La communication comme stratégie</i>	33
2.5. LES PERSPECTIVES ET LES FINALITES POUR LA PRATIQUE.....	33
3. CONCEPTS ET CHAMPS DISCIPLINAIRE INFIRMIER.....	35
3.1 LES CONCEPTS RETENUS	35
3.1.1 <i>La relation d'aide</i> :	35
3.1.2 <i>Les émotions</i>	39
3.1.3 <i>La communication</i> :	42
3.2 CADRE THEORIQUE.....	46
4. METHODOLOGIE	53
4.1 DEROULEMENT ET EXPLICATION DE LA REVUE LITTERAIRE	53
5. SYNTHÈSE DES RESULTATS.....	59
5.1. SYNTHÈSE DES RESULTATS DES ARTICLES	59
5.2. DÉVELOPPEMENT DES RESULTATS EN LIEN AVEC LA QUESTION PICOT	67
5.2.1 <i>Les différentes stratégies</i>	67
5.3. PERSPECTIVES/PROPOSITIONS POUR LA PRATIQUE	74
6. CONCLUSION	77
6.1 APPORTS DU TRAVAIL	77
6.2 LIMITES DU TRAVAIL.....	79
6.3 PERSPECTIVES POUR LA RECHERCHE.....	80
7. REFERENCES.....	82
8. ANNEXES.....	86

1. INTRODUCTION

Dans le cadre de notre dernière année de formation en soins infirmiers à la HE-Arc santé de Neuchâtel, il nous est demandé de réaliser un travail de Bachelor. Celui-ci consiste en l'élaboration d'un questionnaire clinique professionnel basé sur l'analyse de textes scientifiques traitant du sujet. La réalisation de ce Travail de Bachelor est pour nous une première initiation à la démarche scientifique. Elle nous aide à développer des capacités afin que nous puissions accéder et utiliser des résultats de recherches probantes dans notre pratique future.

Nous avons choisi une problématique qui nous interpelle toutes les trois et que nous souhaitons approfondir à travers ce travail de fin d'étude. Il s'agit de la distance au sein de la relation soignant-soigné. En effet, au cours de notre formation en soins infirmiers, nous nous sommes longuement questionnées au sujet de cette distance. Y a-t-il une bonne distance ? Comment pouvons-nous la réguler, la maintenir ? Quels impacts peut-elle avoir dans les soins ? Cette thématique nous intéresse tout particulièrement, car nous avons pu constater, à travers nos expériences pratiques, que la relation est un élément central des soins, mais aussi l'un des plus complexes. Elle peut être influencée par de nombreux facteurs aussi divers et singuliers qu'ils soient. Cela demande donc à l'infirmière une grande capacité d'adaptation afin de réguler au mieux la distance au sein de la relation. Cette démarche n'est pas toujours une opération évidente.

De plus, étant chacune intéressée par un domaine des soins infirmiers différent, il était important pour nous de travailler sur un sujet qui touche tous les contextes de soins confondus. En effet, lors de nos stages dans divers milieux, nous avons chacune été confrontées à des situations où la relation avec le patient n'était pas évidente à gérer. Lors de tels moments, il ne nous a pas toujours été évident de savoir où étaient les limites de notre implication dans la relation. Ce travail nous offre donc la possibilité d'approfondir nos questionnements. Nous souhaiterions que cette étude puisse nous apprendre à reconnaître notre implication dans une relation et à identifier quelles sont les stratégies existantes pour réguler la distance au sein de celle-ci. Concernant notre démarche, nous avons élaboré un questionnaire clinique professionnel à partir de la problématique choisie et nous avons effectué une revue exploratoire afin de développer le sujet. Dans un deuxième temps, nous avons délimité notre Travail de Bachelor avec un cadre théorique et nous avons ressorti les concepts clés. Par la suite, nous avons précisé notre questionnaire avec la pose d'une question de recherche selon une méthode scientifique. Une revue littéraire a été effectuée dans les bases de données probantes afin d'y répondre. A partir des résultats obtenus avec les divers articles retenus, nous les avons synthétisés pour éclaircir notre questionnaire en lien avec la pratique et la recherche. Finalement, nous concluons par une synthèse de notre travail et de ses limites. A travers cette démarche, des éléments de réponse à nos questionnements ont pu être mis en avant.

2. PROBLEMATIQUE

2.1 Exposition de la question de départ

Lors de la présentation des thèmes, nous avons retenu la thématique suivante : *La notion de distance thérapeutique dans la relation soignant-soigné*. Ce thème nous a interpellées car nous pouvons le retrouver dans tous les contextes de soins. Nous avons estimé important que le sujet du travail de Bachelor puisse nous apporter des connaissances dans notre pratique future, quel que soit le contexte dans lequel nous travaillerons. De plus, durant les périodes de stage, chacune a été confrontée à des situations où le vécu d'un patient nous a particulièrement touché. Lors de tels moments, il ne nous a pas toujours été évident de savoir où étaient les limites de notre implication dans la relation.

A partir de là, nous avons formulé notre question de départ comme suit : *Quelle(s) répercussion(s) a la distance thérapeutique sur le patient, le soignant, leur relation et sur la qualité des soins ?* Par cette interrogation, nous voulons chercher les conséquences d'un investissement émotionnel trop important de la part du soignant au sein de la relation avec le patient. Cet engagement irait au-delà du rôle professionnel de l'infirmière et basculerait sur une relation plus intime. Nous pensons que le rôle professionnel est délimité par des règles déontologiques propres à la profession ainsi que par des principes éthiques. Les institutions elles-mêmes mettent en place des protocoles qui définissent la conduite à adopter. Est-ce que dans certaines

situations, l'infirmière ne dépasserait pas les limites déontologiques et éthiques de la profession ? Nous souhaiterions que ce travail nous donne des outils afin de reconnaître les situations où la relation est affectée par une « mauvaise distance » (ce terme sera expliqué plus loin) ainsi que les conséquences que cette dernière peut engendrer.

Comme mentionné ci-dessus, nous avons décidé de travailler sur cette thématique car dans notre profession, nous sommes en permanence confrontés à l'autre (le bénéficiaire de soins), ceci peu importe le milieu dans lequel nous travaillons. Cette confrontation induit automatiquement une interaction (ou une relation) entre le soignant et le soigné.

Nous partons du principe que la personne soignée est un être multidimensionnel (bio-psycho-social et spirituel), donc une personne ayant des émotions et des valeurs. La personne soignée ne se résume pas à une pathologie ou à un diagnostic. Il nous paraît important de prendre conscience que le soignant est également une personne multidimensionnelle. Lors d'une rencontre les intervenants sont donc amenés, au travers de la co-construction de la relation, à confronter leurs valeurs

Dans un texte anonyme, Monsieur M. dit : « Les situations décrites permettront à quelques personnes sensibles de comprendre pourquoi et comment, des attitudes et des comportements, peuvent soit aider infiniment la personne qui souffre, soit la plonger dans le plus profond désespoir ou la plus grande peur » (2004, p. 25). A travers ces quelques mots d'un patient on

peut réaliser combien un comportement ou une attitude a un impact sur la personne avec laquelle nous sommes en relation.

Selon nous une « mauvaise distance » peut être entretenue de deux manières : soit l'infirmière va maintenir une distance importante avec le patient et baser sa relation essentiellement sur les soins techniques donc sur l'aspect biologique du patient par exemple, soit elle va s'investir émotionnellement de telle manière qu'elle entretiendra un lien de proximité qui peut l'empêcher d'avoir un regard objectif sur la situation. Dans les deux cas de figure, nous pensons qu'elle ne respecte plus son rôle de professionnelle.

Pour une prise en charge adéquate, nous faisons comme hypothèse, qu'il est important d'adopter une relation dans laquelle nos affects nous influencent peu. Nous nous sommes posé la question de savoir à quel moment, notre engagement émotionnel devient trop important et nous empêche d'avoir du recul face à la situation. La façon de déterminer la neutralité est subjective. Par le biais de ce travail, nous souhaiterions découvrir des moyens permettant de prendre conscience de notre investissement émotionnel dans une relation.

En réalisant ce travail, nous souhaitons éclaircir la notion de distance dans la relation avec le patient. Ainsi nous pensons acquérir de nouvelles perceptions sur la relation avec l'autre.

2.2 Importance pour les soins infirmiers

Afin d'inscrire notre problématique dans la discipline infirmière, voici des liens avec le métaparadigme et les savoirs infirmiers.

2.2.1 LE METAPARADIGME INFIRMIER

Au début des années 80, Fawcett (1978 ; dans Pepin, Kérouac, & Ducharme, 2010), a mis en avant quatre concepts principaux dans les soins infirmiers. Il s'agit de la personne, de l'environnement, de la santé et des soins. Ensemble, ils forment le métaparadigme de la science infirmière. En tenant compte de notre thématique, ces quatre concepts se traduisent comme suit :

La personne :

Comme expliqué plus haut, selon nous, la personne correspond à un être multidimensionnel, avec des aspects biologiques, psychologiques, sociaux et spirituels. La personne est sans cesse en interaction avec son milieu social, son environnement dans lesquels vivent et interagissent d'autres personnes. Cet échange construit la personne et fait partie d'elle-même. Nous parlons également de l'aspect spirituel car la personne a certaines valeurs et croyances en lien avec son vécu et son éducation. Nous faisons la supposition que la spiritualité correspond à sa philosophie de vie.

En lien avec notre question de départ, la personne peut prendre autant le rôle du patient que celui de ses proches (sa famille). Nous intégrons l'entourage du patient car nous pensons que la maladie peut engendrer un déséquilibre au sein de la sphère familiale. Il est donc important d'en tenir

compte. La personne ne désigne pas seulement le patient, mais aussi le soignant avec toutes ses facettes qui font sa complexité.

L'environnement :

Selon nous, l'environnement correspond à tous les facteurs externes à la personne. Cela englobe son réseau social, son milieu professionnel et sa sphère privée. Plus simplement, tout ce qui entoure la personne donc le milieu dans lequel elle évolue et interagit avec ses pairs.

En se référant à notre question de départ, d'un point de vue géographique, l'environnement se définit dans le territoire helvétique. Nous pensons plus particulièrement à une structure hospitalière dans laquelle les personnes viennent en raison de leur maladie chronique. Comme la réflexion autour de la relation peut se faire partout, nous avons décidé de cibler notre questionnaire au domaine de l'oncologie. Dans ce contexte de soins, selon nous, l'enjeu de la distance thérapeutique dans la relation est d'autant plus mis à l'épreuve vu la complexité des maladies cancéreuses.

Dans cet environnement, des soins sont prodigués aux patients. Par ceux-ci, des interactions se créent entre deux personnes (soignant et soigné) qui disposent d'un environnement semblable par le contexte de soin, mais aussi d'un environnement qui leur est propre, comme leur lieu de vie par exemple.

La santé :

Dans notre problématique les personnes peuvent être en santé mais aussi malades. Si nous nous arrêtons aux patients, ils sont en état de maladie car ils viennent à l'hôpital pour un problème spécifique. Comme nous avons choisi le domaine de l'oncologie, les maladies cibles seront les cancers et les tumeurs (maligne et bénigne). Ces pathologies vont avoir plusieurs répercussions dans leur vie, que ce soit au niveau physique, psychologique, social ou spirituel.

Plus précisément, ce que nous trouvons intéressant dans le contexte de l'oncologie, c'est qu'en plus des signes physiques qui amènent à une grande fatigue, il y a tous les sentiments liés à la maladie et au traitement (peur, colère, tristesse, espoir, déception...). Il peut aussi y avoir une grande remise en question de la part du patient, ainsi que des questions sur la vie et la mort. Celles-ci peuvent être très angoissantes et nécessiteraient un réconfort et du soutien.

Le soin :

Les soins sont les actions assurées par l'infirmière, qui ont comme objectifs de maintenir la santé, de combler les besoins là où il y a nécessité et d'aider la personne à recouvrer la santé. Ces actions sont centrées sur toutes les dimensions de la personne. Pour le biomédical ce sera le fait de prodiguer les soins médico-délégués (comme l'administration de la chimiothérapie) et d'aider la personne à combler les besoins qu'elle ne peut plus assurer (comme les AVQ). Psychologiquement, ce sera d'apporter un soutien moral tout le long

du suivi, d'évaluer son état et de le diriger vers des experts si besoin, sans oublier de soutenir également les proches du patient. Au niveau social, l'infirmière va évaluer si le patient a un entourage sur lequel il peut compter et si, par la suite il aura les ressources nécessaires à domicile. Ceci dans le but d'organiser son retour chez lui et d'assurer un soutien aux proches. Elle va donc s'occuper du réseau qui entoure le patient au niveau médical, social ou privé.

2.2.2 LES SAVOIRS INFIRMIERS

Carper (1978 ; dans Pepin, Kérouac, & Ducharme, 2010) met en avant quatre modes de développement et d'utilisation du savoir infirmier : le savoir éthique, le savoir esthétique, le savoir personnel et le savoir empirique. Ces modes permettent d'expliquer la science infirmière sous différents angles et de certifier la profession. Ils intègrent tous les types de connaissances que l'infirmière a pu acquérir au travers de sa pratique.

Le savoir éthique :

Le savoir éthique correspond à la prise en compte des normes morales et des valeurs qui permettent de prendre des décisions lors de dilemmes éthiques. Ces dernières peuvent également se baser sur des principes et/ou des codes déontologiques en lien avec la discipline, mais aussi diverses positions philosophiques, afin de déterminer ce qui est bon et juste. Le développement d'un tel savoir se fait à travers le questionnement de l'infirmière sur sa pratique : « Est-ce juste ? Est-ce responsable ? ». Cette

réflexion mènera à un jugement qui permettra de justifier les principes choisis au vu de sa pratique. Ce processus fait partie de la pratique réflexive. Il conduira l'infirmière à l'application d'un comportement moral et éthique dans son rôle professionnel.

Le questionnement éthique qui pourrait découler de notre problématique est : jusqu'où est-il correct de s'impliquer dans la relation tout en respectant les principes éthiques de la profession, de l'individu et de ses valeurs? Pour notre situation, ce savoir met en avant les principes éthiques et déontologiques de la profession qui ont pour fonction de déterminer les limites de la relation soignant-soigné. Il arrive que cette relation soignant-soigné soit conflictuelle, inexistante ou à l'inverse trop présente (le soignant est impliqué de manière trop intime dans la relation). Ce type de relation a un impact direct sur la qualité des soins. Le savoir éthique peut permettre au soignant de prendre du recul et le guider dans la distance relationnelle adéquate et donc dans la réalisation d'un jugement éthique.

Le savoir esthétique :

Il fait référence à la capacité de l'infirmière d'appréhender une situation, de développer les ressources émotionnelles et physiques pour faire face à la situation et de rencontrer l'autre dans sa souffrance. L'infirmière acquiert ce savoir à travers l'expérience. Il se définit par l'art infirmier, c'est-à-dire que l'infirmière aura besoin de ses ressources créatives pour faire preuve d'empathie. On trouve ce mode dans les expériences quotidiennes de

l'infirmière, par la beauté d'un geste, par l'intensité d'une interaction et par l'habilité de coordonner les activités de soin, de sorte que ça soit le plus confortable possible pour le patient. Selon Johns (2004 ; dans Pepin, Kérouac, & Ducharme, 2010), l'infirmière peut développer ce mode en se posant différentes questions lorsqu'elle est face à une situation : « Quels éléments me semblent significatifs pour cette situation ? », « Qu'est-ce que je voulais accomplir ? » et « Quelles sont les conséquences de mes actions sur le patient, les autres et moi-même ? » (p.19). C'est un moyen de préserver le caractère humain des soins et d'individualiser la prise en charge.

En ce qui concerne notre problématique, cela va se référer à la capacité propre de l'infirmière d'être en relation, à s'y impliquer émotionnellement tout en sachant garder la bonne distance. Chaque soignant abordera la relation de manière différente, car chacun a des expériences qui lui sont propres et sa façon d'affronter chaque situation.

Le savoir empirique :

Le savoir empirique est issu de la recherche. C'est grâce à cette dernière, que de nouvelles connaissances scientifiques voient le jour. Ce savoir permet de mieux comprendre certains phénomènes de santé. Grâce à lui, une réflexion s'effectue autour d'un sujet. On ne fait plus tel soin de telle manière car on a toujours fait ainsi, mais parce que des études ont démontré un bénéfice spécifique. Ce processus met en place de nouvelles pratiques probantes basées sur des preuves scientifiques.

Dans ce travail, nous parlons, essentiellement, de la relation soignant-soigné ainsi que de la distance que l'on va instaurer dans cette relation. Le savoir empirique va nous aider à définir ce type de relation. Il permettra de mettre en lien avec la relation différentes connaissances, telles que : la communication dans les soins, la théorie de la relation d'aide, les notions de transfert et de contre-transfert et l'impact des émotions dans la relation, qui pourront être étayés dans nos définitions. Ces théories sont des outils ou des connaissances sur lesquels se construit la relation et sur lesquels nous allons instaurer la distance avec le patient. Ce processus de recherche nous permettra de développer notre savoir professionnel sur la relation et amènera peut-être à donner des informations à la pratique infirmière sur la notion de relation dans les soins.

Le savoir personnel :

C'est un savoir qui découle de l'expérience personnelle de l'infirmière. Cette expérience fait d'elle un être unique, conscient et authentique. Il lui permet de mieux comprendre une expérience de soin, d'être plus sensible face à telle ou telle situation en fonction de son vécu. Une écoute active, une attitude empathique et non jugeante, une présence, etc. vont souvent être les apprentissages retenus dans ce type de savoir.

Dans notre situation, ce mode de savoir va se traduire par toutes les expériences que le soignant a vécues, quand il rencontre certaines difficultés (conflits, malentendus, surcharge émotionnelle, identification au patient, etc.)

dans la relation avec la personne soignée. Ce vécu permettra différents apprentissages qu'il pourra utiliser dans d'autres situations similaires. Il aura les ressources nécessaires lui permettant de créer ou modifier une relation, lors d'une situation délicate. Ce savoir permet également de protéger le soignant, par ce processus, il peut anticiper les relations qui deviennent trop importantes émotionnellement. De ce fait, il va se découvrir et identifier ses ressources et ses limites.

2.3 Revue exploratoire de la littérature

Pour l'élaboration de cette revue exploratoire, nous nous sommes basées sur plusieurs articles tirés des banques de données (BDSP et Factiva) et de revues infirmières. Nous avons également complété nos recherches avec des livres traitant de la relation dans les soins infirmiers en général. Un entretien exploratoire avec une infirmière clinicienne travaillant dans un service d'oncologie ambulatoire, a été réalisé.. Elle a pu nous donner des compléments sur la relation et sur la distance entre le soignant et le soigné.

2.3.1 LA RELATION

Comme déjà évoqué ci-dessus la relation est omniprésente dans les soins. Elle découle de la rencontre entre le soignant et le soigné. Ils vont interagir, mais surtout ils vont créer un lien relationnel. Formarier (2007) met l'accent sur la distinction entre la notion d'interaction et la notion de relation. Pour Ficher (1996 ; dans Formarier, 2007) l'interaction est une mise en présence concrète de deux personnes qui vont développer des échanges succincts; alors

que la relation est plus abstraite, elle désigne une dimension sociale, avec des facteurs cognitifs et émotionnels. Il distingue ces deux notions dans le cadre des soins car dans un langage courant, dès qu'il s'agit d'un patient ou de sa famille, on parle facilement de relation alors qu'il peut s'agir d'interaction. De plus, Durand (2008 ; dans Phaneuf, 2011) stipule que la relation dans les soins est plus qu'une simple relation. Selon lui toutes atteintes à l'intégrité physique ou psychique d'un individu exigent une approche relationnelle particulière. C'est une présence soignante de haute technicité. Il va donc plus loin dans la signification et l'importance de la qualité de la relation dans les soins.

Après avoir effectué quelques recherches, nous avons constaté que différents auteurs parlent de la relation en général et dans les soins. Pour Daydé (2007) il existe quatre types de relations, pour lesquels elle a donné des définitions. Alors que Formarier (2007) en a défini sept types. Nous les citons ci-dessous. Selon Daydé (2007), les types de relations sont les suivants :

1. La relation civilisée : c'est une relation spontanée, et que l'on pratique dans une communication de base. Cette relation est déterminée socialement et s'inscrit dans un climat de respect.
2. La relation fonctionnelle : elle existe dans un objectif bien précis, tel que le recueil de données qui permet une meilleure connaissance de la personne et donc une évaluation complète de ses besoins.
3. La relation aidante : elle se met en place en réponse aux besoins de soutien, d'écoute, de sécurité et d'estime de soi du patient. Elle sollicite

des habilités relationnelles du soignant, comme : l'écoute, l'empathie, l'authenticité, la reformulation et d'autres encore.

4. La relation d'aide : elle se rapproche plus de l'analyse réflexive au vu d'un problème que subit le patient, afin de comprendre ses besoins. L'infirmière aura comme but l'accompagnement et la stimulation du patient pour que celui-ci mobilise ses ressources et trouve ses propres solutions.

Pour Formarier (2007), la relation avec le patient est centrale dans les soins et l'attitude relationnelle du soignant est essentielle dans ses activités de soins. Il est important de se rendre compte que chaque infirmière et chaque patient sont uniques et que donc chaque rencontre est singulière. L'auteur dit : « Il faut considérer les relations comme des éléments dynamiques qui font sans cesse évoluer les situations, en interdépendance avec l'environnement. ». (p. 33-42). Il a ainsi déterminé différentes relations de soins dont certaines sont similaires à celles de Daydé (2008), cependant leurs définitions divergent quelque peu. Voici ce que Formarier (2007) a mis en avant :

1. La relation de civilité : il la qualifie d'interaction. Elle répond à un code culturel et ritualisé ou chacun (sans être conscient) joue un rôle. Dans la relation soignant-soigné elle comprend des obligations sociales. Pour le soignant c'est : la gentillesse, la courtoisie et la politesse.
2. La relation de soins : le soignant l'utilise pendant les soins techniques ou de confort. Elle est centrée sur le devenir immédiat du patient (traitement, confort, douleur, planning de soins,...). Elle est essentiellement

informative. A noter qu'elle devient difficile, à cause de la surcharge de travail.

3. La relation d'empathie : pour certains auteurs l'empathie se développe chez l'individu dès le plus jeune âge, mais lorsqu'elle devient un outil dans la relation professionnelle on doit développer son apprentissage. Elle permet la personnalisation des soins car elle sert à comprendre la situation d'autrui (c'est un partage affectif sans perdre de vue la mise à distance).
4. La relation d'aide psychologique: établir une relation de confiance va être primordial. Le soignant va permettre au soigné de s'exprimer au maximum sur ses sentiments, attitudes et problèmes ; en créant un climat chaleureux, d'acceptation et sans contraintes.
5. La relation thérapeutique : utilisée en psychiatrie, auprès des patients ayant des maladies mentales ou des addictions, le but étant de les soigner. Ça se passe essentiellement par des entretiens thérapeutiques.
6. La relation éducative : elle est mise en place lorsque pour des raisons de santé le soigné doit changer ses habitudes de vie. Elle se passe par une approche psychologique (connaissance du patient et de son entourage), une approche cognitive (ce que le patient doit connaître sur ce changement) et une approche technique (maîtrise des gestes techniques).
7. La relation de soutien social : le soignant se retrouve entre le patient et sa famille. Le soignant va aider les proches aidants qui sont épuisés par les

soins qu'ils doivent prodiguer (en cas de pathologie mentale, handicap, démence sénile, personnes en fin de vie,...).

On constate à travers ces descriptions que la relation dans les soins a de multiples facettes et que chacune a un but bien précis. Cependant elles ont toutes un objectif commun, qui est de soigner le patient et de le soutenir dans l'épreuve qu'est la maladie. Nous comprenons donc que lors de la rencontre avec l'autre, il peut y avoir la création d'une relation. Au sein de cette relation il y a un espace mis en commun qui permet la rencontre. Cet espace s'instaure quel que soit le type de relation. Il peut varier de la proximité à l'éloignement. Les expériences vécues au sein de la relation par les individus et les échanges qui peuvent s'y faire vont faire varier cet espace. Il correspond à la distance que les individus vont instaurer dans la relation. Lors de nos expériences pratiques, nous avons pu constater que le type de distance instauré peut avoir un impact important sur les individus et sur les enjeux de la relation. Dans les soins, on parle plus facilement de distance soignant-soigné au vu des acteurs de la relation.

Selon l'infirmière clinicienne rencontrée, la distance soignant-soigné fait partie de la relation. Elle dit : « ...que dans une relation on est toujours deux, il y a le patient et le soignant. C'est notre rôle de mettre une distance avec le patient et de se protéger même s'il a envie de se livrer. » Elle pense qu'il y a une part personnelle dans l'instauration de cette distance ; elle dépendrait de notre personnalité et de notre manière d'être. En lien avec ce qu'elle nous dit,

il existerait donc des stratégies à mettre en place afin de réguler la bonne distance, celles-ci seront développées plus bas.

2.3.2 FACTEURS QUI INFLUENCENT LA DISTANCE DANS LA RELATION

Comme cité ci-dessus, la relation est engendrée par la rencontre de deux ou plusieurs individus. La distance que l'on va instaurer au sein de cette relation peut être influencée par différents facteurs, comme le premier contact, le lien de confiance, la souffrance de la personne soignée, les émotions liées à cette souffrance, mais aussi tout ce qu'elle peut provoquer (souvenir, confrontation à sa vie,...).

Le premier contact et la relation de confiance :

Si nous avons décidé de parler de ce point, c'est parce que pour nous, la relation entre le soignant et la personne soignée commence dès le premier contact (par un entretien d'accueil par exemple). Ce premier échange peut déterminer l'évolution de la relation et donc la distance qui s'instaurera dans cette relation. Quel que soit le contexte de soin, le but de cette première rencontre est d'établir une relation de confiance. Le patient doit se sentir entendu, reconnu et accepté. Dans un deuxième temps, l'infirmière va identifier les besoins de la personne. Pour la plupart des patients, l'hôpital est un endroit peu connu qui peut engendrer des angoisses ou de l'agressivité. C'est pourquoi il est important que le premier contact dans cette structure se passe bien. Formarier (2007) soutient cette idée. Selon lui, les patients ainsi que leurs proches se souviennent longtemps de la personne (infirmière ou

aide-soignante) qui les a accueillis lors de leur premier contact avec l'unité de soins. Cette reconnaissance a donné naissance au concept d'infirmière (de personne) de référence, celle avec laquelle, le patient aura un lien privilégié, un lien de confiance. Le patient aura donc d'autant plus tendance à solliciter ce professionnel de la santé.

Comme cité ci-dessus, la relation de confiance est essentielle dans les soins. La mise en place d'une relation de confiance peut prendre du temps, mais elle est indispensable. C'est elle qui guidera la relation thérapeutique ainsi que la distance tout au long de la prise en soins. Pour favoriser cette relation, l'infirmière devrait considérer le patient comme une personne unique et à part entière en tenant compte de ses besoins. Ceux-ci cachent souvent une demande plus floue, plus personnelle selon Formarier (2007). « Cette demande peut être entendue par le soignant que dans le cadre d'une relation de confiance qui sort des chemins standardisés » (Formarier, 2007, p. 33-42). La relation doit obligatoirement s'adapter à la personne. Il n'y a donc pas de protocole possible. Il n'est pas écrit quelle est la relation idéale, quelles sont les limites à ne pas dépasser que ce soit dans la proximité ou dans l'éloignement. C'est là la grande difficulté de la relation soignant-soigné. En effet, toujours selon le même auteur, l'infirmière ne doit pas se contenter d'être une confidente, elle doit être actrice de la relation (autant que le patient).

La gentillesse, la disponibilité, les bonnes intentions ne suffisent pas pour aider les patients. Ces qualités humaines doivent être

optimisées par un réel savoir professionnel en sciences humaines centré sur les soins et qui englobe les différents types de relations les plus souvent rencontrés dans la relation soignant-soigné. (Formarier, 2007, p. 33-42)

Pour établir cette relation adéquate et de confiance il y a plusieurs outils dont la communication, qu'elle soit verbale ou non verbale. Pour l'infirmière clinicienne interrogée, la base de la relation est la communication et elle ne peut être protocolée. Concernant la relation, elle évoque la métaphore d'un grand tableau blanc, sur lequel nous avons des outils (des pinceaux et de la peinture) et avec lesquels nous pouvons peindre une multitude de toiles différentes. Par outils, elle entend les techniques de communication. Ces outils peuvent être vus comme des stratégies afin de créer la relation la plus adéquate possible tout en maintenant le lien de confiance. Ces derniers seront abordés plus bas.

Dans le cadre des soins, selon Moriceau & Saltel (2004) la relation de confiance améliore le climat dans lequel sont effectués les soins techniques. Cela veut dire que grâce à une relation de confiance avec le patient, il sera plus aisé de pratiquer des soins techniques, comme par exemple au vu du contexte que l'on a choisi, l'administration des chimiothérapies. Le patient se sentira plus en sécurité, par conséquent il sera moins angoissé et plus collaborant pour l'administration du traitement. En effet, le côté anxiogène est très présent dans ce genre de service, il peut venir du traitement, du vécu de la pathologie et des conséquences sur la vie de la personne comme nous l'a signalé l'infirmière rencontrée. Un autre élément qui semble essentiel dans ce

genre de service, mais aussi dans les soins en général, c'est la prise en compte des émotions. A travers ce que nous avons déjà pu constater ci-dessus, ces émotions semblent jouer un rôle central dans la relation.

Les émotions dans la relation :

Les émotions font partie de l'être humain et donc de la relation humaine. Elles peuvent être perçues de façon négative ou positive. Elles permettent à la personne qui les ressent de définir comment elle vit une situation, une relation. Ces émotions sont généralement génératrices de différents comportements chez l'individu. Par exemple, une personne anxieuse aura tendance à se mettre en retrait et à peu collaborer, alors qu'une personne en confiance va davantage coopérer et s'investir dans les soins qui lui seront fournis. Comme développé plus haut, elles découlent elles-mêmes de valeurs liées à l'éducation reçue. Ces valeurs dépendent du vécu et de la culture des personnes. A travers chaque interaction, les valeurs qui sont confrontées génèrent des attitudes spécifiques à la situation. Nous émettons l'hypothèse qu'elles ont un impact sur la manière dont nous accompagnons les patients, sur la manière dont nous interagissons et donc aussi sur la distance que l'on va instaurer avec celui-ci.

Dans la relation soignant-soigné, rarement une interaction est neutre. Chaque acteur de la relation a des émotions qui lui sont propres. Elles engendrent des réactions et des comportements chez l'individu lui-même et parfois par ricochet chez l'autre. C'est par exemple le cas dans les relations

transférentielles, développées par Freud (1921), où le patient va projeter sur le soignant des affects liés à une relation antérieure problématique avec une personne importante pour lui. On appelle ce mécanisme *le transfert*. Ce dernier peut engendrer chez le soignant un mécanisme de *contre transfert* où lui-même va renvoyer ses propres affects sur le patient en répondant de manière spontanée et souvent inappropriée. Ce type de relation peut devenir problématique, si à long terme les individus ne se rendent pas compte de la situation. Ils ne seront plus maîtres (c'est l'inconscient qui dirige) de l'interaction entre eux et donc les choses dites ou faites ne seront pas toujours appropriées et vont amener à la dégradation de la relation.

Selon Formarier (2007) les émotions que vivent le patient et sa famille et qui sont provoquées par des situations insécures, stressantes et douloureuses sont autant de parasites faisant obstacles à une relation simple et spontanée.

Une autre complication amenée par les émotions, est le fait que certains ressentis du patient peuvent faire écho chez le soignant et inversement. Lorsque nous sommes confrontés à la souffrance de l'autre, celle-ci peut nous amener à la confrontation avec nos propres souffrances. On peut donc constater qu'il est important d'apprendre à avoir conscience des émotions et des enjeux qu'elles entraînent.

La souffrance dans la relation :

La souffrance est un élément central dans la relation de soin car le soignant est souvent confronté à une personne atteinte dans sa santé, que ce soit

physique, psychique ou sociale. De plus, la maladie est généralement synonyme de souffrance, d'autant plus quand cette pathologie est dite chronique, comme celle du cancer.

La souffrance est définie par trois aspects selon Cassel (1982 ; dans Dany, Dormieux, Futo, & Favre, 2006), la douleur physique, la détresse psychologique et le questionnement spirituel (elle est donc multidimensionnelle : physique, psychique, sociale et culturelle). C'est un état de détresse qui apparaît lorsque l'intégrité de la personne va être mise à mal. La souffrance peut être mesurée à travers ce que nous dit le patient quand il exprime sa détresse et par l'évaluation qu'il fait par rapport à la gravité de sa maladie. Cette perception étant subjective, car propre à chaque individu, rend son évaluation difficile. Cette subjectivité va souvent amener le soignant à comparer la souffrance de l'autre à sa propre souffrance afin de pouvoir y donner une valeur. Cette comparaison risque d'engendrer chez le soignant des émotions qui vont influencer la relation et la distance avec le soigné. Comme, par exemple, un patient qui est dans une grande souffrance, (physique ou morale), va provoquer une empathie telle chez le soignant que la distance au sein de la relation va devenir proximité. Cette souffrance est confrontante pour le patient et pour le soignant. Elle l'est d'autant plus pour le soignant quand elle est accompagnée d'un sentiment d'impuissance, car la souffrance s'avère difficile à soulager.

Dans les soins, mais peut-être plus particulièrement dans un service d'oncologie, les soignants sont soumis à un stress émotionnel venant de la souffrance et de la détresse des patients ainsi que de leur famille comme le décrit Vachon & Fillion (2011). Ce stress aura tendance à influencer le soignant et à engendrer un comportement qui peut être soit de fuite, par peur de cette souffrance, soit de rapprochement, par compassion envers la famille et le patient. La distance sera donc fortement influencée par le type de relation instauré en fonction de la réaction au stress.

L'infirmière clinicienne en oncologie nous a confié qu'elle pense que dans tous les cas, les soignants seront touchés par les situations que vivent les patients. C'est l'intensité émotionnelle qui va changer en fonction des situations, car elle sera directement en lien avec notre vécu et nos valeurs. Dans certaines situations, l'intensité est tellement élevée qu'elle devient ingérable, c'est quand les larmes montent face à ce que nous dit le patient par exemple. Mais est-ce que le fait de pleurer nous empêche d'être de « bons » soignants ?

Vachon & al. (2011) constatent, à travers leur étude, qu'il y a plusieurs manières d'appréhender la finitude et la souffrance des patients. Par exemple, beaucoup de soignants ont rapporté que la proximité de la mort sur leur lieu de travail les avait portés à penser plus souvent à la fin de vie. Certains se projettent en prenant conscience de leur propre mort et d'autres prennent plus de recul face aux situations des patients. D'autres avis encore montrent que

cette confrontation leur permet d'apprécier encore plus la valeur de la vie. Ils se rendent compte de sa fragilité en lui donnant un sens tout particulier. On peut donc ressortir deux manières de faire face à la mort et à la souffrance reliée : soit on les considère comme une opportunité d'en ressortir grandi en retenant les apprentissages acquis, soit on évite d'en parler ou d'y faire allusion. Ce rejet est souvent une stratégie afin d'éviter de se retrouver face à des situations trop angoissantes où les émotions sont trop fortes, car la souffrance des patients et de leurs proches met souvent les soignants face à un sentiment d'impuissance. Par conséquent, en fonction des réactions la distance sera différente.

2.3.3 LES STRATEGIES POUR MAINTENIR UNE BONNE DISTANCE

Suite aux différents articles et témoignages retenus, nous avons ressorti plusieurs stratégies mises en avant par les auteurs. Celles-ci ne correspondent pas à des solutions qui permettent de résoudre le problème de distance dans la relation. Elles se rapportent davantage à des pistes pouvant aider les soignants et les patients à instaurer une bonne distance ou à rétablir une bonne distance. Nous pensons qu'il n'existe pas LA bonne ou mauvaise distance dans une relation, mais il y a une distance (bonne ou mauvaise) qui s'adapte mieux à une situation spécifique et aux personnes qui créent la relation. D'où la multitude de combinaisons possibles et la complexité en ce qui concerne la relation. « Naturellement, il n'y aura pas de recette ni de simplification abusive. On ne peut réduire les enjeux complexes de la distance professionnelle et de la qualité du soin à la gestion de la relation

client/fournisseur » (Prayez, 2009, p.19). Certains outils peuvent pourtant aider à garder la bonne distance.

Nous pensons que le maintien de la distance est en lien avec ce que nous sommes, avec notre personnalité. Dans la relation, nous sommes notre outil de travail, nous ne pouvons pas faire sans notre savoir être. L'infirmière clinicienne en oncologie confirme cette idée en disant qu'il y a une part personnelle dans l'instauration de la distance avec le patient. Elle évoque l'hypothèse qu'en fonction de notre personnalité, nous avons tous un « espace personnel » autour de nous. Ce dernier n'est pas le même chez tous les individus, il y a des personnes chez qui il est passablement grand et d'autres chez qui il est plus petit. De ce fait, plus notre espace est grand, plus nous allons avoir de la facilité à mettre en place une bonne distance avec la personne soignée. Nous serons moins dans le contact tactile par exemple. L'instauration et le maintien de la bonne distance se fait également via une certaine maturité professionnelle donc, non pas en rapport avec notre âge, mais en lien avec la maturité que l'on développe par l'expérience professionnelle. En étant jeunes diplômés, nous ne sommes pas ou peu armés au niveau des connaissances ainsi qu'au niveau de l'expérience. L'infirmière clinicienne considère le diplôme d'infirmière comme un moyen de pouvoir exercer la profession et pense que nous acquerrons de la maîtrise par la pratique.

Toujours en lien avec notre personnalité ou notre manière d'être, toute la communication non verbale (notre attitude, notre posture, notre faciès, ...) peut également être une stratégie afin de mettre en place une distance entre nous et le patient. Effectivement, plus notre comportement démontre une certaine ouverture à la conversation ou à une écoute active, plus nous aurons des chances d'établir un lien de confiance, car la personne soignée va se sentir écoutée et valorisée. De ce fait, la distance instaurée sera maintenue. Pour l'infirmière clinicienne rencontrée la communication est la base de toutes les relations et elle est majoritairement non verbale. La partie verbale ne représente qu'une fine tranche donc ce que nous dégageons par notre comportement est plus important que notre discours.

Comme l'infirmière est en permanence confrontée à des êtres humains, différents auteurs dont Schraub & Marx (2004) prônent l'importance d'avoir un espace où elle peut s'évader. Cet endroit peut se présenter sous différentes formes (activité sportive, créatrice, sociale). Le but est qu'il permette de penser à autre chose que le travail, qu'il permette une coupure avec les émotions ressenties dans le milieu professionnel. L'infirmière clinicienne en oncologie ajoute qu'il est important de se préserver soi afin de pouvoir donner aux autres sur une plus longue période.

Plusieurs auteurs, dont Vachon & al. (2011), ainsi que l'infirmière clinicienne en oncologie ont mis en avant l'importance et les bienfaits d'amener un temps de parole au sein de l'équipe soignante. Ce temps permet le partage des

sentiments entre professionnels et sur ce qu'ils vivent dans leur pratique. Le fait de mettre en mots ce que nous ressentons est bénéfique pour nous et pour les autres. Des avis divergents peuvent émerger et nous remettre en question. Nous nous rendons compte que nous ne sommes pas seuls face à une situation difficile par exemple. Une solidarité se met en place. Cet espace d'échange permettrait une prise de conscience de la pratique et aurait un impact positif sur la qualité des soins donnés. Selon Castra (2004) :

Ce travail en réseau permet à chacun de se sentir plus autonome vis à vis des patients en évitant de nouer avec eux des rapports trop intimes ou profanes. Ainsi, l'équipe dilue les responsabilités et favorise la diminution de l'investissement personnel et émotionnel. (p.53)

2.3.4 LES CONSEQUENCES D'UNE MAUVAISE DISTANCE

Comme expliqué plus tôt, la notion de mauvaise distance qui nous intéresse plus particulièrement apparaît lorsqu'un soignant est trop investi émotionnellement dans la relation avec le patient. Lors d'une telle situation ce sera difficile pour le soignant de se protéger, ce qui amènera à différentes conséquences pour lui, le patient et son entourage.

Une des premières conséquences d'une mauvaise distance est le burn out, aussi appelé syndrome d'épuisement au travail. Selon Gillespie (1991 ; dans Schraub, & Marx, 2004), le burn out est une réaction à un stress professionnel chronique. Il se caractérise par une réaction défensive, physique et émotionnelle. Les symptômes vont être des troubles de l'humeur variables, un épuisement émotionnel et une fatigue psychique qui va s'installer

progressivement. Dans les soins, le fait d'être continuellement en contact avec la souffrance, peut favoriser un syndrome d'épuisement professionnel (burn out). Cela va se manifester par un épuisement émotionnel, une dépersonnalisation et à un degré de diminution du sens de l'accomplissement personnel, donc à une altération de la relation d'aide et des performances au travail. Dans un service d'oncologie, les soignants sont constamment confrontés à la souffrance des patients. Malheureusement, lorsqu'on est dans une mauvaise distance, il est difficile de prendre du recul et de se rendre compte qu'on fait fausse route. Sans la conscientisation citée ci-dessus, nous ne pourrions donc pas mettre en place les stratégies nécessaires afin de se protéger.

Par ailleurs, comme cité par Schraub & al. (2004), d'autres éléments vont amener à cet épuisement, tels qu'une insuffisance de temps personnel, un sentiment d'échec, des attentes irréalistes, des sentiments de colère, de frustration, d'impuissance, des préoccupations financières (perte de revenus, augmentation des tâches administratives, perte d'indépendance), ainsi que l'empathie et le chagrin excessif liés à la perte de patients auxquels les soignants s'étaient attachés. Ces éléments peuvent déclencher un réflexe d'autoprotection chez le soignant qui conduira à la création d'une mauvaise distance, il sera alors éloigné, froid.

Lorsqu'on est dans une relation avec l'autre, il y a toujours un investissement d'énergie qui se fait. On parle alors d'attachement. Au vu de la

chronicité des maladies cancéreuses, il y a un risque que la relation se termine par le décès du patient. Le soignant va entrer alors dans un processus de désinvestissement d'énergie, donc de deuil. Le deuil amènera à une certaine tristesse et souffrance, qui dépendra du degré d'attachement (il faut tenir compte du fait que le deuil n'est pas présent que lors d'un décès, mais également lorsqu'on passe d'un traitement curatif à un traitement palliatif, par exemple). Selon Herman & Stryckmans (1998 ; dans Fondation œuvre de la croix Saint-Simon, 2004), le deuil des infirmiers est proche de celui de l'entourage. Nous pouvons donc penser que plus le soignant est attaché au patient, plus son deuil va être difficile et long. Lors de pertes successives, si le soignant est trop investi émotionnellement, il y aura un épuisement et un grand sentiment d'échec, qui peut amener au burn out.

A noter qu'une mauvaise distance peut amener à un burn out, mais le burn out amène également à une mauvaise distance, car un soignant en burn out qui se sent surchargé, qui est irritable et épuisé, ne pourra plus être dans une relation d'aide.

Selon Castra (2004), lorsqu'un soignant est surchargé d'émotions, il peut mettre en place des mécanismes de défense contre un engagement trop important dans la relation d'aide, comme se centrer sur les soins techniques, par exemple. En le faisant il ne sera pas en mesure de répondre aux besoins des patients et risque de passer à côté de certaines problématiques, ce qui empêchera une prise en charge adéquate. Un autre mécanisme de défense

serait l'absentéisme. Pour se protéger lors d'une surcharge émotionnelle, le soignant va rester à domicile, ce qui va baisser l'effectif soignant et qui surmènera également ses collègues, qui sous stress ne pourront plus assurer une bonne qualité de soins. Lorsqu'on est dans une relation trop intime avec le patient, il va être également plus difficile pour les soignants d'accepter sa perte, ils n'auront plus un regard professionnel, ce qui peut, par exemple, amener à un traitement inadapté à la situation, comme un acharnement thérapeutique.

2.4 Préciser et répertorier les concepts

Comme premier concept, nous nous sommes centrées sur la relation qui résulte de la thématique principale de notre Travail de Bachelor. Au sein de celle-ci, nous abordons la notion de distance. En la développant, nous avons aussi ressorti un autre élément qui peut l'influencer : les émotions. Parmi les différents concepts que l'on a développés, on a aussi abordé des stratégies qui jouent un rôle dans la régulation de la distance. Dans celles-ci, la communication est ressortie car elle est source de relation.

2.4.1 LA RELATION SOIGNANT-SOIGNE

Selon le Larousse, « la relation est l'interaction, l'interdépendance entre deux personnes, ou une personne et un objet ». (Larousse, p. 914, 2006). Dans les soins nous nous intéressons plus particulièrement à la relation soignant-soigné. Au-delà d'être quelqu'un qui fournit des soins, le soignant est aussi un être humain avec ses expériences, ses émotions. Celles-ci jouent un

rôle dans sa façon d'interpréter la situation et de prendre en soin un patient. La relation soignant-soigné a de nombreux enjeux, dont la qualité des soins. Elle fait donc partie à part entière des soins infirmiers. Cette relation soignant-soigné peut être de plusieurs types, comme vu ci-dessus. Comme toute relation, elle est influencée par de nombreux facteurs, dont la distance. Une distance au sein d'une relation est l'intervalle, l'espace qui sépare deux ou plusieurs personnes (Larousse, 2006). En l'occurrence, ici, il s'agit de la distance qui sépare le soignant du patient et de ses proches. Cette distance ne peut se mesurer en mètres, elle va être plus abstraite. On peut parler de distance émotionnelle par exemple. Elle sera en lien avec ce que ressentent les acteurs de la relation. Cette distance est dynamique, elle va évoluer tout au long de la relation en fonction de différents facteurs, comme l'environnement.

2.4.2 LES EMOTIONS

Les émotions sont des réactions affectives transitoires, provoquées par une stimulation venue de l'environnement (Larousse, 2006). Elles peuvent être d'intensités différentes selon les situations rencontrées. Cette intensité émotionnelle est souvent en lien avec notre vécu ou nos valeurs comme nous l'a transmis l'infirmière clinicienne en oncologie.

Comme expliqué, au sein de la relation soignant-soigné, diverses émotions vont être ressenties tant du côté du soignant que du côté du patient. Ces dernières peuvent survenir à la suite de conversations ou de comportements

spécifiques. Généralement, elles induisent un certain comportement chez le sujet qui les ressent. Elles auront donc des répercussions majeures sur la relation. Rappelons que selon Formarier (2007), les émotions ressenties par le patient et sa famille peuvent être des freins à la relation. Dans ce cas, elles auront aussi un impact sur la distance qui va bouger au sein de cette relation. Nous pouvons parler de distance émotionnelle car elle sera le résultat de ce que ressentent les acteurs de la relation.

2.4.3 LA COMMUNICATION COMME STRATEGIE

Dans le cadre de notre travail, les stratégies s'illustrent par des moyens afin de réguler la bonne distance qui correspond à notre but. Comme précisé, elles ne correspondent pas à une réponse au dilemme mais elles sont assimilées à des outils afin de pouvoir répondre au problème de distance.

Selon Phaneuf (2011), « la communication est un échange entre des personnes qui permet de faire connaître à l'autre ce que l'on perçoit, ce que l'on pense ou ressent » (p.15). La communication peut être de plusieurs types. Selon l'infirmière clinicienne en oncologie que nous avons rencontrée, « pour établir une relation adéquate et de confiance il y a plusieurs outils dont la communication. Cette communication est la base de la relation. »

2.5. Les perspectives et les finalités pour la pratique

A travers ce chapitre, nous avons pu constater que l'un des enjeux les plus importants dans le fait d'instaurer une « bonne distance » avec le patient est l'amélioration de la qualité des soins. En effet, nous pensons que si la relation

est saine, les soins seront faits et reçus plus aisément. Beaucoup d'éléments permettent la création de cette relation, comme la confiance au sein de la relation qui rend le climat plus sécurisant autant pour le soignant que pour le patient. Le patient se sentira moins angoissé et sera plus collaborant que ce soit dans l'administration du traitement de chimiothérapie ou dans l'échange d'information. C'est important d'apprendre à garder une distance adéquate dans sa relation avec le patient pour pouvoir l'accompagner de manière optimale, ce qui permet d'assurer une bonne qualité de soins.

Si le soignant arrive à réguler son implication dans la relation, il aura le recul professionnel pour apercevoir les besoins du patient et pour y répondre. Lorsqu'il est trop impliqué émotionnellement, il se peut qu'il ne fasse pas toujours les meilleurs choix thérapeutiques pour le patient, qu'il ne soit pas capable de voir la situation dans sa globalité.

Une autre perspective serait de permettre aux soignants de se rendre compte que ce n'est pas évident d'être confronté en permanence à ce que vit le patient, que cela peut avoir un impact négatif sur nous et qu'il faut apprendre à se préserver. Le fait de se protéger nous permet de donner plus et sur une plus longue période, comme l'a dit l'infirmière clinicienne en oncologie. Finalement, nous pensons que ces finalités peuvent se transposer à divers services de soins et non seulement dans un domaine d'oncologie.

3. CONCEPTS ET CHAMPS DISCIPLINAIRE INFIRMIER

3.1 Les concepts retenus

Concernant les concepts retenus, ils reprennent ceux développés dans le chapitre précédent ; la relation, les émotions et la communication. Ils sont étoffés ici et sont mis en lien avec la distance instaurer entre le soignant et le soigné.

3.1.1 LA RELATION D'AIDE :

Dans le chapitre deux, nous nous sommes déjà longuement penchées sur ce sujet. Nous avons pu constater que la relation soignant-soigné peut être de différents types selon Daydé (2007) et Formarier (2007). Phaneuf (2011), quant à elle, définit les types de relation en fonction des échanges signifiants, des attentes et des affects particuliers du patient ainsi que de la disponibilité affective et temporelle de l'infirmière. La relation prendrait donc différentes formes selon les périodes de la prise en soin et les besoins du patient. A travers toutes les relations décrites, nous avons pu constater que la relation la plus bénéfique pour les soins et sollicitant le plus le soignant au niveau de son implication autant physique qu'émotionnelle est la relation d'aide. Rogers (2005) définit la relation d'aide comme étant une relation où au moins une des deux personnes protagonistes cherche à favoriser chez l'autre la croissance, le développement, la maturité, un meilleur fonctionnement ou une plus grande capacité à favoriser la vie. Les concepts de cette relation sont : relation égalitaire, respect de la dignité, respect de l'autonomie, compréhension,

empathie, facilitation du développement de l'être humain et la conscientisation du soignant comme instrument de changement du client. Phaneuf (2011) la décrit donc comme une relation où le soignant s'investit entièrement. Elle dit : « C'est avec son regard, sa parole et son toucher qu'il entre en contact avec la personne, mais son affectivité en demeure l'élément essentiel. » (p.185). L'implication du soignant dans une telle relation est difficile et exigeante. En effet, l'auteure souligne l'importance de bien comprendre ce type de relation afin de prendre conscience des frontières, de connaître ses propres limites et de ne pas se laisser emporter par la souffrance du patient. Selon Prayez (2009), il peut arriver que nous soyons envahis par la problématique de la personne que nous voulons aider, comprendre ou soigner. Des éléments de son discours peuvent faire écho consciemment ou inconsciemment en nous.

C'est cette transposition émotionnelle qui rend la relation d'aide complexe. Il ne s'agit pas de souffrir avec le client ni de le regarder souffrir sans réagir, mais bien de se pénétrer de ce qu'il vit et de le comprendre avec autant d'exactitude que possible afin de le soutenir adéquatement tout en demeurant soi-même, sans emporter avec soi la difficulté de l'autre (Phaneuf, 2011, p.187).

Ce processus met en avant un principe très important dans la relation d'aide qui est l'empathie. Elle est définie comme une orientation vers celui qui souffre. Il y a l'idée de percevoir le monde d'autrui « comme si on était cette personne, tout en ayant conscience que ce n'est qu'une expérience » (Phaneuf, 2011, p.210). Majoritairement, lorsque nous nous retrouvons face à une personne qui souffre nous aurons tendance à lui manifester de la sympathie et non pas

de l'empathie. C'est-à-dire que la réaction que nous allons manifester se porte sur nos propres émotions et non sur la souffrance d'autrui. Toujours selon le même auteur, la sympathie signifie souffrir avec. Cette contagion d'émotion nous empêche d'aider la personne au travers de la relation. C'est pourquoi, il est nécessaire de faire la distinction entre l'empathie et la sympathie. La pratique de l'empathie permet à l'infirmière d'éviter le mimétisme émotionnel, de s'identifier au client et d'endosser les problèmes du client.

De ce fait, Phaneuf (2011) dit que « par ce mécanisme complexe d'empathie, l'aidant accueille la souffrance de l'aidé et par cette capacité de résonance, la lui reflète comme elle la comprend en demeurant aussi près que possible de ce qu'il vit. » (p.211). Cette notion rejoint la nécessité de réaliser notre travail en se basant sur des fondements éthiques, qui induisent le respect de la dignité humaine. Nous devons respecter la personne en tant qu'être humain à part entière, le respect de sa personne, de son corps, de son intimité et de son individualité. Nous devons tenir compte du vécu de la personne et de sa culture et aussi reconnaître ses difficultés et ses souffrances. Un autre aspect important que nous commande l'éthique concerne le respect de l'autonomie du client. Nous devons respecter sa capacité personnelle de décision, ainsi que celle d'accomplir des gestes selon ses possibilités. Faire à sa place ce qu'une personne peut effectuer elle-même témoigne d'un manque de considération.

A travers ces quelques lignes on voit apparaître l'enjeu de trouver un équilibre dans la relation. Equilibre qui peut être synonyme de bonne distance au sein de la relation afin d'éviter de s'épuiser soi-même. Il permet aussi d'éviter les conséquences d'une mauvaise distance mentionnées dans le chapitre 2. Selon Prayez (2009), venir au contact d'autrui permet de venir au contact de soi-même et de cheminer vers une distance vivante et créative. Il n'est pas toujours évident cependant d'instaurer une telle distance et de la maintenir. Elle va varier selon le degré d'intimité avec la personne.

Contrairement à nos relations intimes, notre relation avec le client demeure de nature professionnelle, ce qui signifie que nous sommes émotionnellement proches de lui tout en gardant une distance physique qui varie selon les circonstances. Il est essentiel d'éviter la trop grande intimité avec la personne soignée et surtout de se garder d'établir des relations fusionnelles. (Phaneuf, 2011, p.88)

Deshays (2010) souligne l'importance d'identifier l'aspect émotionnel dans la relation car il a un réel impact sur la distance que l'on va introduire avec l'autre.

Le danger à mon sens est bien plus dans le fait de croire que seuls quelques principes appliqués nous permettent de garder la distance adéquate. Aussi il me semble préférable d'être avertis que l'expérience affective de la relation commence au premier contact pour en déduire qu'il est indispensable de s'interroger sur la manière dont nous sommes affectés afin de mieux comprendre ce qui se passe comment nous gouvernons et sommes gouvernés. (Deshays, 2010, p. 24)

3.1.2 LES EMOTIONS

Nous avons ressorti l'émotion comme un concept particulier car nous nous sommes aperçues que le côté affectif est très présent au sein de la relation et qu'il régule la distance au sein de celle-ci. Selon Deshays (2010), les affects sont indispensables à prendre en considération dans une relation et ils ne modifient pas notre rôle professionnel. « Travailler avec les affects ne veut pas dire transformer la relation professionnelle en relation affective » (p.8). Toujours selon Deshays (2010), nous allons être touchés, émus, face aux situations qu'on rencontre. Il est important d'apprendre à accueillir les émotions de l'autre car cela signifie accueillir nos propres émotions. Souvent les professionnels ont peur d'être émus, car ce serait vu comme étant une faiblesse. Cependant, l'auteur mentionne qu'il n'y a pas de mal à être ému, cela fait partie de nous et de notre rôle professionnel. Elle prône l'idée qu'il peut être difficile d'accueillir les émotions de l'autre, mais qu'elles sont essentielles pour découvrir son ressenti face à la situation.

Selon Phaneuf (2011), lorsqu'on est en relation avec un patient, il nous est nécessaire d'avoir un ensemble de raisonnements, jugements, perceptions et émotions qui nous permettent de comprendre le sens de la relation que l'on vit. Les émotions ont un rôle important dans nos vies et dans nos relations interpersonnelles. Ce sont des qualités affectives telles que l'ouverture à l'autre, la confiance, le respect d'autrui et la compassion qui vont rendre nos relations possibles et enrichissantes.

Pour Phaneuf (2011), les émotions que l'être humain exprime et ressent sont nombreuses et complexes. Pour cela il n'est pas toujours facile de bien comprendre l'émotion que manifeste le patient (faire la différence entre : mécontentement-colère ; déception-chagrin par exemple). Par conséquent nous devons bien décoder les diverses formes d'expression du patient, afin de comprendre ce qu'il vit et ce qui est important pour lui. Notre manière d'interagir avec lui va dépendre de l'émotion qu'il vit dans un moment donné. Nos émotions vont donc définir nos comportements, nos décisions et notre manière d'agir. C'est pourquoi, il faut distinguer les émotions positives qui vont nous amener vers la sérénité et l'ouverture aux autres des émotions négatives qui amènent à réagir d'une manière improductive, qui nous font souffrir et qui nous durcissent et nous enferment. Nos émotions nous accompagnent en permanence et peuvent surgir à tout moment. C'est un phénomène normal. Hors pour être efficaces et s'améliorer dans ce que nous sommes et dans ce que nous faisons, il faut apprendre à les reconnaître, à les accepter et à les gérer sans les étouffer. Toujours selon le même auteur, lorsque nous sommes en contact avec un patient, nous allons réagir à son état, à ses paroles et à ses plaintes, ce qui peut nous bouleverser, nous blesser et même nous amener à des réactions physiques particulières. Mais nous ne sommes pas toujours conscients des émotions que ces situations vont générer en nous. Certains événements suscitent en nous des réactions, celles-ci seront dictées par nos émotions. Il est donc nécessaire de se questionner sur ce que nous ressentons face à ces divers événements.

Les émotions sont donc importantes car elles nous permettent de nous ouvrir à ce que le patient vit et d'exprimer notre compréhension et notre compassion. Il ne faut pas pourtant que le soignant soit débordé par elles. Il faut apprendre à les gérer plutôt qu'à les bloquer. En les réfrénant, cela augmenterait le stress ressenti et empêcherait le soignant d'exprimer sa compréhension de la situation. Les émotions nous permettent également de nous rendre compte de nos forces et de nos limites. Il faut néanmoins que les manifestations de ces émotions restent tolérables pour nous et acceptables dans un comportement professionnel. Pour gérer nos émotions, nous devons commencer par les reconnaître puis les accepter. Bien que nous pensions que nous arrivons à cacher nos émotions, il se peut qu'elles soient remarquées par les autres. Face à une situation de soins nous pouvons ressentir des émotions négatives souvent de façon inconsciente, ces dernières peuvent être perçues par notre comportement non-verbal, par le ton de notre voix, etc... Et si au lieu de reconnaître ce comportement et d'être authentique nous cherchons à l'ignorer voire le contrer, nous risquons de fausser la relation avec le patient. Au contraire, le fait d'exprimer des émotions positives va provoquer des manifestations positives dans la relation. Un regard de compassion va par exemple réconforter le patient.

Phaneuf (2011) conclut en disant que dans certaines situations il se peut qu'on soit amené à exprimer nos émotions, ce qui peut être bénéfique et constructif pour la relation, mais dans le contexte des soins, toutes les

émotions ne sont pas bonnes à exprimer, car les personnes sont souvent dans un état émotionnel fragile. Si nous décidons de faire connaître nos émotions négatives (face à un comportement dérangeant par exemple) à quelqu'un, il faut que cette démarche soit réfléchie. Il convient donc de choisir le bon moment et les bons mots et non pas de le faire sur le coup de l'impulsion, car cela pourrait détériorer la relation et créer une plus grande distance dans celle-ci.

Finalement, apprendre à reconnaître et accepter nos émotions face aux différentes situations, va nous permettre de les exprimer de manière adéquate et de préserver ainsi une bonne distance dans la relation. Reconnaître nos émotions va aussi nous protéger du fait d'être débordés par celles-ci et de se sentir dépassés par elles. En revanche, reconnaître les émotions des patients, va nous permettre de comprendre ce qu'ils vivent, ce qui est important pour eux. Ainsi nous aurons des indices sur comment agir à ce moment précis. Le patient se sentira écouté, en confiance et cela permettra également l'instauration d'une distance adéquate dans la relation.

3.1.3 LA COMMUNICATION :

Selon Phaneuf (2011), la communication est la base de tous les rapports humains :

Toute relation se fonde avant tout sur la communication, et c'est la qualité de cet échange avec l'autre qui nous permettra par la suite de créer un lien émotionnellement porteur de sens qui se transformera en relation d'aide (p.3).

La communication a donc une influence considérable sur la distance que l'on va instaurer au sein de la relation avec autrui. En référence au modèle transactionnel interpersonnel de Myers & Myers (1990), la communication est la combinaison de deux systèmes interactifs, on parle là de deux personnes. Une première personne que l'on appellera émetteur va émettre un message (une information) par un processus interpersonnel (mémoire, système d'organisation, système de symbolisation, réponse) à un récepteur. A son tour l'individu récepteur deviendra la personne émettrice. La communication s'établit de façons différentes selon les individus en interaction.

Toujours selon Phaneuf (2011), *communiquer* signifie transmettre et échanger des informations reçues. Le sens ne se transporte pas avec le message, mais est toujours le résultat d'une élaboration active de la part du récepteur comme de l'émetteur. Cette construction commune de sens va se baser sur des expériences, des représentations, une culture, une éducation, des valeurs et des connaissances personnelles ou partagées. Par la suite le sens que l'on va y donner et la perception que l'on aura de l'interaction va déterminer notre réponse et nos comportements au sein de la relation qui va se créer. La communication peut être de plusieurs types : verbale, exprimée à travers le langage et les silences ou non verbale, exprimée par le paralangage (le volume de la voix, intentionnalité, le timbre), les mouvements corporels (comme la posture), les mimiques faciales, le contact visuel et par l'utilisation d'objet (ex : via les vêtements). La communication non verbale est celle qui

est la plus fiable et qui révèle nos émotions, car très souvent elle est spontanée et donc plus difficilement maîtrisable.

Phaneuf (2011), définit une multitude d'objectifs de la communication, ceux qui sont le plus en lien avec notre thématique sont :

- Se connaître et connaître le monde qui nous entoure, ainsi nous pouvons interagir et comprendre ce que nous sommes en train de vivre.
- Partager et échanger avec le monde qui nous entoure afin de s'épanouir.

En plus de buts précis qui définissent la relation, il y a des principes qui guident la communication. Voici les principaux repris de différents auteurs, et cités par Myers & Myers (1990) :

1. « Nous ne pouvons pas ne pas communiquer » (Watzlawick, P., Beavin, J. H., & Jackson, D. 1967, p.15). Tant que nous sommes en présence de quelqu'un la communication a lieu même si elle n'est pas consciente. Ceci car tout parle pour nous, que ce soit nos comportements, notre apparence ou notre manière d'être.
2. La communication est intimement liée au contexte car il donne sens à la communication. Dans ce principe, Phaneuf (2011) regroupe différents contextes ; le contexte physique (l'environnement), le contexte temporel, le contexte émotif (très en lien avec la distance au sein de la relation) et le contexte socioculturel de l'institution et des individus.

3. La communication est irréversible. Souvent, il est difficile de récupérer les paroles ou les comportements exprimés au cours d'un échange. Ce principe se retrouve dans le lien créé avec le patient. Ce lien fait constamment influencer la distance au sein de la relation.
4. La communication est un partage de signification. La signification découle d'une co-construction entre les deux personnes qui communiquent et non pas seulement en fonction des mots utilisés. La communication est un acte créatif par lequel les gens cherchent à discriminer et à organiser les indices de leur environnement pour s'orienter eux-mêmes et ainsi satisfaire leurs besoins.

Plus précisément dans le contexte des soins, selon Phaneuf (2011), la communication est un moyen de partage, de mise en commun, donc elle ne peut s'établir sans un lien quelconque entre les intervenants. C'est à travers ce qu'est la personne et la posture qu'elle adopte lorsqu'elle communique qu'un lien se crée entre les intervenants. Ce lien peut être de différentes forces, il peut s'illustrer par la distance dans la relation. La distance créée par le lien relationnel forme la relation soignant-soigné. Cela signifie que notre manière d'être et notre comportement vont influencer directement la communication et de ce fait aussi la relation. Cette communication est un instrument de soin essentiel car en plus de créer une relation de confiance, elle permet, comme dit au-dessus, l'échange et le partage d'informations essentielles à la prise en soins. Par cette approche de la communication, on se

rend compte de son importance et de sa complexité. Il est dit que la communication est source de relation, on peut donc s'imaginer que dans le cadre de notre problématique, elle ait un rôle à jouer sur la qualité de la relation et sur la régulation de la distance au sein de celle-ci. Par exemple, une communication avec des incompréhensions peut être source d'instauration d'une distance éloignée au sein de la relation. A l'inverse, une communication où le soignant s'investit trop émotionnellement, où la co-construction de signification avec le patient va au-delà de celle qui a lieu au sein de la communication soignant-soigné, peut avoir un impact sur la proximité qui s'instaure au sein de la relation. A travers ces deux exemples, nous pouvons donc penser que la capacité à instaurer une communication appropriée permettrait d'éviter de telles situations. La communication peut donc être pensée comme un outil ou une stratégie pour maintenir ou créer une relation adéquate, qui pourra déboucher sur une relation d'aide et donc une bonne qualité des soins.

3.2 Cadre théorique

Comme cadre théorique, nous avons choisi la théorie du soin humain (theory of Human Caring) de Jane Watson car elle s'intéresse à la relation que nous pouvons avoir avec les patients. Cette relation est basée sur le Caring (prendre soin). J. Watson a élaboré sa théorie (theory of Human Caring) entre 1975 et 1979, puis, elle lui a apporté des modifications au cours des années suivantes. Elle a voulu mettre en avant les valeurs et les connaissances des

infirmières, ainsi elle a pu donner un sens (son sens) aux soins infirmiers. « Mme Watson considère la profession infirmière à la fois comme une science et un art puisqu'elle repose sur un système de valeurs humanistes et altruistes et sur des connaissances scientifiques » (Journal association FSI-USI, 2006, p. 15).

La thèse principale de la théorie est que l'humain ne peut être traité comme un objet et il ne peut être séparé de lui-même [traduction libre] (Fawcett, 2005, p. 555). C'est-à-dire que Watson considère l'humain comme une entèreté, donc elle considère aussi bien son àme, son corps et son esprit. Elle dit que chaque personne a un champ phènomènal qui correspond à la totalité de ses expériences. Ce champ se compose de sentiments, de sensations physiques, de pensées, de croyances spirituelles, de buts, d'espèrances, de considèrations environnementales et de significations de ses propres perceptions qui sont tous basés sur son passè, son prèsent et son futur. C'est pourquoi lors d'interactions deux champs phènomènaux se rencontrent, ce qui veut dire que l'infirmière doit prendre en compte les 3 dimensions de la personne dans sa prise en soin. Son but est d'harmoniser ces aspects et son accompagnement passe par la crèation d'un lien avec la personne. Afin de crèer ce lien Watson dit qu'il faut ètre prèt à recevoir les sentiments des autres afin d'avoir accès à ce que l'autre est vraiment, à sa vraie nature, à son vrai soi (In yours self) (Fawcett, 2005). Cette thèorie sous-entend que les èmotions ressenties dans une relation ne doivent pas ètre niées mais doivent ètre

utilisées au bénéfice de la relation. Un des moyens qui permet de ressentir sans souffrir, est d'avoir une philosophie de vie ainsi que de réussir à être en phase avec ce que les gens ressentent, sans que cela touche le moi profond. Afin d'éviter des souffrances, il est important d'accepter la relation telle qu'elle est. Il faut avoir comme principe de ne pas faire aux autres ce que l'on ne veut pas que l'on nous fasse. Il faut pour cela se questionner sur ce que l'on est vraiment. Cette démarche se rapproche donc du spirituel. A travers ce passage Watson souligne l'importance d'une relation significative et investie avec le patient. Elle met en avant les souffrances que peut engendrer une telle relation pour le soignant, tout en proposant des ressources pour y faire face. Ce qui rejoint notre questionnement (Fawcett, 2005).

Selon Watson (1979), le Caring est l'essence des soins infirmiers et l'élément qui constitue le cœur disciplinaire fondateur de la profession. Il fait appel à un engagement personnel qui a pour objectif le respect de la dignité humaine et la préservation de l'humanité. Selon la théorie du soin humain (Theory of Human Caring), le Caring est guidé par des facteurs Caritas (Caritas Processes) qui correspondent à des moyens d'interventions infirmières pour favoriser la guérison (Healing) des personnes (Fawcett, 2005). Elle a tout d'abord défini les *Caritas Processes*, qu'elle a modifiés par la suite et qu'elle nomme actuellement les *Clinical Caritas Processes* qui amènent à une forme plus profonde de la relation. Elle caractérise ces derniers par le fait de chérir,

apprécier et donner une attention spéciale [traduction libre] (Fawcett, 2005).

Ces *Clinical Caritas Processes* sont définis comme :

1. Faire preuve de bonté, de gentillesse, d'affection et de sérénité envers soi et les autres ;
2. Être authentique dans le moment présent, alimenter et soutenir, maintenir l'espoir et la confiance ainsi que les croyances, les systèmes de valeurs propres à soi et aux autres ;
3. Développer et cultiver ses propres pratiques spirituelles, approfondir sa connaissance de soi au-delà de son égo ;
4. Développer et alimenter une relation d'aide et de confiance dans une relation de soin authentique ;
5. Être présent pour encourager l'expression de sentiments positifs et négatifs tout en étant relié à sa spiritualité et à celle de la personne soignée ;
6. Utiliser de manière créative toutes les voies permettant d'accéder au savoir, savoir-faire, savoir être comme faisant partie intégrante du processus de soins ;
7. S'engager dans de véritables expériences d'apprentissage et d'enseignement dans le contexte d'une relation de Caring. Considérer la personne dans sa globalité, essayer de rester dans les champs de référence de l'autre ;

8. Créer un environnement qui favorise le bien-être et la guérison dans tous les niveaux et par lequel le confort, la dignité, la beauté et la paix sont potentialisés ;
9. En s'appuyant sur les besoins humains, administrer des soins essentiels dans la perspective d'une harmonie entre le corps et l'esprit, de la santé et de l'unité de l'être dans l'évolution spirituelle de l'individu ;
10. Etre ouvert et attentif à la dimension existentielle de la vie et de la mort, à la spiritualité en général ainsi qu'au soin de l'âme pour soi et les autres ;
[traduction libre] (p.557).

On peut voir apparaître dans ces *Clinical Caritas Processes* plusieurs éléments qui peuvent mettre en perspective notre questionnement. Elle cite pour le Caritas n°4 la nécessité pour l'infirmière de développer et alimenter une relation d'aide et de confiance avec le patient. Elle souligne aussi l'importance de l'infirmière qui encourage l'expression d'émotions positives et négatives. Cette idée met bien en avant la nécessité de créer une relation qui doit être équilibrée et au travers de laquelle le patient puisse s'exprimer. De plus, elle appuie l'importance de l'engagement de l'infirmière auprès du patient. Elle doit le connaître presque intimement pour pouvoir l'accompagner dans l'harmonisation de sa personne (corps, âme, esprit) et lui fournir l'environnement le plus adéquat possible pour favoriser son bien-être. Néanmoins, elle va aussi se pencher sur la perception de l'infirmière face à la situation et la nécessité de prendre soin d'elle comme dans le Caritas n°1.

Cette idée rejoint les pistes citées déjà par d'autres auteurs, dont la nécessité d'être attentif à soi pour se préserver et ainsi préserver la relation.

Enfin, être dans une démarche de *Caring*, c'est être dans un accompagnement de la personne afin de l'aider à comprendre, contrôler et à s'auto-guérir (Self-healing) (Fawcett, 2005). C'est par exemple un regard, un touché, une voix qui oblige l'infirmière à entrer en relation avec l'autre afin d'atteindre une harmonie entre son âme, son corps et son esprit. Elle définit cette relation de *Caring Transpersonnel* où une connexion se basant sur des valeurs humanistes se crée entre le soignant et le soigné. Cette relation vise la protection, l'amélioration et la préservation de la dignité humaine en harmonisant le corps, l'âme et l'esprit. Selon Watson (2001, 2006), « le soignant et la personne soignée s'unissent dans la recherche mutuelle de signification afin de transcender la souffrance et d'accéder à une plus grande harmonie » (Cara & O'Reilly, 2008, p.38).

Nous avons choisi ce cadre théorique plus qu'un autre car Watson met l'accent sur un aspect peu visible du rôle infirmier, qui est le travail relationnel. Elle considère l'être humain dans son ensemble (corps, âme et esprit) et ayant un champ phénoménal. Par ce champ, elle met en avant les valeurs et le côté spirituel de l'individu au sein de la relation (*Caring Transpersonnel*). Elle parle d'un moment de *Caring* quand deux êtres humains se rencontrent face à face avec toute leur histoire (leur champ phénoménal). C'est grâce à cette rencontre que se crée la distance au sein de la relation. Cette vision est le

fondement de notre travail. Watson (1979) considère l'infirmière et la relation comme un outil thérapeutique pour permettre au patient de s'harmoniser avec son corps, son âme et son esprit. Afin de créer un lien significatif, l'infirmière doit être prête à recevoir les sentiments du patient pour pouvoir avoir accès à son authenticité. Nous pouvons donc déduire, qu'elle fait l'hypothèse que la qualité de la relation dépend de l'investissement émotionnel du patient et du soignant. Cette hypothèse rejoint notre idée de départ que la relation et la distance peuvent être influencées par les sentiments et les émotions. Cette théorie prend en compte les ressentis et les perceptions des soignants. C'est une pratique humaniste.

4. METHODOLOGIE

4.1 Déroutement et explication de la revue littéraire

La méthodologie de ce Travail de Bachelor consiste en l'élaboration d'une revue de littérature à partir des bases de données. Nous avons commencé par poser notre question PICOT. Selon Melnyk & al (2013), PICOT est une méthode permettant l'énonciation d'une question clinique, formulée de manière scientifique. Elle permet d'identifier les concepts clés et de clarifier la question. Grâce à cette méthode nous pouvons effectuer une recherche bibliographique efficace dans les différentes bases de données. Chaque lettre de PICOT détermine une composante de la question : *P* signifie Personne/Population/Problème, *I* correspond à Intervention/Intérêt/Issue, *C* est égal à Comparaison, *O* définit Résultats/Événements mesurés et, finalement, le *T* représente le temps. Certaines composantes de PICOT ne sont pas obligatoires dans les questions, il s'agit du *C* et du *T*. Néanmoins les autres (*P*, *I* et *O*) restent toujours présentes. Ces variantes dépendent du type de question formulé. En effet il existe cinq types de questions, selon le contexte d'intervention de l'étude (Intervention, Pronostic, Diagnostic, Etiologie et Meaning).

A partir de ces explications, nous avons posé notre question PICOT comme suit : *Quelles stratégies utiliser pour réguler et maintenir la distance au sein de la relation soignant-soigné dans un contexte d'oncologie ?*

Notre question est une question de type intervention car elle recherche des réponses, des outils concrets et utiles à notre pratique professionnelle. Ce type de question s'intéresse aussi à la relation de cause à effet. En lien avec notre question de recherche, cette relation s'illustre par les stratégies qui ont un impact sur la distance au sein de la relation soignant-soigné.

Les composantes PICOT de notre question s'articulent comme suit : le *P* correspond à la relation soignant-soigné, le *I* se réfère au maintien et à la régulation de la distance et le *O* correspond aux stratégies mises en place pour réguler cette distance. Nous n'avons pas de *C* ni de *T* dans notre question. L'absence de *T* s'explique par le fait que notre question ne s'intéresse pas aux conséquences que peut avoir une mauvaise distance sur un temps indéfini. Nous estimons que ces conséquences peuvent être immédiates ou apparaître à long terme. L'absence de *C* s'explique par le fait que notre question ne cherche pas à comparer deux phénomènes distincts.

A partir de cette analyse, nous avons élaboré une grille PICOT afin de mettre en évidence les concepts essentiels à l'élaboration de la revue de littérature. A partir des concepts choisis (composante du PICOT), des MeSH terms adéquats ont été déterminés et traduits à l'aide du Grand dictionnaire terminologique (GDT) de l'Office québécois de la langue française. Les Mesh terms, sont des termes spécifiques à introduire dans les bases de données. Leur combinaison a permis de trouver les articles dans les bases de données.

	P	I	C	O	T
Mots clés en français	Relation soignant-soigné	Réguler la distance	--	Stratégies	--
Mots clés en anglais	Nurse-patient relationship	Relation distance/ Helping relationship	--	Strategy	--
MeSH terms	Nurse-patient relation/ relationship	Social distance	--	Strategy	--

Une fois les MeSH terms sélectionnés, les articles ont été cherchés dans les différentes bases de données. Il nous a été demandé de sélectionner dix articles afin de répondre à notre question de recherche, à savoir que plus la quantité d'articles est élevée, plus la synthèse des résultats sera probante. Les bases de données imposées étaient : Pubmed, Cinahl, Psycinfo, Medline, Cochrane et JBI. Nous avons effectué des recherches dans différentes bases de données, mais en raison de notre problématique, nous avons privilégié Cinahl et Pubmed qui se sont révélées plus efficaces.

Pour arriver aux dix articles, plusieurs combinaisons de MeSH terms ont été utilisées. Avec certaines combinaisons, aucun article n'a été trouvé et parfois le même article a été trouvé sous des combinaisons différentes. Dans un deuxième temps, comme nous ne trouvions pas suffisamment d'articles adaptés à notre problématique, de nouveaux MeSH terms ont été ajoutés afin d'élargir le champ de recherche. Ces termes sont : *Oncology et Fatigue Compassion*. Nous avons complété avec *Oncology*, car c'est le contexte choisi depuis le début de notre travail. Par ailleurs, celui-ci ne fût pas un critère

d'inclusion car nous avons sélectionné des articles dont la recherche a été réalisée dans d'autres domaines et qui étaient pour nous très pertinents au vue de notre problématique. De plus, nous avons inséré *Fatigue Compassion* car nous avons remarqué que ce concept ressortait dans plusieurs articles déjà sélectionnés auparavant. Cette démarche a donc permis la composition d'une revue de littérature de dix articles. Une revue de littérature est une méthode de travail scientifique qui consiste en une collecte d'informations sur un sujet précis, permettant au chercheur de prendre connaissance des travaux déjà effectués à propos du sujet.

Les niveaux de preuve et les impacts factors des articles sélectionnés ont été recherchés afin d'affiner notre méthodologie et ainsi évaluer le niveau scientifique de nos articles. Ils apparaissent, avec le détail de la méthode, dans un tableau récapitulatif en annexe (cf. annexe n°1). Pour la sélection des dix articles, différents critères d'inclusion et d'exclusion ont été choisis.

Critères d'inclusion :

- Années de publication entre 2004 et 2015
- Les langues suivantes : français, anglais, portugais, allemand, espagnol (langues comprises par les auteurs du travail.)
- Contexte somatique (privilégier oncologie et soins palliatifs)
- Présence de stratégies afin de réguler la relation
- Impact de la relation sur les infirmières

Critères d'exclusion :

- Années de publication antérieure à 2004
- Contexte de psychiatrie
- Autres langues

Pour cette recherche, les critères d'inclusion et d'exclusion ont été appliqués à toutes les étapes de la recherche. Le tri des articles trouvés dans les bases de données à partir des MeSH terms a été réalisé en trois étapes :

1. Sélection d'article en fonction de leur titre. Le titre a déterminé si nous étions intéressées à lire le résumé.
2. Sélection d'article en fonction de leur résumé. Le résumé nous a aidés à déterminer si l'article était adapté à notre problématique.
3. Sélection d'article en fonction de leur analyse avec les Grilles adaptées du Fortin (2010)

Une fois les dix articles sélectionnés, ils ont donc été analysés à l'aide de la grille de Fortin (2010). Cette grille permet l'analyse minutieuse des articles à l'aide de plusieurs items répartis selon la trame type d'un article scientifique (introduction, méthode, résultat, discussion). Ces items nous ont permis de déterminer la pertinence scientifique des articles choisis. (cf. annexe n° 2). L'analyse par la grille de Fortin (2010) a permis de ressortir différentes stratégies afin de réguler et maintenir une bonne distance. Cela a également

permis de renforcer certaines idées développées dans le chapitre 2 et 3. Ces résultats sont discutés dans le chapitre suivant.

5. SYNTHÈSE DES RESULTATS

A partir des dix articles sélectionnés, nous avons pu faire une synthèse des résultats ainsi qu'un développement en lien avec notre question PICOT. Ensuite, nous avons pu ressortir les perspectives et les propositions pour la pratique infirmière.

5.1. Synthèse des résultats des articles

Michaelsen (2011), présente les résultats de sa recherche sous forme de texte narratif. Des exemples tirés de l'expérience des infirmières sont présents afin d'illustrer les divers résultats. Dans cette étude qualitative, il est mis en lumière la complexité de la relation infirmière-patient, les ressentis des infirmières face à cette relation et les conséquences pour le patient et l'infirmière d'une telle relation. Trois thèmes au niveau du vécu des infirmières sont ressortis [traduction libre] (p. 90). Ces thèmes peuvent être considérés comme des stratégies mises en place par les infirmières afin de vivre au mieux la relation avec le patient. Elles correspondent à : la persuasion, l'évitement et le compromis qui se situe entre la persuasion et l'évitement. Les infirmières passent donc par ces trois stratégies en fonction des situations rencontrées. Des points de vue de certains patients sont également présentés en fonction des réactions des infirmières ainsi que des conséquences de cette relation [traduction libre] (p. 95-96).

Daines & al. (2013), retracent les résultats de leur étude qualitative dans un tableau récapitulatif. L'objectif de l'étude est d'explorer les expériences des

infirmières et leur vécu lors du suivi de patients atteints d'un cancer intestinal. Huit messages sont retranscrits dans le tableau des résultats. Ils sont ensuite expliqués narrativement avec des citations d'infirmières afin de les illustrer. Parmi ces messages, il ressort que la qualité de la relation infirmière-patient a un impact considérable sur la manière dont le patient et sa famille vivent avec la maladie. De plus, l'imminence de la mort dans le contexte d'oncologie provoque chez les infirmières des difficultés émotionnelles qui peuvent altérer la relation avec le patient et sa famille. Face à ces difficultés, la communication est une monnaie essentielle afin de gérer la distance émotionnelle et l'évolution des soins. La collaboration et le soutien entre professionnels peuvent aussi aider à surmonter certaines difficultés rencontrées [traduction libre] (p. 5695, 5696 & 597).

Boroujeni, Mohammadi, Oskouie & Sandberg (2008), démontrent leurs résultats sous forme narrative. Cependant, une démarche analytique est représentée dans un tableau qui reprend un résultat spécifique (un équilibre particulier). Le but de cette recherche qualitative était d'explorer l'interaction infirmière-patient en situation de fin de vie. Dans cette étude, quatre équilibres ont été identifiés afin de pouvoir gérer au mieux ces situations de fin de vie et assurer ainsi des soins de qualité. Par exemple, l'équilibre entre les soins palliatifs et curatifs génère un sentiment de frustration chez le personnel s'il n'est pas bien défini [traduction libre] (p. 2332). De plus, une différence réactionnelle a été remarquée entre les jeunes infirmières et les plus

anciennes. Les infirmières plus expérimentées mettent plus facilement une distance professionnelle avec les patients. Elles prennent davantage de recul face à certaines situations afin d'éviter un envahissement professionnel. Cette démarche relate d'un autre équilibre, celui entre l'intimité et la distance [traduction libre] (p. 2334).

Blomberg & Sahlberg-Blom (2007), présentent leurs résultats par le biais de textes narratifs. Ils ont mis en évidence six stratégies afin de réguler la bonne distance dans la relation lors de situations émotionnellement difficiles. Chaque stratégie est résumée à partir de ce qui a été dit lors des groupes de paroles et illustrée par des exemples d'expériences vécues par les soignants. Ces stratégies sont : l'identité personnelle et professionnelle ; le sens que l'infirmières donne à la mort et à la maladie ; le fait de mettre des limites dans la relation; la priorisation des situations lors des soins ; l'équipe et l'organisation de l'unité. Ils ont également exposé leur méthode de récolte de donnée à l'aide d'un tableau et ont réalisé un schéma afin d'illustrer les résultats [traduction libre] (p. 246-250).

Yoder (2010), a présenté les résultats de son étude traitant du niveau de fatigue compassionnelle chez les infirmières, à l'aide de texte narratif et de tableaux. La partie quantitative de la recherche démontre que les infirmières étaient jeunes, 14% avaient moins de 30 ans. 45% contre 34% avaient un Bachelor en sciences infirmières. 39% avaient moins de 10 ans d'expérience et 68% travaillaient dans l'institution depuis moins de 10 ans. Le pourcentage

de participants qui ressentait un risque de fatigue compassionnelle était de 15.8%, de burn out était de 7.6% et d'une satisfaction compassionnelle était de 8.6%. Les participants étaient séparés en trois groupes, selon leurs années d'expérience en tant qu'infirmière. Les infirmières qui avaient moins d'expérience ont montré une plus grande fatigue compassionnelle. La fatigue compassionnelle est également plus élevée chez les personnes qui font des journées de 8h que celles qui font des journées de 12h. La partie qualitative de l'étude a fait ressortir les situations qui peuvent déclencher une fatigue compassionnelle ou un burn out et des stratégies de Coping s'y référant [traduction libre] (p. 193-195). Ces stratégies vont être développées ci-dessous.

Pereira Simões & Alves Rodrigues (2010), ont présenté leur étude par le biais d'un texte narratif. L'échantillon était constitué de 56 infirmiers-ères. 51 étaient diplômés, 3 avaient une spécialisation et 2 étaient infirmiers-ères chefs. L'âge moyen était de 31,44 ans et la moyenne d'années d'expérience était de 5,62. Le score moyen des compétences en relation d'aide était de 5.51 ($\alpha=0,81$). L'importance accordée à la formation continue en relation d'aide, pour augmenter les connaissances le score moyen était de 3,66 ($dp=0,85$) ; pour augmenter les compétences le score moyen était de 3,78 ($dp=0,94$) ; et pour améliorer les relations dans l'équipe le score moyen était de 3,57 ($dp=0,98$). La moyenne de la satisfaction avec la vie en générale, était de 18,66 ($dp= 3,89$). La relation entre les compétences relationnelles et la

formation continue était d'un total de $r=0,35$, $p=0,01$ ($r=0,07$, $p=0,20$ et $p>0,05$). Et pour la corrélation entre les compétences relationnelles et la satisfaction avec la vie ($p>0,05$) le total était de $r=0,41$, $p=0,01$ [traduction libre] (p. 488).

L'étude de Manson, Leslie, Lyons, Walke & Griffin (2014) est constituée de deux parties, une première quantitative et une seconde qualitative. Les résultats sont présentés sous forme de texte narratif et tableaux. Dans cette étude, l'échantillonnage correspond à 26 infirmières de soins intensifs ayant accepté de participer à l'étude et répondant aux critères. Les infirmières avaient travaillé entre 11-31 ans dans les soins infirmiers. Elles avaient principalement un Bachelor en sciences infirmières (BSN) (89%), une infirmière avait un degré d'associée (4%), et deux infirmières possédaient une maîtrise en sciences infirmières (MSN) (8%). La satisfaction à la compassion moyenne était à 73% et élevée à 27%. Le burn out présentait un niveau bas à 42% et moyen à 57%. Le niveau de stress post traumatique était à un niveau bas pour 61% et moyen à 38%. L'étude visait à vérifier si ces différents éléments (satisfaction à la compassion, détresse morale, stress traumatique) pouvaient avoir un lien avec l'engagement au travail, ce dernier était à 3,8 sur l'échelle UWES ce qui se révèle plutôt faible. Des corrélations significativement positives entre l'engagement de travail (le dévouement) et la satisfaction de la compassion ($r = 0,49$, $0,05$ PG) ont été démontrées dans cet échantillon. Différents thèmes liés aux expériences de détresse ont été mis en évidence:

les conflits avec la direction / règles 39% (10/26), la mort et la souffrance en fin de vie à 23% de décision (6 / 26), faire face à la violence 19% (5/26), faire face à la famille 15% (4/26), l'impuissance, détresse morale 15% (4/26), la détresse physique de 12% (3/26) et les rapports médicaux infirmiers 8% (2/26). Il est également ressorti que les soins au patient et la collaboration avec la famille sont les domaines de pratique que préfèrent les infirmières dans 27% des cas. Ce qui aide les infirmières à se reconstruire sont les auto-soins à 54%, les relations des professionnels à 23% et la compassion/empathie de l'entourage 23% [traduction libre] (p. 215-224).

L'étude de Vahey, Aiken, Sloane, Clarke & Vargas (2004) s'est intéressée à l'impact du burn out sur la satisfaction des soins de la part des patients. Et à l'impact de la qualité de l'environnement (le temps passé au près du patient, dotation, soutien administratif,...) sur le risque d'une infirmière d'avoir un épuisement émotionnel. Ils ont, pour cela, utilisé un échantillonnage de 820 infirmières et 621 patients atteints du sida. La dotation infirmière était de 4 patients pour une infirmière, le pourcentage d'infirmière était de 71% en moyenne par rapport au reste du personnel soignant par unité (le tableau 1). La satisfaction des patients par rapport aux soins infirmiers était de 63%. Il est ressorti que la probabilité d'avoir un épuisement émotionnel, une dépersonnalisation et le souhait de vouloir partir, sont plus faibles dans les unités avec de bons environnements que dans les unités avec des environnements mixtes ou plus faible. Les infirmières, dans les unités avec des

environnements pauvres, sont entre 2 et 3 fois plus susceptibles que leurs homologues dans les unités avec de bons environnements d'exposer ces traits. Les niveaux d'épuisement émotionnel et d'accomplissement personnel qui a caractérisé les infirmières sur les différentes unités ont des effets significatifs sur la satisfaction des patients. Les unités avec un niveau plus élevé que la moyenne d'épuisement émotionnel chez les infirmières ont démontrés que leurs patients étaient plus susceptibles d'être moins satisfait des soins. Alors que les patients, dans les unités où les infirmières ont un niveau plus élevé que la moyenne d'accomplissement personnel, sont plus que deux fois plus susceptibles d'être satisfaits des soins que ceux des unités avec un niveau inférieur d'accomplissement personnel [traduction libre] (p. 1-11).

Les résultats de l'étude de Pohlmann (2006) démontrent les différents aspects qui peuvent influencer la relation, ainsi que comment les infirmières, au vue de ces éléments, régulent la relation. Ils mettent en évidence l'ambivalence des infirmières à réguler la relation entre proximité et distance. Sur la base des interviews, Pohlmann (2006) fait l'hypothèse de plusieurs éléments (la formation, l'expérience, la congruence, l'authenticité,...) pouvant jouer un rôle sur la manière dont les infirmières entrent en relation avec les patients et entretiennent ce lien. Ces hypothèses vont être développées dans le chapitre suivant. L'échantillonnage de l'étude comportait 16 personnes (23-51 ans) ayant une formation de 3 ans et une pratique de 1 à 30 ans dans les soins infirmiers [traduction libre] (p. 156-162).

Le but de l'étude de Melvin (2012) était de savoir si les infirmières qui sont en contact régulier avec des personnes en fin de vie ont plus de risque de développer une PFC (professionnel compassion fatigue) et quelles en sont les conséquences physiques et psychiques. L'échantillonnage de cette étude était de 6 infirmières travaillant dans les soins palliatifs à domicile depuis au moins 10 ans. Il est ressortit, dans les résultats des divers entretiens, que les infirmières vivant des relations avec des personnes en fin de vie ont tendance à développer une fatigue professionnelle et compassionnelle. Ils soulignent que les infirmières qui font face à une personne en souffrance et vivant des pertes multiples, peuvent en ressentir les conséquences dans leur santé physique et émotionnelle. Les symptômes de la fatigue émotionnelle et professionnelle sont : de l'anxiété, des pensées intrusives, dépression et apathie. A travers les témoignages des participants ils mettent en avant la nécessité de poser une limite dans la relation. Melvin (2012) encourage les infirmières à avoir une vie équilibrée et à développer des stratégies pour se ressourcer, comme la méditation, l'activité sportive, la respiration profonde, la relaxation, l'humour et l'auto réflexion. Il est aussi ressorti, à travers les interviews, la nécessité d'avoir du soutien dans certaines situations et la possibilité de mettre en place des superviseurs (psychologue, infirmier spécialisé,...) pour permettre des temps de débriefing. Il serait aussi du rôle de l'ICUS de créer un environnement favorable à l'échange pour permettre aux personnes d'exprimer leur détresse. L'étude démontre qu'il est nécessaire d'être attentif aux infirmières travaillant dans de tels contextes, car il y a un

risque important de déclarer une fatigue professionnelle si aucune stratégie n'est mise en place [traduction libre] (p. 606-611).

5.2. Développement des résultats en lien avec la question PICOT

5.2.1 LES DIFFERENTES STRATEGIES

Diverses pistes permettant de réguler la distance dans la relation soignant-soigné, ont pu être ressorties des articles analysés. Nous avons regroupé les différentes études afin de faire une synthèse des stratégies mises en évidence. Ces dernières ne proviennent pas toutes du domaine de l'oncologie au vu de la diversité des contextes de soins où ont été réalisées les études qui nous ont intéressées. Cependant, elles peuvent être transférables à tous les contextes, car dans tous les domaines de soins il peut-être nécessaire, à un moment donné, de réguler la distance au sein de la relation d'aide.

Identité personnelle et professionnelle du soignant :

Dans notre problématique, nous faisons l'hypothèse que le maintien de la distance est en lien avec notre personnalité et que nous sommes un outil à notre propre travail. Cette hypothèse rejoint l'avis de divers auteurs. En effet, dans l'étude de Blomberg & Sahlber-Blom (2007), pour les soignants interrogés, cette identité permet de prodiguer de bons soins. Pour aller à la rencontre de la personne soignée, il faut avoir une bonne connaissance de soi et connaître ses limites. Cela exige une certaine confiance en soi et une certaine maturité. L'expérience de vie est donc importante afin de croire en

ses propres émotions et ses intuitions pour aller à la rencontre de l'autre. Cela rejoint la théorie de Watson (1979 ; dans Fawcett, 2005) qui dit qu'il est important de se questionner sur qui nous sommes vraiment afin de ne pas souffrir et accepter la relation telle qu'elle est. Pour Manson & al. (2014), les années d'expérience du soignant jouent un rôle protecteur dans la fatigue compassionnelle. Selon Yoder (2010), la fatigue compassionnelle se définit par un sentiment de détresse et de culpabilité lors d'une situation où l'infirmière se sent impuissante face à la souffrance du patient. Manson & al. (2014) ajoute que les infirmières avec de l'expérience auraient tendance à trouver plus facilement des moyens de résilience face aux difficultés professionnelles, à trouver une plus grande capacité d'adaptation et une meilleure capacité à la réalisation d'auto soin. De plus, selon Boroujeni, & al. (2008), les infirmières plus expérimentées mettent plus facilement une distance professionnelle avec les patients. Elles prennent davantage de recul face à certaines situations afin d'éviter un envahissement professionnel. Elles arrivent donc à créer un équilibre entre la distance et l'intimité. Pohlmann (2006) relate que les infirmières peuvent développer des stratégies au vu d'expériences précédentes. Des éléments tels que la congruence et l'authenticité permettent aussi de tisser une relation adéquate.

Sens donné à la vie et à la mort :

Pour les soignants interrogés dans l'étude de Blomberg & Sahlber-Blom (2007), le sens que les soignants donnent à la mort et à la maladie est

important pour leur pratique. Par leur travail, ils ont acquis une autre approche de la vie, ce qui influence leur vie professionnelle et privée. S'ils n'arrivent pas à donner du sens à ce qu'ils font, ils vont se distancer des personnes qui souffrent. Cela peut être mis en lien avec la théorie de Watson (1979 ; dans Fawcett, 2005), qui dit qu'afin de ne pas souffrir dans la relation, il faut avoir une philosophie de vie. De plus, rappelons que l'infirmière interrogée dans un contexte d'oncologie soutient l'importance d'effectuer des activités hors du travail afin de donner sens à notre vie.

Mettre des limites dans la relation :

En ce qui concerne les équipes de soins interrogées dans l'étude de Blomberg & Sahlber-Blom (2007), il faut savoir mettre des limites afin de ne pas avoir une relation personnelle ou d'être trop proche des patients et de leur famille. Mettre des limites permet au soignant de se protéger. Selon Pohlmann (2006), la qualité de cette relation dépend de l'infirmière mais aussi fortement du patient et de sa reconnaissance envers les soignants. Une sollicitation trop importante des infirmières peut générer une distance de leur part afin de se protéger émotionnellement. Pour Blomberg & Sahlber-Blom (2007), les limites s'apprennent avec l'expérience. Cela ne veut pas dire ne pas s'autoriser à être touché par le patient, car ça voudrait dire que nous ne sommes pas honnêtes avec lui. Pour les soignants interrogés, il est important que les patients et leur famille ne les voient pas juste comme des professionnels, mais comme des

personnes humaines avec qui ils peuvent partager leur situation. L'étude de Melvin (2012) confirme cette même idée.

L'équipe et l'organisation des soins :

Dans l'étude de Blomberg & Sahlber-Blom (2007), l'équipe est décrite comme un soutien qui facilite la régulation de la distance dans le travail. Il est important d'être dans un environnement de travail où le personnel soignant peut facilement démontrer ses émotions et partager ses expériences. La collaboration entre différents professionnels permet de partager les connaissances et de discuter des différentes situations. Une équipe soudée aide les différents membres de se sentir en sécurité. Le fait de pouvoir s'exprimer ouvertement favorise la mise en place d'une stratégie commune. L'équipe peut être une protection en cas de situations difficiles. Boroujeni & al. (2009) et Daines & al. (2013), rejoignent l'idée que les infirmières devraient être soutenues et se soutenir entre elles, afin de pouvoir, à leur tour, accompagner les patients. Pour Melvin (2012), il est nécessaire d'avoir du soutien dans certaines situations et la possibilité de mettre en place des superviseurs (psychologue, infirmier spécialisé,...) pour introduire des temps de débriefing. Il serait aussi du rôle de l'ICUS de créer un environnement favorable à l'échange pour permettre aux personnes d'exprimer leur détresse et leurs émotions.

Pour les équipes interrogées, dans l'étude de Blomberg & Sahlber-Blom (2007), l'organisation du service est également une stratégie qui peut être

aidante. Par exemple, le fait de fermer des lits lorsqu'il y a une grande surcharge de travail et le fait de travailler à temps partiel sont des éléments facilitants. Les soignants ont également mis en avant le problème de manque de temps qui engendre une diminution des temps d'échanges et de partage avec les patients et leur famille et donc l'occasion de créer une relation de qualité.

La communication :

Pour Boroujeni & al. (2008), avoir des compétences en communication permet de diminuer l'anxiété et la colère chez le patient. Selon Daines & al. (2013), face aux difficultés rencontrées lors de l'altération de la relation, la communication est une monnaie essentielle afin de gérer la distance émotionnelle et l'évolution des soins. Dans notre problématique, nous mettions déjà en avant le fait que la communication était une stratégie qui permettait de maintenir un lien de confiance et de créer la relation. Pour Michaelsen (2011), la communication et l'adoption d'une attitude tolérante, souple et positive vont aider à maintenir la bonne distance. Il met en avant trois stratégies auxquelles l'infirmière va avoir recours pour bien vivre la relation. Ses stratégies sont la persuasion, l'évitement et le compromis. La persuasion est le fait de donner des conseils aux patients ; l'évitement est une stratégie de survie afin de mettre la distance émotionnelle avec le patient. Finalement, le compromis se situerait entre ces deux stratégies, il passe par l'écoute, comme étant un moyen essentiel afin de créer la relation. Selon Travelbee

(2010; dans Michaelsen, 2011) la communication se définit comme un processus qui peut permettre à l'infirmière d'établir une relation interhumaine. Cette idée propose de dissoudre les rôles infirmière-patient. Cela fait donc référence à une relation d'humain à humain. Cependant, cette vision de la communication ne semble pas tenir compte du rapport de force intrinsèque qui s'accroît avec le port de la blouse blanche par exemple.

La formation continue :

Pereira Simões & Alves Rodrigues (2010), se sont intéressés à la relation d'aide en tant qu'élément décisif dans l'activité des soins infirmiers et comme un élément central afin de répondre aux besoins de chaque patient. Pour ces auteurs, c'est une technique complexe que les infirmières doivent développer tout le long de leur carrière. Cela va être encore plus complexe dans des situations où les personnes deviennent dépendantes des soignants, souffrent d'anxiété ou de douleurs aiguës. Il est ressorti de leur étude que la formation continue en relation d'aide permet aux infirmières de développer des compétences dans ce domaine. Pohlmann (2006) soutient que les infirmières ne seraient pas assez formées à la relation. Ce manque de professionnalisme engendre souvent de la difficulté dans la gestion des émotions et du stress. Watson (1979 ; dans Fawcett, 2005) stipule dans son Caritas n°4 qu'il faut : développer et alimenter une relation d'aide et de confiance dans une relation de soins authentique [traduction libre] (p. 557). Selon Manson & al. (2014), le niveau de formation de l'infirmière jouerait un rôle sur la capacité à

appréhender la détresse morale du patient. En effet, ils ont constaté que les infirmières ayant un niveau Bachelor ont davantage de ressources dans l'accompagnement des patients.

Prendre soin de soi :

Plusieurs auteurs ont mis en avant l'importance de prendre soin de soi afin de mieux soigner l'autre. Dans leur étude, Pereira Simões & Alves Rodrigues (2010) ont cherché à démontrer la corrélation entre les compétences en relation d'aide et la satisfaction des infirmières dans la vie en générale. Il en est ressorti que pour être dans une relation d'aide, il faut avoir une bonne satisfaction de sa propre vie. En lien avec l'étude de Vahey & al. (2004), lorsque le taux d'accomplissement personnel des soignants est supérieur à la moyenne dans un service, les patients vont être deux fois plus satisfaits des soins. Cette idée rejoint le Caritas n°1 de Watson (1979 ; dans Fawcett, 2005) qui dit : faire preuve de bonté, de gentillesse, d'affection, envers soi et les autres [traduction libre] (p. 557). Selon elle, se préserver soi, permet de préserver l'autre et la relation. Ces résultats rejoignent ceux de l'étude de Melvin (2012), qui encourage les infirmières à avoir une vie équilibrée et à développer des stratégies pour se ressourcer (comme la méditation, l'activité sportive, la respiration profonde, relaxation, l'humour et l'auto réflexion).

Identification des émotions :

En lien avec notre problématique, nous faisons le postulat qu'il fallait adopter une relation où nos affects nous influencent que très peu. Nous avons

aussi évoqué le fait que de ne pas se rendre compte de nos émotions pouvait dégrader la relation par des mécanismes de contre-transfert. Ces deux hypothèses sont reprises par Boroujeni & al. (2008). Ils stipulent que prendre le temps de comprendre et d'identifier les émotions ressenties permet de faciliter le soutien et l'accompagnement des infirmières envers les patients. Cela rejoint notre hypothèse que les émotions ont un impact sur la manière dont nous accompagnons les patients et sur comment nous interagissons avec eux. Donc, on pourrait dire que pour que nos émotions ne nous influencent pas ou peu, il faut apprendre à les identifier et à les comprendre pour un meilleur accompagnement du patient.

Michaelsen (2011), met en évidence, par son étude, que la distance émotionnelle peut être vue comme une stratégie de protection de la part de l'infirmière (comme une défense contre l'engagement). La distance émotionnelle est utilisée quand l'infirmière arrive à un manque de ressources, cela conduit à un sentiment d'impuissance. Lorsque ce sentiment d'impuissance persiste, Yoder (2010) parle de fatigue compassionnelle, d'autres auteurs citent un épuisement émotionnel. Yoder (2010) a identifié des stratégies de Coping afin d'éviter une fatigue compassionnelle et émotionnel. Ses stratégies rejoignent celles que nous développons ci-dessus (chapitre 2).

5.3. Perspectives/propositions pour la pratique

Comme le mentionne Pohlmann (2006) dans son étude sur le vécu des infirmières dans la relation, les fortes relations peuvent engendrer de

nombreuses conséquences ainsi qu'un sentiment d'incertitude et d'anxiété chez les infirmières. Ces infirmières vont donc être affectées par cette relation qu'elle soit de grande proximité, ou au contraire, trop distante. Avec la distance émotionnelle décrite par Michaelsen (2011), la qualité des soins sera altérée. Les infirmières vont voir et comprendre les patients avec un filtre, ce qui augmente le risque de passer à côté d'un symptôme, d'un besoin ou d'une plainte pouvant ainsi engager de lourdes conséquences au niveau physique ou psychique chez le patient. L'étude de Vahey & al. (2004) rejoint cette idée, puisqu'il a pu démontrer que les patients étant soignés par des infirmières montrant des symptômes d'épuisement émotionnel, ont une moins bonne satisfaction des soins. De plus, la distance émotionnelle peut engendrer chez l'infirmière de l'agressivité ainsi qu'un épuisement professionnel décrit dans l'étude de Michaelsen (2011). Cet épuisement est vu comme une conséquence personnelle pour les professionnels œuvrant avec le travail émotionnel. Melvin (2012) rejoint cette conception que face à la souffrance et la maladie, le risque est plus conséquent pour les soignants de développer des maladies physiques et/ou psychiques (dépression, burn out, fatigue compassionnelle).

Face aux conséquences d'une distance non appropriée au sein de la relation, toutes les stratégies susmentionnées sont pertinentes. La communication, le travail sur les émotions et l'échange en équipe sont grandement privilégiés dans les études analysées, car ils permettent le changement et ainsi l'évolution des situations. Certaines méthodes comme

l'analyse de pratique et la supervision sont propices à cette évolution. Elles méritent d'être davantage utilisées dans la pratique. Ayant chacune eu l'occasion de les pratiquer sous différentes formes (école et stages), nous avons constaté qu'un temps spécifique doit être planifié à cet effet. Les bénéfices sont conséquents autant pour le bien-être des équipes professionnelles, celui des patients, que pour le suivi des prises en soins. Il est donc nécessaire de sensibiliser le milieu des soins à cette problématique et de leur proposer de développer des stratégies efficaces, que ce soit personnellement ou avec l'ensemble de l'équipe soignante.

6. CONCLUSION

6.1 Apports du travail

Grâce à ce Travail de Bachelor nous avons pu approfondir la relation qui est un élément majeur et complexe des soins infirmiers. Nous avons eu l'occasion d'acquérir de nouvelles connaissances concernant les concepts de la relation, des émotions et de la communication. Nous sommes conscientes de ne pas avoir pu faire le tour de la question, le sujet étant vaste, nous nous sommes penchées sur un aspect spécifique qui est la distance dans la relation.

Lors de la réalisation de ce travail, nous avons tissé des liens avec ce que nous avons déjà vécu dans la pratique et les écrits théoriques et scientifiques que nous avons lus. Cela nous a permis de développer un regard critique sur la pratique et sur l'approche scientifique, mais aussi de développer une nouvelle perception des soins relationnels. Cette démarche nous a conduites à réaliser l'utilité de la recherche scientifique et ensuite à transférer ces résultats dans la pratique. Nous avons aussi appris à développer un savoir-faire tant au niveau organisationnel, temporel, que communicationnel.

Lors de la réalisation de ce travail, plusieurs éléments facilitants et contraignants sont ressortis. L'élément facilitant le plus important à nos yeux, est notre bonne collaboration qui a été renforcée par notre amitié déjà présente auparavant. Néanmoins, le fait d'être trois personnes à rédiger ce travail, a parfois généré des tensions liées aux points de vue divergents. Nous avons pu avoir une meilleure gestion de ces tensions grâce à la connaissance

de nos différents modes de fonctionnement. Ces points de vue divergents ont toutefois, également apporté, une richesse ainsi qu'une diversité dans la vision de la problématique.

L'intérêt commun pour le sujet a été pour nous un élément central, car il nous a permis de revenir au travail avec enthousiasme. Ce sujet est complexe et varié, il ne nous a pas toujours été facile de trier et cibler la matière essentielle à notre travail.

La possibilité d'avoir eu un regard professionnel du terrain a orienté notre questionnement, ce qui a permis de donner un sens plus concret à notre travail. Cela a également augmenté notre intérêt et notre motivation à poursuivre la tâche.

Nous avons constaté un manque de rigueur organisationnelle dans notre manière de procéder. Celui-ci nous a parfois fait perdre du temps et de l'énergie. De plus, nous avons rencontré des difficultés en lien avec les techniques de recherches en raison de notre manque de connaissances sur le sujet. Il ne nous a pas été facile de cibler notre questionnement afin de réaliser une question PICOT pertinente et exprimant ce que nous cherchions à savoir. L'analyse des articles et leurs synthèses ne fut pas non plus évidente, car nous avions en main des résultats sous forme d'entretiens ou d'interview, la synthétisation de l'ensemble des informations a donc été plus difficile à réaliser.

Face à ces difficultés, nous avons su rechercher des éléments de réponse. L'école a mis à notre disposition une multitude de ressources. Il y a eu, par exemple, des séminaires spécifiques à chaque chapitre du travail de Bachelor. Au début de notre travail, nous n'avions pas conscience de leur importance, ce n'est que lors de la rédaction que nous avons pris la mesure de leur pertinence. Le soutien et la disponibilité de notre Mentor a été une ressource facilitante tout au long de la création de ce travail, car elle a également pu nous orienter lorsque nous rencontrions des difficultés.

6.2 Limites du travail

Plusieurs limites s'imposent à notre travail. Tout d'abord, il nous a été difficile d'établir des réponses concrètes en raison de la problématique traitée. En effet, comme nous avons déjà pu le constater au début de notre travail, la relation est un concept subjectif, car elle est propre à chacun et à chaque situation. De plus, elle est dynamique et en évolution constante de par ses multiples facteurs d'influence. Il n'y a donc pas de protocole spécifique, comme il peut y en avoir pour un suivi post-opératoire, par exemple. Une autre difficulté peut être que la subjectivité de la thématique choisie puisse être influencée par notre propre vision. Nous avons toutefois veillé à être le plus neutres possible dans le développement, mais nous ne pouvons garantir cette neutralité car diverses émotions sont survenues tout au long du travail.

La revue littéraire effectuée nous a donné le sentiment que cette approche des soins n'est encore que très peu abordée car nous n'avons trouvé que peu

d'articles traitant de ce sujet. De ce fait le choix restreint des articles ne nous a pas permis de répondre à notre question de manière précise et pertinente. A notre avis, nous estimons qu'il est nécessaire que la recherche se penche plus spécifiquement sur ce sujet.

6.3 Perspectives pour la recherche

Concernant les perspectives pour la recherche, il serait intéressant d'approfondir la notion de relation et plus particulièrement les stratégies que les infirmières développent pour réguler cette relation. Comme relevé ci-dessus, nous avons l'impression que cette problématique est encore trop peu présente comme thème de recherche alors qu'il est démontré que la qualité de la relation soignant-soigné joue un rôle important dans la perception des soins par le patient et qu'une dégradation de cette qualité peut avoir des conséquences négatives sur le travail de l'infirmière, de sa santé ainsi que de celle du patient.

Notre Travail de Bachelor nous a permis de mettre en évidence quelques perspectives de stratégies. Cependant, ces résultats ne sont pas assez probants et ne peuvent pas être appliqués tels quel dans la pratique. Il serait donc intéressant de pouvoir réaliser une recherche dans différents contextes de soins afin d'établir une liste exhaustive de toutes les stratégies existantes. De plus, il serait nécessaire de pouvoir évaluer l'influence de l'utilisation de telles stratégies par les infirmières sur la relation et sur leur état de santé. De telles perspectives permettraient de mettre à disposition des ressources pour

les infirmières, mais aussi de sensibiliser les responsables de service et de les solliciter afin qu'ils mettent des moyens en place pour éviter des dérapages dans la relation soignant-soigné.

Nous trouvons aussi pertinent de se pencher sur l'impact qu'a la qualité de la relation sur le patient. L'étude de Vahey & al. (2004) va dans ce sens et démontre que les niveaux d'épuisement émotionnel et d'accomplissement personnel chez les infirmières ont des effets significatifs sur la satisfaction des patients par rapport au soin. Continuant dans cette perspective, il serait donc intéressant de connaître l'impact d'une mauvaise relation sur la satisfaction des patients dans les soins.

Pour terminer, nous tenions à conclure avec l'étude de Pohlmann (2006) qui dit : Chaque relation est unique, inestimable et précieuse dans les soins. Les relations intenses ne sont pas à la base de toutes les relations de soins [traduction libre] (p.160). Il est cependant essentiel que les infirmières aient connaissance de la problématique et développent des stratégies afin de maintenir une relation bénéfique pour elle et pour le patient.

7. REFERENCES

- M. M. (2004) Des mots sur des maux. *Revue internationale de soins palliatifs* 1(19), 25-30. doi ; 10.3917/inka.041.0025.
- Blomberg, K., & Sahlberg-Blom, E. (2007). Closeness and distance: a way of handling difficult situations in daily care. *Journal of Clinical Nursing*, 16(2), 244-254. doi: 10.1111/j.1365-2702.2005.01503.x
- Boroujeni, A. Z., Mohammadi, R., Oskouie, S. F. H., & Sandberg, J. (2008). Iranian nurses' preparation for loss: finding a balance in end-of-life care. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 2329-2336. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02437.x.
- Cara, C., & O'Reilly, L. (2008). S'approprier la théorie du Human Caring de Jean Watson par la pratique réflexive lors d'une situation clinique. *Recherche en soins infirmiers*, 95, 37-45.
- Castra, M. (2004). Faire face à la mort : réguler la « bonne distance » soignants- malades en unité de soins palliatifs. *Travail et emploi* 97, 53-64.
- Daines, P., Stilos, K., Moura, S., Fitch, M., McAndrew, A., Gill, A., & Wright, F. (2013). Nurses' experiences caring for patients and families dealing with malignant bowel obstruction. *International Journal of Palliative Nursing*, 20, 593-597. doi : 10.12968/ijpn.2013.19.12.593.
- Dany, L., Dormieux, A., Futo, F., & Favre, R. (2006). La souffrance : représentations et enjeux. *Recherche en soins infirmiers*, 84(1), 91-104.

- Daydé, M.-C. (2007). *Relation d'aide en soins infirmiers : définition et cadre conceptuel, rôle infirmier, dimension éthique, cas cliniques*. Paris : Elsevier Masson.
- Deshays, C. (2010). *Trouver la bonne distance avec l'autre*. Paris: InterEdition-Dunod.
- Fawcett, J. (2005). *Contemporary Nursing Knowledge: analysis and evaluation of nursing models and theories*. (2^e éd.). Philadelphia : F. A. Davis Company.
- Fondation œuvre de la croix Saint-Simon. (2014). Deuil de soignants : une souffrance à penser. Repérer à [http:// www.croix-saint-simon.org](http://www.croix-saint-simon.org)
- Formarier, M. (2007). La relation de soin, concepts et finalités. *Recherche en soins infirmiers* 2(89), 33-42.
- Fortin, M.F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche*. Montréal: Chenelière Éducation.
- Freud, S. (1921). *Cinq leçons sur la psychanalyse*. (106^e éd.). Paris : Payot Le petit Larousse. (2006). Paris : Larousse.
- Journal Association FSI-USJ. (2006). La Théoricienne du Caring. Repéré à <http://www.fsi.usj.edu.lb/anciens/journal2006/arti4.pdf>
- Le petit Larousse. (2006). Paris : Larousse.
- Mason, M.V., Leslie, G., Clark, K., Lyons, P., Walke, E., Butler, C., & Griffin, M. (2014). Moral Distress, and Work Engagement in Surgical Intensive Care

- Unit Trauma Nurses. *Dimension critic care nurse*, 33, 215-225. doi: 10.1097/DCC.0000000000000056.
- Melnyk, B.M., & Fineout-Overholt, E. (2013). *Evidence- Based Practice in Nursing and Healthcare: A guide to best Practice*. (2e éd). Philadelphia: Lippincott Williams & williams.
- Melvin, C.S. (2012). Professional compassion fatigue: what is the true cost of nurses caring for the dying? *Internatioital Journal of PaUiative Nursing*, 18, 606-611.
- Michaelsen, J.J. (2011). Emotional distance to so-called difficult patients. *Empirical studies*, 26, 90-97. doi : 10.1111/j.1471-6712.2011.00908.x.
- Moriceau, M., & Saltel, P. (2004). Comment améliorer la relation avec le patient en onco-hématologie? *Revue internationale de soins palliatifs* 1(19), 3-8. doi : 10.3917/inka.041.0003.
- Myers, G.-E., & Myers, M.-T. (1990). *Les bases de la communication humaine*. (22 éd.). Montréal : Chenelière /McGraw-Hill.
- Pepin, J., Kerouac, S., & Ducharme, F. (2010). *La pensée infirmière*. (3^e éd). Montréal : Chenelière éducation.
- Pereira Simões, R., & Alves Rodrigues, M. (2010). Helping relationship in end-of-life patient's nursing care context. *Esc Anna Nery*, 14(3), 485-489.
- Phaneuf, M. (2011). *La relation soignant – soigné : rencontre et accompagnement*. Montréal : Chenelière éducation.

- Pohlmann, M. (2006). Die Pflegende-Patienten-Beziehung Ergebnisse einer Untersuchung zur Beziehung zwischen Patienten und beruflich Pflegenden im Krankenhaus. *Pflege, 19*, 156–162. doi:10.1024/1012-5302.19.3.156.
- Prayez, P. (2009). *Le cadre de santé : distance et qualité des soins*. (2e éd.). France : Lamarre
- Rogers, C. (2005). *Le développement de la personne*. Paris : Dunod-InterEdition.
- Schraub, S., & Marx, E. (2004). Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants-malades en unité de soins palliatifs. *Bull cancer, 91*, 673-676.
- Vachon, M., & Fillon, L. (2011). Entre souffrance et croissance : mieux comprendre le vécu des infirmières en oncologie pour mieux les soutenir. *Psycho-oncol, 5*, 116-121.
- Vahey, D.C., Aiken, L., Sloane, Clarke, S.P., & Vargas, D. (2004). Nurse Burn out and Patient Satisfaction. *Medecine Care, 42*, II57–II66. doi:10.1097/01.mlr.0000109126.50398.5a.
- Yoder, E.A. (2010). Compassion fatigue in nurses. *Applied Nursing Research, 23*(4), 191-197. doi:10.1016/j.apnr.2008.09.003.

8. ANNEXES

Annexe n°1 : Tableau méthodologique

Base de données	Mesh terms et Critères	Articles trouvés	Articles retenus et argumentation	Impact Factors	Niveau de Preuve
Cinahl	<ul style="list-style-type: none"> - Nurse-patient relationships - Oncolgy 	61	<p>Nurses' experiences caring for patients and families dealing with malignant bowel obstruction.</p> <p>Cet article explore les perspectives de l'infirmière en milieu oncologique face à une prise en charge difficile..</p>	0.00	6 Qualitative study
	<ul style="list-style-type: none"> - Nurse-patient relationship - Social distance - Strategy 	1	<p>Emotional distance to so-called difficult patients.</p> <p>Cet article explore les relations infirmières-patients et les conséquences de ces relations sur chacun d'eux. 3 stratégies ressortent (la persuasion, l'évitement, le compromis).</p>	1.162	6 Qualitative study
	<ul style="list-style-type: none"> - Nurse patient relationship - Fatigue compassion 10 ans 	8	<p>Compassion Fatigue, Moral Distress, and Work Engagement in Surgical Intensive Care Unit Trauma Nurses.</p> <p>Il ressort dans le résumé le fait que l'étude met en corrélation la fatigue compassionnelle et la qualité de soins</p>	0.63	6 non experimental, descriptive, correlational designe

	<ul style="list-style-type: none"> - Nursing-patient relationship - Distance 	27	<p>The nurse-patient relationship results of an examination about relationships between patients and nurses in hospitals.</p> <p>Il parle précisément de la relation soignant-soigné et de l'intimité existante.</p>	0.468	6 Qualitative study
	<ul style="list-style-type: none"> - Nurse-patient relationship - Helping relationship 	50	<p>Compassion Fatigue, Moral Distress, and Work Engagement in Surgical Intensive Care Unit Trauma Nurses</p> <p>Helping relationship in end-of-life patient's nursing care context.</p> <p>Cet article a été sélectionné car il démontre l'importance que les infirmières accordent à la relation d'aide, en soins palliatifs.</p>	0.0738	6 Descriptive-correlational, transversal
Pubmed	<ul style="list-style-type: none"> - Nurses-patient relationship - Compassion fatigue <p>10 ans</p>	45	<p>Professional compassion fatigue what is the true cost of nurses caring for the dying.</p> <p>Il met évidence le fait que les soignants exposés à une relation de souffrance ont des risques d'avoir une souffrance physique et émotionnelle et il propose des solutions.</p>	2.63	6 Descriptive qualitative study
			<p>Nurse Burnout and Patient Satisfaction.</p> <p>S'intéresse à la souffrance de l'infirmière et à l'impact qu'elle a sur les soins.</p>	2.941	4 cross-sectional surveys

			<p>Compassion fatigue in nurses</p> <p>Cette étude investigate la fatigue compassionnelle, les situations qui la déclenche ainsi que les stratégies de Coping à mettre en place pour éviter cette fatigue.</p>	1.139	6 Qualitative and Quantitative study
	<ul style="list-style-type: none"> - Nurse-patient relationships - Social distance <p>10 ans</p>	38	<p>Emotional distance to so-called difficult patients.</p>		
			<p>Iranian nurse's preparation for loss finding a balance in end-of-life care.</p> <p>Cet article explore l'interaction infirmière-patient dans des situations en phase terminale en se concentrant sur la préparation des infirmières face à cette perte. Il met en avant diverses stratégies afin d'éviter une mauvaise distance.</p>	1.233	6 Qualitative study
			<p>The nurse-patient relationship results of an examination about relationships between patients and nurses in hospitals</p>		
			<p>Closeness and distance: a way of handling difficult situations in daily care.</p> <p>Cet article est intéressant, car il met en avant des stratégies afin de gérer des situations difficiles dans les soins de tous les jours</p>	1.233	6 Qualitative descriptive study

Annexe n° 2 : Exemple d'analyse d'un article avec la grille de Fortin (2010)

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	<ul style="list-style-type: none"> Le titre précise-t-il clairement les concepts clés et la population à l'étude ? <p>Titre: Closeness and distance: a way of handling difficult situations in daily care.</p> <p>Le concept clé qui est la distance, y apparaît. Mais la population de l'étude n'est pas spécifiée. De plus le terme de « situations difficiles » n'est pas clair.</p>
Résumé	<ul style="list-style-type: none"> Le résumé synthétise clairement le résumé de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ? <p>Oui, il est bien synthétisé. On y retrouve :</p> <p>Les buts et objectifs : Décrire comment les membres de l'équipe de soins, soignant des patients souffrant de cancer en stade avancé, décrivent comment ils gèrent les situations difficiles dans les soins quotidiens.</p> <p>Problématique : Les soins pour les patients avec un cancer en stade avancé et complexe et beaucoup de facteurs influencent chaque situation de soins. Cela implique que les membres de l'équipe de soins doivent gérer des situations difficiles dans les soins quotidiens.</p> <p>Design : Etude qualitative descriptive.</p> <p>Méthode : L'étude est basée sur seize groupes de discussions composés de membres d'équipes de soins qui soignent des patients souffrant de cancer en stade avancé, dans trois différentes unités de soins dans deux villes différentes en Suède. Septante-sept personnes ont participé aux groupes de discussion. La procédure d'analyse de données a été inspirée par la méthode phénoménologique.</p> <p>Résultats : L'étude montre que les soignants gèrent les situations difficiles en trouvant un équilibre entre étant proche ou distant du</p>

	<p>patient. Plusieurs facteurs permettent de réguler cette distance : L'identité personnelle, le sens qu'ils donnent à la mort et à la maladie, mettre des limites dans la relation, la priorisation des différentes situations, l'équipe et l'organisation de l'unité.</p> <p>Conclusion : Les résultats démontrent que les membres des équipes de soins ont besoin d'identifier ce qui dirige leurs différentes actions de soins.</p> <p>Perspectives pour la pratique : Si les situations difficiles ne sont pas gérées de manière bénéfique pour les soignants, les patients et leurs proches, il peut en résulter du stress, un burn out, et surtout une mauvaise qualité de soins.</p>
--	--

INTRODUCTION	
--------------	--

<p>Problème de la recherche</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Le problème/phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit ? Que s'agit-il d'étudier ? <p>Oui la problématique est clairement formulée et circonscrite. Il s'agit de décrire comment les soignants qui soignent des patients avec un cancer en stade avancé font pour gérer les situations difficiles au quotidien.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le problème/phénomène est-il pertinent /approprié dans le contexte des connaissances actuelles ? <p>Oui, car on sait maintenant que le fait d'être confronté à des situations émotionnellement difficiles peuvent à la longue amener à un stress, voir à un burnout et qu'il est important que les soignants adoptent des stratégies pour l'éviter. Ils se basent sur des études récentes afin de justifier leur recherche.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le problème/phénomène a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ? Les postulats sous-jacents à l'étude sont-ils précisés ?
---------------------------------	---

	<p>Oui, car cet étude permettrait aux infirmières d'adopter des stratégies face aux situations difficiles qu'elles rencontrent.</p> <p>Le postulat sous-jacent est que le fait de ne pas avoir des stratégies pour gérer les situations difficiles peut amener à du stress, un burn out et à une mauvaise qualité de soins.</p>
<p>Recension des écrits</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Une recension a-t-elle été entreprise ? <p>Oui, une recension a été entreprise.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ? <p>Oui, elle fournit une synthèse de la question.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La recension des écrits vous semble-t-elle présenter une base solide pour l'étude ? L'auteur présente-il l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème à l'étude ? <p>Oui, elle démontre une base solide. Elle explique l'importance d'adopter des stratégies face à des situations difficiles afin de permettre une meilleure prise en charge du patient. L'auteur présente des connaissances sur le problème, mais ce sont des références qui datent parfois de plus de 10 ans.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La recension présente t'elle des sources primaires ? <p>Oui, la recension présente des sources primaires.</p>
<p>Cadre de recherche</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les concepts clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ? Est-il justifié et décrit de façon adéquate ? <p>Oui, ils sont mis en évidence.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Est-ce que les concepts clés s'inscrivent-ils dans un cadre de référence ? Est-il lié au but de l'étude ? Les bases philosophiques et théoriques ainsi que la méthode sous-jacente

	<p>sont-elles explicitées et appropriées à l'étude ?</p> <p>Un des concepts clés, que sont les stratégies, est le but de la recherche. La base théorique est l'importance d'adopter des stratégies dans des situations émotionnellement difficiles.</p>
<p>Buts et question de recherche</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ? <p>Oui, il est clairement décrit.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont-elles clairement énoncées ? <p>Oui, il est clairement énoncé que le but est que les soignants qui soignent des patients avec des cancers en stade avancé puissent décrire comment ils font pour gérer les situations difficiles au quotidien. Les situations difficiles étant ce qu'eux définissent comme étant des situations difficiles.</p> <p>La population est constituée d'infirmières, infirmières-assistantes, psychologues, thérapeutes et physiothérapeutes.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les questions de recherche ou les hypothèses reflètent-elles le contenu de la recension des écrits et découlent-elles logiquement du but ? Traitent-elles de l'expérience des participants, des croyances, des valeurs ou des perceptions ? <p>Oui, la question de recherche reflète le contenu de la recension, c'est-à-dire l'importance d'adopter des stratégies afin d'éviter le stress et la déshumanisation des soins.</p> <p>Cette étude traite de l'expérience des participants, c'est-à-dire comment ils font face aux situations difficiles qu'ils rencontrent dans les soins.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les variables reflètent-elles les concepts précisés dans le cadre de recherche ?

	<p>Oui, les variables sont les différentes stratégies, ces stratégies sont un des concepts clés.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les questions s'appuient-elles sur des bases philosophiques, sur la méthode de recherche sous-jacente ou sur le cadre conceptuel ou théorique ? <p>Les questions sont basées sur la méthode de recherche sous-jacente (méthode phénoménologique).</p>
<p>METHODE</p>	
<p>Population et échantillon</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La population visée est-elle définie de façon précise ? L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ? la méthode utilisée pour accéder au site ou recruter les participants est-elle appropriée ? <p>La population et l'échantillon sont suffisamment décrits. Nous savons que l'échantillon est constitué de trois équipes différentes en soins palliatifs qui font partie de deux villes en Suède. La méthode qu'ils ont utilisée pour accéder au site et recruter les participants n'est pas spécifié.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dans le plan d'échantillonnage, l'auteur a-t-il envisagé des moyens d'accroître la représentativité de l'échantillon ? La méthode d'échantillonnage utilisée a-t-elle permis s'ajouter des renseignements significatifs et d'atteindre les objectifs visés ? Est-elle justifiée sur la base statistique ou par une saturation des données ? <p>Ce n'est pas précisé si l'auteur a envisagé des moyens afin d'accroître l'échantillonnage. La méthode d'échantillonnage utilisée a permis d'atteindre les buts visés. L'échantillonnage n'est pas justifié sur la base statistique ou par une saturation de données.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle justifiée sur une base statistique ? <p>Elle a été déterminée par le nombre de personnes faisant partie des trois équipes sélectionnées et à avoir accepté de faire partie de l'étude. Ce n'est pas justifié sur une base statistique.</p>
<p>Considérations éthiques</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ? <p>Oui, avant le début de l'étude ils ont été informés sur leur droit de cesser l'étude lorsqu'ils le souhaitent, chaque personne a été sensibilisée sur le fait que ce qui se passait dans les groupes devait rester confidentiel. Ils ont obtenu la permission de l'unité manager pour faire leur étude et leur recherche a été approuvée par le comité d'éthique.</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ? <p>Oui, les groupes de discussion ont été organisés de sorte à ce qu'il y ait le moins de risque et le plus de bénéfices possible pour les participants.</p>
<p>Devis de recherche</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ? la méthode de recherche choisie est-elle conciliable avec les outils de collecte des données proposés ? <p>Oui le devis de recherche a permis à l'étude d'atteindre son but, le fait de collecter les discussions dans les groupes, correspond à la méthode de recherche phénoménologique.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ? <p>Oui, car les examinateurs pouvaient poser des questions précises pour diriger la discussion du groupe et avoir toutes les informations nécessaires.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Le choix du devis permet-il de respecter les critères scientifiques?(Véracité-applicabilité-consistance-Neutralité) <p>Oui, car les échanges étaient supervisées par un animateur et il y avait également un observateur. Tous qui était dit dans le groupe était retranscrit mot par mot.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La méthode de recherche proposée est-elle appropriée à l'étude du problème posé ? <p>Oui c'est approprié, car elle a permis de ressortir des stratégies utilisées par les différents professionnels.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Y a-il suffisamment de temps passé sur le terrain et auprès des participants ? <p>L'étude a duré environ une année. Il y a eu 16 groupes de discussions, chacun a duré entre 1h à 2h. ça a été suffisant afin de récolter les données nécessaires à l'étude.</p>
<p>Modes de collectes de données</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ? <p>Oui c'est clairement décrit. Ils ont d'abord retranscrit mot par mot ce qui a été dit dans les groupes. Ensuite les données ont été analysés par étapes selon la méthode phénoménologique (Giorgi 1985 Giorgi & Giorgi, 2003).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les questions de recherche ont-elles été bien posées ou les observations du phénomène, bien ciblées ? Ont-elles été rigoureusement consignées par la suite ? <p>Oui les questions de recherche ont peut être posés lors des groupes de parole et elles ont été vigoureusement retranscrites par la suite.</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ? <p>L'auteur indique que les instruments ont été importés, comme cité ci-dessus.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • La procédure expérimentale est-elle cohérente avec les outils mesurés ? <p>Oui, c'est cohérent.</p>
<p>Conduite de la recherche</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Le processus de collecte des données/enregistrement est-il décrit clairement ? <p>Oui, la démarche est décrite clairement.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ? <p>Oui, lors des groupes de paroles un animateur un observateur et un scribe qui retranscrivait mot par mot ce qui était dit, étaient présents. L'animateur et le scribe reprenait les retranscriptions ensemble après les groupes. En tout il y avait six animateurs qui sont des infirmiers et à part un tous ont eu une formation en méthodologie en groupes de discussion.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si l'étude comporte une intervention (variable indépendante), celle-ci est-elle clairement décrite et appliquée de façon constante? <p>L'étude ne comporte pas d'intervention.</p>
<p>Analyse des données</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les méthodes d'analyse sont-elles décrites ? <p>Oui, elles sont décrites et il y a un tableau en exemple, afin qu'on puisse mieux comprendre la démarche.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ? <p>Il n'est pas spécifié s'ils ont pris en considération des facteurs susceptibles d'influer le résultat dans l'analyse.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le résumé des résultats est-il compréhensible et met-il en évidence les extraits rapportés ? <p>Oui, ils sont compréhensibles et pour chaque stratégie il y a un extrait de témoignage.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les thèmes font-ils ressortir adéquatement la signification des données ?

	Oui, chaque donnée ressortie et clairement définie.
RESULTATS	
Présentation des résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures, graphiques ou modèles ? <p>Un graphique est présent afin d'illustrer les résultats.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les thèmes ou les modèles sont-ils logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène ? <p>Oui, les différentes stratégies ressorties sont présentées comme permettant de trouver un équilibre entre être proche du patient et éloigné. Cet équilibre est illustré par une balance.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif ? <p>Oui, chaque stratégie ressortie et décrite dans un paragraphe par un texte narratif.</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'auteur a-t-il fait évaluer les données par les participants ou par des experts ? <p>Il n'est pas dit si les données ont été évaluées par les participants ou par les experts.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou hypothèses ? <p>Ils sont interprétés par la question de départ qui était de décrire comment les soignants font pour gérer les situations difficiles dans un contexte de soins palliatifs.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet ? Sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures? <p>Les résultats sont mis en corrélation à d'autres études menées sur le même sujet et correspondent à certaines de ces études.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses ? <p>Oui, elles sont conformes au résultat d'analyse.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les limites de l'étude ont-elles été définies ? <p>Oui, elles ont été définies. Il y a par exemple le fait qu'il fallait arriver à consensus parmi les différentes idées proposées et que peut-être tous les participants n'ont pu faire part de leurs idées. Il y a également le fait que les groupes étaient constitués de personnes travaillant dans la même unité, ce qui a pu influencer certaines personnes.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ? <p>Oui, elle découle du résultat.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Soulève-t-on la question du caractère transférable des conclusions ? <p>Selon l'auteur, les résultats de cette étude, permettront de servir de base pour des études futures.</p>
<p>Conséquences et recommandations</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ? L'auteur a-t-il précisé les conséquences des résultats ? <p>Selon l'auteur, ces résultats permettent d'avoir une réflexion sur comment gérer les situations difficiles de soins et de quel support ont besoin les équipes de soins pour y faire face.</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'auteur fait-il des recommandations/applications pour la pratique et les recherches futures ? <p>Oui, pour l'auteur ces résultats peuvent influencer la formation dans le milieu des soins par rapport à comment gérer les situations difficiles. Ils peuvent aussi servir de base pour d'autres recherches, qui traiteraient par exemple de la même question de départ, mais dans d'autres contextes.</p>

- Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions ?

Les données peuvent servir de base pour des études futures, mais ne suffisent pas à elles-mêmes afin d'appuyer les conclusions.