

La Fatigue Compassionnelle dans les Soins en Oncologie

Juliette, J. Delmouly

Travail de **Raisonn**ement **Scientifique** appliqué au **soin**

Promotion 2022-2025

Sous la direction de Dominique GUY

Mai 2025



**PRÉFET DE LA RÉGION BRETAGNE
DIRECTION RÉGIONALE
DE LA JEUNESSE, DES SPORTS
ET DE LA COHÉSION SOCIALE**

Pôle formation-certification-métier

Diplôme d'Etat d'Infirmier-e

Travail de fin d'études : TRAVAIL DE RAISONNEMENT CLINIQUE APPLIQUÉ AUX SOINS

Conformément à l'article L 122-4 du code de la propriété intellectuelle du 3 juillet 1992 : « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite. Il en est de même pour la traduction, l'adaptation ou la transformation, l'arrangement ou la reproduction par un art ou un procédé quelconque ».

J'atteste sur l'honneur que la rédaction des travaux de fin d'études, réalisée en vue de l'obtention du diplôme d'Etat d'Infirmier-e est uniquement la transcription de mes réflexions et de mon travail personnel. Et, si pour mon argumentation, je copie, j'emprunte un extrait, une partie ou la totalité de pages d'un texte, je certifie avoir précisé les sources bibliographiques.

Le 29 avril 2025

Signature de l'étudiant :

CODE PENAL, TITRE IV DES ATTEINTES A LA CONFIANCE PUBLIQUE

CHAPITRE PREMIER : DES FAUX

Art. 441-1 : Constitue un faux toute altération frauduleuse de la vérité, de nature à causer un préjudice et accomplie par quelque moyen que ce soit, dans un écrit ou tout autre support d'expression de la pensée qui a pour objet ou qui peut avoir pour effet d'établir la preuve d'un droit ou d'un fait ayant des conséquences juridiques.

Le faux et l'usage de faux sont punis de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 € d'amende.

Loi du 23 décembre 1901, réprimant les fraudes dans les examens et concours publics.

Art. 1^{er} : Toute fraude commise dans les examens et les concours publics qui ont pour objet l'entrée dans une administration publique ou l'acquisition d'un diplôme délivré par l'Etat constitue un délit.

Remerciements

Tout d'abord, je tiens à remercier Madame GUY Dominique pour son accompagnement tout au long de ce travail. Grâce à son regard critique, ses conseils avisés et son engagement j'ai pu me remettre en question et approfondir ma réflexion. Son soutien a été précieux dans l'élaboration de ce travail de TRECS.

Je souhaite également exprimer ma gratitude envers mon IFSI et l'université de Rennes 1 pour nous avoir offert la possibilité d'explorer un sujet qui nous tenait à cœur. Cette opportunité m'a permis d'acquérir non seulement un raisonnement personnel, mais aussi d'accroître mon ouverture d'esprit en tant que future professionnelle de santé.

Un immense merci à mon conjoint pour son aide précieuse, son écoute et son soutien indéfectible. Sa présence et son aide m'ont permis d'avancer avec sérénité et motivation dans cette recherche scientifique.

Je remercie également un de mes amis pour le partage de son parcours de soins et son témoignage inspirant sur l'apport de l'hypnose dans sa vie. Toutes ses expériences m'ont offert un éclairage précieux soutenant ainsi ma réflexion sur ce sujet.

Ma reconnaissance va aussi à ma famille, pour son soutien constant et l'intérêt sincère qu'elle a porté sur mon travail. Les avoir à mes côtés et ressentir leurs encouragements a été une source de motivation précieuse.

Enfin, je souhaite adresser mes remerciements à mes amis et camarades de promotion. Nos échanges constructifs et conseils mutuels enrichissants n'ont fait que rendre cette nouvelle expérience de recherche encore plus formatrice.

Sommaire

Remerciements	2
Sommaire	3
Liste des sigles et acronymes utilisés	4
Introduction.....	5
1.1 La douleur, un problème de santé publique :	5
1.2 Une prise en soins croissante en oncologie :	8
1.3 Réflexion personnelle :	11
Méthode de recherche documentaire	13
Cheminement vers l'équation de recherche et choix de l'article :	13
2.1 Dispositif méthodologique	13
Résultat de la recherche documentaire	18
Présentation de la sélection d'articles.....	18
2.2 La fatigue compassionnelle en oncologie	18
Lecture critique approfondie de l'article sélectionné	20
3.1 Entrée en matière :	20
3.1.1 Résumé de l'article.....	20
3.1.2 Introduction de l'article	20
3.1.3 Méthodologie :	21
3.1.4 Critique du recueil des données	23
3.1.5 Critique des analyses statistiques.....	23
3.1.6 Critique des résultats	24
3.1.7 Critique de la discussion	24
3.1.8 Critique de la conclusion	24
Discussion	26
Un chemin vers la professionnalisation	26
4.1 Expérience clinique et prise de conscience	26
4.2 Fatigue compassionnelle et le retentissement émotionnel	26
4.3 Intérêt des approches complémentaires dans la gestion de la douleur en oncologie	27
4.4 L'hypnose : une technique complémentaire prometteuse	27
4.5 L'hypnose et le bien être des soignants.....	27
4.6 Perspectives professionnelles et ouverture à la recherche	28
Conclusion.....	30
Bibliographie	31
Liste des annexes	33

Liste des sigles et acronymes utilisés

En français :

- ◇ **AS** : Articles Scientifiques
- ◇ **FC** : Fatigue Compassionnelle
- ◇ **IFSI** : Institut de Formation en Soins Infirmiers
- ◇ **IMRaD** : Introduction, Méthodes, Résultats et Discussion
- ◇ **INSERM** : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale
- ◇ **PEC** : Prise en charge
- ◇ **TRECS** : Travail de Raisonnement Scientifique appliqué au soin

En anglais :

- ◇ **Hetop** : *Health Terminology/Ontology Portal*
- ◇ **IARC** : *International Agency for Research on Cancer*
- ◇ **IASP** : *International Association for the Study of Pain*
- ◇ **IF** : *Impact Factor*
- ◇ **MeSH** : *Medical Subject Headings*
- ◇ **PICO** : *Population, Intervention, Comparaison and Outcome*
- ◇ **ProQOL** : *Professional Quality of Life*

Introduction

1.1 La douleur, un problème de santé publique :

A ce jour, la douleur est considérée comme un problème de santé publique majeur et ce peu importe la forme sous laquelle elle se manifeste. **L'association internationale pour l'étude de la douleur (IASP)** définit cette dernière de la façon suivante : *"la douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite dans ces termes"* (Sriniva et al. 2020 p.1). Cette définition, appuyée également par de récentes études, souligne un point important dans la douleur : elle est propre à la personne.

Outre le problème majeur d'inconfort et de souffrance, la douleur peut également avoir des répercussions plus surprenantes notamment d'un point de vue économique, en particulier sur la durée des soins et l'augmentation des récidives. *"Plus récemment, Langley et d'autres scientifiques ont montré au cours d'une étude à l'échelle européenne que la douleur avait un impact négatif sur la situation et l'activité professionnelles, sur la qualité de vie et l'utilisation des systèmes de soins par les personnes concernées"* (2013 p.57-66).

Nous remarquons autour de nous que l'évolution des générations favorise la modification des pensées sur la perception de la douleur, ses manifestations et les manières de soigner. En comparant par exemple les pensées entre nos proches des années soixante-dix (70) et ceux des années deux-milles (2000), on identifie différentes idées et solutions pour pallier à la douleur. Ces différences naissantes apportent avec elles de nouveaux défis sur le traitement de la douleur. A ce jour, il arrive que certaines personnes ne supportent plus les antalgiques en raison de défaillances organiques ou bien simplement qu'elles refusent d'en prendre par choix. D'autres personnes peuvent également développer des résistances à ces mêmes médicaments. Par exemple, bien que son efficacité ne soit plus à prouver, le paracétamol peut parfois endommager le foie, ce qui amène certains patients à refuser d'en prendre. C'est également le cas des opioïdes. Bien qu'efficaces pour soulager la douleur ils peuvent entraîner une dépendance suite à une utilisation prolongée. Ainsi, comme j'ai pu l'observer, notamment au cours de mes stages, certains patients sont amenés à craindre l'usage de traitements en raison de leurs effets secondaires et des risques associés.

Au cours de mes immersions professionnelles plusieurs formes de douleurs ont été mises en évidence. Ce sont celles en lien avec des gestes thérapeutiques plus particulièrement dans le cadre des soins en oncologie qui ont le plus marqué mon esprit. C'est donc ainsi que j'ai décidé d'analyser la situation suivante.

1.1.1 Une immersion à la douleur dans les soins oncologiques :

Lors de ma première partie de stage en hématologie, j'ai pris en charge une patiente atteinte de leucémie aiguë myéloblastique. Dès le début, un lien particulier s'est établi entre nous : elle portait le même prénom que ma grand-mère, tandis que je portais celui de sa petite-fille. Cette coïncidence a renforcé notre proximité et m'a permis de l'accompagner à travers différentes étapes de son parcours de soins.

Un moment marquant fut celui où je lui ai rasé la tête, car elle perdait ses cheveux à cause des effets secondaires de la chimiothérapie. Face à cette épreuve, j'ai été profondément touchée par sa force et son courage. Cet acte n'était pas simplement technique : il était chargé d'émotions, tant pour elle que pour moi. Ce soir-là, en rentrant à mon domicile, son image et ses mots sont restés gravés. J'ai pris conscience que la confrontation à la souffrance du patient pouvait être exigeante émotionnellement, non seulement pour la personne soignée mais aussi pour le soignant. Cette expérience a éveillé en moi un mélange de compassion et d'impuissance face à la réalité de sa maladie.

Quelques jours plus tard, le médecin a prescrit la pose d'une sonde nasogastrique pour prévenir les effets indésirables de la chimiothérapie, notamment les mucites sévères. Il m'a encouragée à réaliser ce soin, soulignant son intérêt pédagogique. Ayant établi une relation de confiance avec la patiente, j'ai pris le temps de lui expliquer l'importance du geste et ses bénéfices pour son alimentation et son hydratation. Elle a accepté que je réalise la pose sous supervision.

Le jour venu, après avoir préparé mon matériel et expliqué le déroulement du soin, nous avons commencé l'intervention. La patiente a exprimé une préférence pour sa narine gauche en raison d'une déviation de la cloison nasale du côté droit. Cependant, après plusieurs tentatives infructueuses dans cette narine étroite, nous avons dû utiliser la seconde. Lorsqu'elle a ressenti la sonde descendre dans sa gorge, elle a décrit cette sensation comme "un verre de terre qui lui arrive dans la gorge". Malgré mes efforts pour minimiser son inconfort en lui demandant de déglutir, elle a éprouvé un besoin immédiat de vomir. À ce moment-là, j'ai accéléré mes soins pour mettre fin à son calvaire.

À la fin du geste, elle m'a tenu la main et exprimé sa gratitude malgré l'épreuve qu'elle venait de traverser. Peu après, elle a commencé à saigner du nez. En discutant avec elle pour évaluer son ressenti, elle m'a confié que l'insertion avait été extrêmement désagréable mais qu'elle avait choisi de ne rien dire par confiance en moi et pour que cela se termine rapidement. Ces mots ont provoqué chez moi un profond sentiment de culpabilité : avais-je fait tout mon possible pour rendre ce soin moins traumatisant ? Cette culpabilité m'a suivie jusque chez moi, où j'ai longuement réfléchi à mon rôle en tant que soignante.

Pour mieux comprendre cette situation et gérer mes émotions, j'ai échangé avec une infirmière expérimentée qui m'a rassurée sur le fait que chaque patient ressent différemment les soins invasifs. Elle m'a également suggéré d'explorer l'utilisation de l'hypnose comme approche complémentaire pour réduire les sensations désagréables lors de tels gestes.

Quelques jours plus tard, j'ai eu l'opportunité d'assister à une pose de sonde nasogastrique réalisée sous hypnose par une infirmière spécialisée. Le patient était également atteint de leucémie aiguë myéloblastique et avait exprimé le souhait d'utiliser cette méthode après avoir vécu des expériences douloureuses similaires auparavant. L'infirmière a instauré un climat de confiance avec lui en établissant un "pacte" sur le déroulement des soins. Pendant toute l'intervention, elle a maintenu une conversation apaisante avec lui tout en observant ses réactions. À ma grande surprise, le patient a inséré lui-même la sonde dans sa narine avec une rapidité et une sérénité remarquable.

Après l'intervention, le patient m'a confié qu'il n'avait ressenti qu'un léger inconfort au niveau du nez et que tout s'était déroulé très rapidement. Cette expérience m'a fascinée : non

seulement elle avait transformé le vécu du soin pour le patient, mais elle avait également allégé la charge émotionnelle du soignant.

À travers ces deux situations contrastées avec et sans hypnose, j'ai pris conscience du rôle crucial des émotions dans la relation soignant-soigné. Les soins invasifs peuvent générer chez les professionnels de santé des sentiments complexes tels que la culpabilité ou l'impuissance lorsqu'ils perçoivent la souffrance du patient comme un échec personnel. Ces émotions peuvent devenir envahissantes si elles ne sont pas gérées correctement et risquent d'être ramenées dans la sphère privée.

Cette réflexion m'amène à explorer comment les soignants peuvent préserver leur équilibre émotionnel tout en restant pleinement engagés dans leur rôle auprès des patients atteints de pathologies lourdes comme le cancer. En tant que future soignante ayant pour objectif de travailler dans l'oncologie, il me semble pertinent d'appréhender et de découvrir comment je peux me protéger de la souffrance d'autrui, et la douleur des autres tout en maintenant une relation empathique.

1.1.2 La répétition de gestes douloureux :

La prise en soins en oncologie expose les soignants et plus particulièrement les infirmières dans la relation de soins à l'accompagnement du patient dans les différentes étapes de son parcours avec des soins lourds, souvent intrusifs générateur de douleurs. Cette exposition répétée peut également devenir lourde émotionnellement pour le soignant. C'est pour cette raison que les infirmières s'intéressent à développer des compétences afin de prévenir les douleurs induites.

*“Les **douleurs « induites »** sont des douleurs de courte durée, déclenchées par les soins médicaux dans des circonstances de survenue prévisible et donc susceptibles d'être prévenues par des mesures adaptées”. (Ernestho-Ghoud and al, 2014 p.1)* Ce sont des douleurs que les infirmières peuvent prévenir en anticipant le soin, par différentes approches.

L'hypnose est une approche complémentaire permettant aux infirmières d'améliorer le facteur de confiance tout en associant une diminution de la douleur et du stress du patient. Si le patient se sent plus à l'aise, ce dernier va alors vivre sa maladie ou douleur de manière différente. D'un autre côté, si l'infirmière voit le patient plus calme et moins douloureux, celle-ci va se sentir plus puissante et confortable vis à vis de la situation.

1.1.3 Comment pallier la douleur :

L'approche multimodale de la douleur met en évidence l'intérêt des approches thérapeutiques mais également des approches complémentaires pour soulager le patient. Les « approches complémentaires » pour soulager la douleur en cancérologie, font écho aux *“médecines complémentaires”* ; *“Le terme « médecines complémentaires », utilisé ici parce qu'il est le plus communément admis en Suisse, recouvre les diverses appellations de médecine « parallèle », « douce », « naturelle » ou « alternative ». Ce dernier terme, accolé à « complémentaire », donne l'appellation courante en anglais : « complementary and alternative medicine » (CAM)” (Graz 2011 p.808).* D'après l'INSERM (Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale) (2021 p.1), en France on retrouve plusieurs approches

de prises en charge non médicamenteuses pour la douleur : l'acupuncture, la relaxation, la sophrologie et l'hypnose.

Mais alors qu'est-ce que l'hypnose, cette technique complémentaire émergente ?

Au fil des années, son utilisation devient de plus en plus fréquente dans les soins. Elle peut en particulier être utilisée lors de situations de stress chez les patients comme les soignants, mais aussi lors de situations douloureuses. L'hypnose est considérée comme la dissociation du corps et de l'esprit. On distingue deux grands types d'hypnoses, celle dite **traditionnelle** et celle dite **ericksonienne**.

L'hypnose traditionnelle repose sur des paroles directives contrairement à l'hypnose ericksonienne qui s'applique via des métaphores, des gestes ou musiques. Globalement, *“dans sa définition la plus courante, l'hypnose se caractérise par un état de transe, un état de conscience dissociée ou modifiée au cours duquel l'attention de la personne hypnotisée est focalisée sur une pensée, une image, une sensation, une activité, tandis que les événements extérieurs sont ignorés.”* (Robin 2013 p.8). Dans le soin, la dissociation du corps et de l'esprit est amplifiée par les suggestions hypnotiques. Cet état permet de faciliter les réponses du patient au regard de l'hypnose. A ce jour, l'évolution scientifique de l'hypnose ainsi que sa reconnaissance croissante dans le domaine de la santé et de la médecine, s'éloignent des idées reçues de mythe ou de manipulation mentale.

Lors de mes stages en soins infirmiers j'ai pu découvrir l'intérêt de l'hypnose lors de différentes actions et dans différents contextes. Par exemple, son intérêt et sa plus-value sont clairement apparus lors de la gestion de crises d'angoisses en psychiatrie, au cours de la réfection de pansements douloureux chez les grands brûlés ou encore lors de la pose de sonde nasogastrique en hématologie.

1.2 Une prise en soins croissante en oncologie :

Alors que l'**IARC** (*International Agency for Research on Cancer*) nous alerte sur les cas de cancers qui se multiplient, les soins en oncologie sont plus que jamais d'une grande importance dans le monde. En 2018, on comptait environ 18,1 millions de personnes diagnostiquées avec un cancer (Freddie Bray et al, 2018 p.394). C'est une annonce traumatisante qui change en une seconde tout le courant d'une vie. Cela bouleverse à la fois la personne concernée, son entourage mais aussi les soignants qui entourent et prennent soin du ou de la patiente.

Le rôle des soignants, et plus particulièrement celui des infirmières en oncologie évolue et se transforme pour faire face aux besoins de santé des patients qui sont en changement permanent. Leur travail implique une écoute attentive, de l'empathie et une grande capacité d'adaptation car chaque patient vit la maladie de manière unique. C'est ainsi que l'on peut se poser la question suivante : Comment les soignants parviennent-ils à être résilients, à rester dans la bienveillance dans ces accompagnements longs où ils côtoient les patients dans leurs parcours ? Il paraît nécessaire de mieux comprendre comment ne pas s'épuiser physiquement et émotionnellement pour rester dans une relation de soin constructive.

Tout au long de cette prise en charge on retrouve deux personnes clés : la personne soignée et la personne prodiguant les soins. Cette relation porte le nom de **relation soignant- soigné**. Selon Louis Malabeuf (1992), il existe 4 types de relation soignant/soigné : la relation de civilité, la relation fonctionnelle, la relation de compréhension ainsi que la relation d'aide. Cette relation est définie de la manière suivante par Carl Rogers en 1942 : *c'est « la capacité que peut avoir un soignant à amener toutes personnes en difficultés à mobiliser ses ressources pour mieux vivre une situation, c'est un soin relationnel »*. *« Le terme "soignant" provient du verbe soigner, ce dernier provenant lui-même du latin signifiant "s'occuper de". Le "soigné" correspond à la personne qui reçoit les soins prodigués par le "soignant" »*. (Formarier 2007, p.35).

La relation soignant/soigné est donc *"une relation bilatérale asymétrique entre le soignant et la personne soignée"*. Relation signifie "le rapport", c'est donc un rapport entre deux entités (le soignant et le soigné) d'une façon asymétrique car le soignant apporte les soins et les connaissances alors que le soigné est en demande d'aide pour soulager et soigner sa douleur.

1.2.1 Quand la relation à l'autre expose le soignant à la souffrance d'autrui :

Le patient demande de l'aide et de la transmission de connaissance à l'infirmière. Cette relation à double sens peut nous amener à mieux comprendre cet exercice difficile de recherche de juste distance dans la relation. Carl Rogers a défini l'empathie en 1959 par *"Être empathique, c'est percevoir le cadre de référence interne de l'autre avec précision, avec les composantes émotionnelles et les significations qui lui appartiennent comme si l'on était cette personne, mais sans jamais perdre de vue le comme si."* (Rogers, 1959) Cette citation peut faire lien entre la citation d'aujourd'hui *"se mettre dans les chaussures de quelqu'un d'autre"*. Cette capacité à être empathique permet de tisser le lien avec le patient. Le fait de l'écouter et de le comprendre va engager la création d'un lien de confiance entre le soignant et le soigné.

1.2.2 Quand la fatigue ordinaire devient de la fatigue compassionnelle :

Dans le cadre de ces prises en soins difficiles, les soignants sont confrontés à la douleur et aux souffrances du patient, qu'elles soient d'ordre physiques ou psychiques. Fredenburg (1974), l'un des fondateurs de la notion de burn-out, souligne que les soignants en oncologie sont exposés à de nombreuses émotions telles que l'impuissance, la culpabilité et la tristesse. L'exposition prolongée à ce genre d'émotions sur le lieu de travail peut entraîner un dépassement émotionnel et une rupture de la distance soignant-soigné. Lors de différentes prises en charge, il m'est notamment arrivé de ramener avec moi de nombreuses émotions, y pensant encore le soir tard à mon domicile. Dès lors, de nombreuses questions me sont venues à l'esprit : Que se passerait-il si je venais à constamment ramener ces émotions chez moi ? Est-il possible de faire autrement ? Comment s'appelle ce dépassement d'émotions ?

Ce phénomène est désigné par le terme de fatigue compassionnelle. *"La « fatigue compassionnelle » (fatigue de compassion, ou encore usure de compassion) désigne une forme particulière de burn-out affectant les professionnels de la relation d'aide, notamment les infirmières en soins palliatifs et en oncologie."* (Zawieja, 2016, p.290). La fatigue compassionnelle est donc une conséquence négative du contact prolongé avec la souffrance d'autrui. Le soignant peut manifester divers symptômes négatifs tels que la colère, la dépression et l'apathie.

Cette réaction humaine à la souffrance de l'autre correspond à une forme similaire du burn-out professionnel. Le soignant, par empathie, ressent et subit les douleurs d'autrui. Cette fatigue peut être à la fois psychologique et physique, et peut impacter les relations soignant-soigné. Ce type de traumatisme ou de stress secondaire affecte plus particulièrement certaines catégories professionnelles telles que les policiers, les militaires, les prêtres, les travailleurs humanitaires, les travailleurs sociaux, les psychologues, les vétérinaires, et les soignants. On parle ainsi de fatigue compassionnelle, un concept étroitement lié au terme "burn-out", une expression anglaise signifiant "syndrome d'épuisement professionnel". Le burn-out est un terme largement employé aujourd'hui pour décrire les maladies liées à la surcharge de travail.

La fatigue compassionnelle s'observe chez les soignants et plus largement au sein des professionnels de la relation qui prennent soin ou viennent en aide. Elle concerne ainsi également les psychologues, les médecins, et bien d'autres. On remarque que les infirmières en cancérologie y sont particulièrement exposées.

La permanence des soins ainsi que la proximité avec les patients sur un temps long sont des facteurs pouvant causer ce type de fatigue. En effet, les patients font part de leurs douleurs, de leurs ressentis et les soignants dans leur accompagnement réalisent des soins parfois difficiles et intrusifs, susceptibles de provoquer des douleurs. *“S’investir pour aider vraiment reflète comment les infirmières en oncologie se sont investies pour établir une bonne relation avec les patients et leur famille et comment elles ont investi dans le développement de leurs connaissances et de leurs compétences jusqu’à façonner leur identité d’infirmières en oncologie” (Lindsey et al 2017 p.16).* Cet extrait résume très bien les différentes facettes auxquelles doivent s'accommoder les infirmières en oncologie. Leur rôle est certes de prodiguer des soins mais il est également d'accompagner, soutenir et rassurer les patients. Il peut alors devenir difficile aux soignants d'arriver à mettre la distance nécessaire ou arriver à déconnecter au bon moment. C'est lorsque cette limite disparaît et n'arrive plus à se créer que la fatigue compassionnelle peut s'installer.

D'après l'article ***Compassion Fatigue in Cancer Nursing : Limiting the Emotional Cost of Caring***, publié par un journal asiatique, on identifie que les professionnels les plus à risques sont les jeunes diplômés. Ce phénomène s'explique par un potentiel manque de maturité face à des situations de ce type pouvant être diverses et complexes. Cette maturité s'acquiert avec de l'expérience et l'aspect débutant des jeunes diplômés fait d'eux des personnes plus vulnérables face à ce risque de fatigue compassionnelle.

Afin de pallier à cette fatigue compassionnelle et aux douleurs induites, certaines personnes utilisent des thérapies complémentaires comme nous avons notamment pu voir ci-dessus, notamment l'hypnose. Comme le souligne Milton Erickson (1979) *“L'esprit inconscient est plus vif, plus sage et plus rapide. Il comprend mieux”*. Cette citation souligne la perception d'Erickson selon laquelle l'inconscient possède une intelligence supérieure qui peut influencer notre expérience consciente. Et si l'hypnose en faisant travailler notre inconscient offrait une nouvelle approche pouvant transformer l'expérience de soin ?

À ce jour, l'intérêt pour l'utilisation de l'hypnose, notamment dans le domaine des soins, ne cesse de croître. Cette pratique pourrait offrir de nouvelles perspectives et solutions pour les

générations à venir, en permettant de mieux gérer la douleur, de réduire l'anxiété et d'améliorer le bien-être global des patients.

A titre personnel, j'aspire à exercer et à intégrer l'hypnose comme un outil essentiel dans ma pratique professionnelle. Lors de mes différents stages, j'ai observé que certains patients, en particulier ceux souffrant de douleurs chroniques ou de troubles anxieux, tirent un réel bénéfice des qualités apaisantes de l'hypnose. Pour ce genre de profils, son utilisation pendant les soins serait un véritable atout, non seulement pour atténuer la douleur, mais aussi pour instaurer une relation de confiance plus profonde entre le patient et le soignant. De plus, dans le cadre des soins en oncologie, cette technique permet de créer un cadre de confiance pouvant encourager une relation empathique. L'hypnose peut permettre de rassurer autant le patient que le soignant. Cette relation empathique est donc d'une grande importance pour mener à bien les soins dans les meilleures conditions possibles. L'utilisation de l'hypnose me paraît donc être un atout majeur pour certaines prises en charge.

L'hypnose, en offrant une approche douce et respectueuse, permet d'impliquer activement le patient dans son processus de soin, tout en réduisant la dépendance à des traitements médicamenteux lourds. Cette approche complémentaire, à la fois thérapeutique et préventive, serait pour moi un moyen de répondre plus efficacement aux besoins spécifiques de chaque patient tout en développant une pratique plus humaine et personnalisée.

1.3 Réflexion personnelle :

La genèse de mes travaux de recherche consistait à mieux comprendre l'intérêt de l'hypnose pour soulager et améliorer le vécu de la douleur dans les soins invasifs. Cependant, durant ce travail, j'ai pris conscience que l'hypnose ne bénéficiait pas uniquement aux patients, mais pouvait également avoir un impact significatif sur les soignants eux-mêmes.

Au cours de mes premières analyses, j'ai retenu de l'article **Hypnosis and the alleviation of clinical pain : A comprehensive meta-analysis** qu'effectivement l'hypnose avait un fort potentiel et que ses effets positifs n'étaient pas encore tous explorés. Le fait qu'il y ait un réel effet sur les patients m'a amené à me poser des questions sur le ressenti des soignants. En approfondissant mes lectures et en échangeant avec des professionnels formés à l'hypnose, j'ai découvert le rôle qu'elle pouvait avoir dans la réduction de la fatigue compassionnelle, une problématique essentielle dans les métiers du soin. Cette prise de conscience a alors nourri mon intérêt pour une approche plus globale, intégrant non seulement la gestion de la douleur induite chez les patients, mais aussi le bien-être des soignants.

C'est à l'appui de ces lectures que ma réflexion a progressé et s'est orientée vers la formulation d'une nouvelle problématique :

Dans quelle mesure l'utilisation de l'hypnose par les soignants peut-elle réduire la fatigue compassionnelle et améliorer la prise en charge de la douleur induite ?

En approfondissant mes recherches, j'ai rapidement constaté que l'impact de l'hypnose sur la fatigue compassionnelle restait un sujet encore peu exploré dans la littérature scientifique.

Cette limite m'a amenée à centrer mon étude dans l'objectif de mieux comprendre les risques de la fatigue compassionnelle, en particulier dans le contexte des soins en oncologie.

Apparaissant comme représentant un risque majeur pour les soignants, l'objectif a donc été d'analyser les mécanismes de cette fatigue, ses conséquences sur la prise en charge des patients et les stratégies actuellement mises en place pour y faire face.

Nous noterons que l'hypnose demeure néanmoins une piste de réflexion intéressante : bien qu'il existe encore peu d'études sur son rôle spécifique dans la réduction de la fatigue compassionnelle, certaines recherches suggèrent son efficacité dans la gestion du stress et des émotions chez les soignants.

A la suite de cette réflexion et en m'appuyant sur tous ces éléments, j'ai fait le choix de me poser une question plus large me permettant ainsi de couvrir plus d'idées :

Quelles stratégies peuvent contribuer à réduire la fatigue compassionnelle et améliorer la prise en charge de la douleur chez les soignants en oncologie ?

Méthode de recherche documentaire

Cheminement vers l'équation de recherche et choix de l'article :

2.1 Dispositif méthodologique

2.1.1 Utilisation de PICO

a) Mots clés :

Dans un premier temps grâce à l'utilisation du système PICO (population, intervention, comparaison and outcome), j'ai pu mettre en évidence ma population cible, l'intervention en lien avec celle-ci à quoi elle allait être comparé et pour finir quels résultats je souhaitais obtenir.

La population ciblée ici est constituée des soignants en oncologie, notamment les infirmiers. Ce choix se justifie par le fait que cette population est particulièrement exposée à la fatigue compassionnelle. En effet, les soignants en oncologie sont en contact régulier avec des patients souffrant de douleurs chroniques, recevant des soins invasifs et traversant des épreuves psychologiques intenses. Cette exposition prolongée à la souffrance et aux situations de fin de vie augmente significativement leur risque de développer une fatigue compassionnelle. Intégrer les termes "soins infirmiers", "infirmier", et "infirmière" dans mon équation de recherche permet de cibler précisément cette population vulnérable.

L'intervention que j'ai choisi d'étudier inclut des stratégies éprouvées pour la gestion de la fatigue compassionnelle. Ces interventions comprennent la pleine conscience, les autosoins, et la résilience. Ces techniques sont reconnues pour leur efficacité dans l'amélioration du bien-être émotionnel et la prévention de l'épuisement professionnel. Elles offrent aux soignants des outils concrets pour gérer leur stress et maintenir une stabilité émotionnelle face aux défis du métier.

Afin d'évaluer et d'obtenir des résultats concrets, la comparaison à cette intervention serait donc de comparer à d'autres stratégies reconnues ou à l'absence d'intervention. Les termes comme "absence d'intervention" permettent d'identifier des études comparatives qui mettent en lumière les effets spécifiques des stratégies mentionnées.

Les résultats que je souhaite évaluer sont la réduction de la fatigue compassionnelle chez les soignants et l'amélioration de la prise en charge de la douleur induite chez les patients. Ces effets sont directement liés aux objectifs de cet écrit. Pour cela, les termes "fatigue compassionnelle", "gestion de la douleur", "réduction du stress" et "bien-être émotionnel" sont essentiels dans mon équation de recherche. On peut également retrouver des résultats sur le stress post traumatique et le burn-out jouant eux aussi une partie clé de la vie quotidienne des soignants. Ces mots-clés permettront de repérer les études qui analysent les bénéfices concrets des interventions sur la qualité de vie et le bien-être des soignants, mais aussi sur l'efficacité de la prise en charge des patients.

b) Qu'entend-on par :

- **Fatigue compassionnelle** : État psychologique/physique néfaste en lien avec prolongation à l'exposition de la souffrance d'autrui plus particulièrement dans les soins.

- **Stress post-traumatique** : Trouble psychique suite à un événement choquant qui peut causer de l'anxiété et des flashbacks.
- **Soins infirmiers** : Aide et soins donnés par les infirmiers aux patients pour leur santé.
- **Infirmière/infirmier** : Professionnel de santé qui soigne les patients.
- **Oncologie** : Spécialité médicale qui traite le cancer.
- **Prise en charge du cancer** : Soins et traitements pour lutter contre le cancer.
- **Stratégies** : Plans ou méthodes pour atteindre un objectif.
- **Hypnose** : Une concentration profonde, dissociation de l'esprit et du corps.
- **Résilience** : Capacité à surmonter les difficultés puis se remettre après un traumatisme.
- **Pleine conscience** : Être pleinement présent dans l'instant.
- **Gestion de la douleur** : Techniques pour réduire ou soulager la douleur.
- **Bien-être émotionnel** : Sentiment de bien-être mental et émotionnel.
- **Satisfaction compassionnelle** : Joie ressentie en aidant les autres avec compassion.
- **Réduction du stress** : Techniques pour diminuer le stress, comme la relaxation.

2.1.2 Le choix de l'équation de recherche

a) **En anglais :**

("compassion fatigue" OR "secondary traumatic stress" OR "burnout")
 AND ("nursing" OR "nurse")
 AND ("oncology" OR "cancer care")
 AND ("intervention" OR "strategy" OR "hypnosis" OR "mindfulness" OR "resilience"
 OR "self-care")
 AND ("pain management" OR "emotional well-being" OR "compassion satisfaction" OR
 "stress reduction")

b) **En français :**

("fatigue compassionnelle" OR "stress traumatique secondaire" OR "burnout")
 AND ("soins infirmiers" OR "infirmier" OR "infirmière")
 AND ("oncologie" OR "prise en charge du cancer")
 AND ("intervention" OR "stratégie" OR "hypnose" OR "pleine conscience" OR
 "résilience" OR "autosoins")
 AND ("gestion de la douleur" OR "bien-être émotionnel" OR "satisfaction
 compassionnelle" OR "réduction du stress")

Afin de construire l'équation de recherche j'ai utilisé ce qu'on appelle des opérateurs booléens. Les opérateurs booléens jouent un rôle essentiel dans l'optimisation des recherches d'informations en ligne ou dans les bases de données scientifiques. Dans l'équation de recherche fournie, on retrouve les opérateurs « **OR** » et « **AND** », qui permettent d'affiner les résultats.

L'opérateur « **OR** » est utilisé pour inclure plusieurs synonymes ou termes équivalents, ce qui élargit la recherche et permet d'obtenir des résultats plus complets. Par exemple, la recherche ("fatigue compassionnelle" **OR** "stress traumatique secondaire" **OR** "burnout") garantit que les documents trouvés contiennent au moins un de ces termes. À l'inverse, l'opérateur « **AND** » est employé pour croiser différentes notions et restreindre les résultats aux documents qui contiennent obligatoirement tous les concepts reliés. Ainsi, en associant ("fatigue compassionnelle" **OR** "stress traumatique secondaire" **OR** "burnout") avec **AND** ("soins infirmiers" **OR** "infirmier" **OR** "infirmière"), on s'assure que les documents parlent à la fois de fatigue compassionnelle et du domaine infirmier. Cette approche permet d'affiner la recherche, d'éliminer les résultats non pertinents et de gagner du temps en ciblant uniquement les informations utiles. Enfin, l'utilisation de guillemets pour les expressions exactes renforce la précision en évitant les résultats qui contiendraient seulement des mots isolés.

De plus à la suite de la mise en forme de mon équation, j'ai pu utiliser le logiciel HETOP (*Health Terminology/Ontology Portal*) me permettant ainsi de traduire mes mots clés en anglais. Cette traduction est importante et permet d'élargir mes recherches afin d'utiliser l'anglais comme langue universelle. HETOP est un outil précieux pour la traduction et la normalisation des termes médicaux, notamment dans le cadre d'une recherche bibliographique pour un sujet comme celui-ci. Il permet d'accéder à des terminologies médicales en plusieurs langues, ce qui est essentiel pour interroger des bases de données internationales. Par exemple, des termes comme "fatigue compassionnelle" peuvent être traduits en "*compassion fatigue*", ou "gestion de la douleur" en "*pain management*", facilitant ainsi la recherche d'articles anglophones. En plus de la traduction, Hetop permet d'aligner les termes avec des classifications médicales reconnues, telles que MeSH (*Medical Subject Headings*), ce qui améliore la précision des requêtes. Une fois les termes traduits et standardisés, ils peuvent être intégrés dans l'équation de recherche avec des opérateurs booléens pour optimiser les résultats. Par exemple, une demande initialement en français peut être adaptée en anglais pour inclure des termes comme ("compassion fatigue" **OR** "secondary traumatic stress" **OR** "burnout") **AND** ("nursing care" **OR** "nurse" **OR** "registered nurse"), ce qui permet d'élargir la portée des résultats.

2.1.3 Argumentation du choix d'article :

Afin de trouver l'article correspondant à ma problématique je me suis basée sur les mots clés. Grâce à ces derniers j'ai pu mettre en place de mon équation de recherche, dont je me suis servi lors des phases de recherche dans les bases de données scientifiques. En premier lieu, j'ai utilisé PubMed. C'est la base que j'ai le plus utilisé car il s'agit de celle que je maîtrise le plus dû à de précédentes utilisations pour des travaux antérieurs. PubMed est une base de données très utilisée pour la recherche d'articles scientifiques, plus précisément d'AS (*Articles Scientifiques*) écrits en anglais, considéré comme la langue universelle pour ce genre de travaux. Il est important de souligner que la plupart des articles écrits en français sont souvent traduits en anglais afin de servir à une population plus large. Je me suis aussi aidée de la base de données *Cairn.info* qui regroupe des articles scientifiques mais également des

revues littéraires et des articles de journaux. *Cairn.info* cible plutôt un public paramédical comme les psychologues et les infirmiers par exemple.

Le choix des articles scientifiques constitue une étape cruciale, permettant d'assurer de la rigueur et de la pertinence dans la recherche. Pour répondre efficacement à l'équation de recherche, j'ai effectué une sélection minutieuse des sources tout en m'appuyant sur des critères d'inclusion et d'exclusion bien définis.

Les critères d'inclusion permettent d'identifier les études semblant plus pertinentes que d'autres tout en explorant les thématiques abordées.

Dans un premier temps, la sélection de mes articles se fera grâce à la présence ou non de relectures par les pairs. Si l'article a été relu par des confrères, cela garantit une certaine qualité dans les recherches. L'évaluation et validation par des experts du domaine avant publication permet également d'accorder un temps de répit aux auteurs pouvant servir à la relecture. Ceci permet alors de renforcer la fiabilité des résultats et la pertinence des méthodologies employées.

Un autre critère de qualité repose sur le facteur d'impact (*Impact Factor*) des revues scientifiques sélectionnées. Cet indicateur bibliométrique est calculé à partir du nombre moyen de citations des articles publiés dans une revue donnée. Il permet d'évaluer son influence dans le domaine scientifique. Le choix d'articles issus de ces revues apporte également une plus grande fiabilité des données et une pertinence accrue des résultats. Plus ce facteur d'impact est élevé, plus le journal est cité et donc plus fiable.

La période ou l'année de publication de l'AS est également un critère fondamental : les articles que j'avais sélectionnés devaient être publiés au cours des 10 dernières années. Cette tranche d'années permet de refléter l'évolution récente des pratiques infirmières et des approches de gestion de la fatigue compassionnelle. Une attention particulière a été portée aux articles proposant une analyse basée sur des enquêtes, des essais cliniques ou des observations de terrain.

Un autre critère d'inclusion concerne la population étudiée. Seules les études impliquant des infirmiers en oncologie ont été considérées, car l'objectif est d'évaluer les stratégies adaptées à cette profession spécifique. Les interventions abordées devaient inclure des approches comme l'hypnose, la pleine conscience, la résilience, les stratégies de gestion du stress et de la douleur, et potentiellement d'autres techniques pouvant favoriser le bien-être émotionnel et la diminution de la fatigue compassionnelle chez les soignants en oncologie.

Un des aspects très important lors du choix des articles est la langue dans laquelle il est écrit ou éventuellement traduit. Les recherches peuvent être menées aussi bien en français qu'en anglais, car ces deux langues sont les plus couramment utilisées dans la littérature scientifique en soins infirmiers et en oncologie. L'important est de pouvoir trouver une traduction en cas de besoin. L'inclusion d'articles en anglais est particulièrement bénéfique, car elle permet d'accéder à un plus grand nombre d'études internationales, notamment celles publiées dans des revues à fort facteur d'impact.

À l'inverse, les critères d'exclusion permettent d'écarter les études non pertinentes ou de qualité insuffisante. En premier lieu, les articles qui portaient sur des populations autres que les infirmiers en oncologie étaient systématiquement exclus. Ainsi, les recherches traitant du burnout ou de la fatigue compassionnelle chez d'autres professionnels de santé (médecins,

psychologues, aides-soignants) n'étaient pas retenues, à moins qu'elles contiennent une analyse spécifique des infirmiers en oncologie.

Les articles publiés il y a plus de 10 ans n'étaient eux aussi pas sélectionnés afin d'éviter des données obsolètes ne reflétant pas les réalités actuelles du milieu hospitalier, les évolutions scientifiques et les connaissances sur ce sujet. Les avancées en matière de prise en charge du stress et de la fatigue compassionnelle ont grandement évolué, il était donc essentiel de se concentrer sur des résultats récents et applicables aux pratiques actuelles.

Les études qui ne présentaient pas de méthodologie IMRaD (*Introduction, Méthodes, Résultats et Discussion*) étaient également rejetées. De même, les recherches qui ne proposaient aucune intervention spécifique pour la gestion du stress ou de la fatigue compassionnelle n'étaient pas considérées, car elles ne contribuaient pas directement à l'objectif de cette recherche scientifique.

En appliquant des critères d'inclusion et d'exclusion de manière rigoureuse, il a été ainsi possible de garantir une sélection pertinente d'articles permettant alors de répondre efficacement à cette problématique de recherche. La relecture minutieuse des articles a permis de s'assurer que les études retenues correspondaient pleinement aux objectifs de la recherche et offraient des résultats pertinents et exploitables. L'application de ces différents critères nous a ainsi permis de réaliser une étude approfondie, fondée sur des sources fiables et actualisée, pour mieux comprendre et améliorer la gestion de la fatigue compassionnelle chez les infirmiers en oncologie.

Lors des recherches, un grand nombre de résultats portant sur la fatigue compassionnelle chez les infirmiers sont ressortis, permettant de témoigner de l'intérêt croissant porté sur cette problématique dans le domaine de la santé. Cependant, en analysant ces articles, nous avons constaté que la majorité d'entre eux se concentraient essentiellement sur la définition du phénomène, ses causes et ses impacts sur les soignants, sans proposer de solutions concrètes pour y remédier. Bien que ces études soient précieuses pour comprendre les mécanismes sous-jacents de la fatigue compassionnelle, elles ne répondaient pas pleinement aux objectifs de cette recherche. Face à ce constat, mon choix s'est orienté vers l'article "*An integrative review of strategies to prevent and treat compassion fatigue in oncology nurses*", qui, au-delà d'un état des lieux du problème, proposait des pistes d'intervention face à la FC (*Fatigue Compassionnelle*). Ce choix d'articles a permis d'ouvrir des perspectives intéressantes pour de futures recherches. Ce dernier identifié des interventions prometteuses mais encore peu explorées, soulevant alors la question de leur mise en œuvre à plus grande échelle et de leur adaptation aux contextes hospitaliers actuels. Cette réflexion pourrait conduire à des études complémentaires visant à évaluer l'impact réel de ces stratégies sur la réduction de la fatigue compassionnelle et ainsi proposer de nouvelles approches ciblées et personnalisées.

Résultat de la recherche documentaire

Présentation de la sélection d'articles

2.2 La fatigue compassionnelle en oncologie

2.2.1 Le prix du prendre soins

Au cours des recherches, j'ai exploré et analysé plusieurs articles. Parmi eux, j'en ai sélectionné trois que j'ai approfondi, permettant de faire un choix éclairé pour répondre à la thématique. Cependant, deux de ces articles ne répondaient pas pleinement à ma problématique, en raison de leur angle d'approche et du manque de preuves scientifiques fiables dans leur contenu.

a) *"Compassion Fatigue in Cancer Nursing: Limiting the Emotional Cost of Caring"*

(Adaobi Lilian Obiekwu, 2020)

L'un des articles que j'ai pris en considération durant mes recherches portait sur la fatigue compassionnelle et plus précisément dans les soins en oncologie en Asie. Cependant, après son analyse, il s'est démontré qu'il ne répondait pas pleinement à ma problématique. Son sujet était pertinent, mais plusieurs éléments ont conduit à son exclusion dans l'analyse d'article. Cet article présentait plusieurs limites qui compromettaient son lien et sa pertinence avec la thématique.

Tout d'abord, il ne proposait pas d'approche explicite sur les solutions contre la fatigue compassionnelle. Il se concentrait davantage sur une description du phénomène de la FC plutôt que sur les stratégies concrètes de sa prise en charge.

Ensuite, le contexte géographique de l'étude (Asie), a limité la transposabilité des résultats aux systèmes de santé français ou européen sur lesquels je souhaitais concentrer mon étude.

L'absence d'une présentation et méthodologie IMRAD claire réduisait la crédibilité de l'analyse et empêchait une évaluation rigoureuse de son apport scientifique.

Par ailleurs, le manque de références à des études validées ou à des recommandations basées sur des preuves compromettait la fiabilité du contenu.

Enfin, l'article n'était pas publié dans une revue scientifique reconnue, ce qui accentuait les potentiels doutes sur sa qualité ainsi que sa pertinence pour ce travail de recherche.

b) *"Confronting compassion fatigue"* (Lisa.M.Zajac 2015)

Cet article a été fait à partir d'un questionnaire ProQOL (*Professional Quality of Life*) permettant d'évaluer le degré de satisfaction des soignants, leur degré de stress ou de "burn-out". Cette étude a été réalisée dans trois domaines : en oncologie, aux urgences et en chirurgie. Cette étude démontrait que les soignants présentaient des symptômes de fatigue compassionnelle, en particulier en oncologie.

Cependant cet article reprenait seulement les symptômes ainsi que leur prévalence dans les services. Il proposait des solutions intéressantes pour la prise en charge de la FC mais en se basant seulement sur des approches organisationnelles.

Malgré ses pistes de réflexions intéressantes, cet article présentait, tout comme son prédécesseur, des limites remettant en cause sa fiabilité et sa pertinence vis-à-vis de ma problématique de recherche.

Il ne proposait pas de solutions concrètes pour pallier la fatigue compassionnelle. Il ne se basait pas seulement sur des données en oncologie mais sur plusieurs services, ce qui diminuait sa pertinence envers le choix de la thématique sur l'oncologie.

Il était également noté dans les limitations, que le choix du moment pour distribuer l'enquête n'était pas adapté ce qui biaisait la fiabilité des résultats. Le jour de la distribution, les services étaient très occupés avec un brassage important de patients. Malgré des résultats concrets et très bien présentés, ceci ne correspondait pas à mes attentes sur les solutions.

De plus, l'année peu récente de publication (2016), a laissé le temps à certaines choses de se modifier. Par exemple, les prises en charge, la charge de travail et le stress des soignants sont des points ayant beaucoup évolué depuis l'épidémie de COVID19.

Contrairement aux systèmes de santé français, les Etats-Unis ont un système privé. Cela modifie les idées des soignants et des patients et par conséquent les résultats de l'étude qui ne peuvent pas être transposée en France. Contrairement aux USA, le Canada présente des similitudes avec le système francophone notamment liées à l'influence du Québec sur leur système de santé. Il serait alors éventuellement possible de transposer des résultats si toutefois notre article avait été Canadien.

Lecture critique approfondie de l'article sélectionné

3.1 Entrée en matière :

3.1.1 Résumé de l'article

L'article « *Revue intégrative des stratégies de prévention et de traitement de la fatigue compassionnelle chez les infirmières en oncologie* » (Jodi Collier, 2024), traite un sujet crucial dans le domaine des soins infirmiers, notamment dans le cadre des soins en oncologie : la fatigue compassionnelle (FC). Cette pathologie du professionnel de santé peut être associée au stress traumatique secondaire et au burnout, ces derniers sont particulièrement présents chez les soignants confrontés à la souffrance des patients atteints de cancer. Cependant, il est important de différencier le burnout et la fatigue compassionnelle. Le burn-out peut être retrouvé dans les postes même hors du domaine des soins. A l'inverse, la fatigue compassionnelle se résume uniquement aux emplois ayant pour but de prendre soin d'autrui. Les auteurs mettent en évidence l'importance d'une prise de conscience et de la mise en place de stratégies efficaces permettant de prévenir et traiter cette fatigue. En effet, il est démontré que la fatigue compassionnelle peut avoir un impact sur la prise en charge des patients ainsi que sur la santé physique et mentale des soignants.

Le choix de ce thème est pertinent notamment dans le contexte actuel où les infirmiers sont soumis à une pression constante. Pression notamment renforcée par la pandémie du COVID-19 et ses conséquences. En ciblant les infirmiers en oncologie, cet article se concentre sur une population particulièrement vulnérable, ce qui justifie alors l'urgence et le besoin d'effectuer de telles recherches.

3.1.2 Introduction de l'article

Cet article met en évidence l'importance de la prise en charge de la FC, il rappelle que celle-ci touche les infirmières en oncologie en raison de leur exposition prolongée à la souffrance des patients. On visualise bien que malgré une sensibilisation accrue des professionnels de santé, on estime avoir le besoin de trouver des solutions servant à pallier cette FC. Les auteurs mettent en avant une hypothèse selon laquelle la FC serait due à un stress émotionnel prolongé et pourrait être réduite par des interventions adaptées. Cet article va donc permettre d'identifier les solutions déjà mises en place.

Ce document correspond à une revue intégrative, selon la méthodologie de « Whittemore et Knafl » (2005). Ce type de technique permet de regrouper à la fois des recherches expérimentales et non expérimentales permettant d'obtenir un aperçu complet des stratégies actuelles pour prévenir et traiter la FC chez les infirmiers en oncologie. De plus, cette technique permet d'obtenir des sources qualitatives et descriptives.

Cet article comprend donc des études expérimentales et non expérimentales, tout en s'appuyant sur des données collectées entre 2013 et 2023 pour identifier les stratégies efficaces contre la fatigue de compassion. Ce laps de temps offre une durée idéale, permettant d'examiner en profondeur les stratégies existantes tout en tenant compte de leurs évolutions.

La méthodologie de recherche permet des résultats fiables et pertinents, grâce à l'utilisation de plusieurs bases de données : CINAHL, Google Scholar, PubMed, Web of Science. Une revue intégrative se situe à un niveau intermédiaire dans la pyramide des preuves. Elle est utile pour générer des hypothèses ou orienter les recherches futures, mais elle ne remplace pas les essais cliniques randomisés ou les méta-analyses en termes de robustesse scientifique.

La facteur d'impact du « *Canadian Oncology Nursing Journal* (Revue Canadienne De Nursing Oncologique) » se situe à 0.516. Ce résultat est plutôt élevé pour une revue scientifique infirmière.

3.1.3 Méthodologie :

Cette technique de recherche intégrative est un choix pertinent pour répondre à la question de recherche. Elle permet d'explorer un large éventail d'interventions (pleine conscience, autosoins, résilience) et d'en évaluer l'efficacité dans le contexte spécifique des infirmières en oncologie. Ce type de design est particulièrement adapté pour synthétiser des connaissances existantes sur un sujet complexe tel que la FC. Ce design cependant ne permet pas de donner un résultat acté mais permet d'engager l'ouverture sur le sujet et de continuer les recherches. A partir de ses recherches et afin d'obtenir des résultats répondant à la question de départ les auteurs ont utilisé un processus de sélection suivant un organigramme PRISMA (cf. annexe 1). Dans cette présentation nous retrouvons 864 articles trouvés au total, et parmi eux 472 ont été retenus à la suite de l'analyse des titres et résumés. Par la suite 41 articles ont été lu dans leur intégralité. Suite à cette lecture une sélection de 18 articles pour la revue finale a été sélectionnés. Sur les articles sélectionnés on retrouve des essais cliniques randomisés, des études quasi expérimentales, des études pilotes exploratoires ainsi que des études non randomisées pré et post interventionnelles.

Autrement l'article ne mentionne pas spécifiquement de considération éthique, mais les études incluses respectent les principes éthiques standards en particulier le consentement des participants ainsi que l'approbation des comités d'éthique.

Cependant cette méthodologie présente des limites. Les études incluses présentent des devis variés (pré-test/post-test, méthodes mixtes, un essai clinique randomisé), ce qui complique leur comparaison directe. La majorité des études sont issues des États-Unis (12 sur 18), ce qui limite la généralisation des résultats à d'autres contextes culturels ou systèmes de santé. Il manque également pour une grande partie des études des groupes témoins ce qui réduit la capacité à établir un lien causal entre les interventions et leurs effets. Lors de la sélection d'article le processus PRISMA, le tri initial a été réalisé par une seule personne, ce qui augmente le risque de biais subjectif dans la sélection des articles. De plus, les critères d'inclusion/exclusion sont clairement définis, mais l'absence d'une double vérification ou d'une analyse inter-évaluateurs constitue une faiblesse méthodologique.

A) Critique de la population :

La population cible est constituée d'infirmières en oncologie, un groupe particulièrement exposé à la FC en raison de leur proximité avec les patients atteints de cancer. Les études incluses dans la revue intégrative regroupent un total de 1 253 infirmières, travaillant dans

divers contextes (milieux ambulatoires, hospitaliers, pédiatrie, unités de greffe de cellules souches) et notamment en oncologie.

B) Critères d'inclusion/Critères d'exclusion :

Les articles retenus devaient inclure des infirmières travaillant spécifiquement en oncologie. Les études devaient mettre en évidence une intervention ciblant la FC. De plus les publications devaient être revues et relues par les pairs, publiées entre 2013 et 2023, et leurs disponibilités en anglais été primordiales. Cependant toute étude de rapportant pas d'intervention spécifiques ou qui incluent moins de la moitié des participants issus du domaines infirmiers en oncologie n'étaient pas sélectionnés. Pour les personnes exclus l'article ne fournit pas d'informations sur la gestion des participants exclus ou perdus de vue dans les études incluses. Cela constitue une faiblesse méthodologique importante, car ces données sont essentielles pour évaluer le risque de biais.

C) Technique de randomisation :

Parmi les 18 études incluses, seule une étude a utilisé un essai clinique randomisé. Cependant, les détails sur le processus de randomisation (méthode utilisée, allocation cachée, etc.) ne sont pas fournis dans l'article. Ensuite, la majorité des études incluses n'ont pas utilisé de groupes témoins ou n'ont pas procédé à une randomisation, ce qui limite leur capacité à établir des relations solides entre les interventions et leurs effets.

L'évaluation critique de la revue intégrative révèle des faiblesses méthodologiques significatives qui mettent en question la validité et la portée des conclusions. D'abord, un biais de sélection est introduit dès le début du processus de sélection des études, car une seule personne a examiné les titres et les résumés, augmentant le risque de subjectivité dans le choix des articles. De plus, la sélection des participants repose sur des études préexistantes utilisant des échantillons non aléatoires ou recrutés par commodité, ce qui limite la représentativité des résultats pour l'ensemble des infirmières en oncologie. La forte proportion d'études menées aux États-Unis (12 sur 18) introduit un biais culturel et organisationnel, limitant la généralisation à d'autres systèmes de santé. Ensuite, le manque de comparabilité des groupes est un problème, car seule une étude sur les 18 incluses était un essai clinique randomisé.

Enfin, le manque de diversité géographique, avec peu d'études provenant d'autres pays (Canada, Turquie, Portugal, Royaume-Uni), et l'absence de détails sociodémographiques (âge, sexe) sur les participantes empêchent une évaluation approfondie de la représentativité de l'échantillon. Ces limitations méthodologiques suggèrent que les conclusions de la revue doivent être interprétées avec prudence.

Bien que cette revue intégrative soit louable pour sa pertinence à aborder un sujet crucial comme la FC chez les infirmières en oncologie, elle souffre de limites méthodologiques clés qui appellent à une interprétation prudente des résultats. Le manque de transparence dans la sélection des études et la gestion des données, combiné à l'absence fréquente de randomisation et à la faible comparabilité des groupes, soulèvent des préoccupations quant aux biais.

3.1.4 Critique du recueil des données

L'analyse du recueil de données dans les études examinées révèle plusieurs points importants concernant la définition des interventions, les critères de jugement et les biais potentiels. Les interventions se concentrent principalement sur trois catégories : la pleine conscience, les autosoins et la résilience. La pleine conscience se traduit par des séances de méditation et de relaxation visant à améliorer la conscience du moment présent et à réduire le stress, avec des durées variables allant de quatre à huit semaines. Les autosoins englobent des stratégies axées sur le bien-être physique, émotionnel et spirituel, incluant l'alimentation, l'exercice, le sommeil et le développement personnel. La résilience, quant à elle, est abordée par des programmes visant à renforcer la capacité d'adaptation et la gestion du stress. Il est à noter que seule une des études utilisait un groupe témoin, mais les détails concernant ce groupe sont limités. Les principaux critères de jugement sont axés sur la réduction de la FC, mesurée à l'aide d'échelles validées, tandis que les critères secondaires incluent la diminution du stress, de l'épuisement professionnel et l'amélioration de la satisfaction au travail. La FC est définie comme un état de stress résultant de l'exposition à la souffrance des patients, combinée à un épuisement émotionnel. Les données sont principalement recueillies à l'aide de questionnaires auto-administrés, avec un rythme variable et une durée généralement courte, ce qui limite l'évaluation des effets à long terme. Bien que l'utilisation d'échelles validées améliore la fiabilité, le manque de standardisation dans les méthodes de recueil complique la comparaison des résultats entre les études.

3.1.5 Critique des analyses statistiques

La revue intégrative a permis d'identifier 18 articles pertinents pour l'étude des stratégies de prévention et de traitement de la FC chez les infirmières en oncologie. La majorité de ces études (12 sur 18) ont été menées aux États-Unis, tandis que le Canada, la Turquie, le Portugal et le Royaume-Uni ont contribué dans une moindre mesure. Les devis de recherche les plus fréquemment utilisés étaient de type pré-test/post-test, bien que deux études aient adopté des méthodes mixtes et une seule ait employé un essai clinique randomisé. Les échantillons varient considérablement en taille, allant de 13 à 189 sujets, avec une moyenne de 65,9 participants, pour un total de 1253 infirmières en oncologie. Ces infirmières travaillaient dans divers milieux de soins, notamment en milieux ambulatoires et hospitaliers, en pédiatrie et en unité de greffe de cellules souches. Leur expérience professionnelle était également variable, allant de moins de 5 ans à une moyenne de 17,7 ans.

L'analyse approfondie de ces études a révélé trois principaux types d'interventions. Premièrement, les interventions axées sur la pleine conscience, présentes dans quatre publications, utilisaient des techniques de méditation pour aider les infirmières à se concentrer sur le moment présent et à réduire le stress. Ces interventions durent généralement de quatre à huit semaines, avec des séances hebdomadaires de deux à trois heures. Deuxièmement, les interventions axées sur les autosoins, explorées dans cinq publications, mettaient l'accent sur le bien-être général, en encourageant l'adoption de stratégies axées sur la santé et le bien-être, comprenant l'alimentation, l'exercice, le sommeil et des stratégies d'adaptation. Enfin, les interventions axées sur la résilience, traitées dans neuf publications, visaient à renforcer la capacité d'adaptation des infirmières face aux défis professionnels, en proposant des formations, des ateliers de développement des compétences et des groupes de soutien.

3.1.6 Critique des résultats

L'analyse de cette revue intégrative met en lumière plusieurs aspects clés de la sélection des études et de la présentation des résultats. Le processus de sélection des études est clairement documenté grâce à un diagramme de flux PRISMA (Annexe A), qui détaille le nombre d'articles identifiés initialement (864), les exclusions à chaque étape (examen des titres et résumés, application des critères d'inclusion/exclusion, lecture intégrale) et le nombre final d'articles retenus (18). Cependant, bien que l'article ne présente pas de tableau détaillé des caractéristiques de la population, l'Annexe B de l'article fournit un tableau récapitulatif des études incluses, qui comprend des informations sur la taille de l'échantillon, le pays, le devis de recherche, l'objectif de l'étude et les principaux constats. Les principaux résultats, tels que présentés dans le résumé, suggèrent que les stratégies d'autosoins, de pleine conscience et de renforcement de la résilience sont efficaces pour surmonter la FC chez les infirmières en oncologie, et que les interventions préventives semblent plus efficaces que les interventions curatives. De plus, certaines études incluses ont rapporté des améliorations au niveau du stress, de l'épuisement professionnel, de la satisfaction au travail, de la qualité de vie et de la résilience, suggérant des bénéfices secondaires potentiels. Néanmoins, l'absence de tableaux détaillés dans l'article rend difficile l'évaluation de l'ampleur des effets observés dans les études individuelles, et la revue, étant principalement axée sur des études quantitatives, ne permet pas d'évaluer l'apport d'études qualitatives.

3.1.7 Critique de la discussion

L'analyse de cette revue intégrative révèle plusieurs aspects essentiels concernant les forces et les limites des études incluses, ainsi que leur comparaison avec la littérature existante. L'article reconnaît que la revue intégrative permet de synthétiser les connaissances sur la FC chez les infirmières en oncologie, soulignant ainsi une force méthodologique importante. Cependant, il pointe également certaines limites, notamment l'hétérogénéité des études incluses, la prédominance d'études menées aux États-Unis et le manque d'essais cliniques randomisés, ce qui peut affecter la généralisation des résultats. En termes de validité externe, l'article compare les résultats avec la littérature existante, en soulignant que la fatigue de compassion est un problème bien reconnu dans le domaine des soins infirmiers en oncologie, et que les résultats sont cohérents avec d'autres études mettant en évidence l'efficacité des stratégies d'autosoins, de pleine conscience et de résilience. Toutefois, il est noté que l'article ne discute pas en détail les biais potentiels dans les études incluses, ce qui limite la portée de l'analyse. En ce qui concerne la significativité clinique des résultats, l'article souligne l'importance de promouvoir et de protéger le bien-être des infirmières en oncologie, et met en évidence le rôle des organisations, des administrations, des établissements d'enseignement et des équipes soignantes dans la prévention et le traitement de la FC. Cependant, il est également noté que l'article ne discute pas en profondeur les limites des études incluses, ce qui pourrait affecter la validité des conclusions. De plus, bien que l'article compare les résultats avec la littérature pertinente, il pourrait approfondir l'analyse en discutant les différences et les similitudes entre les études incluses et les études antérieures.

3.1.8 Critique de la conclusion

La conclusion présente une synthèse de l'étude et propose des pistes de recherche futures en soulignant l'importance d'approfondir les connaissances sur la fatigue de

compassion chez les infirmières en oncologie et en recommandant des recherches supplémentaires pour évaluer l'efficacité des interventions.

L'analyse de cette revue intégrative révèle des applications cliniques significatives pour aborder la FC chez les infirmières en oncologie. Premièrement, il est impératif d'accroître la sensibilisation des professionnels de la santé et des gestionnaires à la prévalence et à l'impact de la fatigue de compassion chez ce groupe à haut risque. Deuxièmement, les organisations de soins de santé peuvent mettre en œuvre des programmes de prévention axés sur les autosoins, la pleine conscience et le renforcement de la résilience, en s'inspirant des interventions décrites dans les études incluses. Troisièmement, il est essentiel de garantir que les infirmières en oncologie aient accès à un soutien psychologique adéquat pour faire face au stress et à la fatigue de compassion. Enfin, les établissements d'enseignement devraient intégrer des modules sur la fatigue de compassion dans les programmes de formation en soins infirmiers. En conclusion, cette revue intégrative fournit des informations précieuses sur la fatigue de compassion chez les infirmières en oncologie, ce qui peut conduire à des applications cliniques significatives pour améliorer leur bien-être et la qualité des soins aux patients. De plus, elle ouvre la voie à de futures recherches visant à explorer de nouvelles techniques pour pallier la fatigue de compassion, telles que l'intégration de l'hypnose dans les soins infirmiers, afin de mieux soutenir les infirmières en oncologie et d'optimiser leur pratique clinique.

Discussion

Un chemin vers la professionnalisation

4.1 *Expérience clinique et prise de conscience*

Mon stage en hématologie et l'expérience de pose d'une sonde nasogastrique chez une patiente atteinte de leucémie aiguë myéloblastique, a mis en évidence la complexité de la prise en charge de la douleur induite par les soins en oncologie. Malgré une relation de confiance établie, la procédure s'est avérée traumatisante aussi bien pour la patiente que pour moi. Se retrouver face à la souffrance de la patiente m'a fait culpabiliser.

Cette situation clinique a été un véritable déclic pour moi, me confrontant directement à la réalité du terrain et aux défis émotionnels que rencontrent les soignants tous les jours et accentués dans les services d'oncologie. J'ai pu constater à quel point la douleur induite par les soins, même si elle est souvent perçue comme mineure, peut avoir un impact significatif sur le vécu des patients puis sur leur adhésion aux traitements. J'ai également pris conscience de l'importance de la communication et de l'écoute active afin de comprendre les besoins et les préférences des patients. Ces compétences humaines et professionnelles permettent d'offrir une prise en charge adaptée. De plus, je me suis rendu compte que rapporter ses émotions au domicile n'était pas conseillé car cela pouvait entraîner un dépassement émotionnel.

4.2 *Fatigue compassionnelle et le retentissement émotionnel*

Parallèlement, grâce à cette situation j'ai pu développer une prise de conscience sur l'impact du retentissement émotionnel et physique auquel le soignant était soumis. Cette charge émotionnelle intense est présente dans l'accompagnement de patients éprouvés et en souffrance. J'ai pu ensuite découvrir la notion de fatigue compassionnelle, dont je n'avais pas encore conscience. « *Cette FC est un état d'épuisement émotionnel et physique qui peut affecter les soignants exposés à la souffrance des patients.* » (Adaobi Lilian Obiekwu, 2020) Ce sentiment de culpabilité que j'ai ressenti à la suite des soins de la patiente est un exemple concret de cette fatigue. Elle peut se manifester par un sentiment d'impuissance, de frustration, de tristesse ou de colère, et conduire à un épuisement professionnel puis à une diminution de la qualité des soins. Il paraît ainsi crucial de mieux cerner les enjeux de la fatigue compassionnelle pour que les soignants puissent mettre en place des stratégies de prévention et de soutien. Certaines de ces solutions ont été évoquées dans les articles précédents, telles que : la supervision, la formation à la gestion du stress et la promotion d'un équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle. Nous avons également pu voir que de nombreuses techniques sont en cours d'évolution et sont dans l'attente d'être testées par les services. Il est important de souligner que la fatigue compassionnelle est un domaine de recherche relativement récent, et que les études actuelles ne représentent qu'une première étape vers une compréhension plus approfondie de ce phénomène complexe. Cependant, le peu de recherches existantes met en évidence l'importance de sensibiliser les soignants et les professionnels de santé. Cette sensibilisation pourrait permettre de développer des interventions efficaces pour prévenir et gérer la fatigue compassionnelle. Il pourrait être intéressant de focaliser les futures recherches sur l'identification des facteurs de risque de la fatigue compassionnelle, puis sur l'évaluation de l'efficacité des différentes interventions.

4.3 Intérêt des approches complémentaires dans la gestion de la douleur en oncologie

La littérature met en évidence l'intérêt des approches multimodales pour la gestion de la douleur en cancérologie (Graz, 2011). Ces approches combinent des traitements pharmacologiques et non pharmacologiques, tels que l'acupuncture, la relaxation, la sophrologie et l'hypnose (INSERM, 2021).

4.4 L'hypnose : une technique complémentaire prometteuse

L'hypnose est une technique complémentaire prometteuse, de plus en plus utilisée pour gérer la douleur et l'anxiété dans divers contextes cliniques. Elle peut être utilisée en situation de stress ou de douleur. On reconnaît qu'il existe différentes approches, comme l'hypnose traditionnelle et l'hypnose ericksonienne. L'hypnose permet de modifier la perception de la douleur. Cette dernière agit sur les mécanismes cérébraux impliqués dans la transmission de la douleur et son traitement. Elle permet également de réduire l'anxiété et favoriser la relaxation pouvant alors contribuer à l'amélioration du confort des patients. Les bénéfices potentiels de l'hypnose vont bien au-delà de la simple gestion de la douleur et de l'anxiété. Des recherches futures pourraient explorer son utilisation comme : améliorer la qualité de vie des patients, réduire les effets secondaires des traitements, renforcer le système immunitaire et favoriser la guérison. Elles pourraient également se concentrer sur l'identification des techniques d'hypnose les plus efficaces pour chaque type de douleur, comme pour les soins invasifs en oncologie.

L'hypnose pourrait également être utilisée pour aider les patients : à faire face à la peur de la récurrence, à gérer les émotions difficiles mais aussi à trouver un sens à leur expérience de maladie. Un de mes amis atteint d'une sclérose en plaque depuis ses 20 ans m'a d'ailleurs témoigné qu'il utilisait l'hypnose post injection et cures permettant alors de se détacher de sa maladie et de souffrir moins lors des soins. Cela lui permet alors de se concentrer sur lui-même.

4.5 L'hypnose et le bien être des soignants

Dans ce contexte, il est essentiel de souligner l'apport potentiel de l'hypnose comme stratégie pour pallier la fatigue compassionnelle. Nous pouvons d'ailleurs citer les observations tirées de l'article sur les brûlés (van Tuijl et al., 2020). Ce dernier met en évidence la façon dont l'hypnose diminue la douleur et l'anxiété chez les patients, permettant de faciliter les soins tout en réduisant le stress des soignants. Plus précisément, lorsque l'hypnose est utilisée efficacement, elle permet aux patients de mieux gérer leur douleur. Ceci permet alors de réduire le besoin de recours à des interventions potentiellement plus invasives ou stressantes pour le soignant. Cette diminution du stress et de la charge émotionnelle peut directement contribuer à réduire les symptômes de la fatigue compassionnelle. De plus, l'apprentissage de techniques d'hypnose par les soignants eux-mêmes pourrait servir d'outil d'autogestion du stress. En pratiquant l'autohypnose, certains soignants pourraient éventuellement être amenés à gérer plus facilement leurs émotions, lors de situations difficiles. On pourrait envisager que certains arrivent même à se distancier émotionnellement des souffrances des patients. Ces actions pourraient permettre aux soignants de se protéger de l'épuisement professionnel. Cela pourrait également contribuer à l'amélioration de leur bien-être et leur résilience face aux défis émotionnels du travail en oncologie. Les techniques d'hypnose, telles que la relaxation, la suggestion, la distraction et la métaphore, mentionnées dans l'article sur les brûlés, pourraient être adaptées et utilisées par les soignants pour se

recentrer sur le moment présent et donc se détacher des pensées négatives. On pourrait favoriser un état d'esprit positif, une communication positive et une confiance accrue. Par ailleurs, comme je l'explique dans ce TRECS, j'ai eu l'opportunité d'observer l'intérêt de l'hypnose lors de différents soins et dans différents contextes : lors de la gestion de crises d'angoisses en psychiatrie, de la réfection de pansements douloureux chez les grands brûlés ou encore lors de la pose de sonde nasogastrique en hématologie. Ces différentes situations mettent en évidence que le patient souffre physiquement et/ou émotionnellement. On se rend ainsi compte que grâce à l'hypnose cette douleur arrive à être réduite. Cela m'amène à penser que si le patient est moins douloureux, le soignant lui sera moins impacté par la douleur d'autrui et donc inconsciemment il pourrait éviter le déclenchement de fatigue compassionnelle.

L'observation de la pose de sonde nasogastrique avec l'aide d'une infirmière spécialisée en hypnose est un point clé. Cette situation suggère que l'hypnose pourrait être une approche bénéfique pour réduire l'inconfort et l'anxiété associés aux procédures douloureuses. Cette observation a confirmé mon intuition que l'hypnose pourrait être un outil précieux pour améliorer le confort des patients et réduire la douleur induite par les soins.

4.6 Perspectives professionnelles et ouverture à la recherche

En plus de cette observation, cette expérience et ce travail de recherche ont véritablement éveillé en moi un intérêt croissant pour la recherche scientifique. Le domaine des soins infirmiers en oncologie est pour moi une branche qui me correspond et qui me fait me projeter en tant que future infirmière. J'ai pris conscience de l'importance de continuer à explorer, à documenter et à valider des pratiques complémentaires notamment comme l'hypnose. Ces compétences sont nécessaires pour améliorer la qualité de vie des patients, mais aussi pour préserver celle des soignants. La notion de fatigue compassionnelle, que j'ai découverte à cette occasion, m'a profondément marquée. Elle m'a amenée à réfléchir au travail que j'aurai à faire en tant qu'infirmière. De plus, il est important que je me protège émotionnellement afin de prévenir l'épuisement et pouvoir continuer à exercer ce métier avec bienveillance et passion. Cela renforce mon envie de contribuer à des projets de recherche sur les pratiques soignantes et le bien être des soignants en oncologie.

Mon travail souligne l'importance de la mise en place des stratégies pour prévenir et gérer la fatigue compassionnelle. Ceci est crucial pour préserver le bien-être des soignants et la qualité des soins prodigués. L'hypnose pourrait donc jouer un rôle essentiel dans une approche globale de la prise en charge en oncologie, bénéficiant à la fois aux patients et aux soignants. De plus, il est important de mettre en évidence l'importance de la formation et de la sensibilisation des soignants à la fatigue compassionnelle, ainsi que la nécessité de créer un environnement de travail soutenu et bienveillant. Dans ce contexte, l'hypnose pourrait être intégrée dans les programmes de formation des soignants, permettant de leur fournir des outils concrets pour gérer leur stress et leurs émotions, engageant vers un bien être global.

Cette discussion permet de mettre en évidence le potentiel de l'hypnose, comme approche complémentaire. Celle-ci permettrait d'améliorer la gestion de la douleur et de l'anxiété lors de procédures invasives en oncologie. Il est également important de tenir compte de la variabilité individuelle de la perception de la douleur, de l'importance de la relation soignant-patient, ainsi que la nécessité de prévenir la fatigue compassionnelle des soignants. L'hypnose qu'en t a elle pourrait contribuer à améliorer la qualité des soins et le bien-être des

patients et des soignants. Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour mieux comprendre son efficacité et son application dans ce contexte, et ensuite développer des stratégies d'intégration de l'hypnose dans les pratiques cliniques courantes. L'hypnose représente ainsi une voie prometteuse pour humaniser les soins et améliorer l'expérience des patients en oncologie. De plus elle pourrait servir à soutenir le bien-être des soignants, tout en reconnaissant le besoin de recherches plus approfondies sur la fatigue compassionnelle.

Conclusion

En synthèse, ce travail m'a permis d'explorer l'intégration de l'hypnose dans les soins de support en oncologie, en soulignant que son intérêt ne doit pas éclipser l'enjeu majeur de la fatigue compassionnelle chez les soignants. Mon expérience, la littérature, et mon TRECS convergent vers une idée phare : **prendre soin, c'est aussi prendre soin de soi**. En tant que future infirmière, je serai confrontée à la souffrance, à la douleur et parfois, à l'impuissance face à autrui. Ce travail a renforcé ma détermination à développer des stratégies de prévention de la fatigue compassionnelle, non seulement pour assurer la qualité de mes soins, mais aussi pour préserver mon propre bien-être et ma capacité à m'investir pleinement auprès de mes patients. J'aimerais donc à explorer des pistes telles que la formation à l'autohypnose, la participation à des groupes de soutien et la recherche d'un équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle. Toutes ces actions auront comme objectif de cultiver ma résilience et de devenir une soignante qui partage également avec empathie la souffrance des autres tout en pouvant mettre la distance nécessaire pour me préserver personnellement. Cet exercice a également eu comme impact de faire évoluer mes objectifs professionnels. En effet, je suis très ouverte à l'idée de m'orienter vers de la recherche clinique dans un futur plus ou moins proche. Durant ce TRECS, j'ai également eu un choix à faire concernant mon futur travail. Ressentant un fort attrait pour le milieu oncologique, c'est vers ce domaine que j'ai décidé de me diriger. Grâce à ce travail de recherche, je suis maintenant certaine du bien fondé de mon choix. Avec l'évolution de mes connaissances sur le sujet, j'ai notion de l'importance que prend la recherche en particulier en oncologie. C'est dans cette branche qu'aujourd'hui il y a le plus d'évolutions médicales.

Bibliographie

- Ann Davis, L., Fotherhill-Bourbonnais, F., & McPherson, C. (2017). Le sens de la vocation d'infirmière en oncologie : s'investir pour aider vraiment. 15-21. Récupéré sur <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6516363/>
- Bertholet, O., Davadant, M., Cromec, I., & Berger, M. M. (2013). L'hypnose intégrée aux soins de patients brûlés : impact sur le niveau de stress de. 1646. Récupéré sur <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2013/revue-medicale-suisse-397/l-hypnose-integree-aux-soins-de-patients-brules-impact-sur-le-niveau-de-stress-de-l-equipe-soignante>
- Bouhassira, D. (2021). *Douleur Un symptôme fréquent, parfois vécue comme une fatalité*. Récupéré sur INSERM: <https://www.inserm.fr/dossier/douleur/>
- Bray, F., Ferlay, J., Soerjomataram, I., Siegel, R. L., Torre, L. A., & Jemal, A. (2018). Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. 387-506. Récupéré sur <https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.3322/caac.21492>
- Canadian Oncology Nursing Journal = Revue Canadienne De Nursing Oncologique*. (2023). Récupéré sur <https://exaly.com/journal/46013/canadian-oncology-nursing-journal-revue-canadien/impact-factor>
- Collier, J., Bergen, T., & Li, H. (2024). Revue intégrative des stratégies de prévention et de traitement de la fatigue de compassion chez les infirmières en oncologie. 34. Récupéré sur <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38352929/>
- Formarier, M. (2007). La relation de soin, concepts et finalités. 89, 33-42. Récupéré sur <https://shs.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2007-2-page-33?lang=fr>
- Graz, B. (2011). Forum Med Suisse 2011;11(45):808–813 808 c a b i n e t Existe-t-il des données scientifiques sur l'efficacité clinique des médecines complémentaires? Récupéré sur <https://core.ac.uk/download/pdf/18412166.pdf>
- Indresty Mahavivola, E.-G., Olivah, R. r., Mihary, D., Hendriniaina, R., Lalao, R. R., Henintsoa, R. O., & Fahafahantsoa, R. R. (2014). Douleurs induites par les soins: la réalité au Centre Hospitalier Universitaire de Befelatanana Antananarivo, Madagascar. Récupéré sur <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4407957/>
- La douleur : de quoi parle-t-on ? - Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles*. (2025). Consulté le Février 2025, sur Ministère de la Santé: <https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/douleur/article/la-douleur-de-quoi-parle-t-on>
- Machavoine. (2015). L'épuisement professionnel des médecins et des soignants en cancérologie. Récupéré sur <https://medaide.urps-ml-paca.org/wp->

- content/uploads/2018/03/machavoine_l%C3%A9puisement-professionnel-des-m%C3%A9decins-et-des-soignants-en-canc%C3%A9rologie.pdf
- Mick, G., Perrot, S., Poulain, P., Serrie, A., Eschalier, A., Langley, P., . . . Ganry, H. (2013). Douleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement. 14, 57-66. Récupéré sur <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1624568713000073>
- Obiekwu, A. L., Okafor, C. J., & Omotola, N. J. (2020). Compassion Fatigue in Cancer Nursing: Limiting the Emotional Cost of Caring. 8. Récupéré sur <https://www.ajouronline.com/index.php/AJPNMS/article/view/6352>
- Raja, Srinivasa, Carr, Daniel, Cohen, & Milton. (2020). The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. Pain. Récupéré sur <https://www.interclud-occitanie.fr/actualites-et-reglementation/actualites-douleur/eid/2414/liasp-propose-une-nouvelle-definition-de-la-douleur>
- Robin, F. (2013). Hypnose. 7-10. Récupéré sur <https://shs.cairn.info/hypnose--9782804185978-page-7?lang=fr>
- Rogers, C. (1959). *A THEORY OF THERAPY, PERSONALITY, AND INTERPERSONAL RELATIONSHIPS, AS DEVELOPED IN THE CLIENT-CENTERED FRAMEWORK* (Vol. 3). Sigmund koch. Récupéré sur https://www.beeleaf.com/wp-content/uploads/2017/09/rogers_chapter_in_koch-1.pdf
- Zajac, L. M., Moran, K. J., & Groh, C. J. (2015). Confronting Compassion Fatigue Assessment and intervention in inpatient oncology. 21. Récupéré sur <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28738029/>
- Zawieja, P. (2016). Fatigue compassionnelle. 289-292. Récupéré sur <https://shs.cairn.info/dictionnaire-de-la-fatigue--9782600047135-page-289?lang=fr>

Liste des annexes

Annexe A : reproduction simplifiée de l'organigramme PRISMA permettant la sélection des articles pour la revue intégrative.

