



IFMK DE LA RÉUNION

MÉMOIRE RÉALISÉ EN VUE DE L'OBTENTION DU DIPLOME D'ÉTAT DE
MASSEUR-KINÉSITHÉRAPEUTE.

2022-2023

Quand l'individualité rivalise avec la généralité

*Étude qualitative sur les soins de compassion, comme stratégie de
régulation émotionnelle des Masseurs-Kinésithérapeutes
hospitaliers à La Réunion, dans la lutte contre la maltraitance
ordinaire*

Abstract:

Background: In 2010, the « Haute Autorité de Santé » defined **ordinary abuse** (or “passive” or “institutional” abuse), as a feeling of transparency and lack of consideration of a person who has been in contact with a health care institution. My professional experiences in **hospitals** as a student have developed my professional questioning about emotional and empathic management strategies of physiotherapists working in hospitals to avoid ordinary abuse. Extensive research about these terms emphasized the goals of **compassionate care** as an **emotion regulation** strategy in health profession.

Purpose: The aim of this study is to understand the role of compassionate care in preventing ordinary abuse of patients for physiotherapists working in hospitals in **Reunion Island**.

Method: A **qualitative research** methodology was used to investigate this research question. Semi-structured interviews were conducted with seven physiotherapists working in hospitals in Reunion Island, including four practitioners with less than 7 years of experience and three practitioners with more than 9 years of experience in hospitals. A vertical and a cross analysis of the interviews were done to obtain codes classified into sub-themes, which were themselves grouped into themes.

Results: Four themes emerged from the interviews: ordinary abuse from the respondents’ point of view, the criteria for compassionate care applied by physiotherapists working in hospitals in Reunion Island, their representations of compassionate care, and the role of this practice in preventing ordinary abuse in Reunion Island. Thus, compassionate care is actually considered as an emotion regulation strategy for most of the physiotherapists, but there is still some doubt as to its goal in preventing ordinary abuse.

Conclusion: This research reveals that compassionate care has a controversial but real **role** to play in preventing ordinary abuse of patients in hospital in Reunion Island. However, despite the application and the role of this practice for the well-being of patients and caregivers, it has some **limitations**.

Keywords: ordinary abuse, hospitals, compassionate care, emotion regulation, Reunion Island, qualitative research, role, limitations



IFMK DE LA REUNION

ATTESTATION SUR L'HONNEUR DE NON PLAGIAT

Je soussigné(e) PAVOT Melina déclare sur l'honneur que ce mémoire est le fruit d'un travail personnel et que je n'ai ni contrefait, ni falsifié, ni copié tout ou partie de l'œuvre d'autrui afin de la faire passer pour mienne.

Toutes les sources d'information utilisées (supports papiers, audiovisuels et numériques) et les citations d'auteur ont été mentionnées conformément aux usages en vigueur.

Je suis conscient(e) que le fait de ne pas citer une source ou de ne pas la citer clairement et complètement est constitutif de plagiat, que le plagiat est considéré comme une faute grave au sein de l'Université et qu'il peut être sévèrement sanctionné.

Date et signature de l'étudiant

10/05/2023

Règlement intérieur de l'Université de la Réunion (tel que validé par le Conseil d'Administration en date du 11 décembre 2014)

Article 9 : «Protection de la propriété intellectuelle : Faux et usage de faux, contrefaçon, plagiat »

« Le plagiat est constitué par la copie, totale ou partielle d'un travail réalisé par autrui, lorsque la source empruntée n'est pas citée, quel que soit le moyen utilisé. Le plagiat constitue une violation du droit d'auteur (au sens des articles L 335-2 et L 335-3 du code de la propriété intellectuelle). Il peut être assimilé à un délit de contrefaçon. C'est aussi une faute disciplinaire, susceptible d'entraîner une sanction.

Les sources et les références utilisées dans le cadre des travaux (préparations, devoirs, mémoires,

Règlement intérieur des IES du CHU de la Réunion (tel que validé par la direction pour l'année universitaire en cours)

Art. 3 : Contrefaçon et falsifications

Le plagiat, la copie et reproduction d'œuvres sont des délits de contrefaçon.

Selon l'article 335-3 du Code de la propriété intellectuelle, il s'agit de " toute reproduction, représentation ou diffusion, par quelque moyen que ce soit, d'une œuvre de l'esprit en violation des droits d'auteur, tels qu'ils sont définis et réglementés par la loi. "

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. (Article Art. L 122-4 du Code de la Propriété Intellectuelle).

Ainsi, toute reproduction intégrale ou partielle ou diffusion faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite et est susceptible de donner lieu à des sanctions civiles et pénales, ainsi qu'à une sanction disciplinaire avec possible présentation devant l'instance du conseil de discipline.

Dans le cadre de ses productions écrites, chaque étudiant ou élève est appelé à s'inscrire dans une démarche professionnelle et à respecter les notions de responsabilité, d'éthique et de droit.

Chaque étudiant ou élève signe la charte anti-plagiat ci-jointe2 et l'intègre à chacun de ses travaux écrits.

Remerciements

Je remercie tout d'abord l'ensemble des Masseurs-Kinésithérapeutes qui ont participé à ce travail, sans qui ce mémoire n'aurait pas pu aboutir.

Je suis reconnaissante envers ma famille et en particulier mes parents, pour leur accompagnement tout au long de ces années d'études, et encore plus lors de ce travail final, long et fastidieux. C'est grâce à eux que j'ai pu en arriver à là aujourd'hui, grâce à leur amour inconditionnel, à leur soutien sans faille et à leur confiance. Je remercie ma grande sœur pour sa présence, ses encouragements et sa positivité, ainsi que pour sa relecture.

Je remercie également un homme exceptionnel, Ulyss, pour son soutien et sa patience. Merci infiniment d'avoir su me supporter, m'épauler et sécher mes larmes lors des moments difficiles tout au long de ces années, et encore plus en cette dernière année.

Je remercie mes amies de la promotion, Lucie, Eva, Laëtitia et Amélie, qui ont su me donner le sourire et me remonter le moral lorsque j'en avais besoin.

Je tiens à remercier ma directrice de mémoire, Adeline Vergé, pour sa patience, sa disponibilité et son investissement dans mon travail. Je la remercie pour ses suggestions, ses conseils et ses mots rassurants tout au long de cette année.

Un grand merci aux formateurs de l'IFMK de La Réunion pour leur bienveillance, avec une pensée particulière pour Monsieur Perdrix, notre responsable de promotion, qui a su m'écouter et me conseiller au besoin.

Enfin, j'ai une pensée pour tous ceux qui ont su m'encourager, me rassurer et me donner confiance en moi durant toutes mes études et mes stages.

Je remercie tous ceux qui ont contribué de près comme de loin à l'aboutissement de ce travail.

Merci à ceux qui prendront le temps de lire ce mémoire.

Sommaire

Introduction

I.	QUESTIONNEMENT PROFESSIONNEL INDIVIDUEL	2
I.1.	CONTEXTUALISATION : DES OBSERVATIONS EXTERIEURES DE CERTAINS COMPORTEMENTS INDIVIDUELS ET ISOLES.....	2
I.2.	GENERALISATION (DECONTEXTUALISATION) : UN SOIGNANT CHOISIT SON ORIENTATION PROFESSIONNELLE ET NE CHOISIT PAS D'ETRE CONSCIEMMENT MALTRAITANT .	2
I.3.	RECONTEXTUALISATION : QUELLES STRATEGIES DE GESTION EMOTIONNELLE ET EMPATHIQUE LES MK SALARIES EN MILIEU HOSPITALIER METTENT-ILS EN PLACE POUR EVITER LA MALTRAITANCE ORDINAIRE ?	4
II.	CONCEPTS THEORIQUES	6
II.1.	L'EMPATHIE : LA CLE DE LA RELATION DE SOIN	6
II.1.1.	<i>Définition de l'empathie : le sentiment avec l'autre</i>	6
II.1.2.	<i>Théorisation : des notions dérivées de l'empathie : la compassion, les soins de compassion et la régulation des émotions</i>	7
II.1.2.1.	Détresse empathique et compassion : deux réactions opposées.....	7
II.1.2.2.	Les soins de compassion : l'engagement émotionnel du soignant.....	8
II.1.2.3.	La régulation des émotions : la compassion parmi ces moyens.....	9
II.1.3.	<i>Application à mon sujet : la compassion comme solution bénéfique pour prévenir la maltraitance ordinaire</i>	11
II.2.	LA MALTRAITANCE ORDINAIRE : LA TRANSPARENCE DES PATIENTS	13
II.2.1.	<i>Définition : une maltraitance banalisée</i>	13
II.2.2.	<i>Théorisation : L'humanisme et le professionnalisme</i>	14
II.2.2.1.	L'humanisme : les croyances personnelles influançant les comportements	14
II.2.2.2.	Le professionnalisme : un ensemble d'actions et de comportements	15
II.2.3.	<i>Application à mon sujet : l'humanisme et le professionnalisme comme leviers d'action sur la maltraitance ordinaire</i>	16
III.	QUESTION DE RECHERCHE : QUELLE EST LA PLACE DES SOINS DE COMPASSION DANS LA PRATIQUE HOSPITALIERE DES MK AFIN DE LUTTER CONTRE LA MALTRAITANCE ORDINAIRE A LA REUNION.....	17
IV.	METHODOLOGIE DE RECHERCHE.....	19

IV.1. LES OBJECTIFS DE L'ETUDE : TROIS OBJECTIFS PRINCIPAUX ET UN OBJECTIF SECONDAIRE.....	19
IV.2. METHODE DE RECHERCHE QUALITATIVE	19
IV.2.1. <i>Choix de la méthode qualitative : recherche compréhensive</i>	19
IV.2.2. <i>Posture réflexive et éthique du chercheur sur le terrain : neutralité</i>	19
IV.2.3. <i>Conscientisation de mes a priori : peu d'expériences personnelles clinique</i> ..	20
IV.3. CHOIX ET DESCRIPTION DE L'ECHANTILLON D'ETUDE	20
IV.3.1. <i>Choix de l'échantillon d'étude : répartition hommes/femmes et expérimentés/moins expérimentés des MK hospitaliers à La Réunion</i>	20
IV.3.2. <i>Questionnaire de recrutement de la population cible : transmission essentiellement par mail du 23/12/22 au 27/02/23</i>	21
IV.4. DESCRIPTION DES CONTEXTES ET DES MOYENS ENVISAGES.....	22
IV.4.1. <i>L'outil de recueil des données : l'entretien semi-directif</i>	22
IV.4.2. <i>La construction du guide d'entretien : standardisation des procédures</i>	23
IV.5. DEROULEMENT DU RECUEIL DES DONNEES ET DE L'ANALYSE DES ENTRETIENS	24
IV.5.1. <i>Déroulement du recueil des données : du questionnaire de recrutement aux entretiens semi-directifs</i>	24
IV.5.2. <i>Analyse des entretiens semi-directifs : analyse thématique</i>	25
V. PRESENTATION DES RESULTATS BRUTS	27
V.1. POPULATION FINALE DE L'ETUDE : REAJUSTEMENTS PAR RAPPORT AUX CRITERES D'INCLUSION INITIAUX	27
V.2. THEME N° 1 : LA MALTRAITANCE ORDINAIRE DU POINT DE VUE DES MK A LA REUNION	27
V.3. THEME N° 2 : LES CRITERES DES SOINS DE COMPASSION APPLIQUES PAR LES MK A LA REUNION	32
V.4. THEME N° 3 : LES REPRESENTATIONS DES SOINS DE COMPASSION CHEZ LES MK A LA REUNION	40
V.5. THEME N° 4 : LA PLACE DES SOINS DE COMPASSION DANS LA LUTTE CONTRE LA MALTRAITANCE ORDINAIRE A LA REUNION.....	48
VI. INTERPRETATION DES RESULTATS.....	51
VI.1. DISCUSSION : LIEN AVEC LA LITTERATURE ET LES OBJECTIFS DE RECHERCHE	52
VI.1.1. <i>Confrontation des résultats aux trois objectifs principaux de l'étude</i>	52
VI.1.1.1. <i>La maltraitance ordinaire du point de vue des MK à La Réunion</i>	52

VI.1.1.2. Les critères des soins de compassion appliqués par les MK à La Réunion .	55
VI.1.1.3. Les représentations des soins de compassion chez les MK à La Réunion...	58
VI.1.1.4. La place des soins de compassion dans la lutte contre la maltraitance ordinaire à La Réunion	60
VI.1.2. <i>Confrontation des résultats à l'objectif secondaire de l'étude</i>	62
VI.1.3. <i>Synthèse : confrontation des résultats à la question de recherche</i>	63
VI.2. CRITIQUES DU DISPOSITIF DE RECHERCHE ET BIAIS.....	65
VI.2.1. <i>Validité et fiabilité de l'étude qualitative menée</i>	65
VI.2.2. <i>Les biais liés à l'étude</i>	68
VI.2.2.1. La constitution de l'échantillon d'étude : pas de pré-étude réalisée	68
VI.2.2.2. La réalisation des entretiens semi-directifs : l'effet de prestige.....	69
VI.2.3. <i>Les biais liés à l'enquêteur</i>	69
VI.2.3.1. La constitution de l'échantillon d'étude : des choix personnels	69
VI.2.3.2. La réalisation des entretiens semi-directifs : le premier contact	70
VI.2.3.3. L'analyse des données issues des entretiens : réflexivité et identification des biais et préjugés	70
VI.2.3.4. L'élaboration des critères des soins de compassion selon la littérature : subjectivité et biais individuels	71
VI.3. INTERETS ET LIMITES.....	72
VI.3.1. <i>Limites de l'étude : versant institutionnel de la maltraitance ordinaire et population restreinte</i>	72
VI.3.2. <i>Intérêts de l'étude : identification des situations, modification des comportements, amélioration des conditions de travail et du bien-être des patients</i>	73
VI.4. LES PERSPECTIVES DE RECHERCHE : QUANTIFICATION DE L'IMPACT DES SOINS DE COMPASSION SUR LA MALTRAITANCE ORDINAIRE.....	73
VII. CONCLUSION DE LA PARTIE RECHERCHE.....	74
VII.1. PERSPECTIVES SCIENTIFIQUES : EVOLUTION DES SAVOIRS GENERAUX.....	74
VII.2. PERSPECTIVES PROFESSIONNELLES : FORMATION, SENSIBILISATION ET PREVENTION	75

Conclusion

Bibliographie

Sommaire des annexes

Annexes

Résumé

Liste des figures

FIGURE 1 : LES COMPOSANTES DU PROCESSUS D'EMPATHIE, TIREE DE THOMPSON ET AL., 2019, P. 3.....	6
FIGURE 2 : DIFFERENCES MAJEURES ENTRE DETRESSE EMPATHIQUE ET COMPASSION, TIRE DE SINGER & KLIMECKI, 2014, P. 875	7
FIGURE 3 : MODELE DE REGULATION DES EMOTIONS, TIREE DE GROSS, 2015, P. 6.....	10
FIGURE 4 : LES PROCESSUS DE REGULATION DES EMOTIONS, ASSOCIES A L'EMPATHIE, TIREE DE THOMPSON ET AL., 2019, P. 14	10
FIGURE 5: LES ATTRIBUTS DE L'HUMANISME TIRE DE LA GOLD FOUNDATION (S. D.).....	14
FIGURE 6 : QUATRE ELEMENTS QUI ALIMENTENT L'HUMANISME, FIGURE MODIFIEE TIREE DE MONTGOMERY ET AL., 2017, P. 379	15
FIGURE 7 : TECHNIQUES DE RECUEIL DE DONNEES EN RECHERCHE QUALITATIVE (LEPCAM, S. D.)	23
FIGURE 8 : DEROULEMENT DU RECUEIL DE DONNEES ET DES ENTRETIENS SEMI-DIRECTIFS	24
FIGURE 9 : PROCESSUS D'ANALYSE DE LA METHODE QUALITATIVE, TIREE DE CRESWELL, 2014, P. 247.....	25
FIGURE 10 : ENVIRONNEMENT FAVORISANT LES EXPERIENCES DE MALTRAITANCE ORDINAIRE	55
FIGURE 11 : LA COMMUNICATION, CRITERE ESSENTIEL POUR L'ATTEINTE DU BUT DES SOINS DE COMPASSION	60
FIGURE 12 : ROLE DES ANNEES D'EXPERIENCE DANS L'APPLICATION DES SOINS DE COMPASSION	63
FIGURE 13 : CONFRONTATION. LES CRITERES DES SOINS DE COMPASSION COMME MOYEN POUR CONTRE LA MALTRAITANCE ORDINAIRE	64
FIGURE 14 : SYNTHESE. LA PLACE DES SOINS DE COMPASSION CHEZ LES MK DANS LA LUTTE CONTRE LA MALTRAITANCE ORDINAIRE	64
FIGURE 15 : LIMITES DES SOINS DE COMPASSION DANS LA LUTTE CONTRE LA MALTRAITANCE ORDINAIRE	65
FIGURE 16 : INTERETS DE LA PRE-ETUDE DANS LA LIMITATION DES BIAIS	68

Liste des tableaux

TABLEAU I : TECHNIQUES DE COMMUNICATION VERBALE ET NON VERBALE TRANSMETTANT LA COMPASSION (TEHRANINESHAT ET AL., 2019).....	9
TABLEAU II : FACTEURS INHIBITEURS DES SOINS DE COMPASSION SELON CRAWFORD, BROWN, KVANGARSNES & GILBERT, 2014 ; GOETZ ET AL., 2010 ; TEHRANINESHAT ET AL., 2019 .	11
TABLEAU III : DIFFERENCES CONCEPTUELLES ENTRE EMPATHIE ET COMPASSION ET LEURS CONSEQUENCES.....	12
TABLEAU IV : LIEN ENTRE VALEURS HUMANISTES ET PROFESSIONNALISME (AKHTAR-DANESH ET AL., 2013 ; MONTGOMERY ET AL., 2017; STERN ET AL., 2008).....	16
TABLEAU V : CRITERES D'INCLUSION, DE NON INCLUSION ET D'EXCLUSION DE L'ETUDE	21
TABLEAU VI : CRITERES DE RECRUTEMENT DE LA POPULATION D'ETUDE SELON LES REPONSES AU QUESTIONNAIRE DE PRE-INCLUSION	22
TABLEAU VII : LES ETAPES DU PROCESSUS D'ANALYSE QUALITATIVE.....	26
TABLEAU VIII : POPULATION FINALE D'ETUDE.....	27
TABLEAU IX : TABLEAU D'ANALYSE REDUIT DU THEME N°1 – LA MALTRAITANCE ORDINAIRE PERÇUE PAR LES MK	28
TABLEAU X : TABLEAU D'ANALYSE REDUIT DU THEME N°2 – LES CRITERES DES SOINS DE COMPASSION APPLIQUES PAR LES MK A LA REUNION.....	34
TABLEAU XI : TABLEAU D'ANALYSE REDUIT DU THEME N°3 – LES REPRESENTATIONS DES SOINS DE COMPASSION CHEZ LES MK A LA REUNION.....	41
TABLEAU XII : REPONSES DES MK INTERROGES CONCERNANT LES SOINS DE COMPASSION (SC) COMME STRATEGIE DE REGULATION EMOTIONNELLE	48
TABLEAU XIII : TABLEAU D'ANALYSE REDUIT DU THEME N°4 – LA PLACE DES SOINS DE COMPASSION (SC) DANS LA LUTTE CONTRE LA MALTRAITANCE ORDINAIRE (MO) A LA REUNION	49
TABLEAU XIV : REPONSES DES MK INTERROGES CONCERNANT L'EFFICACITE DES SOINS DE COMPASSION (SC) DANS LA LUTTE CONTRE LA MALTRAITANCE ORDINAIRE (MO).....	50
TABLEAU XV : OBJECTIFS DE L'ETUDE.....	51
TABLEAU XVI : CITATION DU MK 4	53
TABLEAU XVII : CITATION DU MK 2.....	54
TABLEAU XVIII : CITATION DU MK 3	54
TABLEAU XIX : APPLICATION DES CRITERES DES SOINS DE COMPASSION PAR LES MK HOSPITALIERS INTERROGES A LA REUNION.....	56

TABLEAU XX : IDENTIFICATION DES CRITERES DE RIGUEUR METHODOLOGIQUE DANS CETTE RECHERCHE	66
TABLEAU XXI : CONSTITUTION DE LA POPULATION DEPUIS LE QUESTIONNAIRE DE PRE-INCLUSION JUSQU' AUX ENTRETIENS	70
TABLEAU XXII : BIAIS ET SUBJECTIVITE DANS L'ELABORATION ET LA CLASSIFICATION DES CRITERES DES SOINS DE COMPASSION	71

Introduction

La **maltraitance ordinaire** constitue le sentiment de transparence du patient dans un établissement de soin (HAS, 2010). Elle se distingue d'une maltraitance intentionnelle et délictuelle par son caractère quotidien, banalisé, et concerne davantage l'institution que l'individu (HAS, 2010). Ce terme a été abordé par la direction hospitalière lors du dernier stage hospitalier de mon cursus en Masso-Kinésithérapie et a fait écho à certaines situations que j'ai pu observer lors de mes stages.

Pourtant, par le choix de son orientation professionnelle, un soignant n'est pas volontairement maltraitant. En effet, ces dernières années, les difficultés rencontrées dans le milieu professionnel des soignants ont été soulevées. En particulier, les Masseurs-Kinésithérapeutes salariés présentent un **épuisement émotionnel élevé** (Truchot & Mudry, 2019). En parallèle, la littérature compte de nombreux articles et théories traitant de l'épuisement professionnel des soignants en lien avec l'empathie (Wilkinson, Whittington, Perry & Eames, 2017). Ces éléments questionnent ainsi sur la place du **contrôle émotionnel** afin d'éviter les comportements professionnels défavorables, développés en conséquence d'un épuisement professionnel (Wilkinson et al., 2017) ou d'une fatigue compassionnelle (Willgens & Hummel, 2016).

L'objet d'étude de ce mémoire porte sur la **pratique hospitalière des Masseurs-Kinésithérapeutes à La Réunion**. Une **recherche qualitative** permettra de récolter et analyser les points de vue des Masseurs-Kinésithérapeutes sur le sujet.

I. Questionnement professionnel individuel

I.1. Contextualisation

Lors des stages hospitaliers que j'ai effectués durant mes études en masso-kinésithérapie, j'ai parfois été interpellée par certains **comportements** des Masseurs-Kinésithérapeutes (MK), mais également de l'équipe soignante, envers les patients. En effet, il m'est déjà arrivé d'assister à des situations où le personnel soignant n'était pas toujours positif, se focalisant plutôt sur la démotivation du patient ou sur les déficits plutôt que sur les progrès, arrivant même parfois à l'infantilisation par leur manière de parler. De même, j'ai été surprise par quelques situations dans lesquelles le personnel soignant semblait peu à l'écoute de la détresse du patient. Or, durant mon cursus, j'ai été marquée par le versant relationnel du métier de MK, à l'instar de toute autre profession de santé. En effet, lors de mes stages, j'ai pu découvrir mes capacités **d'empathie** et l'importance de son enseignement. Cependant je me suis rendu compte des difficultés de mise en pratique de l'empathie et des limites de celle-ci.

Par ailleurs, ce n'est qu'à mon dernier stage hospitalier que le terme de « **maltraitance ordinaire** » a été abordé par la direction de l'hôpital, et a fait écho à mes observations faites auparavant. Ainsi, comment expliquer ces comportements que j'ai observés ?

I.2. Généralisation (décontextualisation)

D'abord, la loi encadre la profession de MK avec l'art. L4321-1¹, qui indique que celui-ci se doit d'exercer son activité « en pleine responsabilité ». Le cadre réglementaire du MK est régi par le code de déontologie² : celui-ci doit prôner le « respect de la vie humaine de la personne et de sa dignité » (R4321-53), respecter le principe de « moralité » (R4321-54), et il « ne doit jamais se départir d'une attitude correcte et attentive » envers le patient (R4321-58)³.

Ensuite, parmi les compétences inhérentes à la profession de MK, celle qui fait le plus écho à l'aspect humain est la compétence 5 : « Établir et entretenir une relation de communication dans un contexte d'intervention en masso-kinésithérapie » (Berger-Levrault, 2018, p. 53). Les éléments qui m'interpellent dans cette compétence sont l'« écoute », la « relation de confiance », mais surtout le « soutien » du patient et de la famille pour établir « une relation d'aide » (Berger-Levrault, 2018, p. 53). C'est avec ces compétences de communication efficaces (Stern, 2006) que le soignant peut créer un environnement dans lequel

¹ Art. L4321-1 du Code de la Santé Publique (CSP) du 04 Mars 2022

² Art. L4321-21 du Code de la Santé Publique (CSP) du 11 Août 2004

³ Art. du Code de déontologie des Masseurs-Kinésithérapeutes du 17 Février 2022

le patient se sent écouté (Tehranineshat, Rakhshan, Torabizadeh & Fararouei, 2019). Ces éléments soulignent le fait que toute prise en charge nécessite d'une part, des **qualités** personnelles du MK et d'autre part certaines **compétences**, le tout associé aux **attitudes** et **comportements professionnels** du MK, afin que la prise en soin soit bienveillante (Greenfield, Anderson, Cox & Tanner, 2008). Ainsi, selon ses qualités personnelles et ses compétences, quelles sont les limites du « soutien » (Berger-Levrault, 2018, p. 53) que fournit le MK ?

Selon Engel (1992, cité dans Saraga, Fuks & Boudreau, 2014), un soignant qui omet l'aspect humain ne peut être **compétent**. Parmi ces compétences, la compassion est considérée comme une aptitude « pratique au cœur des codes de déontologie de toutes les professions de la santé » [Traduction libre] (Sinclair, Raffin-Bouchal, Venturato, Mijovic-Kondejewski & Smith-MacDonald, 2017, p. 16). De plus, la littérature indique que l'empathie serait considérée comme une composante majeure de la relation soignant-soigné, créant une augmentation de la qualité de vie du personnel de santé (Hui, Dai, & Wang, 2020), et serait donc essentielle pour assurer des soins plus efficaces (Wilkinson et al., 2017), à l'origine de progrès cliniques pour le patient (Hojat et al., 2002 ; Hui et al., 2020).

Cependant, les qualités humaines et empathiques dépendent du contexte professionnel du soignant. En effet, l'élément central à l'origine des comportements négatifs du soignant serait **l'empathie** car elle créerait une **vulnérabilité** au stress à l'origine d'une **fatigue de compassion** et d'un **épuisement émotionnel et professionnel** (Wilkinson et al., 2017).

L'épuisement professionnel serait dû à une pression et une mauvaise ambiance de travail, des sentiments d'impuissance, de frustration et d'incapacité à atteindre ses objectifs (Zhang Y., Zhang C., Han, Li, & Wang, 2018). Il est corrélé à un déclin de l'efficacité du soignant (Brazeau, Schroeder, Rovi, & Boyd, 2010 ; Sinclair, Raffin-Bouchal, et al., 2017). En effet, l'épuisement professionnel chez les médecins (Bodenheimer & Sinsky, 2014) est associé à une moindre adhésion au traitement et à une diminution des niveaux d'empathie, ce qui se traduirait par des résultats cliniques négatifs (Bodenheimer & Sinsky, 2014). Enfin, l'épuisement professionnel chez les infirmiers impacterait la satisfaction des patients à l'égard du système de santé (Zhang et al., 2018) mais également leur propre santé (Sinclair, Raffin-Bouchal, et al., 2017). À ce jour, il n'existe pas de consensus quant au lien entre l'épuisement professionnel et l'empathie (Wilkinson et al., 2017) mais deux hypothèses ressortent de la revue systématique de Wilkinson et al. (2017, p. 9) :

- « (1) il existe une association négative entre l'épuisement professionnel et l'empathie » : d'une part, lorsque l'épuisement professionnel augmente, les capacités d'empathie

diminuent ; et d'autre part lorsque l'empathie est importante, elle peut protéger les soignants de l'épuisement professionnel par diminution de celui-ci ;

- « (2) il existe une association positive entre l'épuisement professionnel et l'empathie » : l'augmentation de l'empathie puise dans les ressources personnelles du soignant et peut augmenter l'épuisement professionnel.

La **fatigue compassionnelle** est caractérisée par une tristesse, frustration, dévalorisation et fatigue émotionnelle (Willgens & Hummel, 2016). Elle serait provoquée par une sur-identification au patient, avec la création d'un **lien pathologique** dans la relation soignant-soigné. Un évitement du patient se met alors en place, se caractérisant par la distanciation du soignant (Sinclair, Raffin-Bouchal, et al., 2017). De ce fait, une **gestion émotionnelle** du soignant paraît primordiale dans le cadre d'une relation soignant-soigné dans le but de ne pas créer un excès de distance au sein de cette relation.

Du fait d'une distanciation inconsciente de protection de la part des soignants, un questionnement se pose quant au lien entre la maltraitance ordinaire dans les établissements de santé et cet épuisement professionnel et émotionnel du soignant.

I.3. Recontextualisation

À travers mes recherches, j'ai constaté que la littérature s'intéresse davantage aux professions telles que les médecins, les infirmiers ou encore les sages-femmes (Sinclair, Raffin-Bouchal, et al., 2017 ; Tehranineshat et al., 2019) dans le cadre des troubles de la **gestion de l'empathie** dans la pratique professionnelle. Or à l'heure actuelle des connaissances, **peu d'articles** actualisés traitent de la gestion émotionnelle et de l'empathie dans le cadre d'une relation soignant-soigné chez les MK en milieu **hospitalier** (Greenfield et al., 2008). Pourtant, d'une part, le MK est souvent défini comme étant au contact **quotidien** du patient dans le cadre de la rééducation **précoce** nécessaire en milieu hospitalier (Hashem, Parker & Needham, 2016 ; Thomas, 2011). Celui-ci est par conséquent au contact des émotions du patient, et celui qui est le plus à même de le « soutenir » (Berger-Levrault, 2018, p.53) dans le cadre de sa rééducation, en particulier par cette relation au **toucher** moins présente dans les autres domaines de la santé (Greenfield, 2006). Le toucher est un moyen puissant pour réduire la souffrance des autres et favoriser la coopération et l'altruisme réciproque (Goetz, Keltner & Simon-Thomas, 2010). De plus, le travail du MK en hôpital est un contexte particulier et ambigu puisque cette proximité dans la relation soignant-soigné, est à la base des rapports d'inégalité du fait de **l'institution** hospitalière (Loriol & Weller, 2005). Ensuite, le MK en milieu hospitalier est salarié au sein d'une infrastructure dans laquelle le travail **pluridisciplinaire** est indispensable

: les soignants doivent composer avec les **difficultés** de ce partage des tâches (Loriol & Weller, 2005), et de contraintes de temps pouvant être à l'origine d'épuisement émotionnel (Greenfield, 2006). Dans ce contexte, des enjeux tels que la réduction de la durée d'hospitalisation, voire des coûts du système de santé, associés au **bien-être** et à la confiance des **patients** envers les soignants, mais aussi au **bien-être professionnel** et psychologique du soignant paraissent centraux (Wilkinson et al., 2017). Par ailleurs à propos du choix de la population d'étude, la fatigue compassionnelle serait plus faible chez les soignants plus âgés et **expérimentés** (Sinclair, Raffin-Bouchal, et al., 2017). Ceci peut s'expliquer par le fait que, chez les MK **novices**, par exemple, il existerait des difficultés à concilier vie professionnelle et vie personnelle, gérer son temps, et faire preuve d'empathie envers les patients difficiles (Greenfield et al., 2008). Mais qu'en est-il des MK plus expérimentés ? Ont-ils plus de chance de dériver vers la maltraitance ordinaire du fait d'épuisement professionnel ou d'habitude dans leur pratique, ou ont-ils développé des stratégies de gestion émotionnelle afin d'éviter cet épuisement et par conséquent cette maltraitance ordinaire ?

Cette réflexion m'oriente vers le questionnement de la gestion émotionnelle des MK travaillant en milieu hospitalier, quel que soit le service dans lequel ils interviennent.

L'ensemble des éléments précédents m'orientent ainsi vers la **question professionnelle** suivante :

Quelles stratégies de **gestion émotionnelle** et **empathique** les MK salariés en milieu hospitalier mettent-ils en place pour éviter la **maltraitance ordinaire** ?

II. Concepts théoriques

II.1. L'empathie

II.1.1. Définition de l'empathie

L'empathie est un processus **socio-affectif** (Preckel, Kanske & Singer, 2018), qui se définit comme « la capacité d'être affecté par l'état émotionnel d'une autre personne et de le partager, d'évaluer les raisons de l'état de l'autre, et de s'identifier à l'autre, en adoptant son point de vue » [Traduction libre] (de Waal, 2008, p. 281). Dans le domaine de la santé, l'« empathie clinique » est une « compréhension affective et cognitive des réactions, des pensées ou des sentiments du patient, suivie d'une démonstration comportementale de cette compréhension » [Traduction libre] (Hojat et al., 2002, p. 1563). Ceci est essentiel aux interactions sociales, en permettant une coopération pour atteindre des objectifs communs (de Waal, 2008) et une meilleure relation thérapeutique.

Selon Thompson, Uusberg, Gross & Chakrabarti (2019), à l'inverse de la sympathie, l'empathie n'est pas un état émotionnel, mais un ensemble de processus par lesquels ces états sont produits cognitivement en réponse à l'observation d'un individu. Thompson et al. (2019) présentent un modèle des processus empathiques avec trois composantes :

- *La perception* : mécanismes qui facilitent la détection des signaux d'émotion pertinents ;
- *Le mimétisme* : mécanismes qui créent une résonance spontanée avec les émotions d'autrui ;
- *Les processus cognitifs* : mécanismes permettant à l'observateur de comprendre l'expérience/sentiments d'autrui, tout en gérant les représentations coactives de soi et de l'autre (Figure 1). C'est la capacité à voir le monde du point de vue de l'autre (Cuff, Brown, Taylor & Howat, 2016 ; Hojat et al., 2002), grâce à une congruence émotionnelle (Cuff et al., 2016), permettant de comprendre les besoins spécifiques de l'individu indépendamment des siens par une prise de recul (de Waal, 2008).

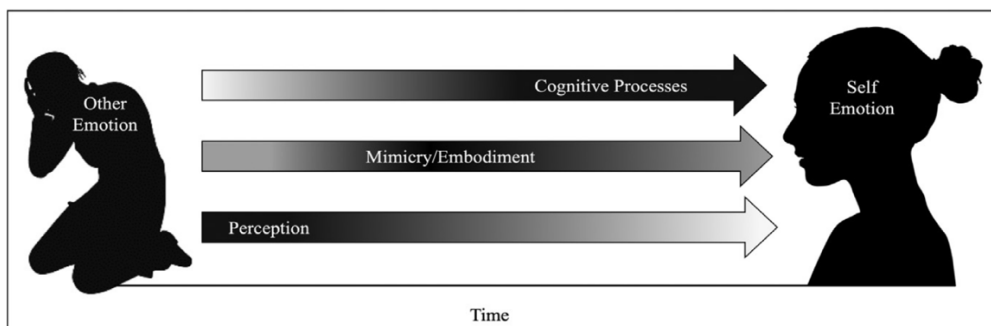


Figure 1 : Les composantes du processus d'empathie, tirée de Thompson et al., 2019, p. 3

- Enfin, Hojat et al. (2002) ajoutent une composante *comportementale*, faisant référence à la capacité à démontrer sa compréhension.

L'empathie serait ainsi le juste milieu entre : le degré de projection cognitive de l'état émotionnel d'une personne, le degré de partage des émotions et le degré de maintien d'une distinction soi/autre (l'observateur doit être conscient que son expérience émotionnelle provient d'une source externe (Cuff et al., 2016)).

II.1.2. Théorisation : des notions dérivées de l'empathie

II.1.2.1. Détresse empathique et compassion

La réponse empathique à la souffrance peut entraîner deux réactions (Figure 2) : la **détresse empathique** (ou détresse personnelle) et la **compassion** (ou préoccupation empathique ou sympathie) (Singer & Klimecki, 2014).

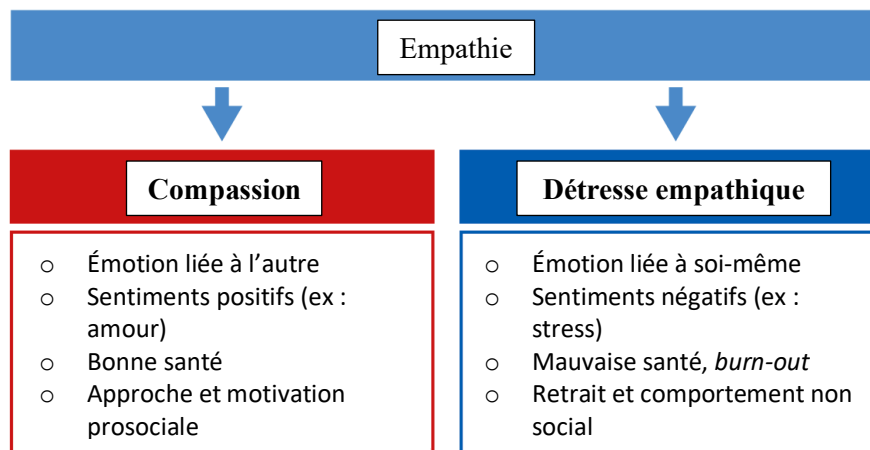


Figure 2 : Différences majeures entre détresse empathique et compassion, tiré de Singer & Klimecki, 2014, p. 875

La **détresse empathique** est une forte réponse inadaptée, aversive et égocentrique (de Waal, 2008 ; Preckel et al., 2018 ; Singer & Klimecki, 2014) à la souffrance d'autrui, avec l'envie de se retirer de la situation pour se protéger d'un excès de sentiments négatifs, du fait d'un partage intense de la douleur de l'autre (Klimecki, Leiberg, Ricard & Singer, 2014).

Bien que certains auteurs associent la **compassion** à la sympathie (Singer & Klimecki, 2014), nous différencierons ces termes dans cet écrit, comme Tehranineshat et al. (2019) et Sinclair, Beamer, et al. (2017) : la sympathie serait une réponse indésirable, fondée sur la pitié, lors d'une situation de détresse, caractérisée par un manque de compréhension et une auto-préservation de l'observateur.

La **compassion**, comme l'empathie, est un processus **socio-affectif** (Preckel et al., 2018) qui ajoute à l'empathie des caractéristiques distinctes, car elle est motivée par l'amour et des petits actes de bonté (Sinclair, Beamer, et al., 2017). Ainsi, plus que la simple empathie, la compassion est une émotion qui survient lorsque l'on est témoin de la **souffrance** d'autrui (Preckel et al., 2018). Elle se caractérise par une motivation altruiste (de Waal, 2008 ; Sinclair, Beamer, et al., 2017) guidée par des sentiments de préoccupation et d'attention pour l'autre, afin de **l'aider**, d'améliorer son bien-être (Singer & Klimecki, 2014) et de soulager la souffrance (Goetz et al., 2010 ; Tehranineshat et al., 2019). De ce fait, la compassion est un sentiment **pour l'autre** et non un sentiment avec l'autre (empathie) (Singer & Klimecki, 2014), puisqu'il s'agit du reflet de ses propres sentiments (Cuff et al., 2016). Par conséquent, l'attention compatissante serait considérée comme le bon équilibre entre le motif et l'action (Greenfield et al., 2008).

II.1.2.2. Les soins de compassion

De là, naissent les **soins prodigués avec compassion** : ils « ne signifient pas qu'il faut accomplir des actes magnifiques, mais qu'il s'agit d'actes minuscules visant à apporter du confort aux patients et à leur famille. Cependant, ce type d'actes les affecte considérablement » [Traduction libre] (Tehranineshat et al., 2019, p. 3). Il s'agit d' « un processus qui nécessite de l'attention, de la compréhension, une **réaction émotionnelle** et de l'empathie face aux inquiétudes, à la détresse, à la douleur et à la souffrance d'une autre personne, le tout accompagné d'une motivation et de certaines performances afin d'améliorer cette situation » [Traduction libre] (Tehranineshat et al., 2019, p. 2-3).

C'est un choix professionnel combinant les dimensions éthiques, l'aspect **humain**, la communication efficace, l'implication auprès des patients et le professionnalisme (Tehranineshat et al., 2019). Dans les soins infirmiers du *British Health Ministry System*, la stratégie de compassion en **6 C** comprend la Compassion, l'engagement (*Committment*), le Courage, la Communication, la Compétence et les soins de sollicitude (*Care*)⁴ (Tehranineshat et al., 2019). De plus, la bienveillance associée à ces soins repose sur l'attention, la réceptivité (écoute des patients avec empathie et compassion) et la responsabilité du thérapeute (capacité de transformer ses sentiments en action, en répondant aux besoins des patients) (Branch, 2000).

En particulier, la compétence de **communication** (verbale et non verbale), associée à une évaluation et prise de conscience des besoins du patient, est essentielle pour que celui-ci se sente écouté (Tableau I) et en confiance dans la relation thérapeutique (Tehranineshat et al.,

⁴ Orientation morale à l'origine d'un comportement éthique visant la réceptivité (à travers la compassion et l'empathie) et la responsabilité du soignant (Branch, 2000)

2019), dans laquelle le soignant est engagé émotionnellement (Wilkinson et al., 2017) et le patient est impliqué à son tour (Tehranineshat et al., 2019).

La littérature permet d'établir des critères spécifiques aux soins de compassion listés dans l'Annexe I.

Tableau I : Techniques de communication verbale et non verbale transmettant la compassion (Tehranineshat et al., 2019)

	<i>Communication verbale</i>	<i>Communication non verbale</i>
<i>Techniques</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Poser des questions - Individualiser la personne <ul style="list-style-type: none"> - Affirmer - Rassurer - Faire preuve d'humour - Communiquer sa sensibilité - Donner des informations claires <ul style="list-style-type: none"> - Écoute active 	<ul style="list-style-type: none"> - Utilisation de gestes - S'asseoir à côté du patient <ul style="list-style-type: none"> - Le silence - La posture corporelle <ul style="list-style-type: none"> - Le ton de la voix - Le contact visuel <ul style="list-style-type: none"> - L'écoute - Le sourire
<i>Conséquences</i>	Sentiment d'affirmation et de compréhension	

II.1.2.3. La régulation des émotions

Les émotions permettent de s'adapter à son environnement et de communiquer, au centre des soins de compassion. D'une part, elles peuvent aider à faire les bons choix selon le contexte et l'expérience, et d'autre part, elles permettent un meilleur ajustement mutuel lors des interactions sociales par le ressenti de l'effet produit sur l'autre (Loriol & Weller, 2005).

La **régulation des émotions** est un concept en essor dans les soins (Gross, 2015) du fait de leur importance pour le **bien-être** social et émotionnel (Thompson et al., 2019). C'est un processus qui permet d'influencer ses propres émotions et celles des autres (Gross, 2015). Dans les soins compassionnels, ce concept permet d'aider le soignant à gérer ses émotions tout en essayant d'induire chez le patient des émotions qui facilitent le soin (Loriol & Weller, 2005).

Parmi les moyens de régulation émotionnelle, deux modèles seront présentés : la **réappréciation** à travers les changements cognitifs et l'entraînement à la **compassion**. La **réappréciation** est une stratégie (Gross, 2015) qui part du principe que la régulation s'initie lorsqu'un individu souhaite ressentir une émotion différente, par divergence entre l'émotion générée et souhaitée (Thompson et al., 2019). Gross (2015) définit les processus de régulation des émotions à partir de chaque étape de la génération des émotions, pouvant être la cible d'une

régulation : la situation, l'attention, l'évaluation à travers des processus cognitifs et la réponse. En particulier, l'observateur peut **modifier l'évaluation** de la situation (**réappréciation**) par des **changements cognitifs** (Gross, 2015), qui régulent activement vers le bas l'affect négatif (Klimecki et al., 2014) (Figure 3).

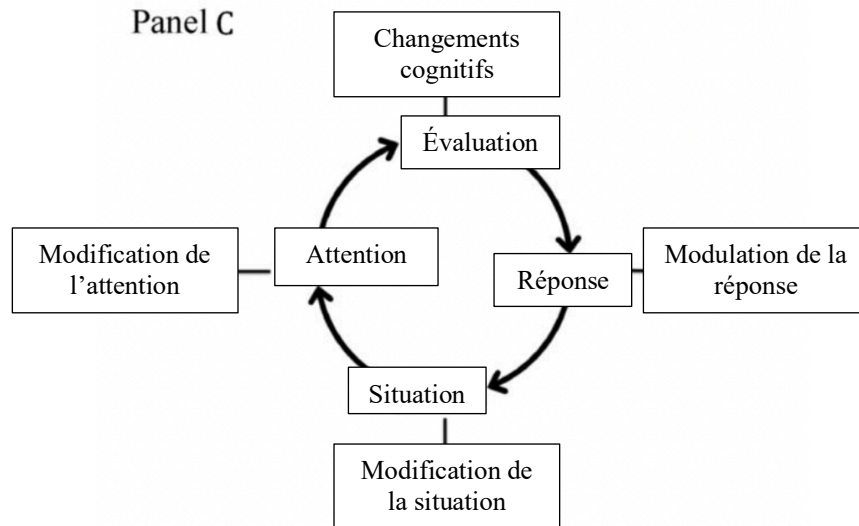


Figure 3 : Modèle de régulation des émotions, tirée de Gross, 2015, p. 6

Les émotions, provenant de l'extérieur et perçues par l'observateur, sont évaluées comme négatives ou positives, et donnent lieu à des processus de régulation (Figure 4) (Gross, 2015) : c'est par ces processus itératifs que l'empathie issue de l'observation d'autrui est régulée.

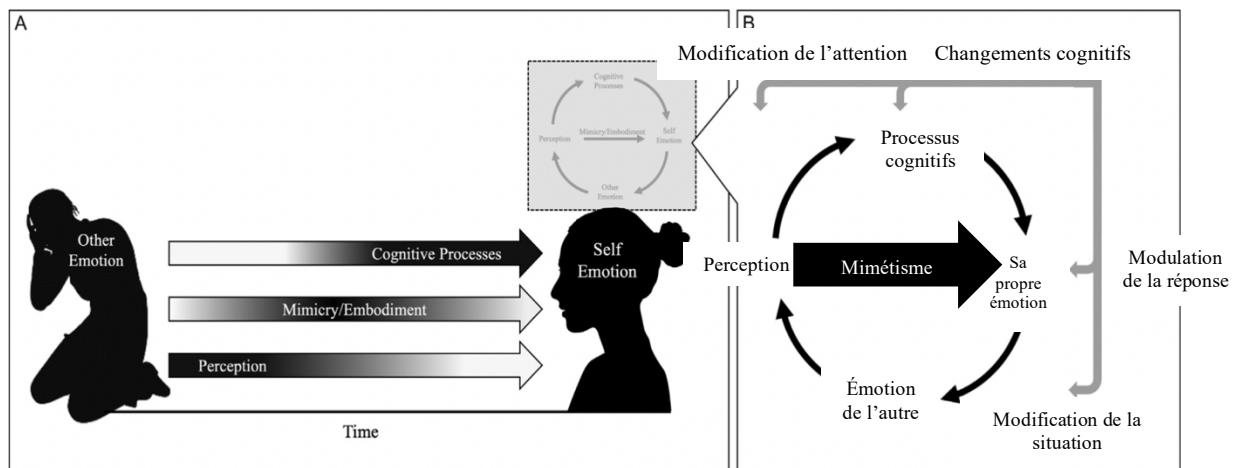


Figure 4 : Les processus de régulation des émotions, associés à l'empathie, tirée de Thompson et al., 2019, p. 14

Cependant, l'entraînement à la **compassion** remet en question ce modèle : en créant volontairement ces états de compassion, il est possible de rencontrer la souffrance d'autrui tout en gardant un état émotionnel initial de bienveillance grâce à une imagerie dirigée qui accentue les émotions positives (attention, préoccupation) avec la motivation d'aider (Engen & Singer,

2015). Ainsi, la compassion induit la génération **volontaire** d'un état émotionnel **positif**, sans altérer le traitement des *stimuli* négatifs (Engen & Singer, 2015). De ce fait, la compassion se définirait comme une **stratégie de régulation** puisqu'elle permet une contre-génération d'un état affectif positif aux facteurs de stress (Engen & Singer, 2015).

Enfin, pour être efficace, la régulation émotionnelle doit être invisible, naturelle (Loriol & Weller, 2005) et ne devrait pas être associée à une suppression expressive⁵ (Gross, 2015). Cette dernière peut entraîner une diminution des émotions positives, à l'inverse des émotions négatives qui sont inchangées, augmentant les réponses du système nerveux sympathique, évoquant l'épuisement professionnel (Gross, 2015). Il en est de même pour le détachement émotionnel, qui peut réduire la peur à court terme, au prix d'effets négatifs sur la santé psychologique à long terme (Burks & Kobus, 2012).

II.1.3. Application à mon sujet

La littérature prône les **avantages** des soins compatissants (Sinclair, Beamer, et al., 2017 ; Singer & Klimecki, 2014) et empathiques (de Waal, 2008) : meilleure satisfaction des patients et du personnel soignant (gestion des situations stressantes) (Wilkinson et al., 2017) et meilleure qualité du système de santé (gain de temps et réduction des coûts) (Singer & Klimecki, 2014). Cependant, les patients **recevraient peu** de soins compassionnels (Tehranineshat et al., 2019). Ceci s'expliquerait par des facteurs **inhibiteurs** (Tableau II), qui causeraient un manque d'entrain au travail (Tehranineshat et al., 2019). En effet, se sentir capable de faire face à une situation est essentiel pour susciter la compassion et éviter de ressentir de la détresse et de l'anxiété face à la souffrance des autres (Goetz et al., 2010).

Tableau II : Facteurs inhibiteurs des soins de compassion selon Crawford, Brown, Kvangarsnes & Gilbert, 2014 ; Goetz et al., 2010 ; Tehranineshat et al., 2019

Facteurs	Indicateurs associés
Caractéristiques et problèmes personnels du soignant	Charge cognitive, fatigue physique ou émotionnelle, maladie, manque de bien-être
Comportement du patient	Peu de tolérance, d'aide, comportements défensifs, peu d'amélioration dans la thérapie
Facteurs organisationnels (les plus récurrents)	Charge de travail, valeur des soins compassionnels dans le système de santé, contraintes de temps, manque de personnel




Outre ces facteurs, les professionnels de santé, dont les MK (Truchot & Mudry, 2019), sont exposés à des situations émotionnellement **exigeantes**, avec des patients qui expriment

⁵ Efforts continus pour inhiber l'expression des émotions (Gross, 2015)

souvent des émotions négatives intenses (Wilkinson et al., 2017), pouvant susciter des réponses affectives négatives chez les soignants (Engen & Singer, 2015). Bien que l'empathie soit cruciale, le partage excessif quotidien des émotions négatives par le biais de **l'empathie** peut être inadapté et constituer une source **d'épuisement professionnel**⁶ via la **détresse empathique** (Altmann & Roth, 2021 ; Engen & Singer, 2015 ; Klimecki, Leiberg, Lamm & Singer, 2013 ; Klimecki et al., 2014) : un mécanisme de défense créerait une diminution de l'empathie, pour se retirer émotionnellement (Altmann & Roth, 2021) de la situation. En conséquence, la **détresse empathique** peut être à l'origine de la distanciation du soignant (Sinclair, Raffin-Bouchal, et al., 2017). Même si aucune relation de cause à effet n'a été prouvée, la dépersonnalisation (réponse insensible des soignants face aux patients) peut être considérée comme un des moyens de protection émotionnelle des soignants (Compagnon & Ghadi, 2009 ; Wilkinson et al., 2017), les poussant à imposer une distance inadaptée (Weller, 2002) avec le patient, provoquant une déshumanisation (Loriol & Weller, 2005) et pouvant mener à de la **maltraitance ordinaire**.

En revanche, la **compassion** serait bénéfique si elle est utilisée comme **stratégie** d'adaptation pour surmonter la détresse empathique (Engen & Singer, 2015), en apprenant à transformer l'empathie en compassion (Preckel et al., 2018), afin de renforcer la résilience, la volonté d'aider et donc **prévenir l'épuisement professionnel** (Engen & Singer, 2015 ; Klimecki et al., 2014 ; Sinclair, Raffin-Bouchal, et al., 2017) (Tableau III). Ainsi, puisque la compassion serait bénéfique pour les patients et les soignants, cela nécessite donc une remise en question de la notion de fatigue de compassion en tant que détresse empathique (Sinclair, Beamer, et al., 2017) comme l'indiquent Sinclair, Raffin-Bouchal, et al. (2017).

Tableau III : Différences conceptuelles entre empathie et compassion et leurs conséquences

<u>Empathie</u>	<u>Compassion</u>
Activation des réseaux neuronaux isomorphes (en miroir) à l'état émotionnel de la personne qui souffre (Preckel et al., 2018 ; Sinclair, Beamer, et al., 2017)	Activation des circuits cérébraux de la récompense , l' émotivité positive , l' amour et l' affiliation (Engen & Singer, 2015 ; Klimecki et al., 2014 ; Preckel et al., 2018)
 AFFECT NÉGATIF chez l'observateur (Klimecki et al., 2014 ; Singer & Klimecki, 2014)	 AFFECT NÉGATIF (Engen & Singer, 2015),  AFFECT POSITIF (Engen & Singer, 2015 ; Klimecki et al., 2014 ; Singer & Klimecki, 2014)

⁶ Les relations entre l'épuisement professionnel et l'empathie ne sont pas unanimes (Wilkinson et al., 2017)

<u>Émotions négatives</u>	<u>Émotions positives</u>
Partage plus fort d'expériences douloureuses (Klimecki et al., 2014)	Bien-être émotionnel, motivation à aider et comportements prosociaux, sans ignorer la souffrance ou changer la réalité négative (Engen & Singer, 2015 ; Klimecki et al., 2014 ; Sinclair, Raffin-Bouchal, et al., 2017 ; Singer & Klimecki, 2014)
→ DÉTRESSE EMPATHIQUE (Klimecki et al., 2013 ; Klimecki et al., 2014) → ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL	→ STRATÉGIE DE RÉGULATION ÉMOTIONNELLE (Engen & Singer, 2015) → PRÉVENTION DE L'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL

Au final, l'état émotionnel d'un observateur peut être soumis à une **régulation** des émotions, lui permettant de comprendre les émotions de l'autre perçues à travers l'empathie et d'apporter une réponse dynamique (Thompson et al., 2019). En santé, l'utilisation de la compassion, comme stratégie de régulation, permet de maintenir un lien empathique tout en **neutralisant la détresse empathique** (Engen & Singer, 2015).

Tous ces éléments me permettent, dans un premier temps, de prendre du recul par rapport aux émotions négatives que j'ai pu ressentir lors de mes stages face aux comportements du personnel de santé : en tant que stagiaire, les situations ne sont vues que de l'extérieur, ne prenant pas en compte les contextes personnels et professionnels du soignant.

II.2. La maltraitance ordinaire

II.2.1. Définition

La **maltraitance ordinaire** (maltraitance « institutionnelle » ou « passive ») peut être l'une des conséquences d'une dépersonnalisation des patients (Compagnon & Ghadi, 2009). Il s'agit d'un sentiment d'abandon, de manque d'informations ou d'écoute, de « transparence » d'une personne au sein d'un établissement de santé (HAS, 2010). Elle se différencie d'une maltraitance délictuelle et intentionnelle par son caractère quotidien, **banalisé**, parfois invisible et elle concerne l'institution plus que les individus (HAS, 2010). Cette maltraitance peut être liée à **l'organisation** (bruit, rythme des soins) ou à des comportements **individuels** (culpabilisations, discussions entre les professionnels) (Annexe II). Trois droits fondamentaux des patients ne sont pas respectés dans ce cas : droit à l'information, au soulagement de la douleur et au respect de la dignité du patient (HAS, 2010). En particulier, trois situations à risque ont été identifiées, dont la fin de vie et les soins de réanimation (HAS, 2010) dans lesquels les MK peuvent intervenir.

II.2.2. Théorisation : L'humanisme et le professionnalisme

II.2.2.1. L'humanisme

À travers la bientraitance (Compagnon & Ghadi, 2009), l'**humanisme** fait écho aux valeurs prônées pour éviter la maltraitance ordinaire dans les institutions de santé. C'est un ensemble de **convictions personnelles** à l'origine d'un « respect manifeste des préoccupations et des valeurs du patient et une considération passionnée pour le bien-être physique et émotionnel du patient » [Traduction libre] (Arnold P. Gold Foundation, s.d., cité dans Stern, Cohen, Bruder, Packer & Sole, 2008, p. 497), en considérant ses origines culturelles (Gold Foundation, s. d.). L'acronyme I.E.C.A.R.E.S. (Figure 5) décrit l'humanisme en santé (Gold Foundation, s. d.), concept récent dans les soins (Gaufberg & Hodges, 2016 ; Stern et al., 2008).

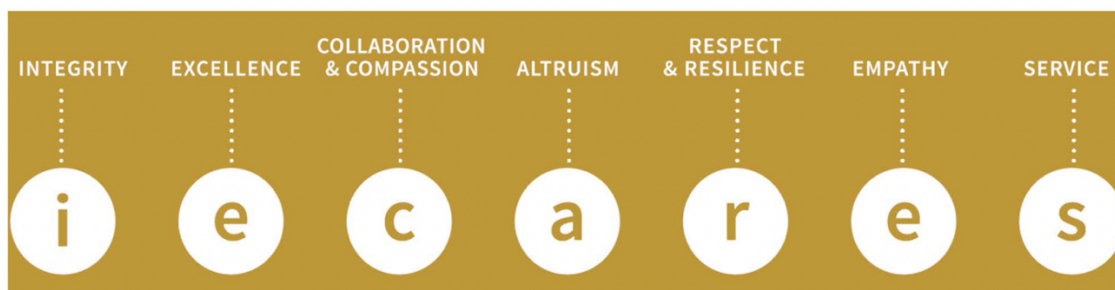


Figure 5: Les attributs de l'humanisme tiré de la Gold Foundation (s. d.)

L'humanisme englobe les aspects « **non cognitifs** » du soignant, représentant les principes de respect du patient et de sa famille (Montgomery, Loue & Stange, 2017), de compassion, d'empathie, d'honneur, d'intégrité (Stern et al., 2008) et de dignité (Gaufberg & Hodges, 2016), tout en reconnaissant les besoins et l'autonomie de chacun (Swick, 2007). De ce fait, au cœur de l'humanisme se situe la bienveillance humaine, qui se manifeste par l'écoute et la communication, la prise en compte du bien-être psychologique du patient, la reconnaissance de son **individualité** et la confiance thérapeutique (Montgomery et al., 2017).

De plus, l'humanisme implique la reconnaissance et la gestion des tensions entre les valeurs : par exemple, empathie et objectivité, efficacité et qualité, soins standardisés et individualisés (Gaufberg & Hodges, 2016). Au final, le modèle qui résulte de l'humanisme est centré sur l'interaction entre le *cœur* et la *tête* (Montgomery et al., 2017) :

- Le *cœur* représente les domaines émotionnels de l'empathie, de la compassion et de l'altruisme, associés à l'**humanisme** ;
- La *tête* représente les domaines cognitifs de la connaissance, des attitudes et des croyances, associés au **professionnalisme**.

Ce lien est nourri par la **réflexion critique** (Stern et al., 2008) du soignant (ouverture à l'apprentissage et réévaluation continue des expériences) et une **prise de conscience** (Montgomery et al., 2017), grâce à une réflexion personnelle puis collective soutenue par le système, permettant l'action (Figure 6).

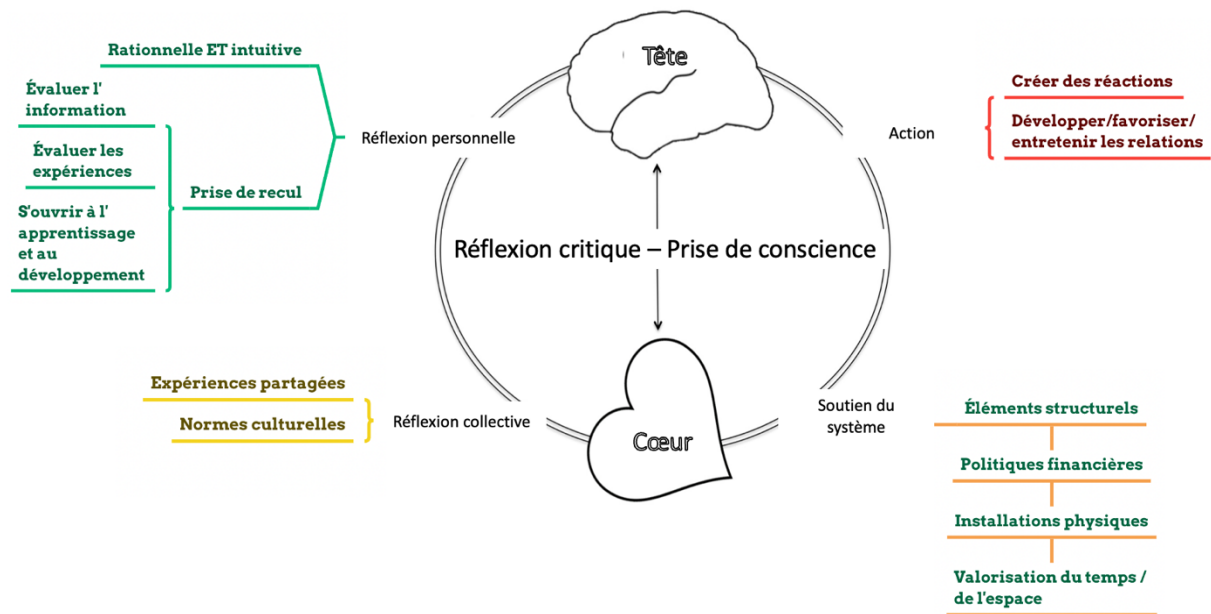


Figure 6 : Quatre éléments qui alimentent l'humanisme, figure modifiée tirée de Montgomery et al., 2017, p. 379

II.2.2.2. Le professionnalisme

Le **professionnalisme** médical est le **comportement** du soignant visant à prioriser les intérêts du patient par rapport aux siens (Tehranireshat et al., 2019). **L'humanisme** est **l'un des quatre piliers du professionnalisme**, les autres étant la responsabilité, l'altruisme et l'excellence (Stern, 2006 ; Stern et al., 2008). Ces éléments intègrent des compétences cliniques, de communication, de compréhension éthique et juridique, tout en incluant l'empathie (Brazeau et al., 2010) et la compassion, mais aussi le devoir professionnel, l'honnêteté, l'intégrité et le respect (APTA, 2013 ; Quaintance, Arnold & Thompson, 2008). Alors que le professionnalisme est lié à un ensemble **d'actions** et de comportements, **l'humanisme** constitue les **croyances** personnelles influençant ces actions et comportements (Stern et al., 2008) (Tableau IV). Le Code de déontologie regroupe ceux qui sont attendus du MK.

Tableau IV : Lien entre valeurs humanistes et professionnalisme (Akhtar-Danesh et al., 2013 ; Montgomery et al., 2017; Stern et al., 2008)

Valeurs humanistes (Stern et al., 2008)	Professionnalisme (Akhtar-Danesh et al., 2013)
Compassion	<ul style="list-style-type: none"> - Image, tenue et expression du soignant - Connaissance spécialisée et esprit de recherche - Fixation d'objectifs, engagement et collaboration pour l'atteinte d'objectifs - Défense des intérêts du patient / famille / communauté / profession - Réflexivité / conscience de groupe solide
Respect de l'individualité : sexe, âge, culture, croyances, religion, handicap, orientation sexuelle ou politique (Akhtar-Danesh et al., 2013)	
Respect de l'intégrité et de la dignité	
Respect de la vie privée	
Respect du principe d'autonomie	
Réactivité aux besoins des patients	
Responsabilité envers les patients / société / profession	

Enfin, un **environnement** de travail où les croyances et les normes adéquates sont communiquées et appliquées par le personnel (contrôle de la pratique, qualité de vie/climat et soutien professionnel) favoriserait le professionnalisme (Akhtar-Danesh et al., 2013).

II.2.3. Application à mon sujet

Pour des soins de qualité, des compétences aussi bien technico-scientifiques que relationnelles sont souhaitables : le professionnalisme englobe ces compétences, dont les soins compatissants qui en constituent une dimension importante (Saraga et al., 2014 ; Sinclair, Raffin-Bouchal, et al., 2017 ; Tehranineshat et al., 2019).

Bien que les relations de cause à effet ne soient pas prouvées, une corrélation négative indiquerait que l'**épuiement professionnel** entraîne des comportements professionnels moins souhaitables (Brazeau et al., 2010) qui mèneraient alors à la **maltraitance ordinaire** (Compagnon & Ghadi, 2009) et impacteraient la satisfaction des patients (Ko & Lee, 2017). La compassion constitue donc un besoin réel pour améliorer d'une part, le bien-être des soignants qui perçoivent plus de sens à leur travail, et d'autre part celui des patients (Gaufberg & Hodges, 2016). Ce concept, associé au professionnalisme, constituerait un **levier d'action** sur la maltraitance ordinaire en amenant à des pratiques plus humanistes (Montgomery et al., 2017 ; Tehranineshat et al., 2019).

Pour favoriser l'humanisme et éviter la maltraitance ordinaire, un équilibre entre *l'Evidence-Based-Practice*⁷ et la réflexion critique sur les pratiques (Epstein, 1999 ; HAS, 2010) doit exister. Cette **réflexivité** permet de construire une **identité professionnelle** (Stern et al., 2008) et peut être mise en lien avec la **régulation émotionnelle** qui participe au professionnalisme (Loriol & Weller, 2005). En effet, la réflexivité permet de mieux intégrer et comprendre ses émotions, valeurs, connaissances et attitudes pendant ou après une expérience. Ce processus améliore l'empathie et la compassion (Burks & Kobus, 2012 ; Epstein, 1999) : « une mauvaise conscience intéroceptive entraîne une détresse empathique, mais la régulation émotionnelle par la conscience intéroceptive peut susciter la compassion par l'émotivité cognitive » [Traduction libre] (Willgens & Hummel, 2016, p.57).

Ces éléments me permettent ainsi d'appréhender l'humanisme comme une valeur professionnelle, se construisant au travers de l'expérience et de la réflexivité sur la pratique. Cette dernière est au centre de la régulation des émotions et de l'empathie nécessaires à l'application des soins compatissants et permettant à terme d'agir sur le bien-être des soignants et sur la maltraitance ordinaire dans les établissements de santé.

III. Question de recherche

Le travail théorique précédent me permet d'aboutir à un raisonnement qui se précise.

Certes, l'empathie fait émerger des notions telles que la **compassion** et les soins de compassion. Ceci apporte du **positif** dans les prises en charge, autant pour les soignants que pour les patients, avec la relation soignant-soigné au centre. Cependant, du point de vue des soignants et des MK, une majorité de la littérature aborde des **conséquences négatives** sur le bien-être professionnel en lien avec l'empathie, telles que la détresse empathique pouvant provoquer un épuisement professionnel ou une fatigue de compassion. Ces derniers, malgré une absence de preuves, semblent intimement liés à la notion de maltraitance ordinaire du fait d'une dépersonnalisation et d'une distance inadaptée, comme réponse défensive du soignant.

Par ailleurs, la **maltraitance ordinaire**, bien qu'institutionnelle peut être limitée par des actes individuels. De là interviennent les notions **d'humanisme** et de **professionnalisme** abordées précédemment. Ces concepts sont intimement liés, car les valeurs humanistes individuelles influencent les comportements adoptés par le professionnel de santé. Pour ce faire,

⁷ Comprend la littérature, les relations d'empathie, la personnalisation des soins (Montgomery et al., 2017) et l'expertise clinique (Gold Foundation, s. d.)

un « juste » équilibre entre la « tête » et le « cœur » est essentiel pour une relation soignant-soigné profitable.

Le lien central ou encore l'équilibre à trouver entre ces éléments constitue la **régulation émotionnelle** permise, d'une part, par la **réflexivité** sur la pratique clinique, élément majeur du professionnalisme et de l'humanisme, et d'autre part, par l'application de la **compassion** dans les soins. Cette régulation émotionnelle est un enjeu dans le contrôle de l'empathie, voire de la compassion afin de maintenir une relation de soin saine et limiter les risques de maltraitance ordinaire.

Au final, les concepts abordés semblent mettre en lumière **l'intérêt** des soins de compassion dans la pratique des soignants pour éviter de déborder vers la maltraitance ordinaire. Ceci semble pourtant être **contradictoire** avec les risques soulevés dans la littérature de fatigue de compassion et d'épuisement professionnel encourus lors d'une mauvaise gestion émotionnelle (de l'empathie ou de la compassion). Ainsi, étant à la recherche d'une **stratégie de régulation émotionnelle**, je m'intéresse à l'application des soins de compassion en tant que telle.

Je peux donc faire ressortir ma **question de recherche**, qui est la suivante :

Quelle est la place des soins de compassion, dans la pratique hospitalière des MK, afin de lutter contre la maltraitance ordinaire à La Réunion ?

Un questionnement secondaire porte sur l'impact de l'expérience dans la régulation émotionnelle du MK à travers la pratique des soins de compassion. Alors que la littérature indique que les MK moins expérimentés ont plus d'intérêt pour la compassion, ceux-ci seraient également davantage concernés par la **fatigue compassionnelle**. Ainsi l'application des soins de compassion chez les MK serait-elle dépendante des années d'expérience ?

IV. Méthodologie de recherche

IV.1. Les objectifs de l'étude

À travers cette question de recherche **descriptive**, les objectifs **principaux** qui en ressortent sont : (1) *Identifier les expériences de maltraitance ordinaire vécues par les MK hospitaliers à La Réunion* ; (2) *Identifier les critères d'application des soins de compassion chez ces MK hospitaliers* ; (3) *Comprendre la place des soins de compassion comme moyen de régulation de leurs émotions afin d'éviter les processus de maltraitance ordinaire.*

L'objectif **secondaire** de cette étude est de déterminer le rôle de l'expérience professionnelle dans l'application de ces soins de compassion.

IV.2. Méthode de recherche qualitative

IV.2.1. Choix de la méthode qualitative

La méthode **qualitative** s'impose ici pour un recueil d'expériences des MK hospitaliers, de leurs comportements, émotions et processus de pensée (Strauss & Corbin, 1998) à travers une étude **phénoménologique** (Aubin-Auger et al., 2008). Il s'agit d'une recherche large, ouverte, **compréhensive** (Demony, 2016) qui accède aux opinions et représentations des MK sur un problème social (Creswell, 2014 ; Livian, 2015). De ce fait, les résultats de cette recherche seront obtenus par une analyse non statistique, mais **interprétative**, du fait de l'implication de l'enquêteur dans la recherche (Creswell, 2014 ; Strauss & Corbin, 1998).

Cette méthode permet d'explorer un sujet peu renseigné dans la littérature (Strauss & Corbin, 1998) : **peu d'études récentes** portent sur les soins de compassion dans la lutte contre la maltraitance ordinaire. L'observation d'une **petite population** montrera les processus et actions propres à cette population de MK (Livian, 2015) de La Réunion non étudiée à ce jour dans une recherche similaire.

Au vu des objectifs fixés et de la méthode utilisée, la **démarche inductive** est utilisée (Creswell, 2014 ; Livian, 2015) : étant réaliste (Loubet del Bayle, 2012), elle consiste à partir du terrain pour progresser vers une théorisation (Livian, 2015). De ce fait, les concepts continuent d'être élaborés par les observations de terrain, dont le sens est donné par le chercheur, dans un processus de généralisation progressive où le général est induit par le particulier (Loubet del Bayle, 2012 ; Van Campenhoudt, Marquet & Quivy, 2017).

IV.2.2. Posture réflexive et éthique du chercheur sur le terrain

La mise en œuvre de cette étude prêtera attention aux questions éthiques du début de l'étude jusqu'à la collecte, l'analyse et le partage des données (Creswell, 2014). Le but de cette

étude n'est pas d'être dans le jugement des professionnels de santé, mais de mettre la lumière sur leur **rôle** dans la lutte contre la maltraitance ordinaire, à travers l'utilisation des soins de compassion. Ma posture, en tant que chercheur, doit donc nécessairement être **neutre** afin de répondre au mieux et avec rigueur aux objectifs de l'étude (Demony, 2016).

IV.2.3. Conscientisation de mes *a priori*

De par l'implication du chercheur dans l'enquête, celui-ci doit évaluer ses préjugés qui peuvent avoir un rôle dans l'interprétation de l'étude (Creswell, 2014).

Suite à mes expériences en tant que **stagiaire**, j'ai pu être témoin ou participer à des situations, qui, après mes diverses recherches s'avèrent s'apparenter à de la maltraitance ordinaire. Cependant, le point de vue d'un stagiaire n'est qu'extérieur : les **contextes** professionnel (environnement, charge de travail, travail pluridisciplinaire) et personnel du MK sont des points majeurs dans ces comportements observés. Une **prise de recul** est nécessaire pour ne pas être inconsciemment portée vers la **défense** de la cause des patients dans les discours entendus. De plus, du fait de ma posture d'étudiante et de future jeune professionnelle, je souhaite « **bien faire** » et risque de **généraliser** ce point de vue à tous les jeunes professionnels : ceci m'orientant vers le fait que les plus expérimentés ont tendance à négliger ce versant relationnel du fait d'« **habitudes** » et par conséquent être moins pourvoyeurs de soins de compassion. Cependant, divers éléments de la littérature ont su me démontrer le contraire.

De ce fait, concernant ce sujet sensible, une **neutralité** et **objectivité** s'avèrent être des points centraux pour ne pas être dans le jugement et biaiser le recueil de données, ce qui risquerait d'omettre des informations majeures dans la compréhension des phénomènes de soins de compassion et de maltraitance ordinaire.

IV.3. Choix et description de l'échantillon d'étude

IV.3.1. Choix de l'échantillon d'étude

En dehors de la personnalité des MK, les expériences cliniques passées et les compétences en communication influencent les capacités de compassion (Sinclair, Raffin-Bouchal, et al., 2017). De ce fait, la population d'étude sera d'abord construite à partir des **années d'expérience** des MK : l'expérience peaufine les capacités de communication (Giglio, 2016 ; Greenfield, 2006), d'autant plus centrées sur le patient avec les années (Jensen, Shepard, Gwyer & Hack, 1992). En particulier, le degré de congruence émotionnelle de l'empathie dépend de l'expérience personnelle (Cuff et al., 2016). Ici, les MK sont considérés comme expérimentés s'ils ont **au moins 7 ans** d'expérience en hôpital (peu importe le service) (Beeston & Simons, 1996 ; Greenfield, 2006 ; Jensen, Gwyer, Shepard & Hack, 2000 ; Smith, Joy &

Ellis, 2010). Les MK seront considérés comme moins expérimentés s'ils ont **moins de 2 ans** d'expérience en hôpital (Greenfield et al., 2008 ; Jensen et al., 1990, 1992 ; Smith et al., 2010). Il sera donc important d'intégrer dans cette étude autant de MK peu expérimentés que de MK plus expérimentés (Willgens & Hummel, 2016) afin d'une part, d'avoir une population hétérogène, et d'autre part de pouvoir répondre à l'objectif secondaire.

Ensuite, les femmes seraient plus empathiques et attentionnées que les hommes (Christov-Moore et al., 2014 ; Hojat et al., 2002), et chez les MK cette tendance se confirme (Raz, Jensen, Walter & Drake, 1991). En outre, les données nationales indiquant que 68 % des MK salariés sont des femmes et 32 % sont des hommes (Quesnot, 2022), l'échantillon respectera donc de préférence une répartition d'environ **2 femmes pour 1 homme**, afin d'obtenir des données se rapprochant au mieux de la population de MK, avec une méthode empirique d'échantillonnage (Aktouf, 2006). Ainsi, le groupe représentera au mieux les perspectives de la population de MK de La Réunion à travers les critères établis (Tableau V), dans le but final de produire suffisamment de données pour répondre à la question de recherche (Kohn & Christiaens, 2015). Dans cette optique, le nombre de MK à interroger est fixé à **au moins 6** à partir des articles dont le thème se rapproche de cette étude (Creswell, 2014 ; Greenfield, 2006 ; Greenfield et al., 2008 ; Greenfield, Keough, Linn, Little & Portela, 2010 ; Jensen, Shepard & Hack, 1990 ; Jensen et al., 1992 ; Willgens & Hummel, 2016).

Tableau V : Critères d'inclusion, de non inclusion et d'exclusion de l'étude

Critères d'inclusion	Critères de non inclusion	Critères d'exclusion
Avoir le diplôme d'État (MKDE) ou MK avec équivalence	MK exerçant en milieu libéral	
Parler la langue française	MK ne connaissant pas le terme de « maltraitance ordinaire »	Refus d'enregistrement de l'entretien
Exercer à l'hôpital à La Réunion		Enregistrement interrompu / incomplet
MK ayant été à l'origine de situations se rapportant à de la maltraitance ordinaire	MK n'ayant jamais été à l'origine de situations se rapportant à de la maltraitance ordinaire	
Être volontaire pour l'étude		

IV.3.2. Questionnaire de recrutement de la population cible

Un questionnaire de recrutement a été réalisé auprès des MK hospitaliers de La Réunion afin d'identifier de manière optimale les MK à inclure dans l'étude (Demoncey, 2016). Pour ce

faire, un **questionnaire numérique** leur a été transmis (Annexe III) par mail via les différents cadres de 5 structures hospitalières de l'île et les réseaux sociaux. Le recrutement s'est étendu du 23/12/2022 au 27/02/2023.

Tableau VI : Critères de recrutement de la population d'étude selon les réponses au questionnaire de pré-inclusion (Vert = choix favorable / Rouge = choix défavorable / N = Nombre de MK)

	Sexe	Années d'expérience	Connaissance du terme de « maltraitance ordinaire »	Situations cliniques de maltraitance ordinaire (Annexe II)	Connaissance du terme de « soins de compassion »
Groupe A (N)	Ratio : 2 femmes pour 1 homme	> 7 ans d'expérience	OUI	Au moins une fois « rarement » ou « occasionnellement » ou « assez souvent » ou « souvent »	OUI
			NON	4 fois « Jamais »	NON
Groupe B (N)	Ratio : 2 femmes pour 1 homme	< 2 ans d'expérience	OUI	Au moins une fois « rarement » ou « occasionnellement » ou « assez souvent » ou « souvent »	OUI
			NON	4 fois « Jamais »	NON

IV.4. Description des contextes et des moyens envisagés

IV.4.1. L'outil de recueil des données

Parmi les outils de recueil de données (Figure 7), les observations ou vidéos sont, pour un sujet **sensible** comme celui-ci, difficiles d'application : des patients ou des informations confidentielles peuvent être filmés, ce qui risque de mettre les participants, les patients, l'institution ou le chercheur dans des positions inconfortables. De même, la présence de l'enquêteur peut causer une modification des comportements. Enfin, les compétences d'observation de celui-ci peuvent constituer un biais (Creswell, 2014).

		structuré ↔	Semi-structuré ↔	non structuré/ouvert
VOIR	Etude des documents	Analyse statistique		Analyse du contenu («content analysis»)
	Observation	Observation avec grille d'observation structurée	Observation avec guide	Observation participante
ENTENDRE	Entretien individuel	Questionnaire (questions fermées)	Entretien avec guide (questions ouvertes préformulées, peu de questions fermées)	Entretien ouvert sans guide (questions ouvertes)
	en groupe	Questionnaire de groupe	Discussion en groupe focal (GF)	Entretien «narratif» en groupe; 2 ^e partie de la discussion en GF

Figure 7 : Techniques de recueil de données en recherche qualitative (LEPCAM, s. d.)

Les entretiens collectifs peuvent être biaisés par la peur du jugement des autres participants présents. De ce fait, l'**entretien individuel semi-directif** correspond le mieux à ce sujet (Kohn & Christiaens, 2015), en permettant de suivre une **ligne directrice** (Creswell, 2014), tout en laissant au MK la liberté de s'exprimer sur ses idées, raisonnements et pratiques (Demony, 2016) qui donneront directement accès à ses représentations personnelles. Pour diminuer le caractère artificiel de l'entretien, celui-ci se rapprochera d'une **conversation** naturelle (Olivier de Sardan, 1995).

Ces entretiens sont réalisés **face à face** dans un lieu **neutre** pour favoriser une expression libre. Pour des raisons pratiques pour les participants, ils se dérouleront sur leur lieu de travail. Mais pour favoriser leur **reproductibilité** et leur **confidentialité**, ceux-ci auront lieu dans une salle isolée, porte close sans dérangement extérieur (téléphones silencieux) pour ne pas parasiter le recueil de données (Aktouf, 2006 ; Demony, 2016). Les entretiens dureront **30 à 40 minutes** (Aktouf, 2006 ; Willgens & Hummel, 2016) et seront **enregistrés** (Fossey, Harvey, McDermott & Davidson, 2002 ; Livian, 2015) avec une application sur Smartphone, avec l'autorisation préalable des MK, qui auront signé un **formulaire de consentement** libre et éclairé (Annexe IV) (Bramley & Matiti, 2014). Les enregistrements seront ensuite **retranscrits** à la main (Livian, 2015), anonymisés (Demony, 2016) et détruits après leur analyse pour préserver la confidentialité des participants (Bramley & Matiti, 2014). Des notes décriront les observations faites lors des entretiens (Fossey et al., 2002) (communication non verbale des MK par exemple (Demony, 2016)).

IV.4.2. La construction du guide d'entretien

Le guide d'entretien (Annexe V) a été constitué en incluant des instructions à suivre par l'enquêteur (début/arrêt de l'enregistrement, questions), afin de **standardiser** les procédures

pour chaque entretien. Il contient des questions **ouvertes**, classées par **thème**, accompagnées de questions **d'approfondissement** pour détailler les propos des MK (Creswell, 2014 ; Demoncey, 2016). Les questions ont été élaborées de façon à ne pas influencer les réponses des répondants. Le choix des mots est primordial : par exemple, l'utilisation du « comment » à la place du « pourquoi » permet d'induire une explication, un schéma de pensée (Demonic, 2016).

IV.5. Déroulement du recueil des données et de l'analyse des entretiens

IV.5.1. Déroulement du recueil des données

Plusieurs étapes de prise de contact ont été réalisées, allant du questionnaire de pré-inclusion au déroulement des entretiens semi-directifs : prise de **contact** avec les établissements hospitaliers, demande d'autorisation de **diffusion** du questionnaire de pré-inclusion, transmission aux cadres ou MK (mail ou réseau social), contact avec les participants (Figure 8).



Figure 8 : Déroulement du recueil de données et des entretiens semi-directifs

IV.5.2. Analyse des entretiens semi-directifs

Les entretiens ont abouti à l'analyse qualitative **donnant du sens** aux données (Creswell, 2014) : c'est un processus scientifique par sa rigueur et interprétatif (Strauss & Corbin, 1998), allant du spécifique au général avec plusieurs niveaux d'analyse, de manière **inductive** (Creswell, 2014) (Figure 9).

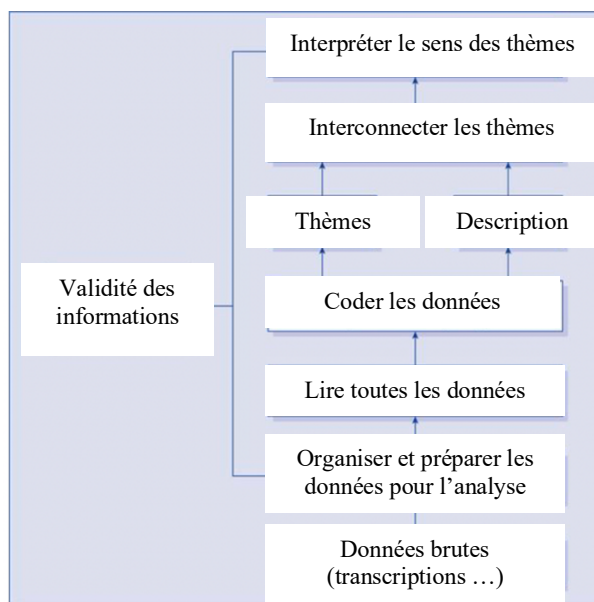


Figure 9 : Processus d'analyse de la méthode qualitative, tirée de Creswell, 2014, p. 247

L'analyse (Tableau VII) débute par une préparation et organisation des données textuelles avec la **transcription** des entretiens et des notes de terrain (Creswell, 2014). Les transcriptions ont été faites à la main afin de mieux s'imprégner des points de vue des participants (nombreuses lectures) (Blais & Martineau, 2006 ; Dany, 2016). Les données ont ensuite été triées : le **codage** inductif a permis d'identifier avec des couleurs les segments de texte (*verbatim*⁸) avec des significations spécifiques (**unités de sens**) (Blais & Martineau, 2006 ; Dany, 2016). Chaque unité de sens a été assignée à une **catégorie (code)** (Dany, 2016) nommée par une étiquette (mot ou courte phrase) (Blais & Martineau, 2006) correspondant en général à un terme *in vivo*⁹ (Creswell, 2014), qui représente les perspectives des MK (Badger & Royse, 2012). Les catégories peuvent évoluer et s'affiner dans une approche constructiviste (Blais & Martineau, 2006 ; Fallery & Rodhain, 2007). Elles doivent être exclusives, exhaustives, évidentes, pertinentes (Aktouf, 2006), et elles peuvent être attendues (littérature, bon sens), surprenantes, ou inhabituelles avec un intérêt conceptuel (Creswell, 2014). Ensuite,

⁸ Extraits de données textuelles authentiques (Ganassali, 2008)

⁹ Terme basé sur les mots réels du participant (Creswell, 2014)

elles sont regroupées pour former des **sous-thèmes** qui sont eux-mêmes assemblés dans des **thèmes** englobants (Aubin-Auger et al., 2008 ; Dany, 2016 ; Intissar & Rabeb, 2015 ; Paillé & Mucchielli, 2012). Au final, les données textuelles ont été segmentées afin de les reconstituer (Creswell, 2014) à travers une réduction, classification, comparaison, regroupement et dénombrement pour aboutir à une représentation affinée des thèmes et catégories obtenus (Dany, 2016 ; Fossey et al., 2002), mis en relation dans un modèle théorique explicatif et réaliste (Fossey et al., 2002 ; Intissar & Rabeb, 2015 ; Strauss & Corbin, 1998).

Tableau VII : Les étapes du processus d'analyse qualitative

Processus (Morse, 1994, cité dans Jensen et al., 2000)	Étape	Description de l'étape
Compréhension	1	Organiser les données : retranscription des entretiens (Annexe VI) , rédaction des notes de terrain, lecture (Aktouf, 2006 ; Creswell, 2014)
	2	Tri des données selon leurs significations globales : observations à partir des retranscriptions (Badger & Royse, 2012 ; Beeston & Simons, 1996 ; Creswell, 2014)
	3	Codage des données
Synthèse	4	Organisation en 5 à 7 thèmes (Creswell, 2014)
Théorisation	5	Comparaison et interprétation supplémentaires entre les différents MK, discussion sur les interprétations contradictoires, consensus grâce aux données trouvées (Jensen et al., 2000)
Recontextualisation	6	Analyse croisée des thèmes (Jensen et al., 2000) pouvant être interconnectés pour construire un modèle théorique (Creswell, 2014)

Ici, deux types d'analyses ont été couplées : d'une part, l'analyse **par entretien** (analyse **verticale**) (Demoncey, 2016) a fait ressortir les catégories et les thèmes récurrents par un codage propre à chaque entretien (Fossey et al., 2002) ; d'autre part, l'analyse **thématique** (analyse **transversale**) a contribué à un découpage transversal de l'ensemble des entretiens par des thèmes communs et divergents (Fossey et al., 2002) pour comparer les discours. L'analyse thématique finale a été répertoriée dans des **grilles d'analyse** spécifiques à chaque thème (Demoncey, 2016). Ces grilles comptent les fréquences des catégories (Fallery & Rodhain, 2007) et sont essentielles à la compréhension de la dichotomie de l'analyse qui implique la réflexion et l'intuition du chercheur, devant être transparentes pour le lecteur (Fossey et al., 2002).

V. Présentation des résultats bruts

V.1. Population finale de l'étude

La population finale d'étude est présentée dans le Tableau VIII. Du fait d'un manque de participants pour la population B (MK moins expérimentés), celle-ci a été réajustée : d'une part, ils ont été considérés comme tels si leurs années d'expérience étaient inférieures ou égales à **6 ans** (contre 2 ans dans les critères initiaux), d'autre part, ce groupe a été constitué avec **autant d'hommes que de femmes** (contre un ratio d'un homme pour deux femmes dans les critères initiaux). Ensuite, trois entretiens sur sept n'ont pas été réalisés dans les conditions prévues (salle non isolée, porte non close), cependant aucun dérangement extérieur n'a interrompu les entretiens. Tous les entretiens se sont réalisés face à face, entre le 30/01/2023 et le 15/03/2023.

Tableau VIII : Population finale d'étude

Groupe	MK	Sexe	Âge	Service	Années d'expérience	Durée de l'entretien
A	MK1	Femme	38 ans	Service hospitalier spécifique	9 ans	33 min 44
	MK2	Femme	53 ans	MPR	24 ans	16 min 29
	MK3	Homme	45 ans	Service hospitalier spécifique	12 ans	1h06
B	MK4	Femme	28 ans	Plusieurs services hospitaliers spécifiques	5 ans	19 min 55
	MK5	Femme	28 ans	Service hospitalier spécifique	4 ans	16 min 21
	MK6	Homme	29 ans	MPR	6 ans	13 min 40
	MK7	Homme	32 ans	Service hospitalier spécifique	5 ans et 9 mois	20 min 58

L'analyse qualitative de ces 7 entretiens a abouti à 4 thèmes finaux : la **maltraitance ordinaire** du point de vue des MK interrogés, les **critères des soins de compassion** appliqués par les MK à La Réunion, leurs **représentations des soins de compassion** et enfin **la place des soins de compassion dans la lutte contre la maltraitance ordinaire** à La Réunion.

Il a été choisi de mettre en valeur les **répétitions** d'un même MK dans son discours : à savoir, celles-ci ont été prises en considération si une même idée revenait plus d'une fois dans des contextes différents. Ceci a permis de mettre en valeur les insistances des MK interrogés dans une étude comptant un nombre relativement réduit de participants.

V.2. Thème n° 1 : La maltraitance ordinaire du point de vue des MK à La Réunion

Ce thème compte 18 catégories organisées en 5 sous-thèmes, présentés dans le Tableau IX.

Tableau IX : Tableau d'analyse réduit du thème n°1 – La maltraitance ordinaire perçue par les MK

Thème 1	Sous-thème	Catégories <i>Codes x Répétitions totales</i>	Répétitions par un même MK	Exemples de verbatim
La maltraitance ordinaire (MO) perçue par les MK	Définition de la MO pour les MK	Du point de vue du patient		MK 4 : « de la négligence liée à nos gestes répétés qui seraient peut-être un peu automatisés et sans prendre en compte le patient, peut-être ses douleurs, ses demandes à tel instant [...] de pas trop prendre en compte ces considérations parce que nous on a un soin à faire, sinon on peut être réprimandé si on ne fait pas ce soin » (l. 28 à 34)
		-Pas être considéré x 1 -Pas être écouté x 1 -Contre sa volonté x 1 -Inconfort x 1		
		Du point de vue du MK		MK 2 : « c'est les situations quotidiennes du quotidien qui font qu'on arrive à maltraiter les gens sans intention , [...] on devient maltraitant sans s'en rendre compte et sans voir [...] de la part du soignant qui prend des habitudes et par habitude fait des choses et sans même y penser devient maltraitant » (l. 17 à 22)
		-Sans intention / involontaire / inconscient x 5 -Habitudes x 3 -Actes quotidiens x 2 -PEC non optimale x 1 -Négligence x 1 -Rabaisser la personne x 1		
		Conséquence du fonctionnement de l'établissement		MK 2 : « souvent ça peut être une maltraitance je dirais institutionnelle » (l. 20 à 21) MK 4 : « parce que nous on a un soin à faire, sinon on peut être réprimandé si on ne fait pas ce soin » (l. 33 à 34)
		-Institutionnel x 2 -Hiérarchie x 1		
	Situations de MO auxquelles ont participé les MK	Communication entre professionnels		MK 1 : « quand je suis en formation avec un autre professionnel, [...] des fois où il (le patient) est là, on parle de lui, mais finalement il est un peu témoin » (l. 73 à 79) MK 4 : « tu apprends au patient à faire son transfert vers la gauche, parce qu'il sait faire son transfert que vers la gauche et les équipes te disent qu'elles ne le mettent pas au fauteuil du week-end parce qu'il n'est pas capable de faire son transfert, mais parce qu'ils ont mis le fauteuil à droite ... là clairement pour moi c'est [...] comme de la maltraitance du coup le patient il est condamné à rester au lit pendant 2 jours parce qu'il y a ... qui ne s'est pas bien passé » (l. 129 à 134)
		-Dans l'espace du patient : patient témoin x 3		
		-Défaut de communication dans l'équipe x 1		MK 5 : « Tous les soins où on est en communication avec un soignant dans l'espace de soin du patient et soit dont on parle du patient lui-même à la 3^e personne soit un moment où on raconte autres choses de nos vacances, de notre week-end » (l. 27 à 30)

		<u>Défaut de gestion émotionnelle du MK</u>		MK 2 : « on est brusque, on est agressif , et les gens ils ne comprennent pas pourquoi on est dans cette situation-là et alors qu'ils n'y sont pour rien et ça c'est de la maltraitance » (l. 106 à 107)
		-Brusque /agressif x 1		
		-Stress x 1		
		<u>Manque de disponibilité du MK par</u>		MK 2 : « j'ai eu un patient qui est arrivé pour un bilan et tous mes autres patients sont descendus tous en même temps, je me suis retrouvée avec 9 patients à gérer en même temps et à faire un bilan , et ben j'estime que je suis maltraitante avec tout le monde et ça m'a mise dans une situation inconfortable » (l. 80 à 83)
		-Charge de travail x 3	2 x MK 6	
		-Manque de temps global x 2	2 x MK 2	
		Manque de temps pour :		
		-écouter x 1		
		-comprendre x 1		
		-expliquer x 1		
		<u>Fonctionnement de l'institution</u>		MK 2 : « quand je suis complice d'une attente , c'est-à-dire qu'il y a un patient qui arrive en hôpital de jour, et les prescriptions ne sont pas faites , et on est obligé de le faire attendre » (l. 27 à 28)
		-Défaut d'organisation administrative x 2	2 x MK 2	
		-Attente x 1		
		<u>Non-respect des droits du patient</u>		MK 2 : « ça nous arrive de parler d'un patient parce que là on est au milieu d'un plateau technique et qu'on m'interpelle pour un patient et qu'il y a d'autres patients autour qui peuvent entendre la conversation et que c'est de la confidentialité des soins et ce n'est pas vraiment respecté » (l. 204 à 207)
-Vie privée /confidentialité x 3	3 x MK 2			
-Intimité x 2	2 MK x 2			
-Information x 1				
-Droit aux soins x 1				
-Volonté x 1				
<u>Incertitudes</u> x 2		MK 5 : « Ça je crois que ça fait partie de la maltraitance ordinaire » (l. 30)		
Profil des patients et soins qui favorisent la MO	<u>Troubles de communication</u>		MK 1 : « qui sont dysarthriques , ils ont toute leur tête mais ils ont des difficultés voire ils ne peuvent plus parler du tout et donc du coup de se faire comprendre alors qu'on a pas la parole, c'est pas évident pour eux » (l. 59 à 61)	
	-Dysarthrie x 2			
	-Maladies neuro-dégénératives x 1			
	-Patients très âgés x 1			
-Réanimation x 1				
<u>Troubles de compréhension</u>		MK 4 : « des kiné respi, chez des patients pas forcément en état de comprendre tout ce qui leur arrive , des patients avec des troubles cognitifs ou des maladies mentales » (l. 38 à 40)		
-Troubles cognitifs x 2				

		Troubles respiratoires	MK 1 : « des patients très âgés qui ne s'expriment plus, et pour lesquels [...] on est appelé [...] pour faire des soins de kiné respi » (l. 86 à 87)
		-Kiné respiratoire x 3 -Réanimation / soins de garde x 2	
		État des patients	MK 1 : « devoir aider à désencombrer alors que c'est des patients qui sont pas participants » (l. 87 à 88)
		-Non participants x 2 -N'ont pas envie x 1	
Environnement favorisant la MO		Organisation de l'institution	MK 2 : « Elle ne devrait pas être là mais elle est là, du fait du fonctionnement de l'institution c'est des fonctionnements qui sont lourds , et il y aura toujours des retards » (l. 161 à 163)
		-Hiérarchie x 6	2 x MK 4 2 x MK 7
		-Dys/ fonction de l'institution x 6	4 x MK 2 2 x MK 3
		-Défaut de communication dans l'équipe x 1 -Retards x 1	
		Environnement de travail du MK	MK 2 : « Parce que quand on te demande de prendre je ne sais pas combien de patients, de faire 15 000 trucs en même temps, ben au bout d'un moment tu ne peux pas , et donc tu deviens maltraitant » (l. 217 à 219)
		-Charge de travail x 5	2 x MK 2 2 x MK 6
		-Manque de temps x 3	2 x MK 2
		-Peu de personnel x 1 -Distance à parcourir x 1	
Ressentis / sentiments que suscitent la MO		Sentiments vis-à-vis du patient	MK 3 : « je me sens mal à l'aise , moi, de ne pas dire les choses justes au patient, et donc quelque part de cacher. » (l. 61 à 62)
		-Malaise x 5	2 x MK 1
		-Gêne x 3 -Être mal x 2	
		Sentiments personnels du MK	MK 1 : « on a plus l'impression d'être là pour l'embêter qu'autre chose. » (l. 91 à 92)
		-Mauvais moment x 2	2 x MK 4
		-Inconfort x 2 -Sentiment d'embêter x 2 -Rend malade x 1 -Manque de coopération x 1	
		Sentiments vis-à-vis de l'institution	MK 2 : « de la colère derrière, l'institution qui ne fait pas les choses comme il faudrait » (l. 46 à 48)
		-Colère x 1	

D'abord, les MK définissent la maltraitance ordinaire autant du **point de vue du patient** que du leur. Il s'agirait d'une « situation d'inconfort » (MK 5) dans laquelle la « volonté » (MK 7) du patient n'est pas respectée, celui-ci se sentant alors non « considéré » ou « écouté » (MK 1) par la « négligence » (MK 4) des soignants. Pour autant, ces situations sont définies comme « involontaires » (MK 2, 3, 4, 6) **de leur part**, du fait « d'habitudes » (MK 2, 4, 7) et d'actes « quotidiens » (MK 2, 6) : « c'est des actes quotidiens qui engendrent de la maltraitance sans qu'on s'en rende compte, sans que ce soit volontaire. » (MK 6, l. 15 à 16). Ceci entraîne une « prise en charge non optimale des patients [...] lié(e) à des actes du personnel, non adaptés » (MK 5, l. 21 à 24), pouvant « rabaisser » le patient (MK 3). Enfin, ces situations seraient en conséquence d'un fonctionnement « **institutionnel** » (MK 2), intégrant une hiérarchie : « nous on a un soin à faire, sinon on peut être réprimandé » (MK 4, l. 33 à 34).

Ensuite, bien qu'il y ait des **incertitudes** (MK 1, 5), les situations de maltraitance ordinaire auxquelles les MK ont participé étaient dues à une **communication** inadaptée **entre professionnels** dans l'espace de soin du patient, qui peut le faire sentir comme étant témoin (MK 1, 5) lorsque « on parle du patient lui-même à la 3^e personne soit un moment où on raconte autres choses de nos vacances, de notre week-end » (MK 5, l. 28 à 30). De même, un défaut de communication au sein de l'équipe (MK 4) peut être à l'origine de ces situations faisant que « le patient [...] est condamné à rester au lit pendant 2 jours » (MK 4, l. 133 à 134). De plus, le défaut de **gestion émotionnelle** du MK (MK 2, 5) a été cité : « d'autres situations de maltraitance ordinaire, de stress ou finalement le soin n'est pas optimal, mais parce qu'on est débordé par nos émotions » (MK 5, l. 59 à 60). Ceci pouvant être à l'origine de réactions « brusque(s) » du soignant (MK 2). Ensuite, le **non-respect des droits du patient** (vie privée, confidentialité, intimité, droit aux soins, à l'information, volonté du patient) (MK 1, 2, 3, 7) peut créer ces situations maltraitantes : « ça nous arrive de parler d'un patient parce que là on est au milieu d'un plateau technique et qu'on m'interpelle pour un patient et qu'il y a d'autres patients autour qui peuvent entendre la conversation et que c'est de la confidentialité des soins et ce n'est pas vraiment respecté » (MK 2, l. 204 à 207). Enfin, un défaut d'**organisation de l'institution** (« attente » ou fonctionnement de l'institution, MK 2) interviendrait dans ces situations (MK 2), pouvant être à l'origine d'un **manque de disponibilité** des MK de par une charge de travail et un manque de temps (MK 1, 2, 6) : « j'ai eu un patient qui est arrivé pour un bilan et tous mes autres patients sont descendus tous en même temps, je me suis retrouvée avec 9 patients à gérer en même temps et à faire un bilan, et ben j'estime que je suis maltraitante avec tout le monde » (MK 2, l. 80 à 83).

À propos des émotions que suscitent ces situations, il en ressort 3 types : **vis-à-vis des patients** (malaise ou gêne pour les MK 1 à 6), de **l'institution** (la colère est un sentiment mis en valeur uniquement par le MK 2), et enfin les **sentiments personnels** des MK, qui ont l'impression d'« embêter » (MK 1), pendant un « mauvais moment à passer » (l. 57, MK 4) qui peut être inconfortable (MK 2, 7) pour le soignant.

Deux autres sous-thèmes ont totalement émergé des entretiens : le profil des patients et des soins et l'environnement favorisant ces situations de maltraitance ordinaire.

Au sujet des profils de patients et des soins, les MK citent des **troubles de la communication** (dysarthrie, personnes âgées, ou réanimation) (MK 1, 3, 5), des **troubles de la compréhension** (troubles cognitifs) (MK 1, 4) et des **troubles respiratoires** (MK 1, 4, 5, 7) dont la kinésithérapie respiratoire et les soins de réanimation : « Mais quand les patients ne comprennent pas trop, même si on leur explique, des fois ils n'ont pas la capacité de compréhension. On met nos mains quand même sur le ventre, sur le thorax, et ça je pense que des fois ce n'est pas très bien compris par le patient » (MK 4, l. 43 à 46). Enfin lorsque **l'état du patient** ne favorise pas sa participation au soin (MK 1, 7), le risque de maltraitance ordinaire est davantage présent : « ceux qui ne sont pas très sécrétants, ceux qui ont du mal à tousser, cracher, en tout cas ils ne sont pas hyper participants, [...] du coup nous il faut qu'on s'acharne un petit peu des fois, des fois trop » (MK 7, l. 49 à 52).

Concernant l'environnement favorisant, **l'organisation** (MK 1, 2, 3, 4, 7) intervient, dont la hiérarchie, les dysfonctionnements, l'attente et les défauts de communication dans l'équipe : « les médecins ils veulent que ça aille vite donc j'essaie d'y aller le plus tôt possible pour essayer de faire » (MK 7, l. 40 à 41). Ensuite, **l'environnement de travail** (MK 2, 4, 6) intègre la charge de travail, le manque de temps et de personnel et la distance à parcourir dans l'établissement : « rentrer dans une chambre par exemple où il y a un soin qui est déjà marqué, ben des fois on n'a pas le temps d'attendre et je rentre [...] nous on a beaucoup d'aller-retour, c'est très loin, quand on monte à l'étage et qu'on redescend et qu'on a un temps très limité pour monter parce qu'on a d'autres gens qui nous attendent en bas ben ça reste très compliqué à gérer » (MK 2, l. 63 à 69).

V.3. Thème n° 2 : Les critères des soins de compassion appliqués par les MK à La Réunion

Ce thème compte 18 catégories organisées en 4 sous-thèmes, présentés dans le Tableau X.

D'abord, les MK s'impliquent auprès des patients et de leurs proches, à travers des **petites attentions** comme des gestes et actions ou encore une attention particulière envers l'état

émotionnel (MK 1, 2, 4, 5, 6) ou les « effort(s) » du patient (MK 1) : « c'est peut-être juste un temps d'attention, juste remarquer comment ils vont, remarquer s'ils ont fait un effort vestimentaire » (MK 2, l. 129 à 131). Le tout, permettant de « mettre du lien » avec celui-ci (MK 1). Ensuite, l'« écoute » du patient et de sa famille est un aspect retrouvé (MK 1, 4, 5, 7) : **l'intégration de la famille** dans le soin (MK 2, 4, 5, 7) est soulevée par les MK (communication verbale ou non verbale, apaisement, satisfaction des demandes, temps avec le patient). Certains MK relèvent la **prise en compte des droits du patient** à l'hôpital (rappel et respect des droits et accord du patient) (MK 4, 7) : « j'essaie aussi de rappeler au patient ses droits, parce que je crois qu'ils ne sont pas très au courant aussi des fois de leurs droits. » (MK 4, l. 158 à 159). Ensuite, les MK contribuent à améliorer le **bien-être** (MK 1, 4, 7), la **qualité des soins** et le **confort** (MK 1, 4) du patient et de sa famille en apportant du plus au patient (MK 1, 2), en fournissant des soins agréables (MK 1), non douloureux (MK 1), sécuritaires (MK 4) au bénéfice du patient (MK 3, 4), tout en assurant la continuité des soins (MK 4) : « permettre au patient d'avoir des soins qui soient agréables dans un contexte où il est hospitalisé » (MK 1, l. 208 à 209). Les aspects de l'hydratation du patient (MK 1, 4) et de l'ouverture à l'autre (MK 1) sont aussi abordés : « se tourner plus vers la porte pour avoir un peu plus de présence » (MK 1, l. 190) ; « un soin de bouche pour rafraîchir une langue qui est toute pâteuse, [...] lui donner un petit peu d'eau pour l'hydrater » (l. 184 à 186). Les soins de compassion se traduisent par une volonté de **défendre** et de **répondre** aux **besoins**, demandes, envies et volontés des patients (MK 1, 4, 5, 7) à travers des prises de position (MK 1, 4) afin de lui apporter quelque chose (MK 7) : « lui allumer **un peu de musique s'il en a envie** » (MK 1, l. 191). De même, une **volonté d'aider** émerge avec de petites actions qui dépassent la simple pratique professionnelle (MK 1, 2), en apportant des solutions bénéfiques au patient (MK 3, 7) pouvant alors optimiser son autonomie (MK 1), ou en lui partageant des expériences (MK 3) : « le fait de partager les anecdotes personnelles avec le patient, et des solutions personnelles qu'on propose au patient, ... ça aide » (MK 3, l. 270 à 271). Enfin, les MK **rassurent** (MK 3, 4, 5, 7) les patients à travers ces soins de compassion afin qu'ils ne se sentent « pas seul(s) » (MK 3, l. 273) : accompagner, rassurer par le toucher ou la parole, apaiser et mettre en place des moyens concrets.

Ensuite, les soins de compassion incluraient l'émotivité du MK. L'**empathie** est un point « important » (MK 2), associé au « bon sens » (MK 4), permettant de se mettre à la place du patient (MK 1, 2, 5, 7) par le dialogue (MK 5, 6) et la comparaison du ressenti patient/MK (MK 1, 2, 6). De plus, l'empathie serait associée au non verbal (MK 4, 5) et à une « prise de contact » (MK 4) : « je pense que l'empathie c'est quelque chose d'important dans ce métier et que si on n'a pas d'empathie on aura forcément un mauvais kiné » (MK 2, l. 126 à 128).

Tableau X : Tableau d'analyse réduit du thème n°2 – Les critères des soins de compassion appliqués par les MK à La Réunion

Thème 2	Sous-thème	<u>Catégories</u> <i>Codes x Répétitions totales</i>	Répétitions par un même MK	Exemples de verbatim
Critères des soins de compassion appliqués par les MK	Implication auprès du patient et de ses proches	<u>Avoir des petites attentions</u>		MK 1 : « j'ai pu répondre à ses demandes, mais [...] il avait besoin d'un café finalement (<i>rires</i>) et donc du coup je suis allée chercher son café chaud , c'était pas l'heure de boire un café, je me suis dit mais je fais quelque chose-là qui est en plus de ma pratique et finalement je me dis mais que c'est important, [...] et je me suis dit ben si ce pauvre monsieur il a besoin de se sentir entouré, écouté et puis il a besoin d'un peu de réconfort » (l. 310 à 316)
		-Gestes et actions x 6	3 x MK 2	
		-Remarquer l'état émotionnel du patient x 6	2 x MK 2 2 x MK 5	
		-Attention x 3	3 x MK 2	
		-Lien avec le patient x 2	2 x MK 1	
		-Remarquer les efforts du patient x 1		MK 5 : « Une aspiration qui fait mal chez un patient qui ne peut pas parler mais dont on voit une petite larme qui coule au bord (<i>rires</i>) des yeux , ben forcément on prend le temps de lui dire je suis désolée de s'excuser , d'être dans la compassion avec lui. » (l. 104 à 107)
		<u>Écoute du patient / famille</u>		MK 7 : « ils arrivent à exprimer des craintes par rapport à l'évolution de leur maladie [...] là j'essaie justement de les écouter , de voir un petit peu toutes les angoisses qu'ils ont » (l. 146 à 150)
		-Écoute du patient / famille x 5	2 x MK 7	
		<u>Prendre en compte les droits du patient</u>		MK 4 : « j'essaie aussi de rappeler au patient ses droits, parce que je crois qu'ils ne sont pas très au courant aussi des fois de leurs droits. » (l. 158 à 159) MK 4 : « lui rappeler qu'il a sa place , qu'il a droit à ces soins » (l. 222)
		-Rappel des droits x 2	2 x MK 4	
		-S'assurer de son accord x 1 -Respect du droit x 1		
		<u>Intégration de la famille</u>		MK 2 : « même vis-à-vis des familles , 5 minutes à prendre le temps de parler et tout ça évite qu'il y ait des conflits » (l. 159 à 161) MK 4 : « Quand les familles sont là, j'essaie de leur laisser le maximum de temps avec le patient » (l. 186 à 187)
		-Communication x 3	2 x MK 2	
-Apaiser x 2 -Satisfaire les demandes x 1 -Regard x 1 -Laisser un maximum de temps avec le patient x 1				

<u>Améliorer le bien-être, la qualité des soins, le confort du patient / famille</u>		<p>MK 1 : « quand je vois qu'il y a une discordance entre ce que je dois faire et ce que peut me faire ressentir le patient, je peux prendre position pour aller trouver quelque chose qui nous convienne le mieux à tous les deux et qui reste confortable en fait. » (l. 96 à 99)</p> <p>MK 1 : « permettre au patient d'avoir des soins qui soient agréables dans un contexte où il est hospitalisé » (l. 208 à 209)</p> <p>MK 3 : « j'essaie de trouver une solution pour que le patient puisse avoir une amélioration, tu vois, ou trouver un bénéfice » (l. 170 à 171) ; « qu'on essaie de trouver un bénéfice pour le patient » (l. 178)</p> <p>MK 4 : « je leur sers un verre d'eau, s'ils ne sont pas capables de porter la main à la bouche je leur donne à boire, [...] je leur mets toujours la sonnette à portée de main » (l. 213 à 215)</p>
-Apporter du plus au patient x 5	2 x MK 1 3 x MK 2	
-Bien-être x 5	2 x MK 4 2 x MK 7	
-Confort général /installation x 5	4 x MK 1	
-Soins agréables x 2	2 x MK 1	
-Confort et hygiène x 2	2 x MK 1	
-Ouvrir le patient à l'autre x 2	2 x MK 1	
-Hydratation x 2 -Bénéfice / risque pour le patient x 2 -Sécurité x 1 -Non douloureux x 1 -Continuité des soins x 1		
<u>Être défenseur et s'occuper des besoins du patient</u>		<p>MK 1 : « quand je vois qu'il y a une discordance entre ce que je dois faire et ce que peut me faire ressentir le patient, je peux prendre position pour aller trouver quelque chose qui nous convienne le mieux à tous les deux et qui reste confortable en fait. » (l. 96 à 99)</p> <p>MK 4 : « je leur sers un verre d'eau, s'ils ne sont pas capables de porter la main à la bouche je leur donne à boire, je leur demande s'ils ont besoin de quelque chose, je leur mets toujours la sonnette à portée de main » (l. 213 à 215)</p> <p>MK 7 : « qu'ils aient quelque chose qui les satisfassent plus en tout cas sur leur demande qu'ils avaient, qu'ils m'ont adressé. » (l. 131 à 132) ; « qu'est-ce qu'on pouvait faire au niveau de l'hôpital, pour essayer d'apporter une aide supplémentaire, ou d'orienter un peu plus les soins vers certaines choses, pour répondre à leur demande et aussi à la prise en charge de son fils » (l. 134 à 137)</p>
-Répondre aux besoins x 6	3 x MK 1 2 x MK 4	
-Répondre aux envies x 2	2 x MK 1	
-Répondre aux demandes x 2 -Prise de position du MK x 2 -Répondre à la volonté du patient x 2 -Apporter quelque chose au patient x 1		
<u>Rassurer le patient</u>		

		-En l'accompagnant x 2	2 x MK 3	MK 3 : « ça m'arrive très souvent de montrer au patient, par le toucher , même si je suis dans l'expertise, donc je ne traite pas, mais de montrer à quoi ça s'apparente le soin qu'il doit avoir et certains gestes et tout, ça le rassure » (l. 267 à 269)	
		-Avec la parole x 2 -Avec le toucher x 1 -Par un calme du MK x 1 -En mettant en place des aides concrètes x 1 -En apaisant le patient x 1			MK 7 : « voir un petit peu qu'est-ce que je pouvais lui dire pour la rassurer , pour lui expliquer un petit peu ce qui allait aussi se dérouler à l'hôpital, et voir après ben qu'est-ce qui pouvait être mis en place à la maison pour que ... elle et son fils soient un peu plus rassurés » (l. 128 à 131)
		<u>Volonté d'aider</u>			MK 1 : « c'est d'adapter aussi tout ce qui pourra lui permettre de rester le plus autonome possible , même si c'est des minus d'autonomie, ben c'est de les optimiser , donc des fois ça ne se joue pas à grand-chose mais ça change tout » (l. 174 à 177)
		- Actions en plus de la pratique x 4	3 x MK 2		
		-Trouver une solution bénéfique x 4	3 x MK 7	MK 3 : « j'entends et je comprends les enjeux du patient et moi j'essaie de trouver une solution pour que le patient puisse avoir une amélioration , tu vois, ou trouver un bénéfice » (l. 169 à 171)	
		-Améliorer l'autonomie x 2	2 x MK 1		
		-Par des partages d'expériences x 1		MK 7 : « voir un petit peu ce qu'on peut leur apporter aussi par rapport à leur hospitalisation pour les aider là-dedans » (l. 151 à 152)	
	Émotivité dans la relation de soin	<u>Faire preuve d'empathie</u>		MK 2 : « je me mets souvent à la place du patient qui attend des fois longtemps » (l. 38 à 39)	
		-Se mettre à la place de l'autre x 6	3 x MK 5	MK 5 : « il a besoin qu'on soit tourné sur ses émotions à lui, et pas que les émotions du soignant prennent le dessus sur les siennes, il a déjà suffisamment à gérer avec sa situation pour qu'on rajoute du stress, de la tristesse, de l'émotion. » (l. 77 à 79)	
		-Dialogue x 4	3 x MK 5		
-Comparaison ressenti du patient / ressenti MK x 3			MK 5 : « Une aspiration qui fait mal chez un patient qui ne peut pas parler mais dont on voit une petite larme qui coule au bord (rives) des yeux, ben forcément on prend le temps de lui dire je suis désolée de s'excuser, d'être dans la compassion avec lui. » (l. 104 à 107)		
-Empathie et bon sens x 2		2 x MK 4			
-Non verbal x 2 -Important x 1 -Prise de contact x 1					
<u>Comprendre les perspectives de l'autre</u>		MK 3 : « j'entends et je comprends les enjeux du patient et moi j'essaie de trouver une solution pour que le patient puisse avoir une amélioration, tu vois, ou trouver un			

		<ul style="list-style-type: none"> -Par le dialogue x 2 -En trouvant des solutions x 2 -Par l'échange d'expériences personnelles x 1 		<p>bénéfice » (l. 169 à 171) ; « Le fait de dire au patient que l'on comprend sa situation parce que on donne des anecdotes personnelles de souffrance ou d'analogie [...] c'est-à-dire se dévoiler un peu au patient. » (l. 256 à 258)</p> <p>MK 7 : « j'essaie de comprendre pourquoi ils ont cette réaction, parfois effectivement bah, ça peut être compliqué pour eux de rester toujours calmes, agréables avec les professionnels qui les prennent en charge parce qu'ils sont dans une situation délicate » (l. 91 à 94)</p>
		<u>Relation soignant-soigné à double sens</u>		MK 3 : « c'est en lien avec le côté humain, le côté sensible que tu vas accepter, ou pas, de partager avec quelqu'un » (l. 204 à 205)
		-Avec le partage x 2	2 x MK 3	<p>MK 3 : « Le fait de dire au patient que l'on comprend sa situation parce que on donne des anecdotes personnelles de souffrance ou d'analogie [...] c'est-à-dire se dévoiler un peu au patient. » (l. 256 à 258)</p> <p>MK 7 : « nous on est là pour proposer et pour l'aider s'il est d'accord » (l. 100 à 101)</p>
		-Avec un lien émotionnel x 2	2 x MK 3	
		-Relation d'aide x 2		
		-Avec le toucher x 1		
		-En se dévoilant au patient x 1		
		-Être en phase avec le patient x 1		
		<u>Réagir à la souffrance de l'autre</u>		<p>MK 5 : « Une aspiration qui fait mal chez un patient qui ne peut pas parler mais dont on voit une petite larme qui coule au bord (rives) des yeux, ben forcément on prend le temps de lui dire je suis désolée de s'excuser, d'être dans la compassion avec lui. » (l. 104 à 107) ; « Alors l'aspiration [...] la compassion c'est déjà de prévenir et d'accepter la réaction du patient. » (l. 116 à 117)</p> <p>MK 6 : « le soin de compassion c'est volontaire donc on le fera quand le patient est en détresse » (l. 126 à 127)</p>
		-Par une action altruiste x 4		
-Par la discussion x 4	2 x MK 5			
-Par le toucher x 1				
-En acceptant la réaction du patient x 1				
-Réagir volontairement x 1				
Communication	<u>Communication verbale avec le patient / famille</u>		<p>MK 1 : « pour une vieille personne qui a envie de papoter [...], c'est aller lui parler de choses qui lui font envie et lui rappelle des bonnes choses et du positif » (l. 191 à 193)</p> <p>MK 3 : « pour dire franchement il faut pouvoir savoir mettre la forme, c'est-à-dire voilà, utiliser les bons mots, accompagner le patient vers certaines choses qu'il ne veut pas, voilà mais c'est quelque part dire les choses. » (l. 250 à 253)</p>	
	-Poser des questions x 5	3 x MK 4		
	-Contenu positif x 4			
	-Expliquer ce qui est fait x 4			
-Manière de communiquer x 3				
-Pour favoriser le bien-être x 2	2 x MK 2			

		<ul style="list-style-type: none"> -Transparence x 2 -Parler de soi x 2 -S'excuser x 2 -Prendre le temps x 2 -Outil de communication x 1 -MK interlocuteur privilégié x 1 -Se présenter x 1 -Pour éviter les conflits x 1 -Parler du patient dans sa globalité x 1 -Convaincre x 1 		<p>MK 4 : « je réexplique à chaque fois ce que je vais faire, pourquoi on va le faire, j'ausculte, je lui explique ce que j'entends, je demande toujours s'il a mal, s'il est fatigué, s'il a bien mangé, s'il a bien dormi » (l. 209 à 211)</p> <p>MK 6 : « en discuter directement avec le patient, s'excuser et expliquer les raisons. [...] recueillir aussi ce que le patient, lui, a pu ressentir. » (l. 65 à 67)</p> <p>MK 6 : « m'asseoir et discuter mais de choses qui n'ont rien à voir avec la kiné, c'est discuter du patient dans sa globalité, des encouragements » (l. 107 à 108)</p> <p>MK 7 : « j'essaie de comprendre un peu mieux la situation, de leur poser des questions » (l. 94 à 95)</p>	
		<u>Communication non verbale</u>		<p>MK 1 : « c'est lui donner de l'interface pour qu'il puisse y avoir de la communication, donc un outil de communication qui lui permette de s'exprimer s'il n'est pas capable de le faire » (l. 172 à 174)</p> <p>MK 3 : « le fait de toucher, pour moi on a une place de prédilection, nous kiné par le toucher, et même si ça fait mal » (l. 265 à 266) ; « le fait que nous touchons aide beaucoup dans les soins de compassion. » (l. 542 à 543)</p> <p>MK 4 : « je mime, des fois j'écris sur mon petit carnet s'ils sont en capacité de lire, déjà pour qu'ils aient bien compris ce que je fais et pourquoi je suis là » (l. 205 à 207)</p> <p>MK 6 : « des petites tapes sur l'épaule, ou sur le dos pour dire « courage » (l. 106)</p>	
		-Toucher x 4	2 x MK 3 2 x MK 6		
		<ul style="list-style-type: none"> -Outil de communication x 2 -Sourire x 1 -Regard x 1 			
		<u>Communication dans l'équipe</u>		<p>MK 4 : « en faisant passer le bien-être du patient, [...] je dis ben « pour le bien-être du patient c'est quand même intéressant qu'il soit au fauteuil quelques heures par jour » (l. 136 à 139)</p>	
		-Pour avantager le patient x 2	2 x MK 4		
		Propriétés personnelles du MK	<u>Honnêteté</u>		<p>MK 3 : « là principalement pour le patient, pour ne pas me mettre en difficultés, ben j'essaie d'être transparent. » (l. 158 à 159)</p>
			-Transparence x 2	2 x MK 3	
			<u>Authenticité</u> x 1		<p>MK 3 : « le fait d'être un peu vrai, pour moi, c'est les soins de compassion. » (l. 248 à 249) ; « c'est une forme d'authenticité » (l. 249 à 250)</p> <p>MK 5 : « la compassion [...] c'est intuitif et dépendant de ma personnalité, c'est une volonté de bien faire » (l. 140 à 143)</p>
			<u>Volonté de bien faire</u> x 1		
-Essayer de faire au mieux x 1					

De même, la capacité de **comprendre les perspectives du patient** est établie par le dialogue, l'effort de chercher des solutions et le partage d'expériences personnelles du MK (MK 3, 7) : « Le fait de dire au patient que l'on comprend sa situation parce que on donne des anecdotes personnelles de souffrance ou d'analogie [...] c'est-à-dire se dévoiler un peu au patient. [...] Le patient sent qu'on l'entend » (MK 3, l. 256 à 272). En effet, les MK ont une **réaction** « volontaire » (MK 6) **face à la souffrance** du patient par des actions altruistes (MK 1, 2, 5, 6), la discussion (MK 2, 5, 7) en acceptant la réaction du patient (MK 5), ou encore avec le toucher (MK 3) : « l'aspiration c'est [...] un soin invasif qui est récurrent pour lequel la compassion c'est déjà de prévenir et d'accepter la réaction du patient. » (MK 5, l. 116 à 117). Ces éléments sont au centre d'une **relation soignant-soigné** axée sur le partage, le lien émotionnel (MK 3) et une relation d'aide (MK 1, 7), permettant d'être « en phase » et de se dévoiler au patient (MK 3). Enfin, la place centrale du toucher (MK 3) a été citée : « nous kiné quand on touche, le toucher met une connexion vraiment différente. » (MK 3, l. 259 à 260).

Parmi les critères des soins de compassion, la communication est un point retrouvé chez les MK. La **communication verbale** est utilisée : contenu positif (MK 1, 2, 6, 7), questionnements pour mieux comprendre le patient (MK 4, 6, 7) et explications (MK 4 à 7), grâce à un « outil de communication » (MK 1) lorsque celle-ci est défaillante. En outre, une manière adéquate de communiquer (choix des mots) (MK 1, 3, 5), à travers une discussion globale (MK 6) et transparente (MK 3, 4), est relevée pour favoriser le bien-être du patient (MK 2) : « m'asseoir et discuter mais de choses qui n'ont rien à voir avec la kiné, c'est discuter du patient dans sa globalité » (MK 6, l. 107 à 108). D'autres points émergent, tels que les excuses (MK 5, 6), parler de soi, se présenter (MK 3, 4), et prendre le temps de communiquer (MK 2, 5), le MK étant considéré comme un interlocuteur privilégié (MK 4) : « on est quand même des interlocuteurs privilégiés, les kinés, les patients nous parlent beaucoup » (MK 4, l. 148 à 149). Enfin, cette communication aiderait à « convaincre » (MK 7) et éviter les conflits (MK 2). La **communication non verbale** est mentionnée par le toucher (MK 3, 6), les outils de communication (MK 1, 4), le regard et le sourire (MK 4, 5) : « des petites tapes sur l'épaule, ou sur le dos pour dire "courage" » (MK 6, l. 106). Enfin, la **communication dans l'équipe** permet d'avantager le patient (MK 4) : « déjà aussi avant d'aller voir le patient, savoir si [...] il n'a pas de troubles visuels, troubles auditifs, parce que c'est beau d'arriver, de dire qu'on est le kiné, on a le masque on nous voit pas parler » (MK 4, l. 202 à 205).

Enfin, les propriétés personnelles du MK participent aux soins de compassion avec la volonté de faire au mieux (MK 5, 7) pour le patient, l'honnêteté et l'« authenticité » (MK 3, l. 250) : « être un peu vrai, pour moi, c'est les soins de compassion » (MK 3, l. 248 à 249).

V.4. Thème n° 3 : Les représentations des soins de compassion chez les MK à La Réunion

Ce thème a, en quasi-totalité, émergé des entretiens. Il compte un total de 28 catégories organisées en 10 sous-thèmes, tous présentés dans le Tableau XI.

Parmi les représentations des MK sur les soins de compassion, la nature de ces soins est définie comme **instinctive et non réfléchie** (MK 1 à 6). Ce sont des actions automatiques (MK 1, 2, 5, 6), humaines (MK 3, 6) et naturelles (MK 1, 5) qui n'ont pas été apprises à l'école (MK 3, 5), mais faisant appel au bon sens (MK 4, 5) : « C'est de l'humain, [...] c'est pas réfléchi, souvent c'est spontané » (MK 6, l. 108 à 109). Ensuite, ces soins sont **individuels** (MK 3, 5) : « la compassion je la visualise vraiment comme individuelle, [...] c'est pas quelque chose que j'ai appris à l'école ou c'est intuitif et dépendant de ma personnalité » (MK 5, l. 140 à 142). Mais ils sont également **adaptés à la situation** et aux besoins du patient (MK 1), présentant des pathologies chroniques (MK 3, 7), neuro-dégénératives (MK 3) ou respiratoires (MK 5). Par contre, ils ne seraient **pas forcément un soin physique** (MK 2), c'est un **détail** faisant la différence (MK 1) : « ça ne se joue pas à grand-chose mais ça change tout » (MK 1, l. 176 à 177). Enfin, l'aspect **opposé à la distance thérapeutique** apprise à l'école a été relevé (MK 3).

La fréquence des soins compassionnels serait **quotidienne** (MK 1, 2, 5) et **permanente** (MK 2) pour certains : ils « font partie de notre pratique » (MK 1, l. 210). Pour d'autres son utilisation est plus **rare** : « c'est pas quelque chose que je peux utiliser tous les jours » (MK 7, l. 140 à 141).

En revanche des hésitations apparaissent quant à la **définition** des soins de compassion **large et peu claire** (MK 1, 2) : « Il y a beaucoup de choses ouai, mais après est-ce qu'ils rentrent tous dans ta définition ... Je ne sais pas vraiment » (MK 1, l. 196 à 197) ; et l'atteinte d'un **idéal** incertain : « on essaye de tendre à ça après je ne sais pas si on y arrive vraiment » (MK 1, l. 164).

Tableau XI : Tableau d'analyse réduit du thème n°3 – Les représentations des soins de compassion chez les MK à La Réunion

Thème 3	Sous-thème	<u>Catégories</u> <i>Codes x Répétitions totales</i>	Répétitions par un même MK	Exemples de verbatim
Représentation des soins de compassion (SC) chez les MK	Nature des SC	<u>Instinctif, non réfléchi</u>		MK 1 : « c'est tellement des petites choses du quotidien que peut-être que c'est des choses qui sont un peu innées [...] et que ça se fait un peu naturellement . » (l. 242 à 245)
		-Automatique x 4 -Naturellement/inné/instinctif x 2 -Humain x 2 -Pas appris à l'école x 2 -Bon sens / intuitif x 2		
		<u>Individuel</u>		MK 5 : « la compassion je la visualise vraiment comme individuelle , [...] c'est pas quelque chose que j'ai appris à l'école ou c'est intuitif et dépendant de ma personnalité , c'est une volonté de bien faire » (l. 140 à 143)
		-Dépend de la personnalité x 2 -Individuel x 2		
		<u>Adapté à la situation</u>		MK 3 : « on est face à des gens qui souffrent de manière chronique et qui se dégradent, et le fait de dire les choses » (l. 246 à 247)
		-Pathologies chroniques x 4	2 x MK 3 2 x MK 7	
		-Aspiration / Kinésithérapie respiratoire x 2	2 x MK 5	MK 5 : « Une aspiration qui fait mal chez un patient qui ne peut pas parler mais dont on voit une petite larme qui coule au bord (<i>rires</i>) des yeux, ben forcément on prend le temps de lui dire je suis désolée de s'excuser, d'être dans la compassion avec lui. » (l. 104 à 106)
		-Dépendant de la situation x 2 -Pathologies <i>neuro-dégénératives</i> x 1 -Dépendant des besoins du patient x 1		
		<u>Pas forcément un soin physique</u> x 1		MK 2 : « ce ne sont pas forcément des soins de kiné [...], c'est pas forcément un soin physique » (l. 128 à 132)
		<u>Détail</u> x 1		MK 1 : « c'est un peu en fonction des situations, de ce que l'autre a besoin, mais ça va être du détail mais qui peut changer des choses » (l. 170 à 171)
<u>Opposé à la distance thérapeutique apprise à l'école</u> x 1		MK 3 : « ça rentre beaucoup dans le format opposé qu'on nous donne à l'école où on nous dit qu'il faut garder la distance thérapeutique [...] pour ne pas que les émotions te touchent. » (l. 205 à 209)		

Fréquence des SC	Quotidiennement / permanent		MK 1 : « c'est plus inscrit dans le soin d'une manière générale , voilà ça fait partie du package, que c'est qu'un versant » (l. 227 à 228)
	-Fait partie de la pratique de MK x 2	2 x MK 1	
	-Quotidien x 4	2 x MK 1	MK 1 : « c'est tellement des petites choses du quotidien que peut-être que c'est des choses qui sont un peu innées [...] ça se fait un peu naturellement. » (l. 242 à 245)
	-Permanent x 1		
	Non quotidien x 1		MK 7 : « Oui je pense que je l'utilise oui parfois » (l. 123) ; « c'est pas quelque chose que je peux utiliser tous les jours » (l. 140 à 141)
-Parfois x 1			
Hésitations sur les SC	Définition		MK 1 : « Il y a beaucoup de choses ouai, mais après est-ce qu'ils rentrent tous dans ta définition ... Je ne sais pas vraiment » (l. 196 à 197)
	-Définition peu claire, large x 2		
	Un idéal non atteint x 1		MK 1 : « on essaye de tendre à ça après je ne sais pas si on y arrive vraiment » (l. 164)
Aspects négatifs des SC	Conséquences sur le MK		MK 1 : « selon certaines personnes, en fait selon le profil du patient des fois, tu peux te faire bouffer si tu fais que de la compassion , du coup ils vont abuser de la compassion , pour squeezer les choses » (l. 217 à 220)
	-Être trop affecté x 3	2 x MK 3	
	-Coûte personnellement au MK x 2	2 x MK 3	MK 3 : « ça te coûte quelque chose. [...] c'est quelque chose qui te coûte personnellement » (l. 199 à 200) ; « tu rentres à la maison, mais tu es impacté , et donc au travail tu es impacté » (l. 370 à 371)
	-Abus de compassion par les patients x 1 -Conséquences sur la vie personnelle x 1 -Fatigue nerveuse et psychique x 1 -Souffrance à court terme x 1		
	Conséquences sur le patient		MK 5 : « il peut y avoir au long court un attachement peut-être un peu plus important avec le soignant . Donc tout se joue dans la nuance. » (l. 158 à 159)
	-Incapacité à aider le patient x1 -Attachement avec le soignant x 1		
Conditions / limites à	Dépendant du MK		MK 1 : « mettre la limite jusqu'où va le soin de compassion justement et à partir du moment où le soin en lui-même est terminé. » (l. 220 à 221)
	-Mettre des limites x 1		

l'application des SC	-Accepter les conséquences sur soi d'un soin qui est juste x 1 -Savoir doser x 1 -Être disponible x 1		MK 7 : « il faut être prêt à les faire, il faut être disponible pour avoir l'écoute en fait, ne serait-ce que ça, et ça c'est pas toujours facile, parce qu'il faut qu'on soit nous-même dans des dispositions suffisantes pour pouvoir écouter notre patient » (l. 168 à 171)
	Dépendant du patient		MK 7 : « c'est pas quelque chose que je peux utiliser tous les jours, parce que j'ai des patients qui se confient pas toujours ou qui veulent pas parler de leurs craintes et de leurs appréhensions, de ce qui les gênent » (l. 140 à 142)
	-Réserves x 2	2 x MK 7	
	Dépendant du lien soignant-soigné		MK 7 : « c'est pas quelque chose que je peux utiliser tous les jours, parce que j'ai des patients qui se confient pas toujours ou qui veulent pas parler de leurs craintes et de leurs appréhensions, de ce qui les gênent , du coup ça met un moment parfois quand c'est possible, à avoir une relation suffisamment importante pour pouvoir justement développer de la compassion avec eux » (l. 140 à 144)
-Temps pour créer une relation x 1 -Qualité du lien soignant-soigné x 1			
But des SC dans la MK	Amener du positif à la relation soignant-soigné		MK 1 : « c'est des leviers pour favoriser la relation d'aide » (l. 228 à 229)
	-Adhésion thérapeutique x 6	3 x MK 2	MK 2 : « Moi je pense que c'est essentiel, c'est-à-dire que pour qu'un séjour chez nous se passe bien, ces soins de compassions, ils sont essentiels à l'adhésion, sinon on n'aurait pas d'adhésion sur la rééducation. » (l. 152 à 154)
	-Patient au centre x 2	2 x MK 7	
	-Relation d'aide x 2 -Relation de confiance x 2 -Renforcer la relation x 1		
	Amener du positif au patient		MK 4 : « je pense que ça fait quand même juste sentir le patient mieux , enfin pas avoir l'impression d'être un boulet à l'hôpital, [...] lui rappeler qu'il a sa place, qu'il a droit à ces soins et qu'il vive le mieux possible son séjour aussi » (l. 221 à 224)
	-Faire du bien au patient x 4 -Rappeler au patient sa place x 2 -Faire sentir mieux le patient x 2 -Atténuer l'effet négatif du service x 1 -Amener du plus au patient x 1 -Bien vivre le moment x 1 -Progrès fonctionnels x 1 -Diminuer l'impact de la maladie sur la vie quotidienne x 1		MK 6 : « Et j'irais même au-delà d'un point de vue rééducatif notre métier est avant tout relationnel et si le patient se sent en confiance avec le thérapeute et s'il se sent mieux lui, ben les progrès fonctionnels vont être décuplés, donc c'est quelque chose qu'il faut utiliser, il faut être humain avant tout dans notre métier. » (l. 115 à 118)
			MK 7 : « on va dire à ce qu'ils soient plus apaisés, plus calmes , peut-être ou qu'ils arrivent mieux à vivre leurs émotions , pour qu'au final leur maladie ait moins d'impact dans leur vie quotidienne » (l. 152 à 154)
Amener du positif pour le MK			

Expérience professionnelle et SC	<ul style="list-style-type: none"> -Faire du bien x 2 -Bien vivre le moment x 1 -Moins de conflits intérieurs x 1 -Se sentir mieux au travail x 1 	<p>MK 5 : « après je pense que ça m’apporte du positif parce que c’est en accord avec ce que je fais et que ça m’apporterait encore plus de souffrance si j’ignorais totalement cette empathie. » (l. 156 à 158)</p> <p>MK 7 : « pour nous aussi ça peut nous aider parce que du coup on n’aura peut-être moins de conflits intérieurs on va dire, entre faire les choses parce qu’on pense d’un point de vue médical [...] et faire les choses avec le patient parce que lui il a compris et il veut effectivement faire ces choses-là. » (l. 162 à 166)</p>
	<u>Favorise les SC</u>	
	<ul style="list-style-type: none"> -Proposer un soin plus adapté x 2 -Prendre position pour le patient x 2 -Être réflexif x 2 -Apporter des SC plus facilement x 1 -Automatiser dans l’empathie x 1 -Avoir une compassion plus juste x 1 -Mieux comprendre et écouter le patient x 1 -Faire plus attention x 1 	<p>MK 2 : « je pense que quand on est jeune diplômé on a du mal à avoir ces petits moments de compassion parce qu’on reste très acté sur le soin technique [...]. Or je pense que ces petits moments de compassion c’est pas forcément ce que t’apportes et ça c’est l’expérience qui fait que tu peux les apporter plus facilement. » (l. 189 à 193)</p> <p>MK 5 : « ce moment de réflexion à postériori amène de l’expérience et du coup amène à savoir comment j’aimerais la prochaine fois réagir avec mes émotions » (l. 174 à 176)</p> <p>MK 5 : « l’expérience amène à avoir une compassion juste. Parce que dès que j’ai commencé mon exercice, j’avais beaucoup de compassion, peut-être ou d’empathie, peut-être trop, je pense que vraiment, c’est à doser pour garder une place appropriée en tant que soignant. Donc l’expérience inévitablement te met dans plus de situations donc t’apporte une place plus juste. » (l. 179 à 182)</p>
	<u>Diminution des SC</u>	
	<ul style="list-style-type: none"> -Habitudes x 2 -Aller vite x 2 -Faire moins attention à l’autre x 1 -Diminution de l’empathie x 1 	<p>MK 1 : « peut-être que ça peut être négatif parce que ben on est plus blasé et on fait moins attention » (l. 264 à 265)</p> <p>MK 2 : « des fois tu vas un peu vite, parce que ton expérience, t’as tellement l’habitude de faire ça que tu passes à côté de l’essentiel » (l. 198 à 199)</p> <p>MK 6 : « peut-être qu’avec l’expérience l’empathie diminue » (l. 146 à 147)</p>
	<u>Thérapeute-dépendant</u>	
<ul style="list-style-type: none"> -Capacités naturelles x 2 -Capacités de compassion liées à la vie personnelle x 1 	<p>MK 1 : « les stagiaires qui n’ont pas encore d’expérience professionnelle, ils ont déjà ce soin-là, [...] ça vous le faites naturellement sans qu’on ait besoin de vous le dire en fait, donc du coup pour moi c’est pas lié à l’expérience » (l. 245 à 249)</p>	

			MK 7 : « je pense que l'expérience ça ne fait pas tout [...] si nous par exemple, on a certaines évènements de notre vie qui font qu'on ne peut plus être à l'écoute des autres , je pense que là notre expérience elle ne pourra pas forcément être au service [...] je pense que si on n'a pas les moyens suffisants on va pas être bien quoi , et je pense qu'on ne va pas faire les choses correctement quoi, même si on a beaucoup d'expérience. » (l. 202 à 211)
	<u>Autres : lien entre expérience professionnelle et régulation émotionnelle</u>		MK 2 : « ça m'a mise dans une situation inconfortable alors j'arrive à gérer parce que j'ai de l'ancienneté » (l. 83 à 84) ; « je dois dire qu'en vieillissant c'est plus difficile des fois de contrôler mes émotions parce qu'il y a une accumulation de choses qui font que ça devient plus difficile. » (l. 108 à 110)
	-Positif du point de vue professionnel x 5 -Négatif du point de vue personnel x 2 -Meilleure réflexivité x 2		MK 5 : « peut-être que pour la régulation émotionnelle, pour moi c'est certain parce que c'est à force d'être dans des situations et d'avoir une remise en question postérieure en se disant « là, l'émotion, le stress, m'a empêchée d'être satisfaite de mon soin ou alors la tristesse m'a empêchée d'être satisfaite de mon soin » [...] en tout cas ce moment de réflexion à posteriori amène de l'expérience et du coup amène à savoir comment j'aimerais la prochaine fois réagir avec mes émotions » (l. 168 à 176)
Place des SC en général	<u>Peu pris en compte par la médecine</u> x 1		MK 3 : « Le problème c'est qu'actuellement, la médecine actuellement, ne prend pas beaucoup en considération ça. » (l. 224 à 225)
	<u>Important</u> x 2		MK 3 : « Ce sont des choses qui sont importantes. » (l. 273 à 274)
Les SC comme stratégie de régulation émotionnelle	<u>Se sentir moins fautif / s'enlever un poids</u>		MK 3 : « c'est comment mieux se voir à travers l'autre » (l. 411 à 412)
	-Par un feedback x 4 -En compensant x 1		MK 6 : « ça fait un feedback, on sait qu'on a fait du bien au patient » (l. 135) ; « là c'est dans le sens où il y a eu un acte de maltraitance ordinaire avant, si on s'en est rendu compte. Donc déjà le fait de s'excuser, et d'apporter de la compassion au patient, ça permet de s'enlever un poids je pense. » (l. 136 à 138)
	<u>S'améliorer dans les relations humaines</u>		MK 7 : « Par exemple si on est en colère parce qu'il n'a pas fait des exercices qu'on lui a donné par exemple, ben si nous on adapte ben justement une approche sur la compassion, ben on pourra comprendre pourquoi il ne les a pas faits tout simplement et être je pense moins en colère tout simplement. » (l. 185 à 188)
Pas une stratégie de régulation émotionnelle	<u>Car ils nécessitent une régulation émotionnelle</u> x 1		MK 5 : « Je pense que les soins de compassion ont besoin d'une régulation émotionnelle plutôt. » (l. 163)
	<u>Car ils s'inscrivent dans le soin en général</u> x 1		MK 1 : « je ne pense pas que ce soit une stratégie pour la régulation émotionnelle , parce que c'est plus inscrit dans le soin d'une manière générale , voilà ça fait partie du package, que c'est qu'un versant » (l. 226 à 228)

Au sujet des aspects négatifs de ces soins, des **conséquences** néfastes sur le **MK** sont relevées : le risque d'être trop affecté par ces soins (MK 3, 5), ou un abus de compassion par les patients (MK 1), à l'origine d'une souffrance à court terme (MK 5) ou d'une fatigue nerveuse et psychique avec des conséquences personnelles (MK 3) : « parce que quand on rentre là-dedans ça coûte. » (MK 3, l. 390 à 391). Par ailleurs, des **conséquences** néfastes sur le **patient** sont relevées en retour : un attachement trop important du patient au soignant (MK 5) ou une incapacité à venir en aide à celui-ci (MK 3) : « si on se laisse impacter, est-ce que ça va l'aider ou est-ce que ça va nous embarquer dans quelque chose. » (MK 3, l. 219 à 220).

Des limites et conditions ont été citées quant à l'application de ces soins compassionnels. Alors que certaines conditions **dépendent du MK** (MK 1, 3, 5, 7), telles que la pose de limites, la capacité à doser (MK 5 : « tout se joue dans la nuance. », l. 160), l'acceptation des conséquences sur soi, et la disponibilité émotionnelle de celui-ci, d'autres conditions sont dépendantes du patient (MK 7), telles que son ouverture au soignant : « j'essaie [...] de voir [...] toutes les angoisses qu'ils ont, celles qu'ils veulent dire en tout cas » (MK 7, l. 149 à 150). Enfin, certaines conditions dépendent aussi de la qualité du **lien soignant-soigné** (MK 7) incluant la compatibilité des deux parties, et le temps nécessaire à la création de ce lien de confiance : « il faut aussi [...] qu'on se sente bien avec le patient, c'est-à-dire qu'il y a des patients où on n'a pas un bon ressenti, on n'est pas trop compatible des fois ensemble, et ça je pense que c'est compliqué de développer de la compassion avec eux et je pense qu'on peut vite basculer dans la maltraitance ordinaire » (MK 7, l. 171 à 175).

Les soins de compassion auraient un but. D'une part, ils permettent d'amener du **positif** et renforcer la **relation soignant-soigné** à travers une meilleure adhésion thérapeutique (MK 2, 4, 7), une relation d'aide (MK 1, 7) dans laquelle le patient est au centre (MK 7) et se sent en confiance (MK 6, 7) : « ça me permet d'avoir une meilleure adhésion à ce que je vais proposer en rééducation » (MK 2, l. 169 à 170). D'autre part, ils permettent d'**amener du positif au patient** (MK 1, 2, 4, 5, 6, 7) en lui faisant du bien (MK 2, 5, 6, 7), en lui rappelant sa place (MK 4, 7) en atténuant l'effet négatif du service (MK 2), lui permettant de se sentir mieux (MK 4, 7) pouvant permettre des « progrès fonctionnels » (MK 6) afin que « leur maladie ait moins d'impact dans leur vie quotidienne » (MK 7, l. 153 à 154). Ces soins sont également **bénéfiques au MK** en lui apportant du positif (MK 2, 5) aussi bien dans son travail que personnellement : « pour nous aussi ça peut nous aider parce que du coup on n'aura peut-être moins de conflits intérieurs » (MK 7, l. 162 à 163).

Les avis divergent quant à l'impact des années d'expérience professionnelle sur l'application des soins de compassion. D'une part, celles-ci **favoriseraient** (MK 1, 2, 4, 5, 7)

les soins de compassion par la capacité à proposer « un soin qui sera encore plus adapté à la personne qu'on a en face » (MK 1, l. 251 à 252) (MK 1, 5), à prendre position au bénéfice du patient (MK 1, 4), à apporter de l'empathie ou de la compassion de manière « automatique », facile (MK 2, 4) et « juste » (MK 5) le tout grâce à une réflexivité (MK 1, 5), permettant de mieux comprendre le patient (MK 7) : « avoir une remise en question postérieure en se disant "là, l'émotion, le stress, m'a empêchée d'être satisfaite de mon soin ou alors la tristesse m'a empêchée d'être satisfaite de mon soin" ». (MK 5, l. 169 à 171). D'autre part, une hypothèse émerge quant au fait que **les soins de compassion diminueraient avec l'expérience** (MK 1, 2, 4, 6) du fait d'habitudes (MK 1, 2) qui conduisent à aller vite jusqu'à passer « à côté de l'essentiel » (MK 2, l. 199) et faire moins attention à l'autre (MK 1). Une autre idée indique que l'empathie diminuerait avec l'expérience (MK 6). Pour autant, ces soins de compassion seraient « **thérapeute-dépendant(s)** » (MK 6) car il s'agit de capacités humaines naturelles (MK 1, 6) ayant des variations selon les événements auxquels les MK sont confrontés dans leur vie privée (MK 7) : « je pense que l'expérience ça ne fait pas tout [...] si nous par exemple, on a certains événements de notre vie qui font qu'on ne peut plus être à l'écoute des autres, je pense que là notre expérience elle ne pourra pas forcément être au service » (MK 7, l. 202 à 206). Enfin, ces soins sont en lien avec la **capacité de régulation émotionnelle** des MK, qui est meilleure d'un point de vue professionnel avec les années d'expérience (1, 2, 4, 5, 6) grâce à une réflexivité (MK 1, 5) au service. Cependant, avec l'âge, chez les femmes plus expérimentées (MK 1, 2), une difficulté réside dans la régulation émotionnelle personnelle : « en vieillissant c'est plus difficile des fois de contrôler mes émotions parce qu'il y a une accumulation de choses qui font que ça devient plus difficile. » (MK 2, l. 108 à 110).

La place des soins de compassion dans le système de santé est décrite comme **importante** par les MK (MK 1, 3), bien qu'il existerait une **faible considération** de ces soins par la médecine (MK 3) : « Le problème c'est qu'actuellement, la médecine actuellement, ne prend pas beaucoup en considération ça. » (MK 3, l. 224 à 225).

Les soins de compassion seraient une stratégie de régulation émotionnelle pour 5 des 7 MK interrogés (Tableau XII). Ils permettraient de se sentir **moins fautif, s'enlever un poids** grâce à un *feedback* (MK 3, 4, 6, 7) tout en compensant les défauts d'organisation de l'institution (MK 2) : « quelque part ces petits moments que je vais accorder au patient [...], ça va me permettre déjà d'atténuer l'effet négatif que le service a eu, et donc moi ça permettra moi de moins me sentir fautive pour le service et donc d'avoir essayé de [...] compenser (MK 2, l. 180 à 184). Par ailleurs, ces soins permettraient de **s'améliorer « dans les relations**

humaines » (MK 3) en réagissant mieux aux situations (MK 3, 7) : « on va essayer de mieux comprendre le patient et de s'accorder un petit peu sur ses émotions et de voir [...] quel lien il fait entre les émotions qu'il peut avoir et ses craintes » (MK 7, l. 181 à 183).

Enfin, les soins de compassion ne seraient pas une stratégie de régulation émotionnelle pour 2 des 7 MK (Tableau XII). Deux points de vue divergent : alors que pour l'un ils auraient **besoin d'une stratégie de régulation** pour ne pas créer de la souffrance (MK 5 : « Je pense que les soins de compassion ont besoin d'une régulation émotionnelle plutôt », l. 163), pour l'autre ils s'inscrivent dans le **soin de manière générale**, faisant partie intégrante du métier de MK : « ça fait partie du package, que c'est qu'un versant, et que c'est des leviers pour favoriser la relation d'aide » (MK 1, l. 227 à 229).

Tableau XII : Réponses des MK interrogés concernant les soins de compassion (SC) comme stratégie de régulation émotionnelle

Les SC sont une stratégie de régulation émotionnelle	Les SC ne sont pas une stratégie de régulation émotionnelle
5 / 7	2 / 7

V.5. Thème n° 4 : La place des soins de compassion dans la lutte contre la maltraitance ordinaire à La Réunion

Ce thème compte 7 catégories organisées en 3 sous-thèmes, présentés dans le Tableau XIII.

Au sujet d'une éventuelle relation entre les soins de compassion et la lutte contre la maltraitance ordinaire en milieu hospitalier, les avis divergent : il a été relevé autant de doutes que d'affirmations (Tableau XIV). En effet, certains émettent des **doutes** puisque la maltraitance ordinaire serait toujours présente en hôpital (MK 2, 4, 5) (MK 2 : « un jour ou l'autre on est tous maltraitant », l. 214) du fait d'une prise de conscience insuffisante de sa présence (MK 5) et du fonctionnement institutionnel, associé à l'impossibilité des soignants de compenser cet effet négatif (MK 2). Pour autant, certains MK pensent que ces soins « **ont toute leur place** » (MK 1, l. 210) dans cette lutte (MK 1, 3, 7) « pour rendre l'humanité à une structure déshumanisante » (MK 3, l. 357). Malgré tout, un lien entre ces deux éléments serait **difficile à établir** lorsque : « le soin de compassion c'est volontaire donc on le fera quand le patient est en détresse, la maltraitance ordinaire c'est quelque chose d'involontaire » (MK 6, l. 126 à 127).

Tableau XIII : Tableau d'analyse réduit du thème n°4 – La place des soins de compassion (SC) dans la lutte contre la maltraitance ordinaire (MO) à La Réunion

Thème 4	Sous-thème	Catégories <i>Codes x Répétitions totales</i>	Répétitions par un même MK	Exemples de verbatim
Place des SC dans la lutte contre la MO	Relation entre les SC et la MO	Doute parce que		MK 2 : « j'aurais beau faire ce que je peux avec mes petits moyens à moi, ça atténue si tu veux les effets, mais ça ne les compense pas, je ne crois pas. » (l. 164 à 165)
		-La MO est toujours présente x 4	2 x MK 2	
		-Rôle de l'institution x 1 -Les SC ne compensent pas les effets négatifs de l'institution x 1 -Prise de conscience insuffisante de la MO x 1		MK 5 : « j'ai un doute sur le fait que la compassion soit la seule clé de la maltraitance [...] je pense surtout qu'il faut une prise de conscience, de où est la maltraitance, [...] je ne sais pas si c'est exactement la compassion qui va résoudre la maltraitance ordinaire » (l. 139 à 149)
		Relation positive entre SC et lutte contre la MO x 3		MK 3 : « Bien sûr que ça fait la différence ! Pourquoi ? Parce qu'on est dans des structures déshumanisantes. » (l. 352 à 353) ; « on a besoin de ces enjeux, donc de soins de compassion, pour rendre l'humanité à une structure déshumanisante, mais bien sûr que ça a sa place » (l. 356 à 358)
	Relation négative entre SC et lutte contre la MO x 1		MK 6 : « pas vraiment, pas directement. Indirectement je pense que [...] si le patient sort d'un acte de maltraitance ordinaire et qu'on fait un soin de compassion derrière, ça va l'apaiser peut-être, le soulager mais après il n'y a pas de lien ... l'acte, le soin de compassion c'est volontaire donc on le fera quand le patient est en détresse, la maltraitance ordinaire c'est quelque chose d'involontaire , donc je ne sais pas, moi je ne vois pas vraiment de lien entre les deux. » (l. 123 à 128)	
	Limites des SC dans la lutte contre la MO	Place des SC dans le système de soin		MK 3 : « c'est très difficile d'adapter les soins de compassion à quelque chose d'ordinaire, [...] de général » (l. 324 à 325)
		-Difficultés d'adapter des soins individuels à une MO générale x 4		
		-Ne se pratiquent pas x 2 -Prise de conscience insuffisante de la MO x 1	2 x MK 3	MK 5 : « j'ai un doute sur le fait que la compassion soit la seule clé de la maltraitance, parce que la compassion je la visualise vraiment comme individuelle, [...] malgré la volonté de bien faire, il y a des choses qui sont maltraitantes. » (l. 139 à 144)
	Rôle des SC dans la lutte contre la MO	Positif pour le patient		MK 3 : « Parce qu'on est dans des structures déshumanisantes. » (l. 352 à 353) ; « on a besoin de ces enjeux, donc de soins de compassion, pour rendre l'humanité à une structure déshumanisante » (l. 356 à 357)
		-Faire sentir le patient mieux x 5	2 x MK 7	

	-Patient qui existe x 4 -Soins agréables x 1		MK 7 : « qu'eux ils se sentent mieux pris en charge , et peut-être plus épanouis entre guillemets à l'hôpital, je pense oui, plus considérés en tout cas » (l. 220 à 221)
	<u>Positif pour le MK</u>		MK 1 : « c'est important en effet de se sentir à l'aise et légitime dans ta pratique de kiné, d'amener des bonnes choses , d'avoir des soins de compassion, [...] pour optimiser ta pratique » (l. 206 à 208)
	-Optimiser la pratique x 2 -Se sentir légitime x 1 -Se sentir moins fautif x 1 -Réflexivité x 1 -Moins de conflits intérieurs x 1 -Se sentir mieux au travail x 1		MK 2 : « quelque part ces petits moments que je vais accorder au patient [...], ça va me permettre déjà d'atténuer l'effet négatif que le service a eu, et donc moi ça permettra moi de moins me sentir fautive pour le service et donc d'avoir essayé de ouai compenser » (l. 180 à 184) MK 7 : « se remettre en question et pouvoir avancer dans notre approche avec le patient , et que ce soit plus cohérent pour nous et pour eux aussi. Et que nous on se sente mieux dans notre travail » (l. 218 à 220)
	<u>Renforcer le lien patient-soignant</u>		MK 7 : « ça peut renforcer le lien patient-soignant , et nous, ça nous aide à garder je pense une posture plus équilibrée , dans le sens où on va être moins directif, moins décideur et on va être plus à l'écoute, plus proche du patient , de ce qu'il veut, de ce qu'il ne veut pas » (l. 158 à 161)
	-Posture du soignant équilibrée x 1 -Patient au centre x 1		

Tableau XIV : Réponses des MK interrogés concernant l'efficacité des soins de compassion (SC) dans la lutte contre la maltraitance ordinaire (MO)

Les SC peuvent contribuer à la lutte contre la MO	Doutes quant au rôle des SC dans la lutte contre la MO	Les SC ne contribuent pas à la lutte contre la MO
3 / 7	3 / 7	1 / 7

Les limites des soins de compassion dans une optique de lutte contre la maltraitance ordinaire englobent **la place des soins de compassion** dans le système de santé : une difficulté subsiste quant à l'application d'un soin individuel face à un fléau d'ordre général (MK 2, 3, 5, 6) : « c'est très difficile d'adapter les soins de compassion à quelque chose d'ordinaire, [...] de général » (MK 3, l. 324 à 325). Il s'agirait de soins qui « ne se pratiquent pas » (MK 3, l. 282) avec une prise de conscience insuffisante (MK 5) : « il faut une prise de conscience, d'où est la maltraitance » (MK 5, l. 145).

Pourtant, les soins de compassion joueraient malgré tout un rôle dans cette lutte contre la maltraitance ordinaire. En effet, ils demeureraient **positifs pour le patient** afin qu'il se sente mieux à l'hôpital (MK 1, 4, 6, 7) avec des soins agréables (MK 1) et un sentiment d'exister (MK 1, 3, 4, 7) : « ils se sentent mieux pris en charge, et peut-être plus épanouis [...] à l'hôpital, [...], plus considérés » (MK 7, l. 220 à 221). De même du **positif est apporté au MK**, qui se sentirait plus « à l'aise et légitime » (MK 1, l. 206) et moins fautif (MK 2) tout en optimisant sa pratique (MK 1, 7) à travers une réflexivité (MK 7) pour se sentir « mieux dans notre travail » avec « moins de conflits intérieurs » (MK 7, l. 220 et 163). Ce positif apporté aux deux parties crée un meilleur **lien patient-soignant** où le patient serait au centre de sa prise en charge (MK 7), avec le MK qui a une posture équilibrée pour « faire les choses avec le patient parce que lui il a compris et il veut effectivement faire ces choses-là. » (MK 7, l. 165 à 166).

VI. Interprétation des résultats

Pour rappel, la question de recherche était :

Quelle est la place des soins de compassion dans la pratique hospitalière des MK afin de lutter contre la maltraitance ordinaire à La Réunion ?

Elle avait pour but de répondre à 3 objectifs principaux et un objectif secondaire (Tableau XV).

Tableau XV : Objectifs de l'étude

Objectifs principaux	(1) Identifier les expériences de maltraitance ordinaire vécues par les MK hospitaliers à La Réunion	(2) Identifier les critères d'application des soins de compassion chez les MK hospitaliers à La Réunion	(3) Comprendre la place des soins de compassion comme moyen de régulation de leurs émotions afin d'éviter ces processus de maltraitance ordinaire
Objectif secondaire	Déterminer le rôle de l'expérience professionnelle dans l'application des soins de compassion		

VI.1. Discussion

VI.1.1. Confrontation des résultats aux trois objectifs principaux de l'étude

VI.1.1.1. La maltraitance ordinaire du point de vue des MK à La Réunion

Ce thème répond totalement au **premier objectif principal de l'étude** : pour comprendre la place des soins de compassion dans la lutte contre la maltraitance ordinaire, il faut d'abord comprendre comment les MK définissent ce terme. Ensuite, il faut identifier les expériences cliniques illustrant la présence de maltraitance ordinaire dans les hôpitaux de l'île.

Définition

Pour les MK, la maltraitance ordinaire intègre la sensation d'inconfort du patient, dans laquelle sa volonté n'est pas respectée, celui-ci se sentant alors non considéré de par une négligence du soignant à travers des actions quotidiennes, en lien avec la littérature (Compagnon & Ghadi, 2009). La volonté du patient ferait ici référence à l'humanisme avec le principe **d'autonomie** (Swick, 2007) et la considération du patient intègrerait la reconnaissance de son **individualité** en tant qu'être **humain** (Ghadi, s. d ; Montgomery et al., 2017).

De plus, le fonctionnement **institutionnel**, bien que peu représenté dans la définition des MK, demeure une part non négligeable de la maltraitance ordinaire qui « n'est pas essentiellement liée aux individus » (Compagnon et Ghadi, 2009, p. 12).

Enfin, l'aspect **involontaire** de la maltraitance est récurrent chez les participants et se retrouve dans la HAS (2010). Ainsi ces actions indésirées, peuvent s'expliquer par l'organisation **institutionnelle** associée à une hiérarchie, nécessitant la réalisation d'actes qui ne respectent pas toujours les intérêts et besoins du patient (Compagnon & Ghadi, 2009). De même, ces aspects semblent être liés aux **habitudes** des MK face à des actions quotidiennes et automatisées, dans lesquelles ces pratiques sont banalisées (Compagnon & Ghadi, 2009).

Situations cliniques

Les définitions des MK ont cadré le terme de maltraitance ordinaire à leurs représentations, leur permettant d'identifier leurs expériences (malgré des incertitudes) dans ces situations relevant de la maltraitance ordinaire selon Compagnon & Ghadi (2009) (Annexe II).

D'abord, les MK ont cité des communications inadaptées entre professionnels dans l'espace de soin du patient, se sentant alors **témoin**, par manque d'attention des soignants : cette situation serait liée aux comportements individuels des professionnels (Compagnon & Ghadi, 2009) (Annexe II). De plus, un défaut de communication dans l'équipe, ferait référence à la **coordination des soins** pouvant entraîner des traitements non compatibles (Ferrand, 2003), causant à terme une forme de maltraitance ordinaire (Tableau XVI).

Tableau XVI : Citation du MK 4

<i>MK 4 (l. 129 à 134)</i>
<i>« Tu apprends au patient à faire son transfert vers la gauche, parce qu'il sait faire son transfert que vers la gauche et les équipes te disent qu'elles ne le mettent pas au fauteuil du week-end parce qu'il n'est pas capable de faire son transfert, mais parce qu'ils ont mis le fauteuil à droite ... là clairement pour moi c'est [...] comme de la maltraitance du coup le patient il est condamné à rester au lit pendant 2 jours »</i>

Or, « la **communication** constitue le fondement même de l'ensemble des activités hospitalières » (Haberey-Knuessi, Heeb & Morgan De Paula, 2013, p. 10). Pourtant, l'organisation du soin actuel s'apparenterait à des actes dissociés réalisés par des soignants différents (Haberey-Knuessi et al., 2013) favorisant la maltraitance ordinaire.

En outre, un défaut de **gestion émotionnelle** du MK peut être à l'origine de comportements individuels inadaptés cités : agressivité, brutalité dans les paroles, par exemple. Cet élément fait le lien avec les **soins de compassion**, comme stratégie de régulation émotionnelle dans la prévention de cette maltraitance ordinaire (Thème n°3).

Ensuite, les situations maltraitantes seraient associées à des facteurs institutionnels (Compagnon & Ghadi, 2009). Pourtant, cette idée n'a été explicitement nommée que chez un seul MK. Or, cet élément paraît majeur dans les rapports de Compagnon & Ghadi (2009), du fait de « **dysfonctionnements d'une organisation complexe** » (Compagnon et Ghadi, 2009, p. 34) (attente par exemple) associés à un défaut d'accueil de la personne hospitalisée (Compagnon & Ghadi, 2009). Enfin, le manque de **disponibilité des professionnels** est cité du fait de la charge de travail, comme l'indiquent les MK et Compagnon & Ghadi (2009).

Parmi les situations citées faisant écho à une atteinte aux droits du patient, il est relevé un non-respect de l'intimité du patient, qui, dans ces situations se rapportent à un « **rythme imposé des soins** » au patient (Compagnon et Ghadi, 2009, p. 30) d'origine institutionnelle (Compagnon & Ghadi, 2009). Enfin, dans certaines situations, quelques droits du patient n'ont pas été respectés (Ministère de la santé et de la solidarité, 2006) : la **confidentialité** des soins (intégrant la dignité, selon Compagnon & Ghadi (2009)) et la **vie privée**, le droit à **l'information**, le **droit aux soins**, ainsi que le respect de la **volonté** du patient. Ici, la confidentialité se rapproche davantage à une organisation de l'espace et au **fonctionnement** d'une structure dans laquelle des patients se côtoient dans un espace ouvert (Tableau XVII).

Tableau XVII : Citation du MK 2

<i>MK 2 (l. 204 à 210)</i>
<i>« Ça nous arrive de parler d'un patient parce que là on est au milieu d'un plateau technique et qu'on m'interpelle pour un patient et qu'il y a d'autres patients autour qui peuvent entendre la conversation et que c'est de la confidentialité des soins et ce n'est pas vraiment respecté » [...] Les patients souvent ils me disent « ben lui il a quoi ? » c'est compliqué de ne pas répondre parce qu'en même temps ça explique les comportements inadaptés et comme ils vivent dans un milieu clos et ils se voient tous [...] »</i>

Enfin, plus que le contexte de la délivrance de l'**information** au patient (Compagnon & Ghadi, 2009), une **vérité** dans l'information délivrée est citée. Cela implique une **équipe pluridisciplinaire** dont le MK, qui se doit de respecter les décisions au risque de conflits. Aussi, un non-respect du droit au soin a été cité dans ce même contexte (Tableau XVIII).

Tableau XVIII : Citation du MK 3

<i>MK 3 (l. 43 à 55)</i>
<i>« On a des patients qui sont atteints de maladies neurodégénératives, pour lesquels on sait que leur temps devient compté beaucoup plus vite que le commun, voilà, et pour lesquels [...] on n'ose pas dire l'évolution de la maladie, [...] qui va induire petit à petit le patient pas nécessairement dans les bonnes décisions à prendre [...] Mais comme on est une équipe, ben je suis dedans »</i>

Sentiments et émotions des MK

Les MK sont **conscients** des situations de maltraitance ordinaire : leurs ressentis à l'égard de ces situations (gêne, malaise, colère) peut s'expliquer par une **insatisfaction** personnelle du fait du déclin de la relation de soin (Haberey-Knuessi et al., 2013) due à ces événements et créant une frustration pouvant causer à terme un **épuisement** professionnel (Zhang et al., 2018) ou d'une **fatigue de compassion** (Sinclair, Raffin-Bouchal, et al., 2017) pouvant entretenir ce cercle vicieux de comportements défavorables.

Idées émergentes : environnement, profil des patients et soins

En souhaitant répondre à mon premier objectif principal, des **sous-thèmes ont émergé** : environnement, profil des patients et soins favorisant les situations de maltraitance ordinaire.

Implicitement pour la plupart, les MK sont quasiment unanimes quant à l'**organisation** de l'institution comme environnement favorisant leurs expériences de maltraitance ordinaire (Figure 10).

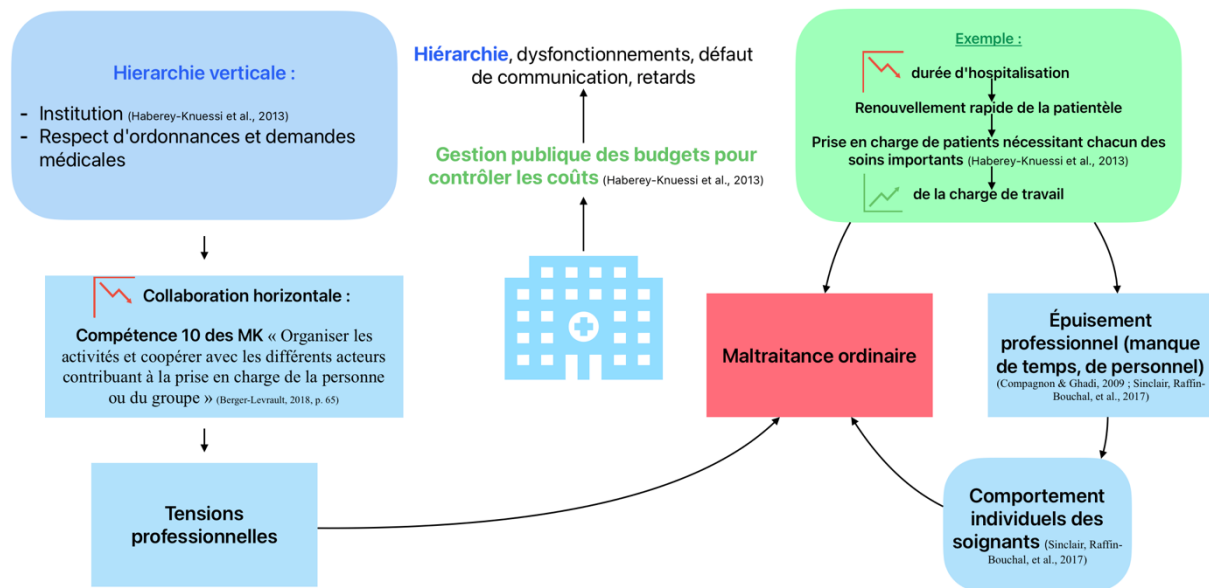


Figure 10 : Environnement favorisant les expériences de maltraitance ordinaire

Ensuite, comme indiqué par les MK, les patients dysarthriques, âgés, déments ou en réanimation ont une situation médicale qui accroît leur **dépendance**, et ainsi le risque de maltraitance ordinaire (HAS, 2010). Les soins spécifiques à la MK dans les situations de réanimation et non précisés dans la HAS (2010), englobent essentiellement la kinésithérapie respiratoire chez des patients **non participants**.

VI.1.1.2. Les critères des soins de compassion appliqués par les MK à La Réunion

Ce thème répond intégralement au **deuxième objectif principal de l'étude** : après avoir identifié les situations de maltraitance ordinaire dans les hôpitaux de l'île, il faut maintenant identifier comment les MK y appliquent les soins de compassion.

Quatre points primordiaux des soins de compassion sont ressortis : l'implication auprès du patient et de ses proches, l'émotivité dans la relation de soin, la communication et les propriétés personnelles. Les relations s'étendent au-delà de la simple pratique professionnelle.

Critères des soins de compassion appliqués versus théoriques

À partir de l'Annexe I présentée dans les concepts, j'ai pu faire un comparatif avec les dires des MK (Tableau XIX) : les critères des soins de compassion retrouvés chez les MK interrogés correspondent, pour la plupart, à la grille des critères d'application des soins de

compassion réalisée à partir de la littérature : **27 critères sur 38** sont respectés, suggérant une **application** réelle de ces soins chez les MK hospitaliers interrogés à La Réunion.

Tableau XIX : Application des critères des soins de compassion par les MK hospitaliers interrogés à La Réunion (Vert : Critère appliqué par les MK interrogés)

Fréquence dans la littérature	Critères d'application des soins de compassion	Auteurs
11	1. Comprendre les perspectives de l'autre	APTA, 2013 ; Badger & Royse, 2012 ; Bramley & Matiti, 2014 ; Crawford, Brown, Kvangarsnes & Gilbert, 2014 ; Epstein, 1999 ; Hojat, 2016 ; Hojat et al., 2002 ; Sinclair, Beamer et al., 2017 ; Sinclair, Raffin-Bouchal, Venturato, Mijovic-Kondejewski & Smith-MacDonald, 2017 ; Tehranineshat, Rakhshan, Torabizadeh & Fararouei, 2019 ; Willgens & Hummel, 2016
9	2. Réagir à la souffrance de l'autre et la diminuer	Bramley & Matiti, 2014 ; Crawford et al., 2014 ; Epstein, 1999 ; Goetz, Keltner & Simon-Thomas, 2010 ; Sinclair, Beamer, et al., 2017 ; Sinclair, Raffin-Bouchal, et al., 2017 ; Tehranineshat et al., 2019 ; Weng, Fox, Hessenthaler, Stodola & Davidson, 2015 ; Willgens & Hummel, 2016
8	3. Améliorer le bien-être, la qualité des soins, le confort du patient et de sa famille	APTA, 2013 ; Badger & Royse, 2012 ; Bramley & Matiti, 2014 ; Engen & Singer, 2015 ; Greenfield, Anderson, Cox & Tanner, 2008 ; Hojat, 2016 ; Sinclair, Beamer, et al., 2017 ; Tehranineshat et al., 2019
9	4. Faire preuve d'attention	Badger & Royse, 2012 ; Bramley & Matiti, 2014 ; Crawford et al., 2014 ; Goetz et al., 2010 ; Greenfield et al., 2008 ; Hojat, 2016 ; Hojat et al., 2002 ; Klimecki, Leiberg, Lamm & Singer, 2013 ; Tehranineshat et al., 2019
9	5. Être intéressé par la souffrance d'autrui / avoir conscience de la souffrance d'autrui	Bramley & Matiti, 2014 ; Crawford et al., 2014 ; Cuff, Brown, Taylor & Howat, 2016 ; Engen & Singer, 2015 ; Klimecki, Leiberg, Ricard & Singer, 2014 ; Sinclair, Beamer, et al., 2017 ; Tehranineshat et al., 2019 ; Weng et al., 2015 ; Willgens & Hummel, 2016
9	6. Comportement motivé par l'amour humain	Burks & Kobus, 2012 ; Crawford et al., 2014 ; Goetz et al., 2010 ; Klimecki et al., 2013 ; Loue, 2022 ; Sinclair, Beamer, et al., 2017 ; Stern, Cohen, Bruder, Packer & Sole 2008 ; Swick, 2007 ; Tehranineshat et al., 2019
8	7. Volonté d'aider	Crawford et al., 2014 ; Cuff et al., 2016 ; Engen & Singer, 2015 ; Goetz et al., 2010 ; Klimecki et al., 2014 ; Preckel, Kanske & Singer, 2018 ; Sinclair, Raffin-Bouchal, et al., 2017 ; Singer & Klimecki, 2014
8	8. Bonne communication avec le patient (écoute active, basée sur la confiance, verbale et non verbale : regard, toucher, sourire)	APTA, 2013 ; Badger & Royse, 2012 ; Bramley & Matiti, 2014 ; Crawford et al., 2014 ; Epstein, 1999 ; Goetz et al., 2010 ; Sinclair, Raffin-Bouchal, et al., 2017 ; Tehranineshat et al., 2019
	<u>Exemples</u> : Dire bonjour, se présenter, contact avec une personne dans le coma, expliquer	
	Bonne communication avec l'équipe	Bramley & Matiti, 2014
7	9. Soutien / Encouragements / Être rassurant	Badger & Royse, 2012 ; Bramley & Matiti, 2014 ; Crawford et al., 2014 ; Sinclair, Beamer, et al., 2017 ; Sinclair, Raffin-Bouchal, et al., 2017 ; Willgens & Hummel, 2016 ; Zhang Y.-Y., Zhang C., Han, Li & Wang, 2018
7	10. Faire preuve d'empathie	Badger & Royse, 2012 ; Bramley & Matiti, 2014 ; Crawford et al., 2014 ; Greenfield et al., 2008 ; Hojat et al., 2002 ; Hui, Dai & Wang, 2020 ; Tehranineshat et al., 2019

7	11. Faire preuve d'éthique et de moralité	Badger & Royse, 2012 ; Bramley & Matiti, 2014 ; Goetz et al., 2010 ; Greenfield et al., 2008 ; Greenfield, Keough, Linn, Little, & Portela, 2010 ; Sinclair, Beamer, et al., 2017 ; Tehranineshat et al., 2019
7	12. Prendre en compte les aspects émotionnels et psychologiques des soins / Lien émotionnel / Affectif	APTA, 2013 ; Badger & Royse, 2012 ; Bramley & Matiti, 2014 ; Crawford et al., 2014 ; Goetz et al., 2010 ; Hojat, 2016 ; Willgens & Hummel, 2016
7	13. Préoccupation / Préoccupation empathique	Badger & Royse, 2012 ; Bramley & Matiti, 2014 ; Crawford et al., 2014 ; Engen & Singer, 2015 ; Klimecki et al., 2014 ; Preckel et al., 2018 ; Weng et al., 2015
7	14. Gentillesse, être chaleureux	Crawford et al., 2014 ; Engen & Singer, 2015 ; Goetz et al., 2010 ; Klimecki et al., 2013 ; Sinclair, Beamer, et al., 2017 ; Tehranineshat et al., 2019 ; Weng et al., 2015
5	15. Action altruiste	Crawford et al., 2014 ; Goetz et al., 2010 ; Greenfield et al., 2008 ; Sinclair, Beamer, et al., 2017 ; Weng et al., 2015
4	16. Avoir des compétences et connaissances	Badger & Royse, 2012 ; Bramley & Matiti, 2014 ; Sinclair, Raffin-Bouchal, et al., 2017 ; Tehranineshat et al., 2019
3	17. Considérer le patient comme unique et de valeur, comme une personne à part entière / soins individualisés	APTA, 2013 ; Badger & Royse, 2012 ; Bramley & Matiti, 2014
3	18. Tolérance / Reconnaître et s'abstenir d'agir en fonction de ses préjugés sociaux, culturels, de genre et sexuels	APTA, 2013 ; Crawford et al., 2014 ; Tehranineshat et al., 2019
3	19. Engagement du soignant	Bramley & Matiti, 2014 ; Greenfield, Keough, Linn, Little, & Portela, 2010 ; Tehranineshat et al., 2019
3	20. Présence du soignant	Bramley & Matiti, 2014 ; Epstein, 1999 ; Sinclair, Raffin-Bouchal, et al., 2017
3	21. Être un défenseur et s'occuper des besoins du patient	APTA, 2013 ; Badger & Royse, 2012 ; Bramley & Matiti, 2014
3	22. Faire preuve de respect	APTA, 2013 ; Badger & Royse, 2012 ; Crawford et al., 2014
3	23. Bienveillance	Crawford et al., 2014 ; Engen & Singer, 2015 ; Klimecki et al., 2013
3	24. Donner le choix / Donner aux patients les moyens d'atteindre le plus haut niveau fonctionnel et d'être autonomes dans leurs soins	APTA, 2013 ; Badger & Royse, 2012 ; Bramley & Matiti, 2014
3	25. Être sensible à l'état de l'autre, réceptivité	Branch, 2000 ; Crawford et al., 2014 ; Tehranineshat et al., 2019
2	26. Relation de confiance avec le patient	Badger & Royse, 2012 ; Greenfield et al., 2010
2	27. Courage du soignant	Crawford et al., 2014 ; Tehranineshat et al., 2019
2	28. Honnêteté dans l'information délivrée	Badger & Royse, 2012 ; Tehranineshat et al., 2019
1	29. Agir sans condition, indépendamment du comportement du patient, de la parenté et du mérite	Sinclair, Beamer et al., 2017
1	30. Professionnalisme	Tehranineshat et al., 2019

1	31. Relation soignant-soigné à double sens	Tehraniyeshat et al., 2019
1	32. Humilité	Tehraniyeshat et al., 2019
1	33. Ouverture d'esprit	Crawford et al., 2014
1	34. Avoir de la patience	Crawford et al., 2014
1	35. Aller au-delà des attentes du patient	Badger & Royse, 2012
1	36. Inclure aux conversations, activités	Badger & Royse, 2012
1	37. Assurer la continuité des soins	Badger & Royse, 2012
1	38. Mettre en avant les intérêts du patient	Epstein, 1999

27 critères sur 38

Nombre de critères à partir duquel il est considéré une application des soins de compassion :

10 éléments sont minoritaires (Fréquence = 1) sur la liste de critères ci-dessus.

(Nombre total de critères – Nombre de critères minoritaires) / 2

*(38-10) / 2 = **14***

À partir de 14 critères sur 38, nous considérons une application des soins de compassion

VI.1.1.3. Les représentations des soins de compassion chez les MK à La Réunion

Ce thème a totalement **émergé** des entretiens et répond en partie au **troisième objectif principal de l'étude** : après avoir identifié les situations de maltraitance ordinaire et les critères des soins de compassion appliqués dans les hôpitaux de l'île, il faut maintenant identifier leur place dans les représentations des MK interrogés.

Nature, fréquence, conditions d'application, aspects négatifs et hésitations

Les soins de compassion sont définis de manière **peu claire et large** (Tehraniyeshat et al., 2019) et laissent lieu à une **méconnaissance** du terme par l'ensemble des MK interrogés, qui sous-entendent une difficulté de l'atteinte de cet **idéal** (Crawford et al., 2014). Selon les MK, bien que considérés comme importants, ces soins seraient **peu pris en compte** dans la médecine et dans les cursus médicaux, comme l'indiquent Crawford et al. (2014) et Whitehead, Kuper, Freeman, Grundland & Webster (2014). Pourtant, de par leur **fréquence** et leur **nature**, ils occuperaient une place **prépondérante** pour les MK afin de contrer la maltraitance ordinaire, grâce à leur caractère **quotidien** soulevé par une majorité, en lien avec ce même caractère retrouvé dans la maltraitance ordinaire (Compagnon & Ghadi, 2009). En effet, selon les MK, les soins compassionnels seraient automatiques, **innés**, individuels (Gold Foundation,

s.d., cité dans Stern et al., 2008) et non appris en formation. Pour autant, un MK soulève une **contradiction** dans les formations dispensées, entre d'une part, la **distance thérapeutique** enseignée pour réussir à gérer ses émotions et ne pas détériorer sa santé mentale (épuisement professionnel) (Loriol, 2002), et d'autre part, les soins de compassion qui nécessitent un engagement émotionnel.

Les MK soulèvent des **difficultés** dans l'application de ces soins, s'expliquant dans la création du lien patient-soignant qui nécessite du **temps** (Haberey-Knuessi et al., 2013), peu réalisable en hôpital (changements de services, séjours courts) (Haberey-Knuessi et al., 2013) : alors que le MK doit être **disponible** émotionnellement (Haberey-Knuessi et al., 2013) pour offrir ces soins, le patient doit pouvoir **s'ouvrir** à cette relation thérapeutique par une **confiance** qu'il acquiert envers le MK (Haberey-Knuessi et al., 2013).

Ensuite, les MK notent la nécessité de poser les **limites** de ce soin, afin de ne pas être affecté émotionnellement, pouvant être à l'origine d'une **fatigue de compassion**, diminuant les capacités du soignant à aider le patient (Sinclair, Raffin-Bouchal, et al., 2017).

Enfin, des situations feraient davantage appel aux soins de compassion selon les MK : il s'agit de situations **complexes**, favorisant un lien émotionnel face à la **souffrance** du patient (Goetz et al., 2010), qui constituent également des situations à risque de **maltraitance ordinaire** (kinésithérapie respiratoire et aspirations : VI. 1.1.1., et maladies chroniques) du fait de la **dépendance** de ces mêmes patients (HAS, 2010).

Les soins de compassion comme stratégie de régulation émotionnelle

Alors qu'une majorité de MK est **favorable** à cette idée, une minorité pense que les soins de compassion s'inscrivent dans le soin en général, certainement du fait de ses origines ancrées dans la **nature humaine** (Saraga et al., 2014). Parmi les MK défavorables à cette idée, la notion selon laquelle ce soin nécessiterait une régulation émotionnelle pour être efficace, rappelle l'idée de la **fatigue compassionnelle** (Sinclair, Raffin-Bouchal, et al., 2017).

Pour autant, la compassion comme stratégie de régulation émotionnelle apparaît réelle. Les MK assurent l'utilité de ces soins dans la **déculpabilisation** des conséquences du service sur le patient : par la **modification** de la réponse apportée (Gross, 2015) lors d'une situation problématique (exemple : attention et recueil du ressenti du patient lors d'une attente), le MK est capable de réguler ses émotions en apportant de la compassion au patient et en voyant que cette réponse fait du **bien** à ce dernier. De ce fait, les émotions négatives diminuent (Engen & Singer, 2015) au profit d'émotions **positives** du patient suscitées par l'intervention du MK (*feedback*). Ce *feedback* permet ainsi de contrer la détresse empathique (Engen & Singer, 2015), présente lors d'une incapacité à réagir lors de situations complexes (comportement des patients,

institution, par exemple). Cette régulation émotionnelle permise par ces soins peut se réaliser dans une situation pouvant évoluer vers de la **maltraitance ordinaire** (attente prolongée, indifférence) (Compagnon & Ghadi, 2009). La volonté d'utiliser les soins de compassion dans ces situations permet ainsi de mieux réagir **individuellement**, comme l'indiquent les MK.

***Idée émergente** : la communication, un critère essentiel (Thème n°2) au service du but des soins de compassion (Thème n°3)*

La communication est un sous-thème ressorti des entretiens, mais qui a été peu développé dans les critères des soins de compassion (Annexe I). L'enjeu communicationnel est aussi nécessaire pour le bien-être des patients que celui des soignants au travail (Haberey-Knuessi et al., 2013), qui auraient moins de conflits intérieurs, comme le signalent les MK : ces éléments semblent prépondérants dans la lutte contre la maltraitance ordinaire (Figure 11).

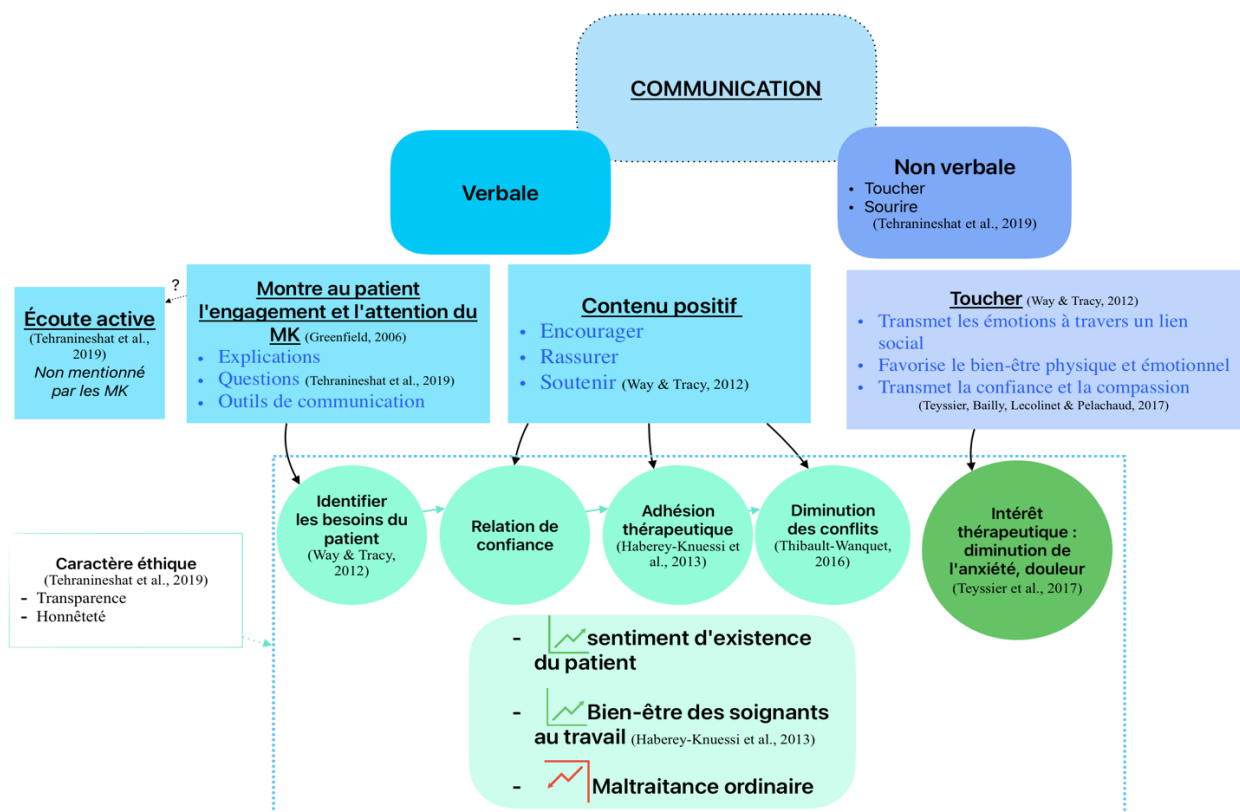


Figure 11 : La communication, critère essentiel pour l'atteinte du but des soins de compassion

VI.1.1.4. La place des soins de compassion dans la lutte contre la maltraitance ordinaire à La Réunion

Ce thème répond pleinement au **troisième objectif principal** : après avoir identifié les situations de maltraitance ordinaire, les critères et la place des soins de compassion dans les hôpitaux de l'île, il faut désormais comprendre leur place dans la maltraitance ordinaire.

Relation entre soins de compassion et maltraitance ordinaire

Les MK sont en désaccord et font persister le **doute** quant à l'intérêt des soins de compassion dans la lutte contre la maltraitance ordinaire : ce sont des situations difficilement prévisibles, souvent invisibles par les professionnels et intériorisées par les patients (Compagnon & Ghadi, 2009), expliquant l'omniprésence et une prise de conscience insuffisante par une **banalisation** de ces situations (Compagnon & Ghadi, 2009). De plus, bien que l'organisation **hospitalière** ne puisse pas être modifiée par sa **complexité** (Haberey-Knuessi et al., 2013), des petits actes **individuels** via ces soins compassionnels feraient une différence, sans pour autant les compenser, comme le suggèrent les MK.

Rôle des soins de compassion dans la lutte contre la maltraitance ordinaire

De par un *feedback* émotionnel et en dehors de l'effet personnel positif sur le MK, les soins de compassion permettent d'améliorer sa **légitimité** dans son travail quotidien à l'hôpital : celui-ci se sent **moins fautif** lors de situations complexes de maltraitance ordinaire, lui permettant de se sentir mieux au travail et diminuer les risques **d'épuisement professionnel**, pouvant être à l'origine de comportements maltraitants (Burks & Kobus, 2012). De plus, ils amènent à être **réflexif** (Akhtar-Danesh et al., 2013 ; Montgomery et al., 2017) (compétence dans la formation initiale des MK (Berger-Levrault, 2018)), par une prise de conscience des facteurs favorisant ces événements, ancrés dans les habitudes (Compagnon & Ghadi, 2009), tout en essayant de les contrer par ces soins individuels : les soins compassionnels contribuent ainsi à **optimiser** la pratique du MK. Au final, le positif apporté aux deux parties consolide une relation où le patient est au centre, se sentant alors considéré, et où le MK se sent mieux au travail. De cette manière, ce dernier peut diminuer des comportements indésirables liés à des facteurs personnels ou environnementaux et il occupera une posture **équilibrée**, diminuant la sensation de transparence (HAS, 2010) du patient et par conséquent la maltraitance ordinaire.

Limites des soins de compassion dans la lutte contre la maltraitance ordinaire

Pour autant, des limites ont été soulevées quant au rôle des soins de compassion dans la maltraitance ordinaire. La difficulté d'adapter des soins **individuels** à une maltraitance « générale », banalisée, involontaire et présente au **quotidien** (Compagnon & Ghadi, 2009) est la plus citée par les MK, qui se demandaient si l'effet était suffisant (dont un MK qui suggère qu'il n'y aurait aucun lien entre ces deux éléments). De plus, une prise de conscience **insuffisante** de la maltraitance ordinaire (Compagnon & Ghadi, 2009), associée à des soins de compassion qui ne se **pratiqueraient pas** (Tehranineshat et al., 2019), augmenterait l'incertitude des MK quant à leur intérêt. Pourtant, cette recherche a su montrer une application

de ces soins chez les MK interrogés, malgré une méconnaissance du terme : il existerait ainsi des **préjugés** de certains MK concernant cette application par l'ensemble du personnel soignant. En effet, cette pratique est dépendante du contexte **organisationnel** (Tehrani-neshat et al., 2019), facteur également clé dans la maltraitance ordinaire (Compagnon & Ghadi, 2009).

VI.1.2. Confrontation des résultats à l'objectif secondaire de l'étude

L'objectif secondaire consistait à déterminer le **rôle de l'expérience professionnelle dans l'application des soins de compassion**. C'est un des sous-thèmes issu du Thème n°3 qui a permis de répondre complètement à cet objectif.

Une majorité des MK considèrent que l'expérience favoriserait la compassion, par une meilleure **justesse** de celle-ci, en lien avec une fatigue compassionnelle plus faible chez les MK expérimentés (Sinclair, Raffin-Bouchal, et al., 2017). De même, nombreux sont ceux qui pensent que l'expérience forge une **réflexivité**, des **compétences** d'écoute et de compréhension (Giglio, 2016 ; Greenfield, 2006), une prise de position dans l'intérêt du patient, permettant d'une part, de proposer un soin de compassion plus adapté et d'autre part, d'offrir plus **facilement** ces soins, par une meilleure maîtrise pratique (Greenfield, 2006).

Ces éléments vont donc à l'inverse des *a priori* énoncés plus haut (l'expérience, par habitude, diminuerait les soins de compassion). Pour autant, quelques MK émettent l'idée qu'avec l'expérience, l'**habitude** causerait une diminution des soins de compassion (dont l'empathie, aller vite, faire moins attention à l'autre, également cité par Branch (2000)), à l'origine de situations maltraitantes (Compagnon & Ghadi, 2009).

Bien que minoritaire, une autre idée ressort : les années d'expérience auraient peu de lien avec la capacité de compassion du fait de son caractère naturel (Branch, 2000). La compassion dépendrait des capacités d'écoute du MK à un moment *t*, faisant référence aux **ressources personnelles** citées par Burks & Kobus (2012). Cet élément fait le lien avec les propos de deux femmes expérimentées dans cette étude : bien que d'un point de vue professionnel l'expérience soit positive, d'un point de vue personnel la gestion émotionnelle devient plus difficile avec l'âge. Ce qui suggérerait une capacité acquise par l'expérience à **séparer les sphères professionnelles et privées**, favorisant les soins de compassion (Figure 12).

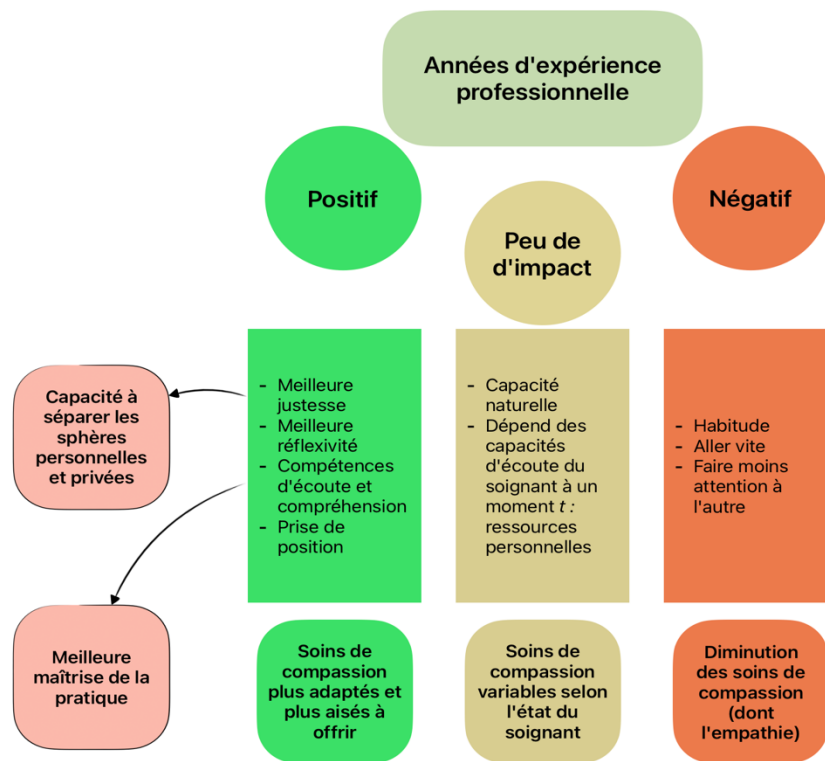


Figure 12 : Rôle des années d'expérience dans l'application des soins de compassion

VI.1.3. Synthèse : confrontation des résultats à la question de recherche

La question de recherche était : quelle est la place des soins de compassion, dans la pratique hospitalière des MK, afin de lutter contre la maltraitance ordinaire à La Réunion ?

D'abord, la **maltraitance ordinaire** est connue et **présente** dans les hôpitaux de l'île, à travers les expériences des MK interrogés (Objectif principal n°1). De même, malgré une faible connaissance de ce terme, les **soins de compassion** sont **appliqués** dans ces hôpitaux (Objectif principal n°2). Ensuite, ils constituent en général un moyen de régulation émotionnelle, à l'origine d'émotions positives. Celles-ci permettent aux MK de surmonter des situations complexes, grâce au bien fourni au patient à travers un *feedback*. De cette manière, à travers des actions de compassion **individuelles**, les MK peuvent **modifier leurs comportements** à l'avantage du patient pour qu'il se sente considéré au sein d'une relation équilibrée, mais également tenter de **contrebalancer** des situations maltraitantes inhérentes à **l'institution** (Figures 13 et 14).

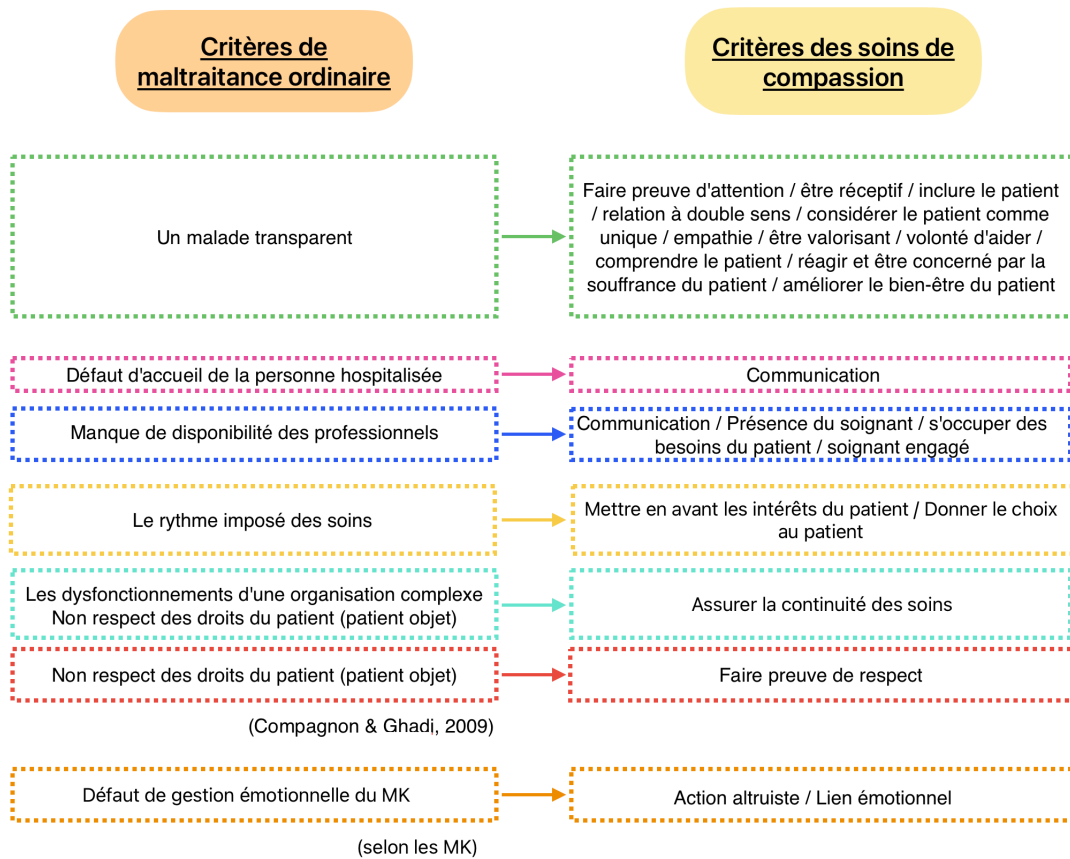


Figure 13 : Confrontation. Les critères des soins de compassion comme moyen pour contrer la maltraitance ordinaire

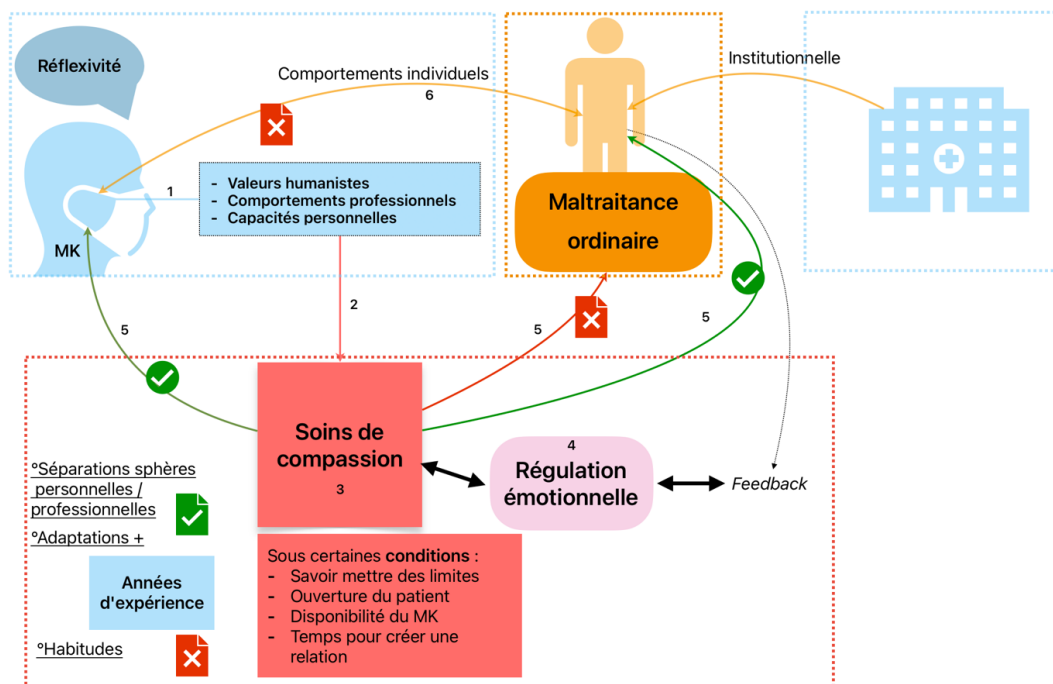


Figure 14 : Synthèse. La place des soins de compassion chez les MK dans la lutte contre la maltraitance ordinaire

Pour autant, certaines **limites** sont soulevées. Le coût personnel de ces soins sur le MK peut être à l'origine d'une **souffrance** (fatigue de compassion, épuisement professionnel), du fait d'un excès de compassion. Ceci peut alors impacter les capacités du soignant à aider le patient et par conséquent être un **frein** dans la prévention de la maltraitance ordinaire. De même, l'utilisation de ces soins dépend des **conditions** de chacune des parties et de la relation soignant-soigné. Enfin, la place de ces soins compassionnels dans le système de santé en général limiterait leur application et leur rôle dans la maltraitance ordinaire (Figure 15) (Objectif principal n°3).

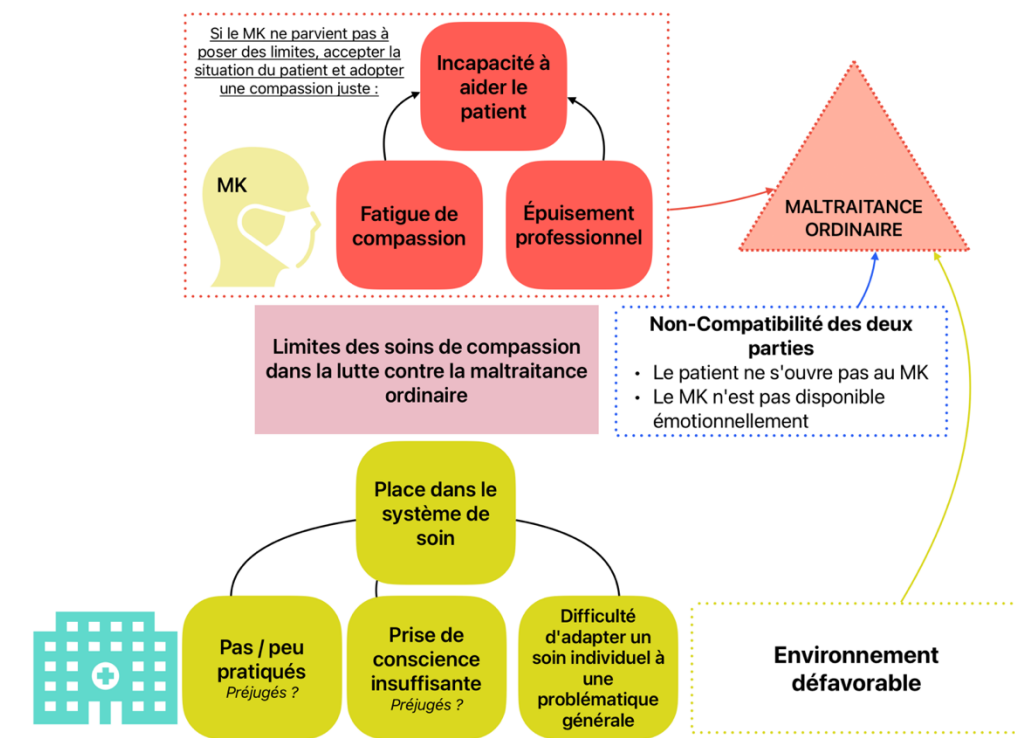


Figure 15 : Limites des soins de compassion dans la lutte contre la maltraitance ordinaire

Enfin, l'application des soins compassionnels serait favorisée par les **années d'expérience** (meilleure adaptation, réflexivité, justesse, facilités, séparation des enjeux professionnels et personnels). Néanmoins, l'expérience expose à des risques de diminution de compassion par habitude, d'où l'importance de la réflexivité continue (Objectif secondaire).

VI.2. Critiques du dispositif de recherche et biais

VI.2.1. Validité et fiabilité de l'étude qualitative menée

Une rigueur méthodologique (Tableau XX) a été établie lors de la collecte et l'analyse des données afin que la fiabilité, la validité, la transférabilité et la confirmabilité soient optimums.

Tableau XX : Identification des critères de rigueur méthodologique dans cette recherche

<u>Éléments de rigueur méthodologique</u>	<u>Critères</u>	<u>Application à l'étude</u>
<p>Crédibilité (ou validité ou authenticité) (<i>validity</i>), issue de la validité interne (Proulx, 2019) : Véracité des résultats (Dany, 2016), à savoir si les données sont représentatives de la réalité (Drapeau, 2004 ; Proulx, 2019). Elle est liée à la cohérence des expériences des participants (Creswell, 2014)</p>	- Clarification des biais du chercheur (Creswell, 2014)	✓
	- Descriptions détaillées du cadre, des participants à l'étude, pour guider le lecteur vers l'interprétation des résultats (Bramley & Matiti, 2014 ; Creswell, 2014)	✓
	- Vérification des membres : les retranscriptions ont été vérifiées (par l'enquêteur et les participants) pour contrôler les biais de l'enquêteur (Creswell, 2014 ; Greenfield, 2006) et les participants ont été autorisés à noter des commentaires sur leur retranscription (Greenfield et al., 2008). Ici, <u>un participant a modifié sa retranscription</u> .	✓
	- Vérification des membres ¹⁰ : contrôle de la cohérence des thèmes et catégories par les participants (Blais & Martineau, 2006 ; Creswell, 2014 ; Greenfield, 2006)	✗
	- Interprétation : données présentées sous forme de citations directes, considérées comme des données à faible inférence ¹¹ : aucune inférence n'est faite sans données complémentaires provenant directement des répondants (Dany, 2016 ; Jensen et al., 2000)	✓
	- Triangulation des sources d'information (Creswell, 2014)	✗
	- Vérification objective par un auditeur externe (Creswell, 2014)	✗
	- Grille d'analyse réalisée « à la main » favorisant une meilleure crédibilité à l'analyse (Fossey et al., 2002)	✓
	- Analyse et interprétation avec un éventail de points de vue (y compris ceux qui sont divergents) (Creswell, 2014 ; Fossey et al., 2002)	✓
- Confrontation des résultats aux données de la littérature (Aubin-Auger et al., 2008)	✓	

¹⁰ Processus d'interprétation réciproque des données avec chaque participant

¹¹ Opération par laquelle on admet une proposition en vertu de sa liaison avec d'autres propositions déjà tenues pour vraies. Il s'agit de tirer une conséquence et justifier la validité de ce qu'on avance en fournissant des preuves (Dany, 2016).

<p>Fiabilité (<i>reliability</i>) : Stabilité des résultats (par exemple, l'accord entre différents chercheurs concernant l'analyse et les catégories obtenues) (Dany, 2016), et par conséquent au potentiel de reproduction de l'étude (Proulx, 2019)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Respect des consignes et des modalités strictes de passation de l'entretien - Échantillon respectant les critères d'inclusion / non inclusion - Posture du chercheur (vigilance, conscience) (Aktouf, 2006) 	
	<ul style="list-style-type: none"> - Vérification des transcriptions (Creswell, 2014) - Le processus de codage a été vérifié par le chercheur (pas de changement dans les significations) : <i>mémoire</i> sur les codes et leurs définitions, comparaisons constantes données/codes (Creswell, 2014) 	
	<ul style="list-style-type: none"> - Codage parallèle en aveugle (Blais & Martineau, 2006) - Vérification de la clarté des catégories (Blais & Martineau, 2006) <p>→ Impossibilité car <u>un seul chercheur</u></p>	
	<ul style="list-style-type: none"> - Utilisation de sous-programmes de fiabilité des logiciels qualitatifs (pour le codage) (Creswell, 2014) 	
	<ul style="list-style-type: none"> - Thèmes basés sur la fréquence dans les discours (Badger & Royse, 2012) <p>→ répétabilité des résultats (Greenfield, 2006)</p>	
	<ul style="list-style-type: none"> - Descriptions détaillées du cadre, des participants à l'étude, pour guider le lecteur vers l'interprétation des résultats (Bramley & Matiti, 2014 ; Creswell, 2014) 	
	<ul style="list-style-type: none"> - Interprétation : données présentées sous forme de citations directes (données à faible inférence) (Drapeau, 2004) 	
	<p>Transférabilité (liée à la validité externe) : Capacité d'application des données et des résultats à d'autres situations (Proulx, 2019)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Échantillon représentatif de la problématique (Drapeau, 2004)
<ul style="list-style-type: none"> - Descriptions détaillées du cadre, des participants à l'étude, permettant de guider le lecteur vers l'interprétation des résultats (Bramley & Matiti, 2014 ; Creswell, 2014 ; Greenfield, 2006) 		
<ul style="list-style-type: none"> - Saturation des données (Drapeau, 2004) 		
<ul style="list-style-type: none"> - Triangulation des sources d'information (Borgès Da Silva, 2001) 		
<p>Confirmabilité : Positionnement neutre ou objectif du chercheur (Proulx, 2019) associé à des critères de cohérence (catégorisation lors du codage) et de transparence (accès clair à la démarche d'analyse) (Dany, 2016)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Thèmes basés sur la fréquence dans les discours (Badger & Royse, 2012) <p>→ objectivité des résultats (Greenfield, 2006)</p>	
	<ul style="list-style-type: none"> - Descriptions détaillées du cadre, des participants à l'étude, pour guider le lecteur vers l'interprétation des résultats (Bramley & Matiti, 2014 ; Proulx, 2019) 	
	<ul style="list-style-type: none"> - Identification des biais du chercheur (Proulx, 2019) 	

VI.2.2. Les biais liés à l'étude

VI.2.2.1. La constitution de l'échantillon d'étude

D'abord, aucune **pré-étude** n'a été réalisée : des entretiens exploratoires sur un échantillon réduit de la population cible (individuels ou collectifs) (Aktouf, 2006) auraient pu préciser l'orientation de la recherche et celle de la **population d'étude** (Aktouf, 2006 ; Demoncey, 2016), évitant une modification de celle-ci durant l'enquête (Figure 16). En effet, la population finale a été **réajustée** à l'issue du questionnaire de recrutement des MK : aucun répondant n'avait moins de 2 ans d'expérience en milieu hospitalier (correspondant à la population de MK moins expérimentés). Il a donc été nécessaire de revoir ce critère selon les réponses des volontaires : la limite supérieure a été fixée à 6 ans d'expérience pour les MK moins expérimentés. Cette limite a ainsi été, d'une part **subjective**, et d'autre part, dépendante des **réponses** au questionnaire de pré-inclusion.

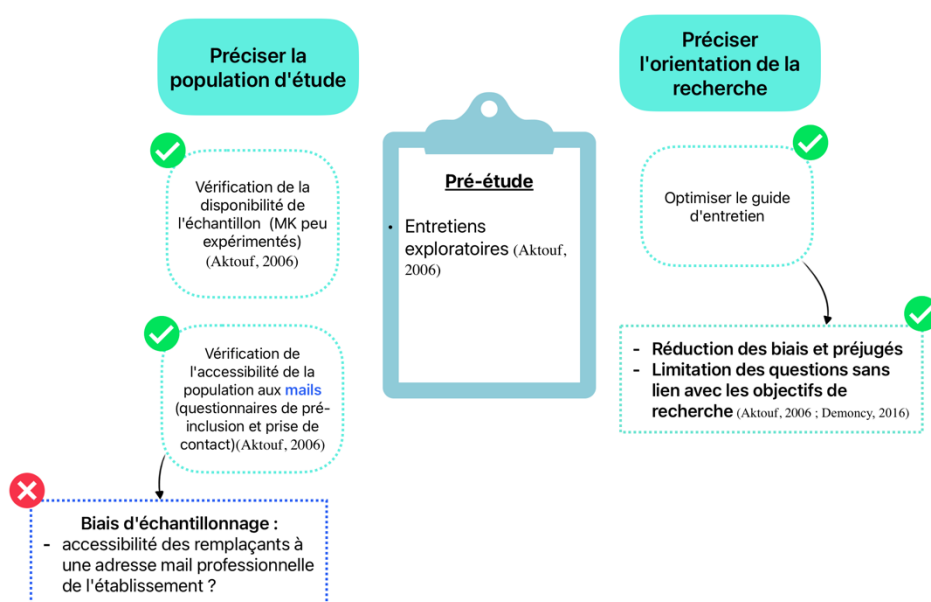


Figure 16 : Intérêts de la pré-étude dans la limitation des biais

Ensuite, dans les critères d'inclusion, la **connaissance** des MK interrogés du terme de « maltraitance ordinaire » a permis d'homogénéiser la population et de diminuer les potentiels biais d'une trop grande distance avec le sujet (Demonic, 2016). Cependant, l'inclusion sur la base du volontariat des MK peut être à l'origine d'un biais (LEPCAM, s. d.).

Enfin, **4 MK sur 7** sont dans le **même établissement** hospitalier, pouvant être à l'origine d'un biais menant vers un apparent consensus (De Brabandere & Mikolajczak, 2009) : proximité avec les collègues, points de vue communs, environnement.

VI.2.2.2. La réalisation des entretiens semi-directifs

Cette méthode comporte des biais : les MK ne sont pas tous égaux face à l'expression de perspectives personnelles (Creswell, 2014). De plus, la **présence** du chercheur peut avoir un rôle sur les informations délivrées (Creswell, 2014). Ici, **3 des 7 entretiens** n'ont pas été réalisés dans les conditions prévues (salle non isolée, porte non close). Bien qu'aucun dérangement extérieur n'ait interrompu les entretiens, le contexte différent de ces 3 entretiens aurait pu impacter les données délivrées (Creswell, 2014) (apparent consensus (De Brabandere & Mikolajczak, 2009)) : avec ce sujet **sensible**, des biais tels qu'une absence de sincérité dans les réponses (pour se conformer au rôle social du MK) ou un effet de prestige¹² peuvent être cités (Loubet del Bayle, 2012).

VI.2.3. Les biais liés à l'enquêteur

VI.2.3.1. La constitution de l'échantillon d'étude

L'élaboration de la population finale s'est faite par un tri issu de mes **choix personnels**, tout en prenant en compte le volontariat des participants, les critères d'inclusion et les réponses favorables aux demandes d'entretien, faisant suite au questionnaire de pré-inclusion (Tableau XXI). Ceci est à l'origine d'un biais d'échantillonnage (Loubet del Bayle, 2012) :

- 5 MK parmi les 10 MK entrant dans l'étude étaient issus du même établissement. J'ai donc fait le **choix** personnel de fixer un maximum de 4 MK issus d'un même établissement pour favoriser **l'homogénéité** des participants de mon étude (Borgès Da Silva, 2001).
- 2 MK n'ont pas donné suite aux demandes d'entretien **diminuant la densité des données** recueillies. De ce fait, parmi les MK moins expérimentés (≤ 6 ans d'expérience, B), un **choix** personnel a été fait en cours d'étude d'inclure un homme supplémentaire : j'ai donc choisi de **privilégier la densité de données** plutôt que le ratio initialement prévu (2 hommes pour 1 femme). De même, le nombre de MK dans chaque groupe (A et B) n'est pas égal du fait de cet ajout, créant des difficultés dans la comparaison de deux groupes inégaux.

¹² « Tendance de certains enquêtés à adopter des comportements qui sont plus ou moins déterminés par les réactions qu'ils supposent devoir être celles de l'enquêteur » (Loubet del Bayle, 2012, p. 85)

Tableau XXI : Constitution de la population depuis le questionnaire de pré-inclusion jusqu'aux entretiens (Nb : Nombre)

	Femmes	Hommes	> 7 ans d'expérience (A)		≤ 6 ans d'expérience (B)		Total
			Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	
Nb de répondants	10	6					16
Nb de volontaires	8	5					13
Nb de volontaires entrant dans l'étude	<u>7</u>	<u>3</u>	2	1	5	2	<u>10</u>
Nb de demandes d'entretien envoyées*	6	3	2	1	4	2	9
Nb de réponses favorables pour l'entretien**	4	3	2	1	2	2	<u>7</u>

* Un choix a été réalisé dans les demandes d'entretiens du fait du nombre de MK issu du même établissement

** 2 femmes moins expérimentées (≤ 6 ans) n'ont pas donné suite aux demandes d'entretien

VI.2.3.2. La réalisation des entretiens semi-directifs

L'assurance qu'a le chercheur lors du premier entretien est différente de celle du dernier : le **premier contact** a son importance dans l'installation de la distance optimale (garder une neutralité et inspirer la confiance) (Loubet del Bayle, 2012). De plus, une difficulté supplémentaire a été de maintenir le caractère **conversationnel** de l'entretien (Olivier de Sardan, 1995), du fait des questions préparées en amont. Pour autant, ces questions **générales et ouvertes** ont permis aux MK une expression libre tout en homogénéisant les entretiens avec un guide, limitant les biais de l'enquêteur (Greenfield et al., 2008).

VI.2.3.3. L'analyse des données issues des entretiens

En prenant en compte mon influence sur les résultats (Bramley & Matiti, 2014), la réflexivité sur mes **biais** (Creswell, 2014) (de disponibilité par exemple (De Brabandere & Mikolajczak, 2009), ou de cadrage (Dobelli, 2012)) et **préjugés** (Resnik & Jensen, 2003) a permis de les minimiser (réflexion personnelle et examen approfondi de la littérature) (Resnik & Jensen, 2003) et adopter une approche la plus objective possible (Greenfield et al., 2008).

Bien qu'il existe des logiciels d'analyse de données qualitatives (*Atlas-ti, N-Vivo*) (Blais & Martineau, 2006), l'analyse a été réalisée **à la main** pour mieux intégrer le point de vue des participants. Un codage en **couleurs** et des **annotations** ont minimisé mes biais individuels (biais de confirmation par exemple (De Brabandere & Mikolajczak, 2009)) et ont permis de m'assurer que les catégories ne perdaient pas leur lien avec l'énoncé original (Greenfield et al., 2010). Enfin, la prise en compte du **contexte** est, dans ce sujet, un point permettant de minimiser le biais d'attribution (De Brabandere & Mikolajczak, 2009).

VI.2.3.4. L'élaboration des critères des soins de compassion selon la littérature

Les critères des soins de compassion élaborés à partir de la littérature ont été soumis à des **biais** (disponibilité par exemple (De Brabandere & Mikolajczak, 2009)) lors de la constitution de la grille présentée en Annexe I. De même, ma **subjectivité** a été impliquée lors de la classification des critères des soins de compassion retrouvés chez les MK (VI. 1.1.2., Tableau XV). Ces éléments sont présentés dans le Tableau XXII.

Tableau XXII : Biais et subjectivité dans l'élaboration et la classification des critères des soins de compassion (En bleu : critère cité par les MK / En Jaune : critère de l'Annexe I)

<u>Nouveaux éléments cités par les MK qui n'apparaissent pas dans l'Annexe I</u>	<u>Critères classés avec davantage de subjectivité</u>
Écoute du patient et de sa famille → Humanisme (Montgomery et al., 2017) → Pourrait figurer implicitement dans chacun des 38 critères retrouvés dans la littérature	Émotivité du soignant : empathie (dont se mettre à la place de l'autre), lien émotionnel , compréhension de perspectives de l'autre → Critère n°5 (reconnaissance de la souffrance)
Respect des droits du patient → Respect général (critère n°22) → Charte de la personne hospitalisée (Ministère de la santé et de la solidarité, 2006) → Valeurs humanistes (Stern et al., 2008)	Volonté de bien faire → Critère n°19 (engagement personnel du MK envers le patient)
Intégration de la famille → le critère n°3 intègre la famille, mais il serait primordial d'en faire un critère à part entière (Thibault-Wanquet, 2016)	Implication auprès du patient, communication , émotivité dans la relation soignant-soigné → Critère n°20 (présence du MK)
Authenticité (propriétés personnelles) → Lie l'humanisme au professionnalisme, en étant soi-même et en confrontant ses valeurs personnelles à son champ professionnel	Émotivité dans la relation de soin, réfère à la sensibilité à l'état de l'autre (par exemple : comparaison entre les ressentis du soignant et du patient, accepter la réaction du patient) → Critère n°25 (réceptivité du soignant)

	Actions au-delà de la pratique professionnelle → Critère n°35 (aller au-delà des attentes du patient)
	Ouverture du patient à l'autre , de par son installation (tourné vers la porte par exemple) → Critère n°36 (inclure socialement le patient : soignants, famille)
	Communication dans l'équipe (Haberey-Knuessi et al., 2013) pour une meilleure coordination des soins (Ferrand, 2003) → Critère n°37 (continuité des soins)
	Balance bénéfices-risques et proposition de solutions bénéfiques → Critère n°38 (servir les intérêts du patient)

Par ailleurs, d'autres critères plus généraux n'ont pas été cités ni explicitement, ni implicitement par les MK, mais se retrouvent dans leurs **processus de pensée** : il s'agit du comportement motivé par l'amour humain (critère n°6), du professionnalisme (critère n°30), de l'éthique et la moralité (critère n°11).

Enfin, certains critères de l'Annexe I semblent se recouper : par exemple, les critères n°1, 5, 10, et 12. Les **limites** de ces critères restent **floues**, ce qui peut s'expliquer par une volonté **personnelle** de rester la plus proche possible des termes anglais de la littérature.

VI.3. Intérêts et limites

VI.3.1. Limites de l'étude

Dans le respect de la Loi Jardé (arrêté du 21 décembre 2018, fixant le format du résumé du protocole d'une recherche impliquant la personne humaine, mentionnée au 3° de l'article L. 1121-1 du Code de la Santé Publique), les limites relevées dans cette étude se rapportent d'abord au fait que la maltraitance ordinaire a été axée sur le fonctionnement institutionnel par définition (Compagnon & Ghadi, 2009), mais la **conduite** de certains **patients** peut être également à l'origine de comportements défavorables du personnel soignant (Carillo, 2010).

Par ailleurs, le groupe de MK peu expérimentés n'a pas respecté les critères d'inclusion initialement prévus en termes d'années d'expérience : à l'heure actuelle des connaissances, aucune étude n'a estimé qu'à moins de **7 ans d'expérience**, les MK peuvent être considérés comme **peu expérimentés**. De plus, cette limite est proche des années d'expérience des MK expérimentés dans l'étude (9 ans au minimum). Ces éléments sont en lien avec un **manque de participants** (7 participants au total), à l'origine de groupes inéquitables avec peu de participants dans chaque groupe, rendant difficile une comparaison des expériences des MK peu expérimentés et expérimentés. Enfin, seuls les MK de La Réunion ont été interrogés : une

extrapolation vers les MK de la **France** entière aurait été intéressante (davantage de participants et d'homogénéité avec le point de vue de MK issus de différents établissements).

VI.3.2. Intérêts de l'étude

L'intérêt de cette recherche qualitative apparaît dans l'approche exploratoire d'un sujet pour lequel il existe peu de théories (Blais & Martineau, 2006) : la place des **soins de compassion**, comme stratégie de régulation émotionnelle, dans la lutte contre la maltraitance ordinaire. Le thème de la maltraitance ordinaire a été abordé dans la littérature (Compagnon & Ghadi, 2009). Pour autant, le lien avec les soins de compassion n'a pas été effectué jusqu'ici. De plus, la littérature insiste sur le versant institutionnel de la maltraitance ordinaire (Compagnon & Ghadi, 2009). Cependant, les MK, en tant que soignants, s'ils ne peuvent pas modifier l'organisation de l'institution, peuvent tout de même **modifier leurs comportements** pour tenter de contrer ces situations perçues comme maltraitantes par les patients, afin d'apporter de la **considération** à ceux-ci et d'améliorer les **conditions de travail** des MK par une régulation émotionnelle adaptée.

VI.4. Les perspectives de recherche

Au final, quelques pistes de réflexion sont envisageables. D'abord, la réalisation d'une nouvelle étude sur ce sujet nécessiterait de se pencher sur les biais et limites précédemment cités afin de ne plus les reproduire et de les éliminer, pour améliorer la qualité de la recherche.

Ensuite, cette étude est partie du fait que l'institution hospitalière ne peut être modifiée. Pour autant, l'organisation joue un rôle majeur dans l'application des soins de compassion (Tehranineshat et al., 2019), autant que dans la maltraitance ordinaire. Il paraît donc légitime de se demander comment les **MK** peuvent contribuer à améliorer **l'organisation hospitalière** dans le cadre de cette maltraitance ordinaire.

Par ailleurs, une **quantification** de l'application des soins de compassion à l'échelle nationale, sur la base de la grille de critères fournie en Annexe I, aurait ainsi permis de comprendre l'impact chiffré de ceux-ci sur la maltraitance ordinaire (en se basant sur les critères fournis par Compagnon & Ghadi, 2009). Une telle étude nécessiterait davantage de temps pour se réaliser. Enfin, il serait judicieux de comparer les expériences de soins de compassion chez de **jeunes MK** (moins d'un an d'expérience) avec celles des MK plus expérimentés, afin de savoir s'il existe une réelle différence du fait de la **maîtrise pratique** (Greenfield, 2006).

VII. Conclusion de la partie recherche

La question de recherche de cette étude était : quelle est la place des soins de compassion dans la pratique hospitalière des MK afin de lutter contre la maltraitance ordinaire à La Réunion ? Elle a permis de mettre en évidence les situations de maltraitance ordinaire vécues par les MK et de confronter ces situations à l'application des soins de compassion par ces derniers dans les hôpitaux de l'île. Ces éléments ont contribué à répondre à la question de recherche en montrant la place primordiale et les limites des soins de compassion à La Réunion dans la lutte contre la maltraitance ordinaire. Pour autant, cette étude a été limitée par les éléments cités précédemment et laisse ouvrir de nouvelles perspectives à investiguer.

VII.1. Perspectives scientifiques

D'abord, cette recherche a contribué à faire évoluer les **savoirs généraux** sur l'application des soins de compassion par les MK hospitaliers, sujet peu représenté dans la littérature et peu connu par les MK en général.

De plus, la littérature ayant soutenu de nombreux arguments indiquant que les soins de compassion constituent un moyen de régulation émotionnelle, cette étude permet d'approfondir la **mise en pratique** de cette stratégie dans des situations cliniques chez des MK de La Réunion, dans le but de prévenir la maltraitance ordinaire. Ceci a également permis de conforter les études préexistantes sur les intérêts de la compassion.

Ensuite, cette étude a mis en exergue l'avis favorable d'une majorité de MK quant à **l'intérêt** des soins de compassion dans les soins en général, mais avant tout dans la lutte contre la maltraitance ordinaire, lien qui n'a pas été retrouvé dans la littérature à ce jour. Bien que ces soins ne seraient pas la seule solution dans la prévention de cette cause, ils constitueraient un socle servant de point de départ pour une modification de comportements individuels. D'une part, le discours des MK a illustré les points positifs des soins compassionnels retrouvés dans la littérature (Tehrani-neshat et al., 2019), autant que les points négatifs en lien avec la fatigue compassionnelle (Sinclair, Raffin-Bouchal, et al., 2017). Pour autant, cette recherche a su illustrer la manière dont des **actions personnelles** impactent une maltraitance généralisée, en se recentrant sur **l'individualité** du patient, et en améliorant le bien-être des professionnels.

Néanmoins, des preuves quantifiables à l'échelle nationale permettraient de généraliser cette idée afin de prouver l'existence d'une **solution pérenne** dans cette lutte contre la maltraitance ordinaire dans les structures **hospitalières**, voire les structures **privées en France**.

VII.2. Perspectives professionnelles

Les résultats de cette recherche ont soulevé une question intéressante quant à la place des **soins de compassion** dans la **formation** initiale des étudiants MK, mais également dans la formation continue. En effet, bien que ces soins soient instinctifs, il serait tout de même intéressant d'enseigner les vertus positives des soins de compassion pour le patient et le soignant. De plus, la contradiction relevée avec la **distance thérapeutique** enseignée, mériterait d'être éclaircie dans cette même optique. Enfin, une **distinction** primordiale entre la sympathie, l'empathie et la compassion nécessiterait d'être inculquée aux MK, afin qu'ils identifient mieux leur place dans les relations de soin.

Dans la même idée, cette recherche pourrait intéresser la formation initiale des étudiants MK afin de les **sensibiliser** à la maltraitance ordinaire dans les hôpitaux voire dans les structures de santé, afin que ces situations soient connues et mieux gérées chez les jeunes diplômés. Cette sensibilisation, associée à la connaissance des effets de la compassion, contribuerait à diminuer les risques **d'épuisement professionnel** ou de **fatigue compassionnelle** chez ces derniers, qui en régulant mieux leurs émotions, sauraient davantage faire face et réagir à ces situations émotionnellement complexes. Finalement, ces éléments permettraient à terme de renforcer le lien avec le patient dans le but d'une adhésion thérapeutique et d'une prise en charge masso-kinésithérapique précoce et souvent primordiale des patients en milieu hospitalier.

De plus, ce travail peut fournir des pistes dans l'amélioration des **politiques de bientraitance** déjà existantes dans les établissements de santé en général (HAS, 2010).

Enfin, cette étude souligne l'intérêt de la **réflexivité** sur la pratique chez les MK, afin de prendre conscience des situations de maltraitance ordinaire et mieux intégrer leurs émotions pour faire avancer leur pratique.

Conclusion générale

Mes expériences en milieu hospitalier m'ont questionnée quant aux stratégies de gestion émotionnelle et empathique des MK à La Réunion pour éviter la maltraitance ordinaire. Au final, la littérature m'a dirigée vers les soins de compassion, définis comme une stratégie de régulation émotionnelle. En parallèle, des notions d'humanisme et de professionnalisme dans les soins ont été développées comme tremplin dans la lutte contre la maltraitance ordinaire. Dans cette continuité, ma question de recherche était donc la suivante : quelle est la place des

soins de compassion dans la pratique hospitalière des MK afin de lutter contre la maltraitance ordinaire à La Réunion ?

Cette recherche qualitative, menée grâce à des entretiens semi-directifs, a fait émerger l'idée que les soins de compassion sont primordiaux chez les MK dans la lutte contre la maltraitance ordinaire. En effet, cette dernière a su être **définie** et **reconnue** par les MK comme un ensemble de comportements à l'origine de négligences insidieuses et quotidiennes qui peuvent impacter négativement le patient. Cette recherche a su montrer une **réelle application** des soins de compassion par les MK hospitaliers de La Réunion, qui adoptent une approche **centrée sur le patient**, à travers l'implication du soignant, la communication bienveillante, l'émotivité et les propriétés personnelles du soignant, le tout permis par la reconnaissance de la vulnérabilité du patient et la volonté de l'aider. Comme indiqué dans la littérature, cette étude montre que ces soins permettent de créer une relation thérapeutique de **confiance** et de respect, où le patient est considéré dans son **intégralité** et non pas simplement comme un objet de soins : le MK saura écouter et répondre aux besoins et attentes du patient, lui expliquer les différentes options de traitement et l'accompagner dans son parcours de soins. Ils permettent également de prendre en compte les dimensions psychosociales et émotionnelles du patient, qui peuvent être négligées. De plus, ce mémoire suggère que les soins compassionnels contribuent à l'amélioration de la qualité des soins et à la promotion du **bien-être** des patients. Ces soins concourent également au bien-être des MK, à travers un *feedback* émotionnel, à l'origine d'un comportement **prosocial** améliorant leur qualité de travail et diminuant la fatigue compassionnelle et l'épuisement professionnel. En revanche, une contradiction demeure encore quant à **l'impact personnel** de ces soins sur les soignants. De même, leur intérêt dans la maltraitance ordinaire est limité par l'ancrage de ces pratiques **généralisées** et banalisées. Pourtant, bien que ces situations maltraitantes soient souvent généralisées, elles peuvent être en partie contrebalancées par des soins de compassion individuels : tout comme la maltraitance ordinaire, les soins compassionnels constituent des actions quotidiennes. De même, ce sont des solutions potentielles à chaque situation problématique soulevée dans la maltraitance.

La construction de ce mémoire **réaffirme** des éléments déjà retrouvés dans la littérature quant à l'intérêt des soins de compassion en général. Pour autant, l'application de ces soins par les MK hospitaliers de La Réunion, ainsi que leurs intérêts et limites dans la lutte contre la maltraitance ordinaire, sont des **nouveaux** éléments ressortis par le biais de ce travail.

Ce travail permet de développer mes perspectives personnelles. En effet, en rencontrant des MK intéressés et concernés par ce sujet, j'ai pu affiner mes capacités **d'empathie** et me mettre à la place des MK interrogés sans jugement. Ceci a permis de faire évoluer mes **représentations** et mes *a priori* initiaux : des expériences en tant que stagiaire ne suffisent pas à comprendre les contextes personnels et organisationnels des situations observées. De même, ce mémoire a contribué à témoigner de l'importance de la **réflexivité** chez les MK, au cœur des soins de compassion, de l'humanisme et du professionnalisme : concernant ce sujet, se remettre en question participe à l'identification de la maltraitance ordinaire et tend à faire évoluer ses pratiques dans le but du bien-être des patients et des MK.

Enfin, ce mémoire me permet de me projeter professionnellement dans le milieu hospitalier qui m'attire davantage de par ce travail institutionnel et pluridisciplinaire. J'espère qu'il saura ouvrir des portes à la **connaissance** et **l'identification** de la maltraitance ordinaire dans le milieu hospitalier, mais également à l'expansion des soins de compassion dans la science et dans la formation initiale des MK, afin de donner des pistes pour améliorer autant la qualité des soins des patients, que la qualité de travail des soignants. Pour finir, en aspirant à appliquer ces soins compassionnels dans ma future pratique, j'espère favoriser d'une part une relation de confiance avec les patients, me permettant d'améliorer l'adhésion du patient et l'efficacité des traitements, et d'autre part, identifier les signes de maltraitance ordinaire dans mon lieu de travail. Ceci me permettra d'agir de manière appropriée envers les **patients**, mais également envers **l'institution**, en favorisant la **communication**, l'écoute des besoins et la recherche de **solutions bénéfiques** pour tous.

Bibliographie

- Akhtar-Danesh, N., Baumann, A., Kolotylo, C., Lawlor, Y., Tompkins, C., & Lee, R. (2013). Perceptions of Professionalism Among Nursing Faculty and Nursing Students. *Western Journal of Nursing Research*, 35(2), 248-271. <https://doi.org/10.1177/0193945911408623>
- Aktouf, O. (2006). *Méthodologie des sciences sociales et approche qualitative des organisations : Une introduction à la démarche classique et une critique*. J.-M. Tremblay. <https://doi.org/10.1522/cla.ako.met>
- Altmann, T., & Roth, M. (2021). The risk of empathy : Longitudinal associations between empathy and burnout. *Psychology & Health*, 36(12), 1441-1460. <https://doi.org/10.1080/08870446.2020.1838521>
- APTA. (2013). *Professionalism in Physical Therapy : Core Values Self-Assessment*.
- Aubin-Auger, I., Mercier, A., Baumann, L., Lehr-Drylewicz, A.-M., Imbert, P., & LeTrilliard, L. (2008). Introduction à la recherche qualitative. *Exercer*, 19(84), 142-145.
- Badger, K., & Royse, D. (2012). Describing Compassionate Care : The Burn Survivor's Perspective. *Journal of Burn Care & Research*, 33(6), 772-780. <https://doi.org/10.1097/BCR.0b013e318254d30b>
- Beeston, S., & Simons, H. (1996). Physiotherapy practice : Practitioners' perspectives. *Physiotherapy Theory and Practice*, 12(4), 231-242. <https://doi.org/10.3109/09593989609036440>
- Berger-Levrault. (2018). *Profession Masseur-Kinésithérapeute, recueil des principaux textes relatifs à la formation préparant au diplôme d'État* (Berger-Levrault). Berger-Levrault.
- Blais, M., & Martineau, S. (2006). L'analyse inductive générale :description d'une démarche visant à donner un sensà des données brutes. *Recherches qualitatives*, 26(2), 1. <https://doi.org/10.7202/1085369ar>
- Bodenheimer, T., & Sinsky, C. (2014). From Triple to Quadruple Aim : Care of the Patient

Requires Care of the Provider. *The Annals of Family Medicine*, 12(6), 573-576.

<https://doi.org/10.1370/afm.1713>

Borgès Da Silva, G. (2001). La recherche qualitative : Un autre principe d'action et de communication. *Revue médicale de l'assurance maladie*, 32(2), 117-121.

Bramley, L., & Matiti, M. (2014). How does it really feel to be in my shoes? Patients' experiences of compassion within nursing care and their perceptions of developing compassionate nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 23(19-20), 2790-2799.

<https://doi.org/10.1111/jocn.12537>

Branch, W. T. (2000). The Ethics of Caring and Medical Education: *Academic Medicine*, 75(2), 127-132. <https://doi.org/10.1097/00001888-200002000-00006>

Brazeau, C. M. L. R., Schroeder, R., Rovi, S., & Boyd, L. (2010). Relationships Between Medical Student Burnout, Empathy, and Professionalism Climate: *Academic Medicine*, 85, 33-36. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3181ed4c47>

Burks, D. J., & Kobus, A. M. (2012). The legacy of altruism in health care : The promotion of empathy, prosociality and humanism: The legacy of altruism in health care. *Medical Education*, 46(3), 317-325. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2011.04159.x>

Carillo, C. (2010). II. Soignants-patients : La bientraitance confrontée à la violence. In *Être un soignant heureux : Le défi* (p. 57-59). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-2-294-70876-3.00020-7>

Christov-Moore, L., Simpson, E. A., Coudé, G., Grigaityte, K., Iacoboni, M., & Ferrari, P. F. (2014). Empathy : Gender effects in brain and behavior. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 46, 604-627. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2014.09.001>

Compagnon, C., & Ghadi, V. (2009). *La maltraitance « ordinaire » dans les établissements de santé. Étude sur la base de témoignages.*

Crawford, P., Brown, B., Kvangarsnes, M., & Gilbert, P. (2014). The design of compassionate

- care. *Journal of Clinical Nursing*, 23(23-24), 3589-3599. <https://doi.org/10.1111/jocn.12632>
- Creswell, J. W. (2014). *Research design : Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (4th ed). SAGE Publications.
- Cuff, B. M. P., Brown, S. J., Taylor, L., & Howat, D. J. (2016). Empathy : A Review of the Concept. *Emotion Review*, 8(2), 144-153. <https://doi.org/10.1177/1754073914558466>
- Dany, L. (2016). Analyse qualitative du contenu des représentations sociales. *Les représentations sociales*, 85-102.
- De Brabandere, L., & Mikolajczak, A. (2009). *Petite philosophie de nos erreurs quotidiennes : Comment nous trompons-nous ?* Eyrolles.
- Demoncy, A. (2016). La recherche qualitative : Introduction à la méthodologie de l'entretien. *Kinésithérapie, la Revue*, 16(180), 32-37. <https://doi.org/10.1016/j.kine.2016.07.004>
- de Waal, F. B. M. (2008). Putting the Altruism Back into Altruism : The Evolution of Empathy. *Annual Review of Psychology*, 59(1), 279-300. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.59.103006.093625>
- Dobelli, R. (2012). *Arrêtez de vous tromper !* Eyrolles.
- Drapeau, M. (2004). Les critères de scientificité en recherche qualitative. *Pratiques Psychologiques*, 10(1), 79-86. <https://doi.org/10.1016/j.prps.2004.01.004>
- Engen, H. G., & Singer, T. (2015). Compassion-based emotion regulation up-regulates experienced positive affect and associated neural networks. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 10(9), 1291-1301. <https://doi.org/10.1093/scan/nsv008>
- Epstein, R. M. (1999). Mindful practice. *JAMA*, 282(9), 833-839. <https://doi.org/10.1001/jama.282.9.833>
- Fallery, B., & Rodhain, F. (2007). *Quatre approches pour l'analyse de données textuelles : Lexicale, linguistique, cognitive, thématique*. 1-16. <https://hal.science/hal-00821448/>
- Ferrand, A. (2003). 14. Visions profanes des réseaux de soins : Comment les patients perçoivent

les relations entre leurs soignants: In *Coopérations, conflits et concurrences dans le système de santé* (p. 221-236). Presses de l'EHESP. <https://doi.org/10.3917/ehesp.cress.2003.01.0221>

Fossey, E., Harvey, C., McDermott, F., & Davidson, L. (2002). *Understanding and evaluating qualitative research*. 36(6), 16.

Ganassali, S. (2008). Faire parler les mots : Vers un cadre méthodologique pour l'analyse thématique des réponses aux questions ouvertes. *Décisions Marketing*, 51, 55-67.

Gaufberg, E., & Hodges, B. (2016). Humanism, compassion and the call to caring. *Medical Education*, 50(3), 264-266. <https://doi.org/10.1111/medu.12961>

Giglio, A. D. (2016). Medicine and humanism. *Revista Da Associação Médica Brasileira*, 62(5), 387-388. <https://doi.org/10.1590/1806-9282.62.05.387>

Goetz, J. L., Keltner, D., & Simon-Thomas, E. (2010). Compassion : An evolutionary analysis and empirical review. *Psychological Bulletin*, 136(3), 351-374. <https://doi.org/10.1037/a0018807>

Gold Foundation. (s. d.). *Definition of humanism*. Consulté 18 avril 2023, à l'adresse <https://www.gold-foundation.org/definition-of-humanism/>

Greenfield, B., Anderson, A., Cox, B., Tanner, M., & Bh, G. (2008). *Meaning of Caring to 7 Novice*. 13.

Greenfield, B. H. (2006). The meaning of caring in five experienced physical therapists. *Physiotherapy Theory and Practice*, 22(4), 175-187. <https://doi.org/10.1080/09593980600822859>

Greenfield, B., Keough, E., Linn, S., Little, D., & Portela, C. (2010). The Meaning of Caring from the Perspectives of Patients Undergoing Physical Therapy : A Pilot Study. *Journal of Allied Health*, 39(2), 5.

Gross, J. J. (2015). Emotion Regulation : Current Status and Future Prospects. *Psychological Inquiry*, 26(1), 1-26. <https://doi.org/10.1080/1047840X.2014.940781>

Haberey-Knuessi, V., Heeb, J.-L., & Morgan De Paula, E. (2013). L'enjeu communicationnel dans le système hospitalier: *Recherche en soins infirmiers*, N° 115(4), 8-18. <https://doi.org/10.3917/rsi.115.0008>

HAS. (2010). *Maltraitance / Bientraitance dans les établissements de santé*.

Hashem, M. D., Parker, A. M., & Needham, D. M. (2016). Early Mobilization and Rehabilitation of Patients Who Are Critically Ill. *Chest*, 150(3), 722-731. <https://doi.org/10.1016/j.chest.2016.03.003>

Hojat, M. (2016). Jefferson Scale of Empathy (JSE): User guide. *Sidney Kimmel Medical College at Thomas Jefferson University*, 1-108.

Hojat, M., Gonnella, J. S., Nasca, T. J., Mangione, S., Vergare, M., & Magee, M. (2002). Physician Empathy : Definition, Components, Measurement, and Relationship to Gender and Specialty. *American Journal of Psychiatry*, 159(9), 1563-1569. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.9.1563>

Hui, Z., Dai, X., & Wang, X. (2020). Mediating effects of empathy on the association between nursing professional values and professional quality of life in Chinese female nurses : A cross-sectional survey. *Nursing Open*, 7(1), 411-418. <https://doi.org/10.1002/nop2.404>

Intissar, S., & Rabeb, C. (2015). Étapes à suivre dans une analyse qualitative de données selon trois méthodes d'analyse : La théorisation ancrée de Strauss et Corbin, la méthode d'analyse qualitative de Miles et Huberman et l'analyse thématique de Paillé et Mucchielli, une revue de la littérature. *Revue Francophone Internationale de Recherche Infirmière*, 1(3), 161-168. <https://doi.org/10.1016/j.refiri.2015.07.002>

Jensen, G. M., Gwyer, J., Shepard, K. F., & Hack, L. M. (2000). Expert practice in physical therapy. *Physical Therapy*, 80(1), 28-43.

Jensen, G. M., Shepard, K. F., Gwyer, J., & Hack, L. M. (1992). Attribute Dimensions that Distinguish Master and Novice Physical Therapy Clinicians in Orthopedic Settings. *Physical*

Therapy, 72(10), 711-722. <https://doi.org/10.1093/ptj/72.10.711>

Jensen, G. M., Shepard, K. F., & Hack, L. M. (1990). The Novice Versus the Experienced Clinician : Insights into the Work of the Physical Therapist. *Physical Therapy*, 70(5), 314-323. <https://doi.org/10.1093/ptj/70.5.314>

Klimecki, O. M., Leiberg, S., Lamm, C., & Singer, T. (2013). Functional Neural Plasticity and Associated Changes in Positive Affect After Compassion Training. *Cerebral Cortex*, 23(7), 1552-1561. <https://doi.org/10.1093/cercor/bhs142>

Klimecki, O. M., Leiberg, S., Ricard, M., & Singer, T. (2014). Differential pattern of functional brain plasticity after compassion and empathy training. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 9(6), 873-879. <https://doi.org/10.1093/scan/nst060>

Ko, M.-S., & Lee, W.-H. (2017). Analysis of the relationships among perceived service encounter quality, service value, satisfaction and behavioral intention for physical therapy patients. *Journal of Physical Therapy Science*, 29(11), 2000-2003. <https://doi.org/10.1589/jpts.29.2000>

Kohn, L., & Christiaens, W. (2015). Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : Apports et croyances: *Reflets et perspectives de la vie économique, Tome LIII*(4), 67-82. <https://doi.org/10.3917/rpve.534.0067>

LEPCAM. (s. d.). *Critique les résultats d'une étude*. Consulté 5 mai 2023, à l'adresse <https://lepcam.fr/index.php/les-etapes/critique/>

Livian, Y. (2015). *Initiation à la méthodologie de recherche en SHS*. 80.

Loriol, M. (2002). « Mauvaise fatigue » et contrôle de soi : Une approche sociohistorique. *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, 4-1. <https://doi.org/10.4000/pistes.3704>

Loriol, M., & Weller, J.-M. (2005). Contrôle de soi et juste distance au malade. *Santé conjugquée*, 32, 44-51.

- Loubet del Bayle, J. L. (2012). *Initiation aux méthodes des sciences sociales* (p. 10.1522/030329268). J.-M. Tremblay. <https://doi.org/10.1522/030329268>
- Loue, S. (2022). Teaching and Practicing Humanism and Empathy through Embodied Engagement. *Medicina*, 58(3), 330. <https://doi.org/10.3390/medicina58030330>
- Ministère de la santé et de la solidarité. (2006). *Charte de la personne hospitalisée*.
- Montgomery, L., Loue, S., & Stange, K. C. (2017). Linking the Heart and the Head: *Family Medicine*, 49(5), 6.
- Olivier de Sardan, J.-P. (1995). La politique du terrain : Sur la production des données en anthropologie. *Enquête*, 1, 71-109. <https://doi.org/10.4000/enquete.263>
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2012). *Chapitre 11—L'analyse thématique*. Dans : , P. Paillé & A. Mucchielli (Dir), *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (pp. 231-314) (3e éd). A. Colin.
- Preckel, K., Kanske, P., & Singer, T. (2018). On the interaction of social affect and cognition : Empathy, compassion and theory of mind. *Current Opinion in Behavioral Sciences*, 19, 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.cobeha.2017.07.010>
- Proulx, J. (2019). Recherches qualitatives et validités scientifiques. *Recherches qualitatives*, 38(1), 53-70. <https://doi.org/10.7202/1059647ar>
- Quaintance, J. L., Arnold, L., & Thompson, G. S. (2008). Development of an Instrument to Measure the Climate of Professionalism in a Clinical Teaching Environment: *Academic Medicine*, 83(Supplement), S5-S8. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e318183e3d4>
- Quesnot, A. (2022). Rapport 2022 sur la démographie des kinésithérapeutes. *Ordre des masseurs-kinésithérapeutes*, 1-74.
- Raz, P., Jensen, G. M., Walter, J., & Drake, L. M. (1991). Perspectives on Gender and Professional Issues Among Female Physical Therapists. *Physical Therapy*, 71(7), 530-540. <https://doi.org/10.1093/ptj/71.7.530>

- Resnik, L., & Jensen, G. M. (2003). Using Clinical Outcomes to Explore the Theory of Expert Practice in Physical Therapy. *Physical Therapy*, 83(12), 1090-1106. <https://doi.org/10.1093/ptj/83.12.1090>
- Saraga, M., Fuks, A., & Boudreau, J. D. (2014). George Engel's Epistemology of Clinical Practice. *Perspectives in Biology and Medicine*, 57(4), 482-494. <https://doi.org/10.1353/pbm.2014.0038>
- Sinclair, S., Beamer, K., Hack, T. F., McClement, S., Raffin Bouchal, S., Chochinov, H. M., & Hagen, N. A. (2017). Sympathy, empathy, and compassion : A grounded theory study of palliative care patients' understandings, experiences, and preferences. *Palliative Medicine*, 31(5), 437-447. <https://doi.org/10.1177/0269216316663499>
- Sinclair, S., Raffin-Bouchal, S., Venturato, L., Mijovic-Kondejewski, J., & Smith-MacDonald, L. (2017). Compassion fatigue : A meta-narrative review of the healthcare literature. *International Journal of Nursing Studies*, 69, 9-24. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.01.003>
- Singer, T., & Klimecki, O. M. (2014). Empathy and compassion. *Current Biology*, 24(18), 875-878. <https://doi.org/10.1016/j.cub.2014.06.054>
- Smith, M., Joy, H., & Ellis, E. (2010). Effect of experience on clinical decision making by cardiorespiratory physiotherapists in acute care settings. *Physiotherapy Theory and Practice*, 26(2), 89-99. <https://doi.org/10.3109/09593980802698032>
- Stern, D. T. (2006). *Measuring medical professionalism* (Oxford University Press.).
- Stern, D. T., Jordan J. Cohen, Bruder, A., Packer, B., & Sole, A. (2008). Teaching Humanism. *Perspectives in Biology and Medicine*, 51(4), 495-507. <https://doi.org/10.1353/pbm.0.0059>
- Strauss, A. L., & Corbin, J. M. (1998). *Basics of Qualitative Research : Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory*. SAGE Publications. https://www.academia.edu/26974367/Basics_of_Qualitative_Research_Techniques_and_Proc

edures_for_Developing_Grounded_Theory

Swick, H. M. (2007). Viewpoint : Professionalism and Humanism Beyond the Academic Health Center: *Academic Medicine*, 82(11), 1022-1028.

<https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3181575dad>

Tehranineshat, B., Rakhshan, M., Torabizadeh, C., & Fararouei, M. (2019). Compassionate Care in Healthcare Systems : A Systematic Review. *Journal of the National Medical Association*, 111(5), 546-554. <https://doi.org/10.1016/j.jnma.2019.04.002>

Thibault-Wanquet, P. (2016). *Chapitre 4—Les besoins de la triade patient/aidants naturels/soignants. Dans P. Thibault-Wanquet, L'adulte hospitalisé : Travailler avec la famille et l'entourage* (Elsevier Health Sciences). Elsevier Masson SAS.

Thomas, A. J. (2011). Physiotherapy led early rehabilitation of the patient with critical illness. *Physical Therapy Reviews*, 16(1), 46-57. <https://doi.org/10.1179/1743288X10Y.0000000022>

Thompson, N. M., Uusberg, A., Gross, J. J., & Chakrabarti, B. (2019). Empathy and emotion regulation : An integrative account. In *Progress in Brain Research* (Vol. 247, p. 273-304). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/bs.pbr.2019.03.024>

Truchot, D., & Mudry, A. (2019). Conditions de travail et risques psycho-sociaux chez les masseurs-kinésithérapeutes salariés Une étude nationale. *Ordre des masseurs-kinésithérapeutes*, 1-8.

Van Campenhoudt, L., Marquet, J., & Quivy, R. (2017). *Manuel de recherche en sciences sociales* (5e éd. entièrement revue et augmentée). Dunod.

Weller, J.-M. (2002). Stress relationnel et distance au public De la relation de service à la relation d'aide / Handling relational stress and distance with the public : From the service relation to the aid relation. *Sociologie du Travail*, 44(1), 75-97.

Weng, H. Y., Fox, A. S., Hessenthaler, H. C., Stodola, D. E., & Davidson, R. J. (2015). The Role of Compassion in Altruistic Helping and Punishment Behavior. *PLOS ONE*, 10(12),

e0143794. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0143794>

Whitehead, C., Kuper, A., Freeman, R., Grundland, B., & Webster, F. (2014). Compassionate care? A critical discourse analysis of accreditation standards. *Medical Education*, 48(6), 632-643. <https://doi.org/10.1111/medu.12429>

Wilkinson, H., Whittington, R., Perry, L., & Eames, C. (2017). Examining the relationship between burnout and empathy in healthcare professionals: A systematic review. *Burnout Research*, 6, 18-29. <https://doi.org/10.1016/j.burn.2017.06.003>

Willgens, A. M., & Hummel, K. (2016). Uncovering a Curricular Model of Self-Care in Pediatric Physical Therapist Education: *Journal of Physical Therapy Education*, 30(4), 55-70. <https://doi.org/10.1097/00001416-201630040-00008>

Zhang, Y., Zhang, C., Han, X.-R., Li, W., & Wang, Y. (2018). Determinants of compassion satisfaction, compassion fatigue and burn out in nursing: A correlative meta-analysis. *Medicine*, 97(26), e11086. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000011086>

SOMMAIRE DES ANNEXES

ANNEXE I : CRITERES D'APPLICATION DES SOINS DE COMPASSION SELON LA LITTERATURE.....	1
ANNEXE II : LES DIFFERENTS TYPES DE MALTRAITANCE ORDINAIRE SELON COMPAGNON & GHADI, 2009	4
ANNEXE III : QUESTIONNAIRE DE PRE-INCLUSION.....	6
ANNEXE IV : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT LIBRE ET ECLAIRE A L'INTENTION DE MKDE HOSPITALIERS	8
ANNEXE V : GUIDE D'ENTRETIEN.....	11
ANNEXE VI : EXEMPLE D'UNE DES RETRANSCRIPTIONS.....	15
ANNEXE VII : ORGANISATION PERSONNELLE SUR L'ANNEE 2022/2023	22

Annexe I : Critères d'application des soins de compassion selon la littérature

Fréquence dans la littérature	Critères d'application des soins de compassion	Auteurs
11	39. Comprendre les perspectives de l'autre	APTA, 2013 ; Badger & Royse, 2012 ; Bramley & Matiti, 2014 ; Crawford, Brown, Kvangarsnes & Gilbert, 2014 ; Epstein, 1999 ; Hojat, 2016 ; Hojat et al., 2002 ; Sinclair, Beamer et al., 2017 ; Sinclair, Raffin-Bouchal, Venturato, Mijovic-Kondejewski & Smith-MacDonald, 2017 ; Tehranineshat, Rakhshan, Torabizadeh & Fararouei, 2019 ; Willgens & Hummel, 2016
9	40. Réagir à la souffrance de l'autre et la diminuer	Bramley & Matiti, 2014 ; Crawford et al., 2014 ; Epstein, 1999 ; Goetz, Keltner & Simon-Thomas, 2010 ; Sinclair, Beamer, et al., 2017 ; Sinclair, Raffin-Bouchal, et al., 2017 ; Tehranineshat et al., 2019 ; Weng, Fox, Hesselthaler, Stodola & Davidson, 2015 ; Willgens & Hummel, 2016
8	41. Améliorer le bien-être, la qualité des soins, le confort du patient et de sa famille	APTA, 2013 ; Badger & Royse, 2012 ; Bramley & Matiti, 2014 ; Engen & Singer, 2015 ; Greenfield, Anderson, Cox & Tanner, 2008 ; Hojat, 2016 ; Sinclair, Beamer, et al., 2017 ; Tehranineshat et al., 2019
9	42. Faire preuve d'attention	Badger & Royse, 2012 ; Bramley & Matiti, 2014 ; Crawford et al., 2014 ; Goetz et al., 2010 ; Greenfield et al., 2008 ; Hojat, 2016 ; Hojat et al., 2002 ; Klimecki, Leiberg, Lamm & Singer, 2013 ; Tehranineshat et al., 2019
9	43. Être intéressé par la souffrance d'autrui / avoir conscience de la souffrance d'autrui	Bramley & Matiti, 2014 ; Crawford et al., 2014 ; Cuff, Brown, Taylor & Howat, 2016 ; Engen & Singer, 2015 ; Klimecki, Leiberg, Ricard & Singer, 2014 ; Sinclair, Beamer, et al., 2017 ; Tehranineshat et al., 2019 ; Weng et al., 2015 ; Willgens & Hummel, 2016
9	44. Comportement motivé par l'amour humain	Burks & Kobus, 2012 ; Crawford et al., 2014 ; Goetz et al., 2010 ; Klimecki et al., 2013 ; Loue, 2022 ; Sinclair, Beamer, et al., 2017 ; Stern, Cohen, Bruder, Packer & Sole 2008 ; Swick, 2007 ; Tehranineshat et al., 2019
8	45. Volonté d'aider	Crawford et al., 2014 ; Cuff et al., 2016 ; Engen & Singer, 2015 ; Goetz et al., 2010 ; Klimecki et al., 2014 ; Preckel, Kanske & Singer, 2018 ; Sinclair, Raffin-Bouchal, et al., 2017 ; Singer & Klimecki, 2014
8	46. Bonne communication avec le patient (écoute active, basée sur la confiance, verbale et non verbale : regard, toucher, sourire) <u>Exemples</u> : Dire bonjour, se présenter, contact avec une personne dans le coma, expliquer	APTA, 2013 ; Badger & Royse, 2012 ; Bramley & Matiti, 2014 ; Crawford et al., 2014 ; Epstein, 1999 ; Goetz et al., 2010 ; Sinclair, Raffin-Bouchal, et al., 2017 ; Tehranineshat et al., 2019
	Bonne communication avec l'équipe	Bramley & Matiti, 2014
7	47. Soutien / Encouragements / Être rassurant	Badger & Royse, 2012 ; Bramley & Matiti, 2014 ; Crawford et al., 2014 ; Sinclair, Beamer, et al., 2017 ; Sinclair, Raffin-Bouchal, et al., 2017 ; Willgens & Hummel, 2016 ; Zhang Y.-Y., Zhang C., Han, Li & Wang, 2018
7	48. Faire preuve d'empathie	Badger & Royse, 2012 ; Bramley & Matiti, 2014 ; Crawford et al., 2014 ; Greenfield et al., 2008 ; Hojat et al., 2002 ; Hui, Dai & Wang, 2020 ; Tehranineshat et al., 2019
7	49. Faire preuve d'éthique et de moralité	Badger & Royse, 2012 ; Bramley & Matiti, 2014 ; Goetz et al., 2010 ; Greenfield et al., 2008 ; Greenfield, Keough, Linn, Little, & Portela, 2010 ; Sinclair, Beamer, et al., 2017 ; Tehranineshat et al., 2019

7	50. Prendre en compte les aspects émotionnels et psychologiques des soins / Lien émotionnel / Affectif	APTA, 2013 ; Badger & Royse, 2012; Bramley & Matiti, 2014 ; Crawford et al., 2014 ; Goetz et al., 2010 ; Hojat, 2016 ; Willgens & Hummel, 2016
7	51. Préoccupation / Préoccupation empathique	Badger & Royse, 2012 ; Bramley & Matiti, 2014 ; Crawford et al., 2014 ; Engen & Singer, 2015 ; Klimecki et al., 2014 ; Preckel et al., 2018 ; Weng et al., 2015
7	52. Gentillesse, être chaleureux	Crawford et al., 2014 ; Engen & Singer, 2015 ; Goetz et al., 2010 ; Klimecki et al., 2013 ; Sinclair, Beamer, et al., 2017 ; Tehranineshat et al., 2019 ; Weng et al., 2015
5	53. Action altruiste	Crawford et al., 2014 ; Goetz et al., 2010 ; Greenfield et al., 2008 ; Sinclair, Beamer, et al., 2017 ; Weng et al., 2015
4	54. Avoir des compétences et connaissances	Badger & Royse, 2012 ; Bramley & Matiti, 2014 ; Sinclair, Raffin-Bouchal, et al., 2017 ; Tehranineshat et al., 2019
3	55. Considérer le patient comme unique et de valeur, comme une personne à part entière / soins individualisés	APTA, 2013 ; Badger & Royse, 2012 ; Bramley & Matiti, 2014
3	56. Tolérance / Reconnaître et s'abstenir d'agir en fonction de ses préjugés sociaux, culturels, de genre et sexuels	APTA, 2013 ; Crawford et al., 2014 ; Tehranineshat et al., 2019
3	57. Engagement du soignant	Bramley & Matiti, 2014 ; Greenfield, Keough, Linn, Little, & Portela, 2010 ; Tehranineshat et al., 2019
3	58. Présence du soignant	Bramley & Matiti, 2014 ; Epstein, 1999 ; Sinclair, Raffin-Bouchal, et al., 2017
3	59. Être un défenseur et s'occuper des besoins du patient	APTA, 2013 ; Badger & Royse, 2012 ; Bramley & Matiti, 2014
3	60. Faire preuve de respect	APTA, 2013 ; Badger & Royse, 2012 ; Crawford et al., 2014
3	61. Bienveillance	Crawford et al., 2014 ; Engen & Singer, 2015 ; Klimecki et al., 2013
3	62. Donner le choix / Donner aux patients les moyens d'atteindre le plus haut niveau fonctionnel et d'être autonomes dans leurs soins	APTA, 2013 ; Badger & Royse, 2012 ; Bramley & Matiti, 2014
3	63. Être sensible à l'état de l'autre, réceptivité	Branch, 2000 ; Crawford et al., 2014 ; Tehranineshat et al., 2019
2	64. Relation de confiance avec le patient	Badger & Royse, 2012 ; Greenfield et al., 2010
2	65. Courage du soignant	Crawford et al., 2014 ; Tehranineshat et al., 2019
2	66. Honnêteté dans l'information délivrée	Badger & Royse, 2012 ; Tehranineshat et al., 2019
1	67. Agir sans condition, indépendamment du comportement du patient, de la parenté et du mérite	Sinclair, Beamer et al., 2017
1	68. Professionnalisme	Tehranineshat et al., 2019
1	69. Relation soignant-soigné à double sens	Tehranineshat et al., 2019
1	70. Humilité	Tehranineshat et al., 2019
1	71. Ouverture d'esprit	Crawford et al., 2014
1	72. Avoir de la patience	Crawford et al., 2014
1	73. Aller au-delà des attentes du patient	Badger & Royse, 2012
1	74. Inclure aux conversations, activités	Badger & Royse, 2012

1	75. Assurer la continuité des soins	Badger & Royse, 2012
1	76. Mettre en avant les intérêts du patient	Epstein, 1999

Nombre de critères à partir duquel il est considéré une application des soins de compassion :

10 éléments sont minoritaires (Fréquence = 1) sur la liste de critères ci-dessus.

(Nombre total de critères – Nombre de critères minoritaires) / 2

*(38-10) / 2 = **14***

À partir de 14 critères sur 38, nous considérons une application des soins de compassion

Annexe II : Les différents types de maltraitance ordinaire selon Compagnon & Ghadi, 2009

1. Maltraitance liée aux comportements des professionnels	Exemples
1.1. Un malade transparent / objet	
<p>1.1.1. <i>Quand les professionnels échangent et discutent entre eux, en présence du patient</i></p> <p>1.1.2. <i>Quand les professionnels n'entendent pas ce que leur disent les malades ou leurs proches</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Tâches à réaliser, vie privée des soignants, discussion pendant la réalisation d'une manipulation douloureuse en ignorant le patient, conflits internes de l'établissement - Peu de crédit accordé à la parole du malade, discréditation de la connaissance de l'expérience personnelle du patient par la connaissance scientifique
1.2. Les pressions psychologiques	
<p>1.2.1. <i>Les menaces et humiliations</i></p> <p>1.2.2. <i>La culpabilisation des proches</i></p> <p>1.2.3. <i>Les représailles : de l'« engueulade » à la punition</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Humiliations en lien avec l'âge, le corps, l'intimité, le besoin d'aller aux toilettes, réprimandes - Culpabilisation pour le coût de la prise en charge, éducation des enfants hospitalisés - Infantilisation du patient, mise à distance de la sonnette ou de la télécommande de la télévision comme punition

2. Maltraitance liée à des facteurs institutionnels	Exemples
2.1. L'accueil de la personne hospitalisée et de ses proches	<ul style="list-style-type: none"> - Manque d'accueil, explications, accompagnement - Attente
2.2. Le manque de disponibilité des professionnels	<ul style="list-style-type: none"> - Attitude des soignants, capacités de communication, répondre aux demandes - Manque de temps des soignants - « Oubli des malades »
2.3. Le rythme imposé des soins	<ul style="list-style-type: none"> - Tours infirmiers / emploi du temps des professionnels - Repos perturbé des malades par le rythme des soins ou examens
2.4. Le bruit	<ul style="list-style-type: none"> - Conversations - Chariots de soins, portes, déplacements bruyants
2.5. Les dysfonctionnements d'une organisation complexe	<ul style="list-style-type: none"> - Changements non anticipés - Retards, délais d'attente - Techniques non maîtrisées
2.6. L'organisation de la sortie : le retour à domicile ou le passage dans une autre structure	<ul style="list-style-type: none"> - Sorties paraissant expéditives - Peu de prise en compte du patient : difficultés de retour à domicile, patients qui ne sont pas prêts - Peu d'anticipation : reports, annulations, remises en cause
2.7. L'absence de réponse aux courriers de doléance	<ul style="list-style-type: none"> - Absence de réponse - Réponses qui ne sont pas à la hauteur des attentes

Annexe III : Questionnaire de pré-inclusion

Présentation

Bonjour, je m'appelle Méлина PAVOT et je suis étudiante en Master 2 en Masso-Kinésithérapie à l'IFMK de La Réunion.

Dans le cadre de la réalisation de mon mémoire de fin d'études, j'ai créé un questionnaire destiné aux MKDE salariés en milieu hospitalier de La Réunion, afin de recruter ma population d'étude pour, par la suite, réaliser des entretiens semi-directifs sur le thème suivant : l'application des soins de compassion, comme stratégie de gestion émotionnelle, dans la pratique hospitalière des MKDE réunionnais afin de lutter contre la maltraitance ordinaire.

Ce questionnaire compte au total 9 courtes questions organisées sur 3 pages, il est très rapide et vous prendra moins de 3 minutes de votre temps ! Il est bien entendu anonyme et confidentiel. Votre participation me permettra d'aboutir à une recherche qualitative, afin de mieux comprendre comment les MKDE peuvent participer activement, dans leur pratique quotidienne, à la diminution de la maltraitance ordinaire en milieu hospitalier.

Pour toutes informations supplémentaires, vous pouvez me contacter à l'adresse e-mail suivante : meline.pavot@ies-reunion.fr

N'ayez pas peur d'être honnête, il n'y a absolument aucun jugement dans ce questionnaire. Je compte sur vous pour cette enquête, qui me permettra de mener à bien mon mémoire !

Merci d'avance pour votre participation et pour le temps que vous accorderez à ce court questionnaire !

Informations générales

Vous êtes :

- Un homme
- Une femme

Votre âge :

Service dans lequel vous exercez :

Nombre d'années d'expérience en hôpital (au total) :

- Moins d'1 an
- Entre 1 et 5 ans
- Entre 5 et 7 ans
- Entre 7 et 10 ans
- Entre 10 et 15 ans
- Plus de 15 ans

Vos connaissances sur le sujet

La maltraitance ordinaire est définie comme un sentiment d'abandon, de manque d'écoute, de « transparence » d'une personne ayant été au contact d'un établissement de santé. Elle se distingue d'une maltraitance délictuelle et intentionnelle car elle est présente dans le quotidien, elle est banalisée, parfois invisible et concerne l'institution plus que les individus (HAS, 2010).

Ce terme vous fait-il écho ?

- Oui
- Non

Voici quelques exemples d'actes de maltraitance ordinaire relevés par la HAS (2010).

Pensez-vous avoir déjà été à l'origine de certains de ces actes ?

	Jamais	Rarement	Occasionnellem ent	Assez souvent	Très souvent
Discussions privées entre professionnels en ignorant la présence du patient	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Peu d'écoute des besoins du patient ou des proches	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Réprimandes (ex : manque de motivation, peu de progrès, exercices mal faits)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Culpabilisation des proches (ex : récidives, chutes, "ça ne sert à rien de faire ça")	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Connaissez-vous le terme "soins de compassion" ?

- Oui
- Non

Participation à l'étude

Souhaitez-vous participer à mon étude ?

	Oui	Non
Je souhaite participer à l'étude	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'accepte l'enregistrement des entretiens qui seront ensuite détruits après analyse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Si vous acceptez de participer à ma recherche, veuillez renseigner votre [numéro de téléphone](#) et votre [adresse e-mail](#), afin que je puisse vous contacter si vous entrez dans les critères de ma population d'étude.

Numéro de téléphone

E-mail

Annexe IV : Formulaire de consentement libre et éclairé à l'intention de MKDE hospitaliers

Titre du projet de recherche : Mémoire de fin d'études sur les soins de compassion dans la lutte contre la maltraitance ordinaire en milieu hospitalier à La Réunion.

Présentation de l'étudiant-chercheur :

PAVOT Méлина

meline.pavot@ies-reunion.fr

Étudiante en Master 2 de Masso-Kinésithérapie à l'Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie (IFMK) de La Réunion

Directeur de l'institut : M. Thierry BOUVIER

Cadre formateur référent : M. Yannick PERDRIX

Introduction :

Avant d'accepter de participer à ce projet de recherche, veuillez prendre le temps de lire et de comprendre les renseignements qui suivent. Ce document vous explique le but de ce projet de recherche, ses procédures, avantages et inconvénients. Je vous invite à me poser toutes les questions que vous jugerez utiles à la compréhension de ce document.

Nature et objectifs du projet :

Dans le cadre de la réalisation de mon mémoire de fin d'études, je réalise des entretiens semi-directifs sur le thème suivant : les soins de compassion comme stratégie de régulation des émotions dans la pratique hospitalière des MKDE et la lutte contre la maltraitance ordinaire à La Réunion. Ma question de recherche est la suivante : Quelle est la place des soins de compassion dans la pratique hospitalière des MK afin de lutter contre la maltraitance ordinaire à La Réunion ?

Les objectifs principaux de cette recherche sont :

(1) d'identifier les expériences de maltraitance ordinaire vécues par les MK hospitaliers à La Réunion ;

(2) d'identifier les critères d'application des soins de compassion chez les MK hospitaliers à La Réunion ;

(3) de comprendre comment ils appliquent les soins de compassion comme moyen de régulation de leurs émotions afin d'éviter ces processus de maltraitance ordinaire.

L'objectif secondaire de cette étude est de déterminer le rôle de l'expérience clinique professionnelle dans l'application des soins de compassion.

Déroulement de la participation :

La participation à cette étude consistera, d'une part à remplir et signer le formulaire ci-joint, et d'autre part, à réaliser un seul entretien d'une durée de 45 minutes au maximum, qui sera enregistré afin de permettre à l'étudiant-chercheur de le retranscrire totalement dans le but d'aboutir à une analyse qualitative. L'entretien sera guidé par des questions prédéfinies en lien avec le sujet. Il se déroulera sur le lieu de travail du participant, dans une salle de réunion, porte close et sans dérangement extérieur afin de garantir la confidentialité des informations échangées. L'étudiant-chercheur prendra des notes. Aucun document ne sera demandé au participant.

Ce consentement sera effectif sur l'année 2023.

Avantages ou inconvénients possibles liés à la participation :

Le participant ne reçoit aucun avantage direct lié à sa participation à ce projet de recherche. Cependant, cette recherche permettra de mettre en avant le rôle des soins de compassion et des MKDE, comme acteurs dans la lutte contre la maltraitance ordinaire en milieu hospitalier.

Le participant indiquera à l'étudiant-chercheur la survenue d'inconvénients pendant la durée de l'entretien (inconfort, gêne, anxiété, fatigue, stress, frustration, déplacement, attente, durée de l'entretien).

Droit de retrait :

Le participant a le droit de refuser de participer à la recherche ou de mettre fin en tout temps à sa participation sans préjudice. Il peut refuser de répondre à certaines questions sans conséquence négative pour lui et sans avoir à se justifier. En cas de retrait de l'étude, l'étudiant-chercheur s'engage à vérifier auprès du participant concerné s'il accepte que ses données soient conservées pour l'étude ou s'il préfère qu'elles soient détruites.

Confidentialité et gestion des données :

Les données retranscrites seront codifiées par des pseudonymes à la place des noms des participants, de même que les lieux qui ne seront pas définis précisément. Aucune autre personne que le chercheur n'aura accès aux données non anonymisées. En effet, ces dernières seront détruites après retranscription, qui sera donc anonyme et sera utilisée uniquement dans

le cadre du mémoire, sans diffusion extérieure. Les informations obtenues seront analysées et interprétées au même titre que celles recueillies auprès d'autres MKDE afin de répondre à ma question de recherche. La confidentialité du participant est respectée, aucune donnée personnelle ne sera diffusée.

Remerciements :

Je vous remercie pour votre précieuse collaboration dans le cadre de la réalisation de ce mémoire de recherche, et pour le temps et l'attention que vous consacrez à ce travail.

Attestation du consentement :

Participant(e) :

Je soussigné(e) _____ (Nom Prénom) consens librement à participer à la recherche intitulée : « Mémoire de fin d'études sur les soins de compassion dans la lutte contre la maltraitance ordinaire en milieu hospitalier à La Réunion ». J'ai pris connaissance du formulaire et je comprends le but, la nature, les avantages et les inconvénients du projet de recherche. Je suis satisfait(e) des explications, précisions et réponses que le chercheur m'a fournies, le cas échéant, quant à ma participation à ce projet.

J'accepte que cet entretien soit enregistré

Fait à : _____

Date : _____

Signature du participant, de la participante :

Étudiant-chercheur :

J'ai expliqué le but, la nature, les avantages et les inconvénients du projet de recherche au participant. J'ai répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées et j'ai vérifié la compréhension du participant.

Fait à : _____

Date : _____

Signature de l'étudiant-chercheur :

Annexe V : Guide d'entretien

Enquêteur : PAVOT Méлина

M2, Promotion 2019-2023, IFMK de La Réunion

Lieu :

Date :

Participant :

Durée de l'entretien :

« Bonjour, je vous remercie d'avoir accepté de participer à cet entretien. Je m'appelle Méлина PAVOT et je suis en Master 2 en Masso-Kinésithérapie à l'IFMK de La Réunion. Cet entretien se déroule dans le cadre de mon mémoire de recherche, dont le thème est : les soins de compassion comme régulation émotionnelle et la lutte contre la maltraitance ordinaire en milieu hospitalier à La Réunion.

Je vous rappelle que cet entretien sera enregistré puis retranscrit, cependant il restera anonyme et ces données seront détruites après analyse des résultats. Enfin, je prendrais des notes lors de notre entretien. Êtes-vous toujours d'accord avec cela ?

Voici le formulaire de consentement libre et éclairé que je vous propose de lire et de signer avant de débiter l'enregistrement.

(Si oui : début d'enregistrement)

Voici quelques précisions au sujet de cet entretien :

- Je souhaite recueillir vos expériences en hôpital uniquement.
- Je souhaite recueillir vos expériences uniquement sur l'Île de la Réunion.

Je vous demande d'être le plus complet et précis possible dans vos réponses.

Avez-vous des questions avant que nous ne commençons ? »

Thèmes	Questions	Objectifs
1. Présentation de l'enquêté	<p style="text-align: center; color: #0070c0;">1.1 Pourriez-vous me décrire succinctement votre parcours professionnel en tant que MK ?</p> <p style="color: #e67e22;">Approfondissements :</p> <p><u>Sexe</u> : <input type="checkbox"/> Homme / <input type="checkbox"/> Femme</p> <p><u>Âge</u> : ans</p> <p><u>Années d'expérience en hôpital (au total)</u> :</p> <p><u>Service</u> :</p>	<p>Faire ressortir des caractéristiques de l'enquêté afin d'organiser les données en catégories (âge, expérience, sexe, service) lors de l'analyse.</p>

<p style="text-align: center;">2. Maltraitance ordinaire : connaissances de l'enquêté et recueil d'expériences</p>	<p>2.1. Quelle est votre définition de la « Maltraitance ordinaire » ?</p> <p>Notes personnelles de l'enquêteur :</p>	<p>Savoir si l'enquêté connaît le terme et est capable d'y mettre des mots.</p>
	<p>2.2. Pouvez-vous décrire et expliquer une situation clinique dans laquelle vous pensez avoir participé à cette maltraitance institutionnelle qu'est la maltraitance ordinaire ?</p> <p>Approfondissements :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Qu'avez-vous ressenti à cet instant ? 2. Qu'avez-vous ressenti après réflexion sur votre pratique / prise de recul ? 3. Que ressentez-vous aujourd'hui quand vous y repensez ? 4. Que changeriez-vous si vous pouviez revenir en arrière ? (Préciser attitude, non verbal, verbal, pensées ...) <p>Notes personnelles de l'enquêteur :</p>	<p>Objectif 1 : Faire ressortir du discours de l'enquêté <u>les critères de la maltraitance ordinaire établis par la HAS (2010) (Annexe II)</u>, afin que l'enquêteur sache si la situation décrite par l'enquêté correspond bien à une situation de maltraitance ordinaire.</p> <p>Objectif 2 : Faire ressortir les <u>émotions</u> pendant et après la situation vécue par l'enquêté.</p> <p>Objectif 3 : Faire ressortir les <u>modifications émotionnelles et les critères de l'application des soins de compassion</u> (Annexe I) par l'enquêté après réflexivité.</p>
<p style="text-align: center;">3. Régulation émotionnelle et maltraitance ordinaire</p>	<p>3.1. Que pensez-vous de la régulation émotionnelle (ou gestion émotionnelle) dans ce type de situation de maltraitance ordinaire ?</p> <p>Approfondissements :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Comment décriez-vous les moyens de régulation émotionnelle que vous utilisez au quotidien face à la souffrance des patients ? 2. Quels sont, selon vous, les aspects positifs / négatifs, aussi bien sur vous ou sur les patients, de ces moyens de régulation ? 	<p>Objectif 1 : Faire ressortir les <u>moyens de régulation émotionnelle</u> de l'enquêté.</p> <p>Objectif 2 : Faire un parallèle entre les <u>moyens de régulation émotionnelle et les critères d'application des soins de compassion</u>.</p>

	<p>Notes personnelles de l'enquêteur :</p>	
<p>4. Soins de compassion : connaissances de l'enquêté et recueil d'expériences</p>	<p>4.1. Connaissez-vous les « soins de compassion » ? Voici une courte définition : <i>« Il s'agit d'actes minuscules visant à apporter du confort aux patients et à leur famille. Cependant, ce type d'actes les affecte considérablement »</i> [Traduction libre] (Tehrineshat et al., 2019, p. 3). Il s'agit d' « <i>un processus qui nécessite de l'attention, de la compréhension, une réaction émotionnelle et de l'empathie face aux inquiétudes, à la détresse, à la douleur et à la souffrance d'une autre personne, le tout accompagné d'une motivation et de certaines performances afin d'améliorer cette situation</i> » [Traduction libre] (Tehrineshat et al., 2019, p. 2-3). Vous fait-elle écho ?</p> <p>Notes personnelles de l'enquêteur :</p>	<p>Savoir si l'enquêté connaît le terme et si la définition lui fait écho.</p>
	<p>4.2. Maintenant que vous avez eu une définition de ce terme, pensez-vous que vous l'utilisez au quotidien ?</p> <p>Approfondissements :</p> <p>1. Pouvez-vous donner des exemples de ce que vous faites au quotidien qui pourrait s'apparenter aux soins de compassion ?</p> <p>Notes personnelles de l'enquêteur :</p>	<p>Faire ressortir les <u>critères de l'application des soins de compassion</u> (Annexe I) par l'enquêté dans sa pratique quotidienne.</p>
	<p>5.1. Que pensez-vous de l'efficacité des soins de compassion, à votre</p>	<p>Obtenir le point de vue de l'enquêté sur l'impact de l'application des soins de</p>

<p>5. Les soins de compassion et la maltraitance ordinaire : avis personnel</p>	<p>échelle, pour lutter contre la maltraitance ordinaire ?</p> <p>Approfondissements :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Quels sont les aspects positifs / négatifs aussi bien sur vous ou sur les patients ? 2. Décrivez-vous les soins de compassion comme une stratégie de régulation émotionnelle ? Comment l'expliquer ? 3. Pensez-vous que l'expérience professionnelle y joue un rôle ? <p>Notes personnelles de l'enquêteur :</p>	<p>compassion sur la maltraitance ordinaire et sur le rôle de l'expérience professionnelle dans l'application des soins de compassion.</p>
--	--	--

« Avez-vous quelque chose à ajouter sur le sujet ?

Je vous remercie de m'avoir accordé de votre temps. »

(Fin enregistrement)

Annexe VI : Exemple d'une des retranscriptions

MK 2 / Réalisé le 30/01/2023 / Durée de l'entretien : 16 min 29

Sexe : Femme

Âge : 53 ans

Années d'expérience en hôpital (au total) : 24 ans

Service : MPR

- *Voici quelques précisions au sujet de l'entretien. Je vais recueillir les expériences en hôpital uniquement et je souhaite recueillir les expériences uniquement à La Réunion. Je te demande d'être la plus complète possible et précise dans tes réponses. Est-ce que tu pourrais me décrire ton **parcours professionnel** succinctement ?*
- *Ben moi je suis diplômée de métropole et je suis venue travailler tout de suite à La Réunion où j'ai d'abord fait des remplacements libéraux, après j'ai fait un remplacement à l'hôpital, et ensuite j'ai fait un assistantat en libéral et j'ai ensuite été recrutée à La Réunion en 1999 à l'hôpital donc ça remonte.*
- *Donc ça fait ...*
- *Ça fait 24 ans.*
- *À l'hôpital ?*
- *À l'hôpital.*
- *Ok. Est-ce que tu pourrais me redonner ton **âge** s'il te plaît ?*
- *Je vais avoir 53 ans.*
- *Ok. Merci. Pour commencer, **la maltraitance ordinaire**, quelle est ta définition de la maltraitance ordinaire ?*
- *La maltraitance ordinaire c'est les situations quotidiennes du quotidien qui font qu'on arrive à maltraiter les gens sans intention, en fait, il n'y a pas une intention de départ de malveillance mais c'est plutôt les situations qui font qu'on devient maltraitant sans s'en rendre compte et sans voir et souvent ça peut être une maltraitance je dirais institutionnelle autant que de la part du soignant qui prend des habitudes et par habitude fait des choses et sans même y penser devient maltraitant à ce moment-là.*

- *Ok. Maintenant est-ce que tu pourrais me décrire et expliquer une **situation clinique** dans laquelle tu penses avoir participé à cette maltraitance institutionnelle qu'est la **maltraitance ordinaire** ?*
- Là comme ça, mon dieu. Euh ... Ben moi ce que je ne supporte pas notamment c'est quand je suis complice d'une attente, c'est-à-dire que il y a un patient qui arrive en hôpital de jour, et les prescriptions sont pas faites, et on est obligé de le faire attendre et ... moi je pense qu'on est maltraitant à ce moment-là et notamment voilà, ça, ça fait partie des choses et après il y a d'autres situations où notamment là-haut des fois on fait pas forcément tout un chacun attention à ce que la porte soit fermée au moment où on fait un soin, ou on rentre alors qu'il y a ... parce qu'on a besoin, on est pressé par le temps ..., on rentre quand même alors qu'il y a la petite lumière verte qui nous dit que c'est occupé, enfin ce genre de choses, voilà.
- *Ok. Et du coup à ce moment-là qu'est-ce que tu as **ressenti** ?*
- Ben de la gêne quand même, moi ça me gêne, quand c'est le délai d'attente qui est trop long, ça me rend malade hein, ça me ... moi ça me rend mal à l'aise, très mal à l'aise vis-à-vis du patient et je me mets souvent à la place du patient qui attend des fois longtemps et je me dis c'est inadmissible quoi, enfin voilà et j'essaie en tout cas de surcompenser pour que ça n'arrive pas.
- *D'accord.*
- C'est pas toujours évident.
- *Et donc après cette situation qu'est-ce que tu as ressenti **après réflexion** du coup ?*
- Ça me met de la colère.
- *D'accord.*
- Souvent il y a de la colère derrière, l'institution qui ne fait pas les choses comme il faudrait alors par des dysfonctionnements divers mais qui nous met dans une situation qui ne devrait pas arriver et moi ça me met en colère.
- *Et donc cette colère c'est également ce que tu ressens **aujourd'hui** quand tu y repenses ?*
- Mouai ouai ouai. La colère et puis il y a de la gêne enfin, je veux dire quand tu te retrouves dans une situation de ... ouai ... tu deviens maltraitant, maltraitant malgré toi quelque part, et ben ouai c'est de la colère, de la gêne et ça peut même me mettre mal pendant plus... même chez moi, arrivée chez moi, de pas arriver à oublier cette situation qui fait que je sais que j'ai été maltraitante et que c'est pas normal et que j'aurais pas dû être maltraitante.
- *Ok. Et est-ce que si tu pouvais **changer** quelque chose aujourd'hui, qu'est-ce que tu aurais fait ?*

- (*Rires*) Ben des fois je prends les gens sans qu'ils aient de prescription parce que si j'attends la prescription ... moi j'envisage pas et du coup je me mets hors la loi pour pouvoir ne pas me retrouver dans une situation où je deviens maltraitante malgré tout.
- *D'accord.*
- Et ça c'est ... et puis après rentrer dans une chambre par exemple où il y a un soin qui est déjà marqué, ben des fois on n'a pas le temps d'attendre et je rentre et là ce serait plus à moi de faire demi-tour et revenir plus tard, mais c'est pas toujours possible et c'est vrai que ça demande beaucoup de ... nous on a beaucoup d'aller-retour, c'est très loin, quand on monte à l'étage et qu'on redescend et qu'on a un temps très limité pour monter parce qu'on a d'autres gens qui nous attendent en bas ben ça reste très compliqué à gérer, voilà.
- *D'accord. Alors maintenant au sujet de la régulation émotionnelle, et de la maltraitance ordinaire, que penses-tu de la régulation émotionnelle dans ce type de situation de maltraitance ordinaire ?*
- Alors qu'est-ce que tu appelles régulation émotionnelle exactement ?
- *C'est la capacité à gérer ses émotions et à pas se laisser submerger...*
- Mes émotions à moi ?
- *Oui.*
- Ben ça c'est difficile, et des fois ça m'arrive de discourir sur le service et les dysfonctionnements du service face aux patients, ce qui ne devrait pas arriver tellement je suis en colère par rapport aux choses qui me mettent dans une situation de maltraitance. Moi ce matin par exemple tu vois j'ai eu un patient qui est arrivé pour un bilan et tous mes autres patients sont descendus tous en même temps, je me suis retrouvée avec 9 patients à gérer en même temps et à faire un bilan, et ben j'estime que je suis maltraitante avec tout le monde et ça m'a mise dans une situation inconfortable alors j'arrive à gérer parce que j'ai de l'ancienneté de la bouteille mais ça me met dans une situation et ça me met ... ouai, c'est plus de la colère je dirais, mon émotion j'ai du mal à des fois ne pas exprimer mon mécontentement du dysfonctionnement face au patient, ça j'ai beaucoup de mal.
- *D'accord. Et comment tu décrirais les **moyens** que tu utilises pour lutter contre cette colère par exemple ? Pour ne pas trop la montrer ?*
- Je crois que j'en utilise pas (*rires*), malheureusement. Je crois que j'ai pas, j'ai pas de moyens de faire face à ça alors il y a quand même les moments de débriefing à plusieurs, ça c'est des moyens de faire redescendre la pression, c'est-à-dire que quand on est en équipe le midi ou à table on reparle des situations qui nous ont mis dans un peu un état de stress et effectivement ça nous permet de redescendre la pression pour ... évacuer ce qui nous

mécontentait mais sinon au quotidien il y a personne pour m'aider à faire autrement enfin, je crois que je suis un peu laissée..., enfin je pense pas que l'institution nous prend en compte là-dessus quoi.

- *D'accord, et donc, il y a des aspects positifs ou négatifs aussi bien sur les patients de ces moyens de régulations pour toi ?*
- Ben si je redescends la pression, l'après-midi je suis un petit peu plus calme d'avoir débriefé et du coup je vais être moins dans la redondance de revenir dessus « et ça a dysfonctionné ... » et d'être agressive, parce que ça peut ... la colère fait qu'après je peux avoir des moments d'agressivité, enfin d'agressivité dans la parole je vais être beaucoup plus brusque alors qu'en kiné on a besoin d'accueillir les gens correctement et si on peut pas le faire et ben après le transfert se passe mal et après on est plutôt dans ... on est brusque, on est agressif, et les gens ils comprennent pas pourquoi on est dans cette situation-là et alors qu'ils y sont pour rien et ça c'est de la maltraitance, de notre part et en même temps j'ai des fois du mal à faire autrement et je dois dire qu'en vieillissant c'est plus difficile des fois de contrôler mes émotions parce qu'il y a une accumulation de choses qui font que ça devient plus difficile.
- *D'accord.*
- Mais je pense que le débriefing est le côté plus intéressant pour faire redescendre la pression et être un peu plus zen l'après-midi.
- *Ok. Maintenant, au sujet des soins de compassion, est-ce que tu connais le terme de soins de compassion ?*
- Non je dois dire que pour moi je sais pas ce que t'appelles les soins de compassion.
- *Alors du coup je vais te donner une définition : « Il s'agit d'actes minuscules visant à apporter du confort aux patients et à leur famille. Cependant, ce type d'actes les affecte considérablement » [Traduction libre] (Tehranineshat et al., 2019, p. 3). Il s'agit d' « un processus qui nécessite de l'attention, de la compréhension, une réaction émotionnelle et de l'empathie face aux inquiétudes, à la détresse, à la douleur et à la souffrance d'une autre personne, le tout accompagné d'une motivation et de certaines performances afin d'améliorer cette situation » [Traduction libre] (Tehranineshat et al., 2019, p. 2-3) ». Est-ce que cette définition, elle te fait écho ?*
- Bref, c'est beaucoup de mots pour pas grand-chose, enfin, ... oui je sais pas ce que t'appelles réellement des soins de compassion, moi je pense que l'empathie c'est quelque chose d'important dans ce métier et que si on a pas d'empathie on aura forcément un mauvais kiné et que je pense effectivement ces soins-là et d'ailleurs ce ne sont pas forcément des soins

de kiné hein, c'est peut-être juste un temps d'attention, juste remarquer comment ils vont, remarquer s'ils ont fait un effort vestimentaire, de pouvoir communiquer avec la famille, d'apaiser l'anxiété, ce genre de choses, c'est pas forcément un soin physique, en soi.

- *Et donc, est-ce que tu penses l'utiliser au quotidien ?*
- Oui, je pense en permanence, sinon on n'aurait pas d'adhésion à la rééducation.
- *D'accord et donc là tu m'as donné des **exemples du coup de ce que tu fais au quotidien qui pourrait s'apparenter à ça ...***
- Voilà, voilà c'est ça. Et puis (*rires*), ça va aller de ..., j'ai une jeune fille qui est ... j'achète des shampoings à mes patients comoriens parce qu'ils n'ont rien ... ils ont rien, alors c'est des petits trucs parce que quand je fais mes courses, si je peux ramener deux trois trucs à certains patients ... J'ai une jeune fille qui a 20 ans qui a un cancer et à qui on a amputé une jambe et elle a pas de famille pour l'aider et ben, je lui ai acheté des petites fiches pour sa tête, je suis allée... s'il faut faire des courses je fais des courses, ça peut être extra même en dehors de ce que mon travail me permet normalement de faire, si tu veux et ça si on fait pas ça, dans ce genre de centre, c'est pas possible, tout un chacun on fait, les gens ramènent des choses, les gens font des petites courses vont acheter des fois un paquet de cigarettes parce qu'ils oseront pas ou alors il y a aussi une association ici et où on peut acheter des boissons et tout ça donc ça m'arrive très fréquemment quand les patients je les sens pas aptes à la rééducation où je dis « bon on va passer un petit temps, on va aller boire un coup puis on va discuter ».
- *Ok. Maintenant, la dernière rubrique, que penses-tu de **L'efficacité des soins de compassion du coup à ton échelle pour lutter contre la maltraitance ordinaire ?***
- Pour lutter contre la maltraitance ordinaire... Moi je pense que c'est essentiel, c'est-à-dire que pour qu'un séjour chez nous se passe bien, ces soins de compassion, ils sont essentiels à l'adhésion, sinon on n'aurait pas d'adhésion sur la rééducation. Après est-ce que pour autant on lutte contre la maltraitance, je suis pas sûre parce que la maltraitance elle peut être de mon fait, mais elle est souvent à l'origine du fait du dysfonctionnement de l'institution et c'est pas parce que je vais avoir de la compassion... alors si je vais compenser je pense quand même parce que les gens sont souvent très heureux de leur séjour par tous ces petits moments d'attention ... même vis-à-vis des familles, 5 minutes à prendre le temps de parler et tout ça évite qu'il y ait des conflits mais ça n'empêchera pas la maltraitance qui est présente. Elle ne devrait pas être là mais elle est là, du fait du fonctionnement de l'institution c'est des fonctionnements qui sont lourds, et il y aura toujours des retards c'est l'hôpital,

c'est comme ça et des fois ben ... j'aurais beau faire ce que je peux avec mes petits moyens à moi, ça atténue si tu veux les effets, mais ça ne les compense pas, je ne crois pas.

- *D'accord. Et donc, quels sont les aspects positifs, des soins de compassion, sur toi mais aussi sur les patients selon toi ?*
- Moi je pense que ça me fait beaucoup de bien d'avoir ces petites attentions vis-à-vis des patients, déjà ça me permet d'avoir une meilleure adhésion à ce que je vais proposer en rééducation, qui est pas toujours très rigolo, donc je le fais pas de façon intéressée, je le fais de façon automatique, mais en ayant beaucoup d'ancienneté si tu veux, ... les techniques de kiné je les connais par cœur, je sais à peu près à quoi m'attendre quand j'ai un type de patient, mais c'est tous ces petits moments d'attention, de compassion qu'on peut donner qui m'apportent à moi beaucoup de bien et qui font que le patient aussi voilà, c'est plus cette relation-là qui m'intéresse.
- *D'accord. Et enfin est-ce que tu penses, tu décrirais les soins de compassion comme une stratégie de régulation émotionnelle ?*
- Ouai je suis d'accord oui, oui...
- *Comment tu pourrais l'expliquer ?*
- Ben en fait, quand j'ai ces situations qui me mettent en colère, quelque part ces petits moments que je vais accorder au patient d'une manière ou d'une autre hein, quel que soit la façon dont ça se passe, ça va me permettre déjà d'atténuer l'effet négatif que le service a eu, et donc moi ça permettra moi de moins me sentir fautive pour le service et donc d'avoir essayé de ouai compenser, moi ça me fait beaucoup de bien et je pense que ça fait beaucoup de bien au patient hein.
- *D'accord. Et enfin dernière question, est-ce que tu penses que l'expérience professionnelle joue un rôle dans ces soins de compassion, dans les stratégies de régulation et puis dans la maltraitance ordinaire ?*
- Alors je pense que quand on est jeune diplômé on a du mal à avoir ces petits moments de compassion parce qu'on reste très acté sur le soin technique en fait, d'être bien dans la technique, bien dans la régulation. Or je pense que ces petits moments de compassion c'est pas forcément ce que t'apportes et ça c'est l'expérience qui fait que tu peux les apporter plus facilement. Mais en même temps c'est l'expérience qui fait que tu peux devenir vite maltraitant parce que t'as tellement l'habitude de faire ce truc-là que tu le fais en automatique tu passes pas ... tu vas dire « ah ben je mets les électrodes là tac tac tac tac » et tu passes pas du temps à dire « ben ça va faire ça, ça va faire comme-ci, ça va faire comme ça » d'expliquer le soin au patient pour qu'il puisse l'accepter pour qu'il puisse adhérer et

du coup des fois tu vas un peu vite, parce que ton expérience, t'as tellement l'habitude de faire ça que tu passes à côté de l'essentiel donc je pense que l'expérience elle est bien dans une façon mais en même temps elle peut vite t'amener à de la maltraitance si tu te remets pas vite en question sur certaines choses, voilà.

- *D'accord, est-ce que tu as quelque chose à rajouter sur le sujet ?*
- Euh non, je pense que malheureusement, il y a des moments forcément on est maltraitant, quand tu vois quand tu me parlais ... ça nous arrive de parler d'un patient parce que là on est au milieu d'un plateau technique et qu'on m'interpelle pour un patient et qu'il y a d'autres patients autour qui peuvent entendre la conversation et que c'est de la confidentialité des soins et c'est pas vraiment respecté, les autres peuvent entendre des bribes, que les patients souvent ils me disent « ben lui il a quoi ? » c'est compliqué de pas répondre parce qu'en même temps ça explique les comportements inadaptés et comme ils vivent dans un milieu clos et ils se voient tous et de toute manière plutôt que de ne pas savoir des fois je dis alors que normalement c'est la confidentialité des soins, et est-ce que je suis maltraitante pour autant ? Est-ce que c'est de la compassion ... j'en sais rien, c'est difficile de se positionner ... Je pense qu'on est tous maltraitant, un jour ou l'autre on est tous maltraitant. On a beau faire attention ... on finit tous par être maltraitant et pour moi ce qui fait qu'on devient maltraitant c'est souvent la maltraitance institutionnelle tant sur le plan des agents que sur le plan des patients qui fait qu'on devient des fois maltraitants. Parce que quand on te demande de prendre je ne sais pas combien de patients, de faire 15 000 trucs en même temps, ben au bout d'un moment tu ne peux pas, et donc tu deviens maltraitant.
- *D'accord, merci beaucoup pour le temps que tu m'as accordée.*

Annexe VII : Organisation personnelle sur l'année 2022/2023

2022

JUIL	OCT
1 2 3	1 2
4 5 6 7 8 9 10	3 4 5 6 7 8 9
11 12 13 14 15 16 17	10 11 12 13 14 15 16
18 19 20 21 22 23 24	17 18 19 20 21 22 23
25 26 27 28 29 30 31	24 25 26 27 28 29 30
	31
AOÛT	NOV
1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6
8 9 10 11 12 13 14	7 8 9 10 11 12 13
15 16 17 18 19 20 21	14 15 16 17 18 19 20
22 23 24 25 26 27 28	21 22 23 24 25 26 27
29 30 31	28 29 30
SEPT	DÉC
1 2 3 4	1 2 3 4
5 6 7 8 9 10 11	5 6 7 8 9 10 11
12 13 14 15 16 17 18	12 13 14 15 16 17 18
19 20 21 22 23 24 25	19 20 21 22 23 24 25
26 27 28 29 30	26 27 28 29 30 31

DÉBUT de recherches : questionnaire professionnel, concepts

Fin questionnaire professionnel, concepts

Début rédaction question de recherche et méthodologie

Premier rendu obligatoire Directrice de mémoire

Début des entretiens semi-directifs

Fin de l'analyse des données et rédaction des résultats

Début de la rédaction (discussion, biais, intérêts et limites, perspectives)

Second rendu obligatoire Directrice de mémoire

Début de l'analyse des données et rédaction des résultats

Fin du recrutement des participants (questionnaire de pré-inclusion et contact)

Fin de la rédaction (discussion, biais, intérêts et limites, perspectives)

Finalisation : résumé, abstract, introduction, conclusion, titre

Relectures, mise en page, impressions finales le 19/05

RENDU FINAL

Fin des entretiens semi-directifs

Fin de la rédaction (discussion, biais, intérêts et limites, perspectives)

Finalisation : résumé, abstract, introduction, conclusion, titre

Relectures, mise en page, impressions finales le 19/05

RENDU FINAL

2023

JANV	AVR
1	1 2
2 3 4 5 6 7 8	3 4 5 6 7 8 9
9 10 11 12 13 14 15	10 11 12 13 14 15 16
16 17 18 19 20 21 22	17 18 19 20 21 22 23
23 24 25 26 27 28 29	24 25 26 27 28 29 30
30 31	
FÉVR	MAI
1 2 3 4 5	1 2 3 4 5 6 7
6 7 8 9 10 11 12	8 9 10 11 12 13 14
13 14 15 16 17 18 19	15 16 17 18 19 20 21
20 21 22 23 24 25 26	22 23 24 25 26 27 28
27 28	29 30 31
MARS	JUIN
1 2 3 4 5	1 2 3 4
6 7 8 9 10 11 12	5 6 7 8 9 10 11
13 14 15 16 17 18 19	12 13 14 15 16 17 18
20 21 22 23 24 25 26	19 20 21 22 23 24 25
27 28 29 30 31	26 27 28 29 30

Début des entretiens semi-directifs

Fin de l'analyse des données et rédaction des résultats

Début de la rédaction (discussion, biais, intérêts et limites, perspectives)

Second rendu obligatoire Directrice de mémoire

Début de l'analyse des données et rédaction des résultats

Fin du recrutement des participants (questionnaire de pré-inclusion et contact)

Fin de la rédaction (discussion, biais, intérêts et limites, perspectives)

Finalisation : résumé, abstract, introduction, conclusion, titre

Relectures, mise en page, impressions finales le 19/05

RENDU FINAL

Fin des entretiens semi-directifs

Fin de la rédaction (discussion, biais, intérêts et limites, perspectives)

Finalisation : résumé, abstract, introduction, conclusion, titre

Relectures, mise en page, impressions finales le 19/05

RENDU FINAL

Résumé :

Contexte : La Haute Autorité de Santé définit en 2010 la **maltraitance ordinaire** (ou maltraitance « institutionnelle » ou « passive »), comme un sentiment de transparence et de manque de considération d'une personne ayant été au contact d'un établissement de santé. Mes expériences professionnelles en **hôpital** en tant que stagiaire, ont nourri mon questionnement professionnel sur les stratégies de gestion émotionnelle et empathique des Masseurs-Kinésithérapeutes hospitaliers, mises en place pour éviter la maltraitance ordinaire. L'approfondissement de ces termes a mis l'accent sur l'intérêt des **soins de compassion** comme une stratégie de **régulation émotionnelle** dans les métiers de santé.

Objectif : L'objectif de cette étude est de comprendre la place des soins de compassion, dans la pratique hospitalière des Masseurs-Kinésithérapeutes, afin de lutter contre la maltraitance ordinaire à l'**Île de La Réunion**.

Méthode : Une méthodologie de **recherche qualitative** a été utilisée afin de répondre à cette question de recherche. Des entretiens semi-directifs ont été réalisés avec sept Masseurs-Kinésithérapeutes hospitaliers travaillant à La Réunion, incluant quatre professionnels ayant moins de 7 ans d'expérience et trois professionnels de plus de 9 ans d'expérience en hôpital. Une analyse verticale et transversale des entretiens a été réalisée afin d'aboutir à des codes classés en sous-thèmes, eux-mêmes regroupés en thèmes.

Résultats : Quatre thèmes sont ressortis des entretiens : la maltraitance ordinaire du point de vue des enquêtés, les critères des soins de compassion appliqués par les Masseurs-Kinésithérapeutes dans les hôpitaux de l'Île de La Réunion, leurs représentations des soins de compassion et la place de ces soins dans la lutte contre la maltraitance ordinaire à La Réunion. Ainsi les soins de compassion sont effectivement considérés comme une stratégie de régulation émotionnelle pour la plupart des MK, pour autant un doute subsiste quant à leur intérêt dans la lutte contre la maltraitance ordinaire.

Conclusion : Cette recherche révèle que les soins de compassion occupent une place discutée, mais réelle dans cette lutte contre la maltraitance ordinaire à l'hôpital à La Réunion. Pour autant, malgré l'application et le **rôle** de ces soins pour le bien-être des patients et des soignants, ces derniers présentent tout de même certaines **limites**.

Mots clés : maltraitance ordinaire, hôpital, soins de compassion, régulation émotionnelle, Île de La Réunion, recherche qualitative, rôle, limites