

UNIVERSITÉ D'OTTAWA
FACULTÉ DES SCIENCES DE LA SANTÉ
ÉCOLE DES SCIENCES INFIRMIÈRES

MÉMOIRE PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN SCIENCES INFIRMIÈRES

PAR
MARIÈVE BERCIER

L'EXPÉRIENCE D'APPRENTISSAGE DE L'EMPATHIE CHEZ LES ÉTUDIANTES EN
SOINS INFIRMIERS AUXILIAIRES PENDANT LEUR STAGE DE PRÉCEPTORAT

3 OCTOBRE 2014

Résumé

La profession infirmière exige l'acquisition de bonnes connaissances techniques. Toutefois, selon l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario (OIIO, 2011), afin d'exercer la profession, les infirmières doivent également posséder des compétences en ce qui a trait à la relation thérapeutique. Selon Stover (2010), l'empathie est la compréhension des besoins de l'autre et la sensibilité aux sentiments de cette personne. Elle est l'un des éléments essentiels de cette relation thérapeutique (OIIO, 2009a). Webster (2010), ainsi que Dearing et Steadman (2009) affirment que l'empathie est l'habileté clinique la plus importante à acquérir pour la future infirmière. À ce jour, peu d'études ont été faites sur l'expérience d'apprentissage de l'empathie des étudiantes¹. Ce projet de recherche vise à décrire l'expérience d'apprentissage de l'empathie chez des étudiantes en soins infirmiers auxiliaires. Une approche qualitative utilisant l'analyse de contenu permet d'explorer la question de recherche suivante : « Quelle est l'expérience d'apprentissage de l'empathie vécue chez les étudiantes en soins infirmiers auxiliaires pendant leur stage de préceptorat²? » Les résultats démontrent que les étudiantes accordent de l'importance à l'empathie dans les soins aux patients et qu'elles considèrent que cet attribut est essentiel à la relation thérapeutique. De surcroît, la préceptrice exerce une influence dans l'apprentissage de l'empathie chez les étudiantes en stage de préceptorat. Toutefois, les résultats révèlent également que les techniques de soins occupent une place de haute importance pour les étudiantes dans les soins prodigués aux patients, et que la meilleure façon d'enseigner l'empathie aux étudiantes demeure indéterminée. Cette présente étude renforce la nécessité d'explorer l'apprentissage de l'empathie chez les étudiantes en soins infirmiers auxiliaires afin

¹ Afin d'alléger le texte, le féminin sera utilisé.

² Le terme « consolidation » est également utilisé dans les écrits pour décrire le préceptorat.

de comprendre comment celles-ci vivent cette expérience pendant le dernier stage de leur formation.

Avant-propos

Du début de la maîtrise jusqu'à aujourd'hui, et en particulier pendant la rédaction de cette thèse, plusieurs personnes m'ont épaulée et encouragée. J'aimerais donc leur témoigner ma reconnaissance.

Ma gratitude va d'abord à mes deux directrices de thèses, madame Denise Moreau, et madame Denyse Pharand. En plus de m'avoir prodigué de précieux conseils, elles m'ont témoigné beaucoup de respect et de compréhension. Merci et merci!

J'adresse également mes remerciements aux membres de mon comité de thèse, madame Viola Polomeno et monsieur Jean-Daniel Jacob, qui m'ont fait profiter de leur grande expertise dans le domaine de la recherche. Leurs précieux commentaires ont stimulé ma réflexion.

Je ne saurais oublier les membres de ma famille, qui à chaque étape franchie durant mon processus de recherche, se sont réjouis pour moi. Ils étaient là pour partager mes réussites. Merci pour votre écoute, votre soutien et vos encouragements!

À Étienne, un merci tout particulier. Depuis le début de mon processus de maîtrise, il a cru en moi et était persuadé que je réussirais. Son écoute, son soutien affectif et sa compréhension font en sorte qu'il est difficile de trouver le mot juste pour lui traduire ma plus profonde gratitude.

Finalement, ma plus grande reconnaissance va à Léa et Thomas, deux petits êtres formidables qui, sans le savoir, m'ont poussée à poursuivre ma maîtrise et à terminer cette thèse. Elle leur est dédiée.

Table des matières

Résumé.....	ii
Avant-propos.....	iv
Table des matières.....	v
Liste des tableaux.....	viii
Liste des figures	ix
Introduction.....	1
Chapitre 1 Problème de recherche	3
1.1. Objectif de l'étude.....	9
1.2. Questions de recherche.....	10
1.3. Position épistémologique	10
Chapitre 2 Recension des écrits	12
2.1. La formation infirmière.....	13
2.1.1. Le préceptorat	14
2.1.2. Les normes d'exercice de la profession	15
2.2. L'empathie dans la profession infirmière.....	16
2.2.1. La différence entre l'empathie et la sympathie.....	17
2.2.2. La communication et l'empathie	18
2.2.3. Les bienfaits de l'empathie	18
2.3. Le développement de l'empathie	21
2.3.1. Apprentissage théorique.....	24
2.3.2. Apprentissage pratique.....	25
2.4. Les défis de l'apprentissage de l'empathie	28
2.5. Définition des concepts	32
Chapitre 3 Cadre théorique	37
Chapitre 4 Considérations méthodologiques	41
4.1. Type d'étude.....	41
4.2. Milieu	42
4.3. Échantillon	42

4.4.	Recrutement	44
4.5.	Déroulement de la collecte des données	45
4.6.	Analyse des données	46
4.7.	Critères de rigueur	47
4.8.	Considérations éthiques.....	48
4.8.1.	Consentement.....	49
4.8.2.	Confidentialité.....	49
4.8.3.	Enjeux éthiques.....	49
Chapitre 5 Présentation des résultats		51
5.1.	La place de l'empathie dans la profession infirmière	52
5.1.1.	L'importance de l'empathie pour l'infirmière	55
5.1.2.	L'importance de l'empathie pour le patient.....	55
5.1.3.	L'empathie et les techniques de soins.....	57
Résumé analytique		60
5.2.	Les facteurs limitant et favorisant l'expression de l'empathie.....	61
5.2.1.	Les facteurs limitant l'empathie en lien avec l'infirmière	61
5.2.2.	Les facteurs limitant l'empathie en lien avec le patient.....	65
5.2.3.	Les facteurs favorisant l'expression de l'empathie.....	68
Résumé analytique		70
5.3.	Le développement de l'empathie	71
5.3.1.	Le caractère inné de l'empathie	71
5.3.2.	Le caractère développemental de l'empathie.....	73
Résumé analytique		74
5.4.	La place de l'empathie dans la formation	74
5.4.1.	L'apprentissage clinique	76
5.4.2.	Effets de l'enseignement théorique et clinique sur le niveau d'empathie des étudiantes	79
5.4.3.	L'évolution de l'apprentissage de l'empathie.....	80
Résumé analytique		82
Chapitre 6 Discussion		84
6.1.	La place de l'empathie dans la profession infirmière	84

6.2. Les facteurs limitant et favorisant l'expression de l'empathie.....	88
6.3. Le développement de l'empathie	91
6.4. La place de l'empathie dans la formation	93
6.5. Nouvelle perspective sur l'apprentissage de l'empathie	96
6.6. Limites.....	102
6.7. Recommandations et contribution.....	104
Conclusion	108
Références.....	109
Annexe 1 – Démarche infirmière délibérée de Orlando	116
Annexe 2 – Formulaire de consentement.....	117
Annexe 3 – Script verbal.....	119
Annexe 4 – Guide d'entrevue	121
Annexe 5 – Questionnaire sociodémographique	122
Annexe 6 – Le consentement du comité de déontologie de l'Université d'Ottawa.....	123
Annexe 7 – Le consentement du comité de déontologie de La Cité.....	125

Liste des tableaux

Tableau 1 – Nombre de résultats obtenus avec les différents moteurs de recherche.....	13
Tableau 2 – Groupes d'âge des participantes	43
Tableau 3 – Expérience antérieure en soins de santé des participantes	43
Tableau 4 – Milieux de stage de préceptorat des participantes.	44
Tableau 5 – Éléments-clés retrouvés dans la présentation des résultats.....	51

Liste des figures

Figure 1 – Apprentissage de l'empathie en stage de préceptorat	98
--	----

Introduction

L'empathie est une compétence essentielle en soins infirmiers. Elle fait d'ailleurs partie de la norme de la relation thérapeutique selon l'OIIO (2009a). Celle-ci soutient que l'empathie permet à l'infirmière de s'identifier à l'autre et de comprendre ce que vit le patient. Il va de soi que les étudiantes en soins infirmiers doivent posséder cette compétence. Par ailleurs, même si l'empathie est l'habileté clinique la plus importante à acquérir pour la future infirmière (Dearing & Steadman, 2009; Webster, 2010), il semble que les étudiantes mettent davantage l'accent sur les connaissances théoriques et pratiques, et ce, au détriment des compétences interpersonnelles (Bray, O'Brien, Kirton, Zubairu & Christiansen, 2014; Irving et Dickson, 2004).

Les affirmations précédentes prennent tout leur sens en ce qui a trait à l'objectif de la présente étude. En effet, l'expérience d'apprentissage de l'empathie chez les étudiantes en soins infirmiers auxiliaires sera explorée dans le cadre de cette recherche.

La recension des écrits permet de constater l'importance et la nécessité de l'empathie en soins infirmiers. En dépit du fait que les recherches effectuées auprès des étudiantes en soins infirmiers démontrent que ces dernières préfèrent mettre en œuvre leurs compétences techniques, plutôt que leurs compétences relationnelles, il demeure tout de même que les étudiantes considèrent que l'empathie occupe une place importante en soins infirmiers. L'apprentissage de l'empathie ne fait toutefois pas l'unanimité dans le milieu scientifique. Certains, tels que Tavakol, Dennick et Tavakol (2012) prétendent qu'elle est innée, alors que d'autres, comme Coulmas (2006) affirme qu'elle se développe par le biais des cours théoriques ou encore durant des stages cliniques. Qui plus est, selon plusieurs données probantes, le modèle de rôle que

représentent les préceptrices en stage procure un certain apprentissage de l'empathie pour les étudiantes (Bain, 1996).

La consultation des recherches dans le domaine de l'apprentissage de l'empathie permet de constater que, malgré l'intérêt des chercheurs pour le sujet, les méthodes d'investigation utilisées et les résultats générés ne semblent pas répondre clairement à la problématique de l'apprentissage de l'empathie chez les étudiantes de soins infirmiers auxiliaires pendant leur stage de préceptorat. La présente étude a pour objectif de décrire quatre aspects, soit 1) la perspective des étudiantes de leur expérience de l'empathie, 2) les défis de cette expérience d'apprentissage et le soutien reçu, 3) l'enseignement et l'exemple reçus de la préceptrice, et 4) l'importance de l'empathie à l'opposé de la dimension des techniques soins.

Cette recherche comporte cinq chapitres. Dans le chapitre premier, la problématique discute de l'importance de l'expérience d'apprentissage de l'empathie pour la recherche en soins infirmiers auxiliaires. Le second présente la recension des écrits, les recherches qui portent sur l'empathie dans les soins infirmiers, le développement de l'empathie, de même que les défis soulevés par l'apprentissage de cette compétence. Au troisième chapitre, une description de la méthodologie utilisée et du déroulement de la recherche sont présentés. Le chapitre quatre présente et analyse les résultats concernant l'importance de l'empathie dans la profession infirmière, l'apprentissage de l'empathie, ainsi que les facteurs limitant et favorisant l'expression de l'empathie. Au chapitre cinquième, les résultats sont discutés, de même que les limites de l'étude, sa contribution et les recommandations.

Chapitre 1 Problème de recherche

La profession infirmière est fondée sur des connaissances théoriques qui définissent la profession (Solvoll & Heggen, 2010). Elle repose également sur la capacité de développer une relation thérapeutique (Ozcan, Oflaz & Cicek, 2010), qui « représente un besoin humain essentiel et une composante fondamentale de la profession infirmière » (p. 493, traduction libre).

Selon l'OIIO (2009a), l'un des éléments essentiels de la relation thérapeutique est l'empathie. Celle-ci joue un rôle de premier plan dans les soins infirmiers (Ozcan, Oflaz & Cicek, 2010). Stover (2010) affirme que l'empathie est la compréhension des besoins de l'autre et la sensibilité aux sentiments de cette personne. Hojat et ses collègues (2002) abondent dans le même sens, puisque pour eux, l'empathie est la capacité de l'infirmière de se mettre dans les chaussures de l'autre et de voir le monde selon la perspective du patient.

Ozcan, Oflaz et Bakir (2012) soutiennent que l'empathie est fondamentale à la relation d'aide. Irving et Dickson (2004) de leur côté prétendent que l'empathie permet au patient de se sentir valorisé en tant qu'individu. L'empathie est, selon ces auteurs, intimement liée aux soins centrés sur le patient.

Plusieurs auteurs sont unanimes à dire que l'empathie semble augmenter la qualité des soins prodigués (Cunico, Sartori, Marognoli & Meneghini, 2012; McMillan, 2007; Ozcan, Oflaz & Bakir, 2012; Ozcan, Oflaz & Cicek, 2010), et ce, non seulement en soins infirmiers, mais également en médecine (Hojat et collab., 2002; Ogle, Bushnell & Caputi, 2013; Tavakol, Dennick & Tavakol, 2012; Wilson, Prescott & Becket, 2012), en ergothérapie (Brown et collab., 2011; Brown et collab., 2010), en soins paramédicaux (Williams, Boyle & Earl, 2013) et en pharmacologie (Wilson, Prescott & Beckett).

En tant qu'enseignante dans un programme de soins infirmiers auxiliaires, l'auteure de la présente étude s'est sentie interpellée par plusieurs éléments reliés à l'apprentissage de l'empathie.

À priori, les étudiantes attendent avec beaucoup d'intérêt les laboratoires portant, à la fois sur les techniques de soins, de même que sur les habiletés en relation d'aide. Ces cours dispensés en laboratoire suscitent l'enthousiasme des étudiantes, car c'est là le tremplin qui leur permettra de travailler de façon sécuritaire avec de véritables patients pendant leurs stages en milieu clinique. Ainsi, lors des sessions en laboratoire, les étudiantes travaillent à parfaire leurs compétences techniques avec un grand sérieux. Toutefois, pendant ces mêmes sessions de laboratoire, les étudiantes semblent moins enthousiastes à mettre en pratique leurs habiletés au regard de la relation d'aide. Ces étudiantes invoquent le fait qu'il est peu intéressant de pratiquer la relation d'aide en laboratoire, car selon ces derniers, lorsqu'ils seront mis en présence de véritables patients, ils sauront de façon, presque intuitive la manière de démontrer de l'empathie et de répondre de façon adéquate aux besoins de leurs patients. Ces observations de l'auteure de la présente étude démontrent clairement que les étudiantes semblent croire que l'empathie ne s'apprend pas, mais qu'elle se vit. Leur discours porte à penser qu'ils considèrent posséder les compétences nécessaires pour établir une relation d'aide. Or, les enseignantes en milieu clinique rapportent que les étudiantes effectuent parfois leurs techniques de soins de même que leurs soins de base en prenant peu conscience du fait qu'ils ont la charge de véritables patients.

Lors des stages cliniques, il n'est pas rare que les étudiantes sollicitent les infirmières dans l'espoir de pouvoir effectuer une technique de soins. Toutefois, ils semblent moins rechercher les occasions pour prodiguer des soins de *caring*. Solvoll et Heggen (2010) affirment que plusieurs opportunités sont offertes aux étudiantes pour leur permettre de démontrer leur

savoir-faire en stage clinique, mais ces opportunités se font beaucoup plus rares lorsqu'il s'agit d'expérimenter leur savoir être, c'est-à-dire la relation d'aide avec les patients.

Selon les commentaires des étudiantes, le nombre de techniques effectuées lors d'un stage est proportionnel à l'intérêt que le milieu de stage présente pour les étudiantes. Ainsi, le stage en santé mentale ne semble pas jouir d'une grande popularité auprès des étudiantes, car les techniques de soins y sont très rares. En résumé, plus les étudiantes effectuent des techniques de soins en stage, plus le milieu leur semble stimulant.

Dans l'étude de Bray et ses collègues (2014) il est mentionné que la plupart des étudiantes ont indiqué que l'acquisition des habiletés techniques était plus importante que l'acquisition des habiletés en ce qui a trait aux soins de compassion. De leur côté, Sedgwick, Kellett et Kalischuck (2014) affirment que les étudiantes définissent la compétence infirmière comme la capacité de comprendre et de suivre les politiques et procédures du milieu hospitalier, afin de donner des soins sécuritaires au patient. À l'instar des auteurs précédents, Irving et Dickson (2004) invoquent le fait que les infirmières dans l'exercice de leur profession sont davantage orientées vers la tâche, plutôt que sur la communication avec le patient.

L'auteure de la présente recherche a également remarqué que les heures consacrées à l'apprentissage de la relation d'aide sont peu nombreuses en comparaison du temps alloué à l'apprentissage des techniques de soins. En effet, durant le programme de soins infirmiers auxiliaires d'une durée de deux ans offert au collège où s'est déroulée l'étude, près de 160 heures sur un peu plus de 2000, soit 8%, sont dédiées à l'apprentissage de diverses techniques de soins en laboratoire. Le cours de Communication dans un contexte professionnel ne compte, par ailleurs que 64 heures, alors que le cours de santé mentale totalise 45 heures. Il faut souligner que la majorité des heures du cours de santé mentale sont consacrées à l'apprentissage des

pathologies, et non à l'enseignement de la relation thérapeutique. Coulmas (2006) renforce les propos de l'auteure de la présente étude en disant que la formation en soins de santé met beaucoup d'emphasis sur l'importance de la compétence clinique, mais peu sur la relation d'aide.

Somme toute, il semblerait que les étudiantes accordent une plus grande importance à l'apprentissage des techniques de soins, plutôt qu'à l'apprentissage de l'empathie durant leurs stages. De même, dans le programme de soins infirmiers auxiliaires, peu d'heures sont consacrées à l'apprentissage de la relation d'aide. À la suite de ces constats, il apparaît pertinent de se demander si l'étudiante apprend à devenir empathique et de quelle façon se déroule cet apprentissage.

Autrefois, l'empathie était considérée comme une caractéristique innée, impossible à acquérir pour les étudiantes en soins infirmiers (Coulmas, 2006). Aujourd'hui, plusieurs chercheurs s'entendent sur le fait que l'empathie puisse être enseignée et assimilée par le biais de cours théoriques (Cunico et collab., 2012; Ouzouni & Nakakis, 2012; Ozcan, Oflaz & Cicek, 2010), ou encore en observant des infirmières préceptrices durant les stages cliniques (Huybrecht Loeckx, Quaeysaegens, De Tobel & Mistiaen., 2011; McMillan, 2007).

Dans la mesure où l'empathie peut s'acquérir, il semble important de regarder de quelle façon l'enseignement de cette habileté en milieu clinique est reçu par les étudiantes en soins infirmiers. Toutes les étudiantes inscrites dans un programme de soins infirmiers effectuent plusieurs stages en milieu hospitalier (Segdwick & Harris, 2012). Cette expérience clinique est une composante cruciale de la formation en soins infirmiers (Abdoly, 2006; Kilcullen, 2007; Levett-Jones, Fahy, Parsons, & Mitchell, 2006; Reid-Searl, Moxham, Walker, & Happell, 2009).

Peu de chercheurs se sont penchés sur les expériences d'apprentissage de l'empathie. Tavakol, Dennick et Tavakol (2012) ont entrepris une recherche qui visait à comprendre les

expériences d'empathie des étudiantes en médecine dans le contexte des soins aux patients. Les participants ont rapporté qu'il ne faisait aucun doute que l'empathie devait être apprise d'une façon ou d'une autre, mais la meilleure façon restait à déterminer. Toutefois, c'est l'observation de la préceptrice et l'apprentissage en milieu clinique qui offraient les plus grandes possibilités d'apprentissage de l'empathie.

Les recherches de Bain (1996), Ellis (1993), Myall, Levett-Jones et Lathlean (2008), ainsi que Sachdeva (1996) qui traitent de l'expérience d'apprentissage des étudiantes mentionnent l'importance de la préceptrice en milieu clinique, afin de développer les connaissances et les compétences requises pour entrer dans la profession infirmière.

Il demeure toutefois que si l'empathie s'apprend, l'un des défis majeurs de ce concept en soins infirmiers est de savoir comment la transmettre. Certaines recherches mentionnent que les cours théoriques sont une façon d'apprendre (Brown et collab., 2011; Cunico et collab., 2012; Ouzouni & Nakakis, 2012; Ozcan, Oflaz & Cicek, 2010), d'autres mentionnent que les simulations permettent d'apprendre à être empathique (Rhodes, 2013; Teherani, Hauer & O'Sullivan, 2008). Pour Tavakol, Dennick et Tavakol, (2013), l'observation de la préceptrice demeure le meilleur moyen d'apprendre à devenir empathique. Malgré ces résultats, des interrogations subsistent. D'une part, comment enseigner l'empathie si la communication demeure un défi de taille en soins infirmiers, comme Cunico et ses collègues l'ont mentionné? D'autre part, est-ce véritablement les cours théoriques qui permettent aux étudiantes de développer leur niveau d'empathie, ou encore l'impact des stages cliniques concomitants à ces cours (McKenna et collab., 2011)?

À la lumière des études recensées précédemment, aucune d'entre elles ne brosse un tableau de l'expérience d'apprentissage de l'empathie chez les étudiantes en soins infirmiers

auxiliaires et peu d'entre elles ont utilisé une approche qualitative pour examiner l'expérience d'apprentissage de l'empathie. De ce fait, il s'avère important d'aller explorer auprès des étudiantes comment se fait l'apprentissage de l'empathie durant leur stage de préceptorat. Cet intérêt de recherche est doublement justifié, car selon Solvoll et Heggen (2010), le manque d'habiletés en relation d'aide, dont l'élément fondamental est l'empathie, chez les nouvelles infirmières est une inquiétude pour la profession. Ainsi donc, il est pertinent de se demander comment le stage de préceptorat chez les infirmières auxiliaires permet l'apprentissage de l'empathie en explorant les expériences des étudiantes en soins infirmiers. Cette étude se penchera sur la façon dont l'empathie est apprise chez les étudiantes qui ont effectué leur préceptorat. Trois sous-questions en découlent, soit : est-ce que l'empathie a été apprise pendant le stage ? Si tel est le cas, de quelle façon cet apprentissage s'est-il effectué ? Est-ce que cette empathie était déjà présente chez l'étudiante avant son stage ?

Dans l'analyse des expériences d'empathie vécues par les participants, la présente recherche s'appuiera sur la théorie d'Ida Orlando (1961). Cette théoricienne a développé la démarche infirmière délibérée qui soutient que les infirmières doivent seconder les patients et comprendre leurs comportements afin de répondre à leurs besoins (Faust, 2002; May, 2010). Orlando affirme que la relation entre l'infirmière et le patient est dynamique, et que les comportements de chacun affectent l'autre. Puisque le patient est central à cette démarche et que les infirmières sont responsables de répondre aux besoins émotionnels tout autant que physiques des patients, cette théorie est toute désignée pour analyser l'empathie vécue et exprimée par les étudiantes.

Les recherches présentées précédemment démontrent qu'aucune étude recensée à ce jour ne brosse un tableau de l'expérience d'apprentissage de l'empathie chez les étudiantes en soins

infirmiers auxiliaires. Il est donc tout à fait pertinent de se demander comment les étudiantes en soins infirmiers apprennent à devenir empathiques. D'ailleurs, une meilleure compréhension de l'expérience d'apprentissage de l'empathie chez les étudiantes en soins infirmiers auxiliaires pourrait aider à l'enseignement de l'empathie en milieu de stage. Par ailleurs, le fait de comprendre la façon dont les étudiantes ont appris à démontrer de l'empathie permettrait d'identifier les lacunes dans l'enseignement de l'empathie. Les travaux de Yegdich (1999) appuient l'intérêt de la présente étude, car ce dernier affirme que bien que le concept d'empathie demeure difficile à cerner, les infirmières sont prêtes à partager leurs expériences quotidiennes et que ces expériences « méritent d'être entendues » (traduction libre, p.89). De plus, les écrits mettent l'accent sur les soins infirmiers, et non sur les soins infirmiers auxiliaires. Ces raisons renforcent le besoin de décrire et de comprendre le phénomène de l'expérience d'apprentissage clinique de l'empathie chez les étudiantes en soins infirmiers auxiliaires.

Dans les lignes précédentes, il a été énoncé que l'empathie est une composante essentielle de la relation thérapeutique en soins infirmiers que les infirmières se doivent de posséder. Dans ce sens, cette recherche s'avère précieuse en ce qui a trait à la compréhension du phénomène de l'apprentissage de l'empathie chez les étudiantes en soins infirmiers auxiliaires. Les résultats de cette recherche devraient permettre l'avancement des connaissances en sciences infirmières, puisque les expériences des étudiantes sauront éclairer les professeures, les coordonnatrices, les superviseuses et les préceptrices de stage au regard des besoins des étudiantes en ce qui a trait à l'apprentissage de l'empathie en milieu clinique.

1.1. Objectif de l'étude

L'objectif de cette étude est de décrire l'expérience d'apprentissage de l'empathie vécue chez des étudiantes en soins infirmiers auxiliaires pendant leur stage de préceptorat.

1.2. Questions de recherche

- 1) Quelle est la perspective des étudiantes de leur expérience de l'empathie?
- 2) Quels sont les défis de cette expérience d'apprentissage et le soutien reçu?
- 3) Quels sont les enseignements et les exemples reçus de la préceptrice?
- 4) Quelle est l'importance de l'empathie relativement aux techniques de soins?

1.3. Position épistémologique

Un paradigme est une vision du monde ou un système de croyances qui guide le chercheur afin de répondre à ses questions d'ordre ontologique, épistémologique et méthodologique (Guba & Lincoln, 1994). Selon Guba et Lincoln, il existe quatre paradigmes de recherche, soit le positivisme, le postpositivisme, la théorie critique et le constructivisme. C'est d'ailleurs par ce dernier paradigme (vision du monde) que la présente recherche sera guidée. Le constructivisme laisse entrevoir plusieurs réalités et permet de comprendre un phénomène vécu, et les participants, tout comme le chercheur, y jouent un rôle important. Au plan épistémologique et méthodologique, le chercheur qui adopte le paradigme du constructivisme est étroitement lié au sujet d'étude, interagit avec les participants et prend en considération les multiples points de vue qui surgissent au cours du processus de recherche (Appleton & King, 1997). Qui plus est, le but de la recherche est de comprendre les significations essentielles d'un concept. Ainsi, le constructivisme éclaire la façon de concevoir l'expérience d'apprentissage de l'empathie vécue par les étudiantes en soins infirmiers auxiliaires pendant leur stage de préceptorat. Les constructions ne sont ni vraies ni fausses, elles ont plutôt une signification propre à chaque participante (Guba & Lincoln, 1994). En utilisant les expériences vécues par les participantes, le chercheur peut expliquer qu'un phénomène en particulier peut revêtir diverses significations (Appleton & King). Peu de recherches se sont intéressées à l'expérience d'apprentissage de

l'empathie des étudiantes, et la présente recherche, de par son positionnement paradigmatique, permettra à la chercheuse d'interagir avec les participantes et de construire les résultats à partir de leurs expériences personnelles.

Chapitre 2 Recension des écrits

Ce chapitre fait la recension exhaustive des recherches conduites dans le domaine de la présente étude. La première partie touche les recherches concernant la formation infirmière. La deuxième touche la recherche sur l'empathie dans la profession infirmière. Troisièmement, la recension des écrits permet de faire le point sur les travaux qui traitent du développement de l'empathie. Pour terminer, les défis de l'apprentissage de l'empathie sont relevés.

La recension des écrits a été effectuée avec les bases de données PubMed[®], Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL[®]) et Dissertations and Theses. Les mots-clés suivants ont été utilisés : empathy, nursing, student, preceptor, experience, Orlando. Afin d'éviter un trop grand nombre d'articles et de maintenir l'importance des mots-clés, ces derniers ont été recherchés dans les résumés et/ou dans les titres des articles. Les résumés ont été scrutés afin d'éliminer les écrits qui ne correspondaient pas aux objectifs de l'étude. Les études effectuées avant l'année 2000 ont été écartées, sauf à quelques exceptions près, notamment pour les études réalisées avec la démarche délibérée d'Orlando. Les duplications ont également été écartées de la liste finale, qui comprenait 74 articles de recherche. Les articles ont tous été lus et ils ont tous été utilisés pour la recension des écrits. Le tableau de la page suivante fait état du nombre de résultats obtenus avec les moteurs de recherche.

De plus, quelques sites internet ont été visités, dont le site de l'OIIO, de La Cité et du Algonquin College. Des références portant sur l'empathie et sur la démarche infirmière délibérée d'Orlando ont également été consultées afin d'enrichir la recension des écrits.

Tableau 1 - Nombre de résultats obtenus avec les différents moteurs de recherche

Base de données	Mots-clés utilisés	Nombre d'articles plus récents que l'an 2000	Base de données	Mots-clés utilisés	Nombre d'articles plus récents que l'an 2000
PubMed®	Empathy Nursing	67	CINAHL®	Empathy Nursing	357
PubMed®	Perceptorship Experience Nursing	85	CINAHL®	Empathy Nursing Experience	139
PubMed®	Empathy Experience Student	18	CINAHL®	Empathy Experience Student	144
PubMed®	Orlando Nursing	12*	CINAHL®	Ida Orlando Nursing	7*
Dissertations and Theses	Empathy Nursing	8			
Dissertations and Theses	Orlando Nursing	9*			

*Étant donné le petit nombre de résultats correspondant à la théorie d'Orlando, tous les articles ont été pris en considération pour la recension des écrits, qu'ils aient été, ou non, plus récents que l'an 2000.

2.1. La formation infirmière

Deux catégories d'infirmières pratiquent la profession infirmière en Ontario : les infirmières autorisées et les infirmières auxiliaires autorisées. Pour les premières, quatre années d'études universitaires sont nécessaires afin d'obtenir un baccalauréat en sciences infirmières (Collèges de l'Ontario, 2014). Les étudiantes de ce programme doivent assister à des cours théoriques, prendre part à des laboratoires et faire plusieurs stages cliniques dans divers milieux.

En ce qui concerne les secondes, deux années d'étude collégiales, ou cinq semestres, selon le collège offrant le programme, permettent aux étudiantes d'obtenir un diplôme d'études collégiales en soins infirmiers auxiliaires (Collèges de l'Ontario). Ces dernières suivent des cours théoriques, assistent à des sessions de laboratoire et font plusieurs stages cliniques. Chaque

année, au collège où s'est déroulée la recherche, une cinquantaine d'étudiantes obtiennent leur diplôme dans ce programme d'étude. Ce diplôme leur permet de travailler, tant en soins aigus qu'en soins chroniques. La population à laquelle la présente recherche s'intéresse est celle des infirmières auxiliaires. L'intérêt de l'auteure de l'étude, ainsi que le nombre limité de recherches au sujet de la formation des infirmières auxiliaires sont deux motifs déterminants dans le choix de cette population.

2.1.1. Le préceptorat

Parmi les stages que les étudiantes en soins infirmiers doivent effectuer, on retrouve le préceptorat. Dans plusieurs collèges en Ontario, ce stage est d'une durée de plus de 300 heures (Algonquin College, 2014; Fleming College, 2014; La Cité, 2014). Le site internet de La Cité propose la description suivante :

Ce stage pratique prépare l'apprenant à intégrer le monde du travail en participant soit à une équipe de soins actifs, soins de longue durée ou encore dans les soins communautaires. L'apprenant (est) directement jumelé avec un infirmier auxiliaire autorisé. L'apprenant se (voit) assigné des clients dont les états de santé et la complexité des soins exigent une bonne base théorique et un esprit critique développé. Ce stage final (procure) à l'apprenant la confiance, l'initiative et les habiletés requises pour devenir autonome et sécuritaire dans la prise en charge complète d'un nombre plus élevé de clients. (La Cité, 2013)

Le modèle conventionnel de préceptorat se définit comme étant l'affectation d'une étudiante infirmière à une infirmière embauchée par le milieu de soins (Omer, Suliman, Thomas & Joseph, 2013; Sedgwick & Harris, 2012; Walker, Dwyer, Moxham, Broadbent & Sander, 2013). Dans la majorité des cas, l'étudiante qui participe au stage de préceptorat se voit attribuer

le même horaire que l'infirmière avec laquelle elle est jumelée pendant la période de temps assignée. Selon Leners, Sitzman & Hessler (2006), l'interaction entre la préceptrice et l'étudiante met l'accent sur le mentorat, le modèle de rôle et le raffinement des techniques de soin. C'est une période pendant laquelle la préceptrice, grâce à son appui à l'étudiante, aide cette dernière à faire la transition entre les études et la pratique professionnelle, ou la socialisation dans un nouveau rôle. Le préceptorat permet d'augmenter les performances et les compétences des infirmières nouvellement diplômées grâce au suivi constant (Bain, 1996). Sachdeva (1996) affirme que les étudiantes en préceptorat sont privilégiées d'être supervisées étroitement et de recevoir un enseignement individualisé de sa préceptrice. Selon cette chercheuse, cette combinaison d'enseignement facilite l'acquisition de compétences cliniques et augmente le niveau de confiance des étudiantes.

2.1.2. Les normes d'exercice de la profession

Bien que les cheminements académiques des infirmières autorisées et des infirmières auxiliaires autorisées soient différents, en Ontario les sept normes d'exercice sont identiques pour ces deux catégories d'infirmières. Parmi ces normes, on retrouve entre autres l'application des connaissances, le maintien des compétences et la relation, sous laquelle sont incluses la relation thérapeutique et la relation professionnelle (OIIO, 2009b). Selon l'OIIO (2009a),

Les normes d'exercice sont des attentes qui favorisent la protection du public. Elles informent les infirmières de leurs responsabilités et expliquent leur rôle au public.

Les normes gouvernent toutes les infirmières, quel que soit leur rôle, leur description d'emploi ou leur domaine d'exercice. (p. 3)

Intégrée sous la norme de la relation, l'OIIO insiste sur la création d'une relation thérapeutique avec les patients. Les infirmières auxiliaires, tout comme les infirmières autorisées,

sont tenues de cultiver et de maintenir une relation thérapeutique avec leurs patients. D'ailleurs, toujours selon l'OIIO (2009a), la relation thérapeutique est la « pierre angulaire de la profession infirmière » (p.3) et les rapports que l'infirmière entretient avec ses patients sont notamment « empreint(s) d'empathie » (2009b, p.10).

Au sein de cette relation thérapeutique, l'infirmière doit 1) utiliser des techniques de communication efficaces avec les patients, 2) prodiguer des interventions axés sur les besoins du patient, 3) établir des limites dans la relation thérapeutique et les respecter, et 4) protéger les patients (OIIO, 2009a). Ces quatre énoncés descriptifs sont directement en lien avec la démarche infirmière délibérée d'Orlando (1961), qui sera discutée plus loin.

2.2.L'empathie dans la profession infirmière

Comme nous l'avons constaté, certains critères sont essentiels afin d'exercer la profession infirmière, notamment les critères cognitifs, et les critères de relation, tels que la relation thérapeutique (OIIO, 2012). La profession infirmière est de plus en plus basée sur les connaissances théoriques et cette tendance démontre que ce type de savoir est ce qui définit la profession (Solvoll & Heggen, 2010). Toutefois, l'essence de la profession infirmière repose également sur la relation thérapeutique, qui représente un besoin humain essentiel et est une composante fondamentale de la profession infirmière (Ozcan, Oflaz & Cicek, 2010).

L'infirmière doit donc être en harmonie avec ce que les autres ressentent et doit saisir leurs émotions. D'ailleurs, comprendre les émotions d'une autre personne à partir de signes non verbaux, tels que les expressions faciales et les gestes corporels, constitue la base d'une relation empathique (Hojat, 2007). L'empathie est l'un des éléments de la relation thérapeutique et est définie comme étant la capacité de :

s'identifier à autrui, se mettre à la place d'une autre personne. L'infirmière doit, par conséquent, comprendre ce que ressent son client. Elle doit, toutefois, par souci d'objectivité, se détacher émotivement de son client, ce qui lui permettra de le soigner avec professionnalisme. (OIIO, 2009a, p.3)

En somme, comme Rhodes (2013), Hojat et ses collègues (2002), ainsi que Tavakol, Dennick et Tavakol (2012) le prétendent, l'empathie est la capacité de l'infirmière de se mettre à la place de l'autre et de voir le monde selon la perspective du patient. L'empathie est donc intimement liée aux soins centrés sur le patient (Irving & Dickson, 2004); elle est fondamentale à la relation d'aide (Ozcan, Oflaz & Bakir, 2012).

Quelques étudiantes en médecine interviewés dans le cadre de l'étude de Tavakol, Dennick et Tavakol (2012) notent qu'il est parfois impossible de se mettre à la place de l'autre lorsque le professionnel n'a pas vécu des sentiments similaires à ceux éprouvés par le patient. À l'inverse, d'autres participants mentionnent qu'afin d'être empathiques, nul besoin d'avoir ressenti les mêmes émotions : le vécu du professionnel mène tout de même à de la compassion envers le patient. Selon les auteurs, ces témoignages contradictoires illustrent clairement la difficulté qu'ont les participants à différencier l'empathie de la sympathie.

2.2.1. La différence entre l'empathie et la sympathie

Il importe donc à ce point-ci de clarifier ces deux concepts. Selon Hojat (2007), la sympathie contrairement à l'empathie amène des sentiments excessifs qui peuvent entraver les résultats optimaux en brouillant l'objectivité du jugement clinique. Ainsi, l'infirmière devrait être en mesure de saisir le sens des sentiments du patient, sans toutefois gêner son jugement professionnel. Autrement dit, l'empathie est la compréhension des sentiments de l'autre, alors

que la sympathie est le partage des sentiments du patient (Hojat, Spandorfer, Louis & Gonnella, 2011; Stepien & Baernstein, 2006).

2.2.2. La communication et l'empathie

Cet échange entre l'infirmière et le patient ne peut s'effectuer sans communication. En effet, savoir communiquer sa compréhension de l'autre démontre l'intention d'aider le patient (Fields et collab., 2012; Ward, Cody, Schaal & Hojat, 2012). Selon McMillan (2007), la communication empathique est critique afin de comprendre de façon holistique la perspective du patient. Autrement dit, l'empathie mène à une communication supérieure et à une meilleure relation thérapeutique entre le patient et le professionnel de la santé ce qui, en retour améliore les résultats du patient (Tavakol, Dennick, & Tavakol, 2012).

En outre, Pearcey et Draper (2008) ont tenté de connaître auprès des étudiantes en soins infirmiers ce qui était prioritaire et essentiel dans la pratique clinique. Pour les étudiantes, la communication et le *caring*, sous lequel l'empathie a été incluse, ont été classés respectivement aux deuxième et troisième rangs d'importance, devancés par le travail de documentation ou encore les procédures documentaires exigées des infirmières.

2.2.3. Les bienfaits de l'empathie

Plusieurs études se sont intéressées aux effets bénéfiques de l'empathie sur l'adhérence au traitement, la satisfaction avec le professionnel de la santé, la facilité à faire face à la maladie, ainsi que le bien-être physique, mental et social (Fields et collab., 2011; Hojat, 2007; Irving, & Dickson, 2004; Ozcan, Oflaz, & Bakir, 2012; Ward et collab., 2012;). En fait, selon Hojat (2007), un professionnel de la santé empathique envers une personne dans le besoin lui procure un appui inestimable et permet de créer un lien avec celle-ci. Ces effets bénéfiques seraient attribuables à une plus grande satisfaction du professionnel de la santé, à une meilleure

adhérence au traitement, ou à d'autres facteurs psychologiques, tels qu'une diminution de l'anxiété, un optimisme accru et une perception de soutien social.

Webster (2013) indique que l'empathie permet de répondre adéquatement aux besoins du patient. En outre, Hojat (2007) mentionne que « la maladie ne peut être comprise sans une compréhension du patient, et la guérison ne débute pas *quand* la médication est administrée, mais plutôt *comment* elle est administrée » (traduction libre, p. 120). L'empathie permet de diminuer la détresse de l'autre (Olson, 1993; Ozcan, Oflaz & Bakir, 2012), permet au patient de se sentir valorisé en tant qu'individu (Irving & Dickson, 2004), améliore la communication entre le patient et le professionnel de la santé (Larson & Yao, 2005), et a donc un effet positif pour celui-ci (Ward et collab., 2012). Autrement dit, un niveau élevé d'empathie est associé à de meilleurs soins au patient (Ogle, Bushnell, & Caputi, 2013; Penprase, Oakley, Ternes, & Discroll, 2013; Stepien & Baernstein, 2006). D'ailleurs, « les comportements observables sont les concepts au cœur de l'empathie – écouter ce que le patient a à dire (...) nous dirige vers (des) soins de qualité. » (Hays, 2013, traduction libre, p. 283)

On pourrait croire que l'empathie n'est salubre que pour les patients et leur famille. Or, les professionnels de la santé en bénéficient aussi. D'ailleurs, la compréhension mutuelle lors d'une relation empathique génère un cycle de rétroaction qui joue un rôle sur la capacité des médecins à établir un diagnostic plus juste et à offrir de meilleurs traitements aux patients (Hojat, 2007; Stepien & Baernstein, 2006). À ce sujet, Hojat indique que, selon certaines études, les médecins qui interagissent avec des patients dans le cadre de leur travail expriment plus de satisfaction et de joie que ceux qui n'ont pas cette opportunité. Larson et Yao (2005) avancent l'idée que les médecins bénéficient également d'une relation thérapeutique avec leurs patients basée sur l'empathie « car les médecins, tout comme les autres êtres humains, recherchent une

signification et un but dans la vie, lesquels peuvent être retrouvés dans les relations spirituelles établies avec les patients. » (traduction libre, p.1103).

En contrepartie, un manque d'empathie peut interférer négativement avec le diagnostic, le traitement et le soin (Hojat et collab., 2002; Ozcan, Oflaz, & Cicek, 2010) et mener notamment à des expériences désagréables pour le patient ou à une moins bonne adhérence au traitement (Ozcan, Oflaz, & Bakir, 2012). McKenna et ses collaborateurs (2011) indiquent que l'empathie facilite les soins, mais qu'à l'inverse, une attitude négative crée des obstacles aux soins. Hojat et ses collègues (2002) mentionnent qu'une lacune au niveau de la compréhension de la perspective du client mène à des problèmes de communication et par conséquent, à une insatisfaction de la part du patient.

Peu d'études énumèrent les facteurs qui limitent l'expression de l'empathie chez les étudiantes en soins infirmiers. Selon Tavakol, Dennick et Tavakol (2012), bien que la personnalité du patient ne doive pas constituer une barrière à l'expression de l'empathie, il demeure tout de même que pour certaines étudiantes ce facteur peut effectivement entraver la démonstration de l'empathie. À l'instar des précédents auteurs, Larson et Yao (2005) avancent que les jugements de valeur du professionnel de la santé portés à l'égard des comportements ou des décisions du patient mènent à un manque d'empathie.

Dans l'étude de Cooper, Taft et Thelen (2005), d'autres étudiantes identifient « la résistance du patient aux soins, les comportements psychosociaux du patient, les comportements psychosociaux de la famille, les contraintes de temps, et les barrières de communication comme des facteurs potentiellement limitant dans leur pratique infirmière ». Magnussen et Amundson (2003) ont exploré des obstacles liés au milieu de travail durant l'expérience des étudiantes en milieu de stage. Ces deux auteurs rapportent que les participantes expriment une insatisfaction à

l'égard des contradictions manifestées entre les attentes des enseignantes envers les étudiantes et la réalité des milieux cliniques. Le sentiment de se sentir dépassé par les tâches à accomplir fait place à des frustrations chez les étudiantes en milieux cliniques, et par conséquent, font obstacle à l'expression de l'empathie.

2.3.Le développement de l'empathie

Peu d'auteurs prétendent que l'empathie soit une caractéristique innée impossible à acquérir (Coulmas, 2006). En outre, certaines étudiantes en médecine qui ont participé à l'étude de Tavakol, Dennick et Tavakol (2012) considèrent que « l'empathie provient d'un attribut naturel et est gouverné par le tempérament d'une personne et son éducation parentale » (traduction libre, p.310.), mais que celle-ci peut être améliorée grâce à des expériences d'apprentissage. Des résultats similaires ont été obtenus par Bray et ses collègues (2013). Selon la majorité des participantes, toutes issues de divers milieux de la santé, dont des infirmières, des paramédics et des sages-femmes, l'empathie est la meilleure définition de la compassion, mais celle-ci ne peut ni s'enseigner, ni s'apprendre, ni se quantifier. Or, dans cette même étude, la majorité des infirmières ont déclaré que l'empathie est un concept qui nécessite un certain apprentissage.

D'ailleurs, la majorité des chercheurs s'entendent sur le fait que l'empathie peut être enseignée et assimilée par le biais de cours (Cunico et collab., 2012; Ouzouni, & Nakakis, 2012; Ozcan, Oflaz, & Cicek, 2010), ou encore en observant des préceptrices (Huybrecht et collab., 2011; McMillan, 2007). Ozcan, Oflaz et Cicek, à l'instar de Brown et ses collègues (2011), prétendent qu'il importe en premier lieu d'expliquer l'empathie aux étudiantes et d'en explorer les effets chez leur patient afin de faciliter l'apprentissage de cette compétence. Malgré toutes les recherches qui traitent de l'apprentissage de l'empathie, la meilleure façon d'enseigner les

techniques de communication qui promeuvent l'empathie reste encore à être déterminée (Webster, 2013).

Dans la mesure où l'empathie peut s'acquérir, il serait donc important de regarder de quelle façon cette habileté est transmise aux étudiantes en soins infirmiers auxiliaires en milieu clinique. Puisque toutes les étudiantes inscrites dans un programme de soins infirmiers effectuent plusieurs stages en milieu hospitalier (Segdwick & Harris, 2012) et que cette expérience clinique est une composante cruciale dans la formation en soins infirmiers (Abdoly, 2006; Kilcullen, 2007; Levett-Jones, Fahy, Parsons, & Mitchell, 2006; Reid-Searl, Moxham, Walker, & Happell, 2009), il s'avère pertinent de se demander comment l'apprentissage de l'empathie s'effectue chez les étudiantes en soins infirmiers.

Il n'est toutefois pas évident de brosser un portrait de l'expérience d'apprentissage des étudiantes, car bien que plusieurs études en fassent mention, peu la décrivent. Selon Leufer (2007), la façon dont les étudiantes perçoivent l'expérience d'apprentissage influence inévitablement leur niveau de participation en milieu clinique de même que leur niveau d'interaction avec les patients et le personnel de soins. Une meilleure compréhension de l'expérience d'apprentissage de l'empathie pourrait aider les préceptrices à cerner ce dont les étudiantes ont réellement besoin pour développer cette aptitude. Solvoll et Heggen (2010) précisent que le manque d'habiletés en relation d'aide chez les nouvelles infirmières est une inquiétude pour la profession. Qui plus est, Hardyman et Hickey (2001) déplorent le fait que les recherches se penchent rarement sur l'expérience de préceptorat, alors que James et Chapman (2009-2010) indiquent qu'il est regrettable que peu de recherches examinent les expériences d'apprentissage des étudiantes en milieu clinique et encore moins les expériences d'apprentissage de l'empathie. Puisque l'expérience clinique est l'un des éléments les plus

anxiogènes du programme de soins infirmiers (Sharif & Masoumi, 2005), il importe de se demander comment le stage de préceptorat favorise la conscientisation de l'empathie en explorant les expériences d'apprentissage des étudiantes en soins infirmiers.

Dans la recension des écrits, quelques auteurs s'entendent sur le fait que l'empathie est une habileté observable qui s'apprend grâce à des cours et à de l'entraînement (Brown et collab., 2011; Cunico et collab., 2012; Ouzouni & Nakakis, 2012; Ozcan, Oflaz & Cicek, 2010). C'est également l'idée que partageait Hodges (1991) lorsqu'elle a développé un cours sur l'empathie pour ses étudiantes. Toutefois, les données obtenues indiquent que le cours n'a pas amélioré l'empathie des étudiantes. Cela démontre tout d'abord qu'un cours sur l'empathie n'est pas nécessairement toujours efficace et également qu'il peut être ardu d'apprendre à une étudiante à être empathique dans des situations où les patients vivent toute une gamme d'émotions. Les étudiantes, peu habituées à faire face la souffrance des autres peuvent ne pas savoir comment intervenir, même si un cours leur a été offert.

Les résultats de l'étude de Tavakol et de ses collègues (2012) ont permis de dresser certains constats concernant l'apprentissage de l'empathie. Tout d'abord quelques participants affirment que l'empathie ne doit pas être enseignée, car selon ces derniers, elle est tout simplement vécue lors d'une situation clinique. D'autres croient plutôt que l'empathie doit être apprise, mais ils ont tout de même quelques réserves relativement aux méthodes actuellement utilisées. En fait, selon certains, les jeux de rôle ne permettent pas de développer suffisamment les habiletés empathiques recherchées. De façon globale, selon les participants, ce sont l'observation de la préceptrice et l'apprentissage en milieu clinique qui offrent les plus grandes possibilités d'apprentissage de l'empathie. Sans remettre en doute l'importance de la préceptrice, les chercheurs sont toutefois prudents quant à l'apprentissage lié au modèle de rôle. Selon eux,

l'apprentissage par l'exemple n'est efficace que si la préceptrice est elle-même compétente à ce niveau.

2.3.1. Apprentissage théorique

L'un des défis majeurs en soins infirmiers est de savoir comment transmettre l'empathie. Plusieurs chercheurs se sont penchés sur la pertinence d'un cours sur l'empathie afin d'en augmenter les niveaux chez les étudiantes. Ouzounis et Nakakis (2012) rapportent que les étudiantes en soins infirmiers qui avaient reçu des cours sur l'empathie pendant leurs études démontraient plus d'empathie dans l'exercice de leur profession. Quant à Ozcan, Oflaz et Bakir (2012), ils ont eux aussi mesuré l'amélioration des habiletés d'empathie chez les étudiantes en soins infirmiers et en médecine après un cours sur l'empathie et ont remarqué un progrès chez les participants.

Une autre étude a permis de mesurer et de comparer les niveaux d'empathie de deux groupes d'étudiantes en soins infirmiers grâce à une étude quantitative longitudinale (Cunico et collab., 2012). Toutes les étudiantes, qu'elles aient, ou non, participé à divers cours sur la communication et l'empathie, avaient augmenté leurs niveaux d'empathie au cours de leurs années d'études. Il serait donc permis de penser que d'une part, les cours de communication et d'empathie font en effet augmenter les niveaux d'empathie, et d'autre part, que les cours standards en soins infirmiers ont également un effet positif sur le développement de l'empathie. Dans le même ordre d'idées, une étude analogue a permis de démontrer que dans les deux groupes d'étudiantes, la définition de l'empathie était similaire, qu'elles aient reçu une formation sur l'empathie ou non (Shapiro, Morrison & Boker, 2004). Cependant, la compréhension des étudiantes relativement à la perspective du patient s'est améliorée significativement chez celles qui avaient participé au cours.

Les habiletés empathiques chez les étudiantes en soins infirmiers pourraient également être transmises par le biais des simulations. Rhodes (2013) prétend que les simulations axées sur l'empathie permettent aux étudiantes de voir de multiples situations sous différents angles, optimisant les techniques de communication et par conséquent, menant à l'empathie. L'interaction avec des patients standardisés permet aux étudiantes de mettre en œuvre leurs habiletés de relation d'aide dans un environnement contrôlé (Webster, 2013). De leur côté, Teherani, Hauer et O'Sullivan (2008) affirment également que les simulations permettent aux étudiantes de mettre en pratique des interventions empathiques superficielles, mais soutiennent que des lacunes au niveau de l'évaluation de l'empathie cognitive et de l'empathie émotionnelle persistent. De plus, les simulations, dont la durée est calculée, n'offrent qu'une opportunité restreinte pour développer les compétences empathiques requises dans la profession (Tavakol, Dennick, & Tavakol, 2012).

2.3.2. Apprentissage pratique

Plusieurs données probantes témoignent du rôle significatif que joue la préceptrice dans l'expérience d'apprentissage de l'étudiante (Donaldson & Carter, 2005; Jiang, Chou & Tsai, 2012; Kilcullen, 2007; Myall, Levett-Jones & Lathlean, 2008; Ouzouni & Nakakis, 2012; Pearcey & Draper, 2008; Sharif & Masoumi, 2005; Warne et collab., 2010). D'ailleurs, des recherches moins récentes discutent du rôle de première importance de la préceptrice, soit être un modèle de rôle pour les étudiantes (Coates & Gormley, 1997; Langridge & Hauck, 1998; Pharand, 1999; Sachdeva, 1996).

Ainsi, si l'empathie s'apprend, notamment par l'observation, il importe que les préceptrices soient capables de transmettre leurs compétences dans ce domaine lors du stage de préceptorat. En fait, les étudiantes démontrent davantage d'empathie lorsqu'elles ont la possibilité d'observer les préceptrices dans l'utilisation des techniques de communication avec

les patients (Langridge & Hauck, 1998; McMillan, 2007; Ouzouni & Nakakis, 2012; Pearcey & Draper, 2008; Sachdeva, 1996). Ozcan, Oflaz et Cicek (2010) prétendent qu'afin d'enseigner une communication efficace aux étudiantes en soins infirmiers, il importe en premier lieu de leur expliquer et de clarifier les effets que l'empathie peut avoir chez leur patient. Dans le même ordre d'idées, Brown et ses collègues (2011) concluent leur étude en affirmant que promouvoir une communication efficace chez les étudiantes en sciences de la santé pourrait améliorer leur habileté à démontrer de l'empathie à leurs patients. En effet, selon Burks et Kobus (2012), les étudiantes en médecine construisent inévitablement leur rôle en tant que médecins en se basant sur ceux qu'ils ont observés autour d'eux. Par conséquent, les habiletés d'écoute et les comportements non verbaux de la préceptrice avec les patients permettent à l'étudiante de développer ses habiletés empathiques.

Ainsi, selon Kern (2012), il existe un lien direct entre le développement d'une relation thérapeutique chez les étudiantes avec leurs patients, et les qualités de la préceptrice, telles que son professionnalisme, sa fiabilité et sa crédibilité. D'ailleurs, la préceptrice peut faire la différence en ce qui a trait à l'adaptation de l'étudiante dans un nouveau milieu de stage (Magnussen & Amundson, 2003). La préceptrice, en raison de ses actions, peut promouvoir les soins de compassion chez les étudiantes (Braun, Gill, Teal & Morrison., 2013) Non seulement la préceptrice soutient les étudiantes dans leur cheminement, mais elle est également une source d'inspiration pour eux, et facilite leur développement et leur apprentissage à travers des interactions significatives (Taylor, 2012).

C'est d'ailleurs le partage d'expérience et de savoir qui mènerait au développement de l'empathie chez les étudiantes (Huybrecht et collab., 2011). Dans leur revue systématique sur l'apprentissage de l'empathie, Batt-Rawden, Chisolm, Anton et Flickinger (2013) suggèrent

« using the practice of relationship-centered care as the fundamental building block for (the) education interventions to teach empathy » (p.5). Enfin, une étude avec des étudiantes en médecine a permis de faire ressortir le fait que les préceptrices sont de bons modèles de rôle et ont la plus importante influence sur l'apprentissage de l'empathie des étudiantes (Tavakol, Dennick & Tavakol, 2012). Tout compte fait, la préceptrice comme modèle de rôle empathique, guide les étudiantes et ceux-ci rapportent une expérience d'apprentissage de l'empathie positive.

Néanmoins, certaines difficultés, telles que les lacunes au niveau de la communication de la préceptrice avec les patients, font obstacle à l'apprentissage positif pour les étudiantes (Myall, Levett-Jones & Lathlean, 2008; Pearcey & Draper, 2008). Donaldson et Carter (2005) soulèvent l'inquiétude des effets d'un « mauvais modèle de rôle sur les comportements, les attitudes et les habiletés des étudiantes en stage clinique. » (traduction libre, p. 358) Certaines étudiantes remarquent une lacune au niveau des relations interpersonnelles entre l'infirmière et son patient. C'est notamment le cas des étudiantes interviewées par Pearcey et Draper (2008). Les participantes furent surprises de constater une lacune au niveau de la communication et du *caring* de la part des infirmières envers les patients. Selon Pearcey et Draper, ces situations provoquent de l'anxiété chez les étudiantes : « les valeurs du *caring*, de la compassion, ainsi que de la générosité sont transmises par l'exemple, si ces exemples sont faibles, les valeurs étudiantes seront alors compromises par un stress. » (traduction libre, p. 600) Par ailleurs, Barber (2006) a démontré comment la préceptrice en tant que modèle de rôle pouvait modifier les habiletés et les perceptions des étudiantes en ce qui a trait au *caring*.

Diverses contraintes inhérentes au rôle de préceptrice mènent parfois à des expériences d'apprentissage moins positives pour les étudiantes. En effet, selon Myall, Levett-Jones et Lathlean (2008), la charge de travail élevée de la préceptrice et le manque d'infirmières sur les

unités de soins font obstacle à la formation de l'étudiante. McMillan (2007) soumet alors l'idée qu'une préceptrice qui échoue à démontrer la valeur de la communication empathique à une étudiante est une préceptrice qui n'a pas de pensée critique, ou possède peu de compétences techniques. L'intérêt de faire ressortir les éléments positifs de l'expérience d'apprentissage de l'empathie en préceptorat est totalement justifié.

2.4. Les défis de l'apprentissage de l'empathie

La contradiction des recherches pose certains défis au niveau de l'apprentissage de l'empathie. Tout d'abord, Ozcan, Oflaz et Bakir (2012), dont l'étude consistait à évaluer l'efficacité des cours théoriques sur l'empathie, démontrent que les étudiantes peuvent intentionnellement éviter d'être engagées dans des situations où leurs patients vivent des émotions trop intenses, et par conséquent, avoir une tendance empathique moindre. En outre, Helmich, Bolhuis, Laan et Koopmans (2011) soulèvent que les connaissances au niveau de l'aspect émotionnel de l'apprentissage en stage clinique nécessitent d'être davantage explorées.

En second lieu, le manque de cohérence au niveau de la compétence infirmière porte à réflexion. En effet, une étude canadienne entreprise par Sedgwick, Kellett et Kalischuck (2014) démontre que les étudiantes définissent la compétence infirmière comme la capacité de comprendre et de suivre les politiques et procédures du milieu hospitalier, afin de donner des soins sécuritaires au patient. De leur côté, les préceptrices voient plutôt la compétence infirmière comme étant l'habileté à apprendre, à faire preuve d'une pensée critique de même qu'à démontrer une pratique réflexive. Selon Sedgwick, Kellett et Kalischuck, cette compréhension différente, ainsi que le manque de clarté concernant la compétence sont problématiques et peuvent menacer les performances et l'intégrité des étudiantes. Il est d'autant plus intéressant de constater que ni les étudiantes, ni les préceptrices ne mentionnent le *caring* ou l'empathie comme

faisant partie de la compétence infirmière. Or, selon l'OIIO (2011), les compétences requises pour une infirmière visent notamment à développer une relation thérapeutique avec le patient et à lui offrir des soins dans un environnement de *caring*. On pourrait donc conclure, à regret que le *caring* ou l'empathie ne semble pas être une priorité ni pour les étudiantes, ni pour les préceptrices.

Des défis liés au milieu de travail sont bien présents et peuvent entraver la démonstration d'empathie (Tavakol, Dennick & Tavakol, 2012). Parmi les défis, on retrouve le poids de la profession et le stress qui l'accompagne, en plus du traitement des patients qui se veut souvent plus biomédical qu'humain. Ils mentionnent également que la collaboration avec des professionnels qui ne démontrent pas d'empathie représente un défi de taille.

Quatrièmement, même si les étudiantes ont suivi un cours sur l'empathie, elles ne peuvent tirer profit des notions apprises lorsqu'elles sont anxieuses. En fait, seule l'étude de Langridge et Hauck (1998) révèle que les étudiantes se soucient de leur capacité à offrir des soins empreints d'empathie seulement lorsque l'anxiété d'être dans un nouvel environnement se dissipe. Nous pouvons donc affirmer que même si les étudiantes sont outillées pour communiquer avec leurs patients, elles ne peuvent le faire que lorsqu'elles sont confortables dans leur milieu de stage. En outre, bien que les cours de communication contribuent significativement au comportement empathique des étudiantes en soins infirmiers, ces cours ne représentent pas la réalité de la souffrance des patients, laissant les nouvelles infirmières vulnérables (Irving et Dickson, 2004).

En dernier lieu, l'importance marquée accordée aux techniques de soins est relatée par Coulmas (2006), qui rapporte que l'éducation en soins de santé met beaucoup d'emphase sur l'importance de la compétence technique, mais peu sur la relation d'aide. Bien que les étudiantes veuillent créer une relation thérapeutique avec leurs patients, elles affirment être fébriles lorsque

vient le temps d'apprendre des techniques de soins et de gérer des situations nouvelles (Bjerknes & Bjørk, 2012). À l'instar de la précédente recherche, Solvoll et Heggen (2010) ont établi des constats similaires. En effet, leurs résultats démontrent, d'une part, que les étudiantes en soins infirmiers sont touchées par la souffrance des patients, cherchent à comprendre ce qu'ils vivent, et désirent créer une relation d'aide avec celui-ci. D'autre part, les étudiantes sont peu souvent sollicitées pour discuter de leurs expériences de soins avec les patients, contrairement aux multiples opportunités qui leur sont offertes pour démontrer leur savoir-faire. Solvoll et Heggen en déduisent que l'accent sur le savoir théorique dans les études démontre que celui-ci est plus important que l'expérience étudiante et qu'il faut, par conséquent, explorer l'expérience des étudiantes en soins infirmiers afin d'améliorer la qualité des soins.

Cette constatation est également présente dans l'étude de Bray et ses collègues (2014). Celles-ci rapportent que pour les étudiantes, les connaissances de la préceptrice sont plus importantes que ses soins de compassion. Dans le même ordre d'idées, les résultats obtenus par Kilcullen (2007) démontrent que la préceptrice joue auprès des étudiantes, un rôle de premier plan dans l'apprentissage des techniques et dans la résolution de problèmes. Il y a donc absence de mention de l'apprentissage de l'empathie. En contrepartie, une seule étude recensée, soit celle de Braun et de ses collègues (2013) révèle que les étudiantes sont davantage préoccupées par leur progrès à démontrer de l'empathie et du *caring*, plutôt que par leurs performances techniques. Il est toutefois pertinent de mentionner que ces étudiantes ont effectué un stage en soins palliatifs, où « l'expérience clinique est touchante (et) déclenche de riches réflexions de la part des étudiantes » (traduction libre, p. 1).

À ce point-ci, il est donc pertinent de se demander si les cours qui visent à faire augmenter les habiletés empathiques des étudiantes permettent de faire cheminer cette empathie tout au long

du programme de soins infirmiers. D'une part, les résultats qu'ont obtenus Penprase, Oakley, Ternes et Driscoll (2013), ainsi que Fields et ses collègues (2011) indiquent que les étudiantes de la dernière année en soins infirmiers affichent des scores plus élevés que leurs collègues des cohortes plus récentes en ce qui a trait à leur niveau d'empathie. Autrement dit, selon ces chercheurs, plus les étudiantes cheminent dans leur programme de soins infirmiers, plus leur niveau d'empathie s'accroît.

D'autre part, les résultats de l'étude de Ward, Cody, Schaal et Hojat (2012) démontrent que l'empathie décline à mesure que les étudiantes cheminent dans leur programme de soins infirmiers. Bien que cette décroissance ait été constatée dans tous les groupes d'étudiantes de l'étude, elle était plus marquée chez ceux qui avaient eu davantage d'heures de stage cliniques et ceux qui avaient de l'expérience de travail en soins de santé. Similairement, dans la recherche quantitative de Lovan et Wilson (2012), les niveaux d'empathie des étudiantes de première année en soins infirmiers ont été comparés à ceux des étudiantes finissantes du même programme. Contrairement à Ward et ses collègues, Lovan et Wilson ont découvert que les niveaux d'empathie étaient similaires pour tous les étudiantes en soins infirmiers, peu importe leur niveau d'étude.

Deux interrogations subsistent. D'une part, comment enseigner l'empathie si la communication demeure un défi de taille en soins infirmiers, comme Cunico et ses collègues (2012) l'ont mentionné? D'autre part, est-ce véritablement les cours qui ont fait augmenter les niveaux d'empathie, ou bien les stages cliniques concomitants à ces cours (McKenna et collab., 2011)? Ces deux questions nécessitent une réflexion.

En résumé, l'empathie qui est à la base de la relation d'aide nécessite inévitablement de communiquer avec le patient (Ozcan, Oflaz & Bakir, 2012). L'empathie est présente dans les

normes de l'OIIO (2009a), son importance dans les soins infirmiers n'est donc plus à discuter. Plusieurs recherches font foi de ce caractère important, autant pour l'infirmière que pour les patients. Malgré cela, l'empathie demeure un concept difficile à saisir. Dans un premier temps, il est permis de se demander comment les étudiantes en soins infirmiers apprennent à devenir empathiques. Dans la mesure où l'empathie peut s'acquérir, il serait important de regarder de quelle façon cette habileté est transmise aux les étudiantes en soins infirmiers auxiliaires en milieu clinique. De plus, le questionnement peut se poursuivre en explorant l'expérience d'apprentissage clinique de l'empathie des étudiantes. Aucune étude recensée à ce jour ne brosse un tableau de l'expérience d'apprentissage de l'empathie chez les étudiantes en soins infirmiers. Yegdish (1999) affirme que le concept d'empathie demeure difficile à cerner, mais que les infirmières sont prêtes à partager leurs expériences quotidiennes et que ces expériences « méritent d'être entendues » (traduction libre, p.89). Alors pour ces raisons, il est essentiel de décrire et de comprendre l'expérience d'apprentissage de l'empathie chez les étudiantes afin de mieux saisir ce phénomène.

2.5. Définition des concepts

Relation thérapeutique : « La relation thérapeutique est la pierre angulaire de la profession infirmière. Et son objectif premier est de favoriser la santé et le bien-être des clients. Pour établir et cultiver cette importante relation, l'infirmière fait appel à ses connaissances et compétences professionnelles ainsi qu'à sa compassion. Les rapports qu'elle tisse avec ses clients sont fondés sur la confiance, le respect, l'empathie, l'intimité professionnelle et l'emploi judicieux du pouvoir qu'elle détient au sein de la relation. » (OIIO, 2009a, p.3) Afin de construire une relation thérapeutique solide, l'infirmière se doit de démontrer du *caring*. (Fry et collab., 2013).

Caring : Le point central des soins infirmiers. (Papastavrou, Efstathiou, & Charalambous, 2011). Selon Hojat (2007), le *caring* est un attribut rencontré fréquemment chez les infirmières et il réfère au patient perçu comme un tout. Le *caring* comporte plusieurs éléments, dont la confiance, le respect et l'empathie.

Empathie : « Un attribut cognitif qui inclut une compréhension des expériences du patient, ses inquiétudes et ses perspectives, combiné à une capacité à communiquer cette compréhension » (traduction libre, Hojat, 2007, p. 77). Des phrases telles que « je comprends vos sentiments. Vous êtes passés à travers beaucoup de difficultés » ou bien « je vois comment votre situation vous fait sentir en état de détresse » représentent des exemples d'une communication empathique (Hojat). Démontrer de l'empathie, c'est comprendre, partager et créer un espace interne pour accepter l'autre, donc l'aider à être compris et lui montrer qu'il n'est pas seul. Selon l'OIIO (2009a), l'empathie est à la base de la relation thérapeutique. Hojat a décrit l'empathie comme étant soit un attribut cognitif ou émotionnel, ou bien une combinaison des deux. Pour leur part, Stepien et Baernstein (2006) ajoutent une troisième dimension à l'empathie, soit la dimension comportementale.

- i. **Empathie cognitive** : Les activités mentales impliquées dans l'acquisition et le traitement de l'information afin de mieux comprendre l'individu. Ce type d'empathie est prédominant en soins de santé (Hojat, 2007). Selon Dymond (cité dans Hojat, p. 7), l'empathie cognitive est « the imaginative transposing of oneself into the thinking, feeling, and acting of another, and so structuring the world as he does. » Morse et ses collègues (1992) affirment qu'afin d'aider le patient, l'infirmière doit se distancer de l'aspect émotionnel de l'empathie et voir le patient de façon objective selon les normes professionnelles.

- ii. Empathie émotionnelle :** Le partage des émotions manifestées par l'individu afin de mieux le comprendre (Hojat, 2007). Ce type d'empathie peut être décrit comme une brève expérience émotionnelle sollicitée lors d'une situation empathique, telle que la vue d'une personne souffrant physiquement (Beadle, Sheehan, Dahlben & Gutchess, sous presse). Selon Morse et ses collègues (1992), c'est « l'empathie émotionnelle qui motive la personne soignante à prendre une décision consciente de s'engager dans l'empathie cognitive (...) ou de l'éviter et se distancer de la détresse de l'autre. » (traduction libre, p. 275) Quant à Irving et Dickson (2004), ils affirment que l'empathie émotionnelle et l'empathie cognitive font partie d'un processus intrapersonnel qui survient lorsqu'une personne éprouve de l'empathie envers quelqu'un.
- iii. Empathie comportementale :** L'habileté du professionnel de la santé à transmettre au patient les émotions et les sentiments ressentis par le professionnel (Stepien & Baernstein, 2006). Irving et Dickson affirment qu'elle constitue en un processus interpersonnel existant entre deux personnes lorsque l'empathie est exprimée. Selon Larson et Yao (2005), l'empathie comportementale peut être exprimée par deux types d'interventions : l'une superficielle et l'autre profonde. L'intervention superficielle est la manifestation d'émotions par l'individu, telles que le souci et l'inquiétude, sans que celui-ci ne les ressente véritablement. À l'opposé, l'intervention profonde nécessite une modification intentionnelle des émotions de l'individu, processus qui s'accroît et progresse lentement chez le professionnel de la santé. Autrement dit, l'intervention profonde est le résultat de la contribution de l'empathie cognitive ainsi que de l'empathie émotionnelle, jumelée à une exposition répétée des souffrances des patients. Bref, que les interventions soient profondes ou superficielles, elles résultent tout de

même en une action basée sur les besoin du patient (Larson & Yao; Stepien & Baernstein).

Préceptrice : Une infirmière (auxiliaire autorisée dans le cas des étudiantes en soins infirmiers auxiliaires) expérimentée qui soutient une étudiante à atteindre les habiletés professionnelles requises de la profession et du milieu de travail (Ellis, 1993). Elle conseille et inspire l'étudiante et encourage sa croissance et son développement pour une période limitée et fixe (Bain, 1996).

Préceptorat : Selon l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, le préceptorat est défini comme étant

une relation officielle, d'une durée préétablie, entre deux personnes, à savoir une infirmière expérimentée (préceptrice) et une novice (élève), et cette relation a pour but d'aider la novice à s'adapter avec succès à un nouveau rôle et à réussir dans ses nouvelles fonctions (AIIC, 1995, p. 3). Le préceptorat sert souvent à l'acquisition d'un niveau de base de connaissances, de techniques et de qualités personnelles, ainsi qu'à l'intégration sociale dans la profession ou le domaine de pratique. La novice peut être une étudiante ou une infirmière déjà en activité qui arrive dans un rôle, un domaine ou un milieu nouveaux (AIIC, 1995). La novice acquiert donc les compétences dont elle aura besoin pour exercer la profession de façon sécuritaire, conforme à l'éthique et efficace, compte tenu des normes courantes. (...) Les expériences de préceptorat ont tendance à être de courte durée (1 à 2 mois). La durée en est souvent prédéterminée par l'établissement d'enseignement qui connaît les caractéristiques de la participante type, les besoins du groupe de clients et le contexte typique des soins. La préceptrice doit être une instructrice capable qui maîtrise au moins les compétences dont la novice a besoin. Certaines des compétences nécessaires sont

dictées par le milieu de pratique, et d'autres, par la nature du rôle de préceptrice. Il serait, par exemple, difficile d'imaginer qu'une préceptrice puisse être efficace si elle ne montre pas d'enthousiasme pour le rôle. Les élèves font l'objet d'une évaluation formative (continue) et d'une évaluation sommative (finale). L'évaluation officielle effectuée dans le contexte des programmes de préceptorat peut aider les établissements à s'assurer que la novice a acquis les compétences nécessaires pour exercer la profession de façon sécuritaire, conforme à l'éthique et compétente. La plupart des écoles d'infirmières ont des programmes qui comprennent le préceptorat afin d'aider les étudiantes à acquérir des compétences cliniques et de les préparer à faire la transition des études aux milieux de travail, en particulier lors des derniers stades du programme (p. ex., consolidation ou stages à un niveau supérieur).

Sur le site internet de La Cité (2013), on y retrouve la définition suivante :

stage ultime d'un programme de soins infirmiers auxiliaire dont la durée varie selon les établissements d'enseignement. Lors de ce stage, l'étudiante se conforme à l'horaire de la préceptrice, avec laquelle il travaille conjointement, et peut se voir effectuer des quarts de travail de jour, de soirée ou de nuit, de huit heures ou de 12 heures.

Chapitre 3 Cadre théorique

L'apprentissage de l'empathie dans un cours théorique pourrait s'effectuer en suivant la théorie d'Ida J. Orlando (1961), qui croit fermement que la profession infirmière doit s'assurer de satisfaire les besoins des patients. D'ailleurs, la théorie d'Orlando a apporté une grande contribution pour les soins infirmiers en ce qui a trait aux besoins du patient (Fawcett & DeSanto-Madeya, 2013; May, 2010). Sa théorie est en effet basée sur l'interaction entre l'infirmière et son patient, la validation de la perception, et l'utilisation du processus infirmier pour améliorer les résultats chez le patient (Faust, 2002). Selon Orlando, la relation de l'infirmière avec son patient est dynamique et unique, chacun est affecté par les comportements de l'autre. Puisque les soins infirmiers visent d'abord et avant tout à assister les individus dans n'importe quelle situation, afin d'éviter ou de diminuer leur état de détresse, l'infirmière doit comprendre les comportements du patient, donc faire preuve d'empathie, afin de déterminer si celui-ci a besoin d'aide.

Également appelée la théorie de la démarche infirmière délibérée (*deliberative nursing process*), la théorie d'Orlando met l'accent exclusivement sur le processus interpersonnel entre l'infirmière et son patient. La théorie est orientée vers l'identification de la détresse du patient, noyau central du processus, pour ainsi combler ses besoins immédiats. Autrement dit, la théorie est basée sur la découverte et la résolution de situations problématiques vécues par le patient. Lorsque l'infirmière interagit avec ses patients, elle se doit de valider ses perceptions afin de s'assurer d'avoir saisi ce que vivent ceux-ci. Ce processus de validation est étroitement relié à l'expression de l'empathie (Olson & Hanchett, 1997; Ponte, 1988). En effet, lorsque l'infirmière comprend correctement les besoins de son patient et partage cette compréhension avec celui-ci,

les résultats attendus sont améliorés et la détresse du patient diminue. Qui plus est, la théorie d'Orlando (1961) est en lien avec les énoncés descriptifs formulés par l'OIIO (2009a).

La théorie de la démarche infirmière délibérée comprend quelques concepts (annexe 1). En premier lieu, on retrouve les comportements du patient. Ce concept comprend deux dimensions soit : le patient exprime une amélioration de sa condition ou encore, le patient a besoin d'assistance afin de diminuer sa détresse, ou d'améliorer son bien-être. Ces deux dimensions peuvent s'exprimer de façon verbale ou non verbale. En effet, les manifestations peuvent être visuelles, telles que les activités motrices ou physiologiques comme les pleurs ou les gémissements, ou les plaintes et les questions du patient. Orlando met l'accent sur la compréhension de la situation problématique que vit le patient. Puisque les soins infirmiers comportent de fréquents contacts entre le patient et l'infirmière, celle-ci est en mesure de déceler des comportements verbaux ou non verbaux qui traduisent la détresse du patient. L'infirmière doit pouvoir saisir ces indices, témoins d'un appel à l'aide du patient. L'infirmière qui formule des hypothèses ou des inférences sur le type d'aide dont son patient a besoin et agit en se basant seulement sur ces indices sans les valider, risque de causer une détresse et un déséquilibre encore plus grands.

Le second concept est la réaction de l'infirmière qui présente trois dimensions, soit la perception, la pensée et le sentiment. Tout d'abord, l'infirmière va percevoir un changement chez son patient. Cette perception va la mener à une pensée automatique pour chercher à interpréter ce qu'elle a perçu. Finalement, le sentiment se produit en réponse à la perception et à la pensée de l'infirmière. Selon Orlando, le sentiment devrait être exprimé seulement si celui-ci apporte des bénéfices au patient. La situation problématique du patient mène invariablement à une réaction immédiate automatique chez l'infirmière. Grâce à ses expériences antérieures et à son savoir,

jumelés à la compréhension de la situation, l'infirmière intervient auprès du patient de façon empathique. Que l'infirmière ait visé juste ou non, elle doit toujours se référer à ce que le patient communique afin d'évaluer le comportement de celui-ci (Orlando, 1961).

En troisième lieu, on retrouve l'action de l'infirmière, qui peut être soit automatique, ou intentionnelle. La démarche infirmière automatique réfère aux actions posées par les infirmières pour des raisons autres que les besoins immédiats du patient. Les ordonnances médicales et les soins de base sont deux exemples du processus infirmier automatique. De fait, ces actions ne visent pas à combler un besoin immédiat, ni ne donnent lieu à une analyse de la situation. La démarche infirmière délibérée vise à ce que l'infirmière fasse preuve d'empathie en orientant ses actions et ses comportements vers les besoins du patient. Afin d'effectuer correctement cette démarche, l'infirmière partage ses perceptions et ses idées avec le patient afin de savoir si celles-ci sont adéquates et appropriées. Par conséquent, elle exprime de l'empathie envers son client. La réponse du patient doit ensuite mener l'infirmière à explorer davantage les raisons pour lesquelles le patient se sent ainsi. C'est seulement lorsque les besoins du patient sont clairement déterminés que l'infirmière peut décider des actions qu'elle entreprendra en consultation avec le patient. L'infirmière explore également l'effet de ses réactions sur le patient. Par ailleurs, si l'infirmière prend trop de temps à répondre aux besoins du patient, celui-ci verra sa détresse augmenter. De plus, les actions basées sur les conclusions de l'infirmière sans la participation du patient sont souvent inutiles.

La démarche infirmière délibérée se conclut lorsque la situation perd son caractère problématique et qu'un équilibre est rétabli. À cette étape ultime, l'infirmière décèle une amélioration chez le patient et elle peut alors conclure que la détresse du patient a été soulagée ou à tout le moins, diminuée.

Somme toute, comme nous venons de le constater, les études concernant l'apprentissage de l'empathie ne sont pas unanimes. Certaines affirment que l'empathie s'apprend grâce à des cours, alors que d'autres affirment que les simulations offrent les meilleures opportunités d'apprentissage. La théorie d'Orlando (1961) s'avère être un bon modèle en ce qui concerne l'apprentissage de l'empathie chez les étudiantes en soins infirmiers. McMillan (2007) affirme que peu d'études ont exploré la perception de l'étudiante sur l'efficacité de l'apprentissage de l'empathie et leurs attitudes à l'égard de l'empathie avec leurs patients. À l'instar de cette auteure, il importe donc de déterminer comment les étudiantes vivent l'expérience d'apprentissage de l'empathie pendant leur stage de préceptorat.

Chapitre 4 Considérations méthodologiques

Malgré le fait que l'empathie demeure un sujet de recherche qui a longuement été exploré, le chapitre précédent rapporte tout de même quelques lacunes à ce niveau. Ainsi, la recension des écrits révèle, d'une part, l'importance d'enseigner l'empathie aux étudiantes et l'importance qu'elles y accordent en stage, d'autre part, la recension des écrits permet aussi de faire ressortir les lacunes concernant l'expérience d'apprentissage de l'empathie chez les étudiantes en soins infirmiers auxiliaires.

Ce quatrième chapitre présente le type d'étude, le milieu, l'échantillon, le recrutement des participantes, le déroulement de la collecte de données, le plan d'analyse, les critères de rigueur, les considérations éthiques et les limites de l'étude.

4.1. Type d'étude

L'analyse de contenu est l'approche méthodologique choisie pour cette recherche. Puisque le but de cette recherche est de décrire l'expérience d'apprentissage de l'empathie chez les étudiantes qui ont terminé leur stage de préceptorat, l'analyse de contenu est toute désignée. Selon Paillé (1996), l'analyse de contenu examine un message et « vise à en dégager le contenu. » (p. 184.) Plusieurs types d'analyses qualitatives, dont l'analyse de contenu, utilisent la thématization (Paillé et Mucchielli, 2012), qui constitue la première étape d'un plus long processus. La thématization se trouve au cœur de l'analyse thématique dont le but est : « la transposition d'un corpus donné en un certain nombre de thèmes représentatifs du contenu analysé et ce, en rapport avec l'orientation de la recherche » (Paillé et Mucchielli, p. 274). Par conséquent, il s'agit de repérer, de regrouper et d'analyser un ensemble de données, tel que la transcription d'une entrevue. L'analyse thématique peut être divisée en trois grandes étapes, soit

la codification, la catégorisation et la consolidation (Guest, Bunce & Johnson, 2012, Paillé et Mucchielli). Une description détaillée de ces étapes est fournie à la section 3.7.

4.2. Milieu

Le collège où s'est déroulée la recherche est situé en Ontario. Près de six mille étudiants y sont inscrits (La Cité, 2014) dans l'un des 90 programmes d'études postsecondaires à temps complet offerts dans divers domaines, tels qu'en administration, en construction, en sciences humaines et en sciences de la santé. C'est d'ailleurs en sciences de la santé que l'on retrouve le programme de soins infirmiers auxiliaires. Ce programme est d'une durée de deux ans et accueille 80 étudiantes par année. C'est précisément dans ce programme d'étude que les sujets ont été recrutés.

4.3. Échantillon

L'échantillon de cette étude a été composé de onze finissants au programme de soins infirmiers auxiliaires d'un collège ontarien qui ont été recrutés en utilisant un échantillonnage volontaire. Selon Guest et ses collègues (2006), six sujets s'avèrent un nombre raisonnable pour assurer une quantité suffisante de données. Puisque les participants ont suivi le même cheminement académique, et que le but de la recherche est de décrire un phénomène commun, ce nombre procure suffisamment de données pour supporter les thèmes d'analyse (Guest et collab.). Toutefois, les participants ont été recrutés tant que de nouvelles données ont émergé des entrevues. Guest et ses collaborateurs remettent en doute le terme « saturation des données » et suggèrent plutôt « épuisement thématique » (*thematic exhaustion*) afin de décrire le moment où les entrevues ne produisent plus de nouvelles données. Ainsi, un maximum de cinq autres participants ont été recrutés et interviewés afin d'atteindre l'épuisement thématique.

Critères d'inclusion :

1. Étudiantes finissantes en soins infirmiers auxiliaires qui ont effectué leur stage de préceptorat dans un établissement de soins de la région d'Ottawa.
2. Étudiantes finissantes en soins infirmiers auxiliaires qui ont terminé leur stage de préceptorat.
3. Étudiantes finissantes en soins infirmiers auxiliaires qui ont réussi le programme.

Critères d'exclusion :

1. Étudiantes finissantes en soins infirmiers auxiliaires qui ont fait un stage de préceptorat plus d'une fois ont été exclus de l'échantillon.

Tableau 2 – Groupes d'âge des participantes

Groupes d'âge	Nombre de participantes
20-25 ans	5
26-30 ans	1
31-35 ans	2
Plus de 36 ans	3

Tableau 3 – Expérience antérieure en soins de santé des participantes

Expérience antérieure en soins de santé	Nombre de participantes
Oui	7
Non	4

Tableau 4 – Milieux de stage de préceptorat des participantes.

Milieux de stage de préceptorat	Nombre de participantes
Médecine/chirurgie	5
Maternité	1
Urgence	2
Psychiatrie	1
Soins de longue durée	2

4.4. Recrutement

Le recrutement des participants a été effectué de façon informelle lors d'une rencontre préparatoire à l'examen de l'OIIO. La chercheuse, coordonnatrice des stages et enseignante au programme de soins infirmiers auxiliaires, a rencontré toutes les finissantes du programme de soins infirmiers auxiliaires d'un collège ontarien à l'automne 2013. Lors de cette rencontre, la chercheuse a expliqué aux finissantes qu'elle entreprend une recherche au niveau de la maîtrise et qu'elle désire recruter des participantes pour sa recherche qui porte sur l'expérience de l'apprentissage de l'empathie des étudiantes finissantes du programme de soins infirmiers auxiliaires durant leur stage de préceptorat. Les finissantes ont été informées que si elles acceptent de participer à la recherche, leur entrevue sera enregistrée sur bande numérique. Les participantes ont été informées qu'elles avaient la possibilité de lire la transcription de leur entrevue si elles le désiraient. Elles ont également été informées que la confidentialité de leur participation serait préservée en identifiant les participantes par un code (participant #1, participant #2, etc.), et qu'elles auraient à signer un formulaire de consentement (annexe 2). Les

participantes intéressées ont été invitées à aller voir la chercheuse afin de lui donner leur nom et numéro de téléphone et/ou adresse courriel. La chercheuse les a avisées qu'elles seraient contactées dans les prochains mois. Puisque 20 finissantes ont démontré de l'intérêt pour participer à l'étude, la sélection des 11 participantes a été faite au hasard en effectuant une pige parmi les noms des gens qui avaient démontré de l'intérêt. Les participantes choisies ont été contactées par téléphone. Par mesure de politesse, les participantes qui n'ont pas été retenues ont également été informées par téléphone. L'annexe 3 contient le script verbal présenté à toutes les personnes qui ont démontré de l'intérêt à participer à la recherche.

4.5. Déroulement de la collecte des données

L'entrevue est une méthode très utilisée et appropriée en recherche qualitative. L'entrevue sert à explorer et à recueillir du matériel narratif afin de comprendre une expérience vécue (van Manen, 1997). Le guide d'entrevue (voir annexe 4) contient neuf questions qui répondent non seulement aux préoccupations de la chercheuse, mais comblent également les lacunes observées dans la recension des écrits. La chercheuse a notamment demandé aux participantes de définir l'empathie, de décrire les facteurs propices à l'empathie, et de relater des situations empathiques survenues en stage. Elle a également demandé aux participantes de préciser le rôle que la préceptrice a joué en ce qui a trait à leur apprentissage de l'empathie. Ces entrevues semi-dirigées d'une durée variant de 15 à 30 minutes ont été conduites avec le consentement de chaque participante, soit de onze étudiantes diplômées en soins infirmiers auxiliaires d'un collège ontarien. Les entrevues se sont déroulées dans un endroit à la convenance des deux partis et qui préserve la confidentialité, notamment dans un centre sportif et dans un centre d'achats à Ottawa. Ces entrevues, d'une durée moyenne de 19,75 minutes ont été enregistrées pour ensuite être transcrites au fur et à mesure par la chercheuse. Les entrevues se

sont déroulées sur une période d'un mois, soit entre octobre et novembre 2013. Il a été essentiel de rappeler aux participantes que l'étude vise à connaître leur expérience lors du stage de préceptorat. Chaque participante a été invitée à remplir un questionnaire sociodémographique avant l'entrevue (voir annexe 5). La confidentialité a été respectée en faisant correspondre les codes à nom fictif pour présenter les résultats.

4.6. Analyse des données

Selon Blais et Martineau (2006), l'analyse de données est « un ensemble de procédures systématiques permettant de traiter des données qualitatives, ces procédures étant essentiellement guidées par les objectifs de recherche » (p. 3), permettant ainsi de dégager le sens des données brutes. L'analyse des données comprend trois étapes, soit la codification, la catégorisation et la consolidation.

Une lecture exhaustive de chacune des transcriptions d'entrevues a d'abord été effectuée par la chercheuse. Elle a tenté d'identifier par des mots ou des expressions (codes) le propos d'ensemble. Ce processus constitue la codification. Certains codes pouvaient provenir de la chercheuse ou directement du participant (code in vivo). Afin de faciliter l'identification des codes, la chercheuse s'est posée comme question : « Qu'est-ce qu'il y a ici? Qu'est-ce que c'est? De quoi est-il question? » (Paillé, 1996). La superviseure de la recherche a également lu les entrevues et a confirmé l'exactitude des codes proposés par la chercheuse.

Au cours de la seconde étape, la chercheuse s'est progressivement dirigée vers la catégorisation. En effet, après cette lecture initiale des transcriptions d'entrevue, la chercheuse a tenté de regrouper les codes sous des thèmes ou bien de déterminer si certains de ces codes constituaient déjà des thèmes. La catégorisation consiste à : « (...) rendre intelligible un phénomène d'importance, c'est expliquer un événement (...) » (Paillé, 1996, p. 160).

Enfin, une fois ces étapes complétées, la chercheuse a tenté, d'une part, d'établir des liens entre les thèmes et de déterminer leur statut au sein du corpus. La chercheuse a, d'autre part, tenté de comprendre comment ces différents thèmes s'organisaient entre eux. Cette étape a mené à un certain système de classification des thèmes, communément appelé arbre thématique, qui a pour but de présenter l'essentiel des propos abordés à l'intérieur des entrevues, et d'identifier les thèmes principaux et les thèmes secondaires. Cette représentation offre une vue schématisée et globale du phénomène à l'étude, que l'on nomme consolidation (Paillé & Mucchielli, 2012).

Il importe en dernier lieu de mentionner que la thématization est une méthode qui cherche d'abord et avant tout à mettre de l'avant une compréhension contextuelle. De ce fait, les propos des participants ont été extraits afin de répondre aux objectifs de la recherche, et la synthèse de ces propos pourrait être différente dans le cadre d'une recherche différente (Paillé, 1996).

Bien que la chercheuse ait recensé le phénomène de l'empathie dans les écrits, van Manen (1997) affirme qu'il est important de ne pas se livrer à des présomptions à propos du phénomène. La chercheuse doit donc être à l'affût de ses présomptions lors de la collecte de données, bien que les biais ne peuvent être complètement éliminés dans ce type de recherche (van Manen).

4.7. Critères de rigueur

Guba et Lincoln (1989) ont énoncé quatre critères pour évaluer la scientificité d'une recherche qualitative. Ces critères, qui consistent en la crédibilité, la fiabilité, la transférabilité et la confirmation seront repris et appliqués à la présente recherche. Ces critères ont pour but d'évaluer la rigueur de la méthodologie utilisée.

En premier lieu, la **crédibilité** de cette étude se traduit par la correspondance entre les perceptions des répondantes et leur reconstruction par la chercheuse. Ce critère a été respecté

dans la présente étudiante durant la collecte de donnée, mais également lors de l'interprétation de celles-ci.

La **fiabilité**, quant à elle, fait référence à la stabilité et à l'uniformité du processus de recherche dans le temps (Loiselle, Profetto-McGrath, Polit, & Beck, 2007). Afin de répondre à ce critère, l'évolution de la présente recherche a été minutieusement décrite, et une vérification de la part des superviseuses de la recherche a été effectuée afin de déterminer la fiabilité et la **confirmabilité** des données et de leur analyse.

Le degré auquel les conclusions s'appliquent à d'autres contextes se nomme la **transférabilité**. (Loiselle, Profetto-McGrath, Polit, & Beck). Dans le cas de la présente étude, des informations sur le contexte de l'étude ont été fournies, de même que sur la sélection et la description des participantes dans le but d'offrir suffisamment de renseignements à un utilisateur éventuel de cette recherche.

En dernier lieu, la **confirmation** « permet de s'assurer que les interprétations et les résultats sont enracinés dans le contexte et les personnes, et ne sont pas le produit de l'imagination du chercheur. » (Sylvain, 2008, p.7) Ainsi, dans le cadre de cette recherche, la chercheuse est fréquemment retournée aux transcriptions d'entrevue afin de bien représenter le contexte dans lequel les positions des participantes étaient énoncées.

4.8. Considérations éthiques

Quelques considérations éthiques ont dû être présentées aux participants. Ceux-ci ont dû signer un consentement, et l'aspect de confidentialité leur a été présenté. De plus, le consentement du comité de déontologie a dû être obtenu de l'Université d'Ottawa (annexe 6) ainsi que du collègue (annexe 7). Quelques enjeux éthiques touchent également la présente recherche.

4.8.1. Consentement

Lors de l'entrevue, la chercheuse a brièvement réitéré le but de sa recherche à la participante et lui a demandé de lire le consentement écrit, pour ensuite l'inviter à le signer si la participante souhaitait toujours participer à l'étude. Une copie de ce formulaire de consentement a été donnée à chacune des participantes. Le formulaire de consentement a pour but de reprendre les éléments essentiels du protocole dans des termes simples. Les participantes ont été encouragées à communiquer par téléphone avec la chercheuse si elles décidaient qu'elles ne voulaient plus que leurs propos recueillis soient utilisés pour cette étude. Cette situation ne s'est pas présentée dans le cas de l'étude, mais cette décision aurait été respectée, tout comme le droit de se retirer de l'étude en tout temps, tel qu'indiqué dans le formulaire de consentement.

4.8.2. Confidentialité

Les participantes ont été avisées que la confidentialité sera préservée tout au long de l'étude par la chercheuse. Chacune des participantes s'est vue attribuer un nom fictif afin d'éviter tout rapprochement entre le contenu des entrevues et l'identité des participantes. Les participantes ont été avisées que les données recueillies seront conservées sous clé, dans un classeur dans le bureau de la directrice de thèse et ce, pour une période de 5 ans, soit de novembre 2013 à novembre 2018, après quoi les questionnaires comprenant les données sociodémographiques tout comme les copies papiers des transcriptions seront détruites par déchiquetage. Les entrevues transcrites à l'ordinateur seront effacées du disque dur.

4.8.3. Enjeux éthiques

Pendant la formation des participantes et ce, jusqu'en décembre 2012, la chercheuse principale était enseignante et coordonnatrice des stages en soins infirmiers auxiliaires au collège où s'est déroulée la recherche. Afin d'éviter toute forme de coercition, l'échantillonnage

volontaire a été privilégié. Ainsi, les participantes se sentaient libres ou non de participer, et celles qui n'étaient pas intéressées ne pouvaient être identifiées. De plus, puisque les participantes ont déjà terminé et réussi leur programme en soins infirmiers auxiliaires, la chercheuse principale ne sera plus leur superviseure, alors elles ne seront d'aucune façon pénalisées et ne subiront aucun préjudice pour la divulgation d'information lors des entrevues.

Chapitre 5 Présentation des résultats

Dans ce chapitre, la présentation des résultats se divise en quatre parties. Tout d'abord, il sera question de la place de l'empathie dans la profession infirmière. Par la suite, les facteurs limitant et favorisant l'expression de l'empathie seront discutés. En troisième lieu, le développement de l'empathie sera traité, suivi par la place de l'empathie dans la formation infirmière. À la fin de ces quatre dernières sections, un résumé analytique sera présenté. Le tableau suivant illustre les éléments-clés du présent chapitre.

Tableau 5 – Éléments-clés retrouvés dans la présentation des résultats

La place de l'empathie dans la profession infirmière	
	L'importance de l'empathie pour l'infirmière
	L'importance de l'empathie pour le patient
	L'empathie et les techniques de soins
Les facteurs limitant et favorisant l'expression de l'empathie	
	Les facteurs limitant l'empathie en lien avec l'infirmière
	Les facteurs limitant l'empathie en lien avec le patient
	Les facteurs favorisant l'expression de l'empathie
Le développement de l'empathie	
	Le caractère inné de l'empathie
	Le caractère développemental de l'empathie
La place de l'empathie dans la formation	
	L'apprentissage clinique
	Les effets de l'enseignement théorique et clinique sur le niveau d'empathie des étudiants

L'évolution de l'apprentissage de l'empathie

5.1. La place de l'empathie dans la profession infirmière

Les 11 participantes interviewées sont unanimes à dire que l'empathie est importante pour les soins infirmiers. D'ailleurs, la majorité d'entre elles y accorde une importance de 8/10 sur une échelle progressive de un à 10, alors que les réponses varient entre 5 et 10. Alicia affirme qu'il ne fait aucun doute que l'empathie se situe à un niveau de 10, alors que Danielle, qui situe l'importance de l'empathie entre huit et 10, confirme en expliquant sa vision de l'empathie :

« En soins infirmiers, on s'occupe des gens qui ont des maladies, ou qui ont de la douleur (...) ils ont toujours quelque chose qui se passe dans leur vie qui n'est pas normal. Pas vrai? Donc je pense qu'être empathique devant la situation de la personne, c'est très important. » (p. 2)

Bien que les participantes s'entendent sur l'importance de l'empathie en soins infirmiers, quelques-unes nuancent leurs propos en disant que l'empathie se veut une compréhension du patient qui se doit toutefois de rester strictement professionnelle. Anaïs fait remarquer qu'accorder une trop grande dimension à l'empathie empêche l'infirmière auxiliaire de bien effectuer ses tâches. Elle attribue d'ailleurs à l'empathie une importance de 5/10.

Pour Marlène, l'importance de l'empathie se situe dans le caractère objectif de celle-ci :

« Je te dirais, heu... 8, 9... Parce que ça te permet de rester objectif justement puis de... de... de... d'être capable de poser des gestes qui ne sont peut-être pas nécessairement selon tes valeurs et tout ça, mais si tu es capable de faire abstraction de ça, tu vas rester professionnelle puis tu vas faire du mieux que tu peux si... en... sans porter de jugement, là puis eh... être efficace dans ce que tu fais! » (p. 1)

Selon certaines participantes, l'infirmière doit s'imposer une limite à ne pas franchir, car elle risquerait de ne plus pouvoir faire son travail adéquatement étant émotionnellement trop impliquée. Une participante affirme qu'il est de la responsabilité de l'infirmière de s'assurer que cette empathie ne dépasse pas les limites. Pour plusieurs, lorsque cette limite est franchie, c'est la sympathie qui est présente et qui les empêche de faire leur travail. Bien que le terme *sympathie* n'ait pas été mentionné par toutes, plus d'une y a fait allusion :

Pascale : « Faut qu'on soit capable de se détacher des patients (...) car (...) si tu ressentais à 100% leurs émotions, (...) tu ne serais pas capable de séparer à la fin de la journée de travail (...) si tu ramenaient tous les problèmes chez-toi. » (p. 1)

Marlène : « Pis je ne pouvais pas non plus me dire : 'Mon Dieu, si c'était... si c'était mon enfant, tu sais, ça ne serait pas rendu de même ou ça serait...' Alors en quelque part, il fallait... il fallait que tu prennes tes distances. » (p. 4)

Alicia : « On veut pas avoir une sorte d'empathie exagérée qui va... aller à l'encontre de nos soins! » (p. 1)

Il a également été mentionné que l'infirmière doit *comprendre* les sentiments du patient, non pas les *ressentir*.

Anaïs : « Tu ne vas pas être triste pour ton patient (*silence*). Parce que si tu es (*rires*) triste pour tous tes patients, (...) tu ne vas pas être capable de faire ton travail, et ça va... te gêner dans... dans tes émotions, ou à la maison. Tu dois laisser ça au travail. » (p. 1)

Cette répondante ajoute que la frontière est parfois mince entre l'empathie et la sympathie :

« C'est plus difficile d'être empathique et non sympathique. Si tu as vécu la même situation, alors là, tu te retrouves souvent à (...) reculer, à qu'est-ce que toi tu ressentais » (p. 1)

Danielle utilise le terme *sympathie* pour exprimer le défi qui consiste à bien doser l'intensité d'empathie exprimée :

« Trop d'empathie, c'est peut-être à cause que quand il y a vraiment beaucoup d'empathie, ça... ça court le risque de devenir de la sympathie! » (p. 7)

Ce débordement d'empathie peut avoir des conséquences néfastes pour le patient, comme l'indique Marlène :

« Il ne faut pas que ça devienne une dépendance non plus, là, tu sais... Que ça soit (...) unique; cette personne-là TE fait confiance puis elle ne fait pas confiance à personne d'autre... là, tu ne rends pas service à ce moment-là! » (p. 4)

Deux autres répondantes mentionnent que l'empathie qu'elles ont démontrée envers les patients était parfois mal perçue par les autres infirmières. Selon une participante, certaines infirmières l'interprétaient comme du favoritisme envers un patient plutôt qu'un autre. Pour Noémie, certaines infirmières jugeaient parfois superflu les efforts qu'elle déployait pour certains patients :

« Je me suis aussi heurtée à des difficultés... parce que parfois, on essaye de donner le maximum, mais ce n'est pas toujours bien perçu, parce que l'autre personne risque de dire 'mais pourquoi lui tu lui as donné du mal? (...) Non, mais elle (ne mérite pas que tu) ailles au-delà de ce (que tu es) en train de faire!' » (p. 8)

Non seulement les participantes pouvaient relater des situations où l'empathie était trop présente, mais elles pouvaient également se remémorer des situations où l'empathie faisait défaut. C'est le cas notamment de Danielle, qui relate l'histoire de son patient en isolation souffrant de multiples problèmes de santé :

« Quand il (le patient) lui était assigné, (l'infirmier disait) 'ha non! J'ai monsieur Untel encore!' Bien, ce n'est pas comme ça que tu devrais (penser)... » (p. 6)

Anaïs se souvient de certains types de patients traités dans son milieu de préceptorat. Lorsqu'il lui a été demandé si elle avait la capacité d'avoir de l'empathie de façon identique avec tous les patients, elle déclare :

« J'aimerais dire oui, mais la réalité c'est que c'est non. » (p. 3)

En revanche, pour certaines répondantes, le travail d'une infirmière serait incomplet sans empathie. Selon Alicia, la relation patient-infirmière en souffrirait :

« Si je ne peux pas me mettre à la place de l'autre ou de comprendre la personne, je trouve que mon travail aurait des lacunes (...). Je ne pourrais pas bien faire mon travail. » (p. 1)

5.1.1. L'importance de l'empathie pour l'infirmière

Quelques participantes soulèvent que la récompense du travail comme infirmière auxiliaire ne se situe pas seulement dans la rémunération, mais aussi dans la satisfaction du travail accompli. Le témoignage de Béatrice démontre bien sa vision quant au bien-fondé de l'empathie en soins infirmiers :

« Qu'on soit infirmière auxiliaire ou infirmière autorisée, (...) c'est un métier qui demande de l'empathie, qui demande de travailler non pas pour l'argent, mais pour le bien-être des patients. » (p. 8)

L'autre thème évoqué à maintes reprises dans les entrevues est *se sentir bien*. Selon certaines répondantes, démontrer de l'empathie conduit à un sens du devoir accompli, une fierté, et une satisfaction personnelle. Le ton de voix employé par les participantes et leur sourire, illuminant leur visage, témoignent de cette fierté que le texte seul ne saurait adéquatement refléter :

Noémie : « quand on démontre de l'empathie à un patient... et il... et il nous rend un sourire, il nous dit merci... on se sent bien! (...) Mais... le sourire d'un patient qui nous dit sincèrement, merci... ah c'est... ça illumine votre journée, en fait... oui! (rires) » (p. 8)

5.1.2. L'importance de l'empathie pour le patient

Les participantes ont été interrogées sur les bienfaits de l'empathie pour le patient. Selon certaines d'entre elles, l'empathie de l'infirmière envers son patient contribue à la guérison de celui-ci, comme l'explique Karen :

« La guérison ça commence par la paix! C'est psychologique! Donc le fait d'écouter une personne, ça fait sentir bien! » (p. 2)

D'autres soulignent les bienfaits de l'empathie quant au sentiment chez le patient de se sentir important pour l'infirmière. Les deux prochains témoignages, le premier d'Anaïs et le second de Noémie, appuient la nécessité pour l'infirmière d'être à l'écoute de son patient :

« Ça peut faire une grosse différence si tu vois que ton infirmière est humaine (*rires*) au lieu d'être un robot qui court partout. » (p. 6)

« Juste le fait de savoir qu'on les écoute... et qu'on comprend ce qu'ils vivent... c'est mieux... que tous les médicaments du monde. » (p. 4)

Le lien de confiance entre le patient et l'infirmière semble être l'un des effets les plus notables de l'empathie. Cette confiance mutuelle est importante pour l'une des répondantes qui a effectué son stage de préceptorat en santé mentale et qui a côtoyé des patients souffrant notamment de psychose et d'hallucinations. Celle-ci indique que les patients rencontrés lors de ce stage étaient parfois méfiants devant les infirmières qu'ils croisaient pour la première fois. Ainsi, l'empathie est définie par cette participante comme la capacité de l'infirmière à considérer le problème du patient comme étant réel, et elle permet d'établir un lien de confiance avec le patient. Toujours selon cette répondante, puisque la confiance est à la base de la relation thérapeutique et qu'elle permet au patient de s'ouvrir à l'infirmière, celle-ci peut aider son patient à cheminer. Claudine corrobore ces propos en affirmant :

« Si tu n'as pas un lien de confiance établi avec ton patient, tu ne l'aideras pas. Tu as beau lui donner tous ses médicaments, tu as beau lui donner tous ses soins, si tu ne le fais pas avec (...) empathie, ton patient... il n'aura aucune confiance en toi. » (p. 2)

De surcroît, Patricia mentionne que sans cette relation avec l'infirmière, le patient peut ultimement en souffrir :

« Mais vraiment, (...) si le patient n'a (...) pas une bonne relation avec l'infirmière, il ne sera pas vraiment content! Puis ça peut affecter plein de choses dans sa vie. » (p. 5)

Pour une autre participante, grâce à l'empathie, le patient est en mesure d'apprécier davantage son infirmière, de développer un lien avec elle pour ultimement lui confier ses problèmes et lui laisser effectuer davantage de techniques de soins.

Les familles des patients bénéficient également de l'empathie exprimée par l'infirmière. En effet, les participantes ont soulevé à quelques reprises le développement d'un lien plus fort avec la famille des patients. Ce lien plus fort, en l'occurrence, le lien de confiance, permet aux infirmières auxiliaires de se sentir valorisées dans leur rôle. D'ailleurs, Karen relate l'histoire de sa patiente en fin de vie, dont la famille a été très touchée par l'empathie exprimée par la participante. Ces paroles de remerciements inattendues ont grandement étonné la participante, puisqu'à son avis, elle n'accomplissait que son travail :

« Sa famille était là! (...) J'ai passé vraiment mon temps là à prendre soin de leur mère... à écouter, même si elle ne parlait pas! (...) Et puis quand leur famille voyait ça, ils étaient vraiment fiers parce qu'ils n'avaient vraiment pas le temps de le faire! (...) Mais ça les a vraiment touchés... et puis même à la fin, ils sont venus pour me remercier! (...) Personnellement, je dis 'Je n'ai même pas parlé, je n'ai rien fait!' Mais c'était juste... le fait de rester à son chevet pendant mes temps libres... quand je finissais (...) je venais juste pour un cinq minutes, voir si elle était confortable! Voir si elle relaxait, au moins! » (p. 4)

Tout compte fait, l'expression de l'empathie permet au patient et à sa famille de se sentir en confiance, de développer un lien plus fort avec l'infirmière auxiliaire et parfois même d'avoir une influence sur la guérison.

5.1.3. L'empathie et les techniques de soins

L'importance de l'empathie dans les soins infirmiers fut sans équivoque pour les participantes. Toutes affirment que l'empathie prend une grande place dans les soins aux patients et qu'elle procure de grands avantages, tant à elles-mêmes, qu'aux patients et à leur famille. Or, les avis sont partagés quant à l'importance accordée aux techniques de soins, par opposition à la

portée de l'empathie. En fait, pour certaines répondantes, l'empathie est une tâche complémentaire aux techniques de soins, et nécessite de l'effort et du temps de la part de l'infirmière. Malgré cela, plusieurs participantes affirment que l'empathie a priorité sur les techniques de soins, alors que la majorité déclare que les deux se situent sur le même pied d'égalité. Une seule participante affirme que les techniques de soins ont une plus grande valeur que l'empathie.

Deux répondantes indiquent que l'empathie dans les soins aux patients a une plus grande portée que les techniques de soins. Il importe toutefois de nuancer que ces deux participantes considèrent les techniques de soins comme essentielles, mais évoquent le fait que celles-ci sont incomplètes sans l'empathie. Pascale affirme :

« Je trouve... parler c'est mieux! Car s'il y a quelque chose de plus sérieux qui arrive, ils vont avoir plus de confiance en toi pour te laisser faire quelque chose qu'ils ne laisseraient pas les autres faire! » (p. 8)

Plusieurs participantes expriment le fait que les techniques de soins et l'empathie sont équivalentes en ce qui a trait à leur importance dans les soins aux patients. D'ailleurs, trouver un équilibre entre les techniques de soins et l'empathie semble être ce que visent les participantes. Toutefois, cela ne paraît pas aussi facile à faire. En effet, plusieurs répondantes affirment qu'il est crucial de trouver le temps de démontrer de l'empathie au patient, tout en faisant ses soins physiques, comme l'indique Pascale :

« Il faut que tu sois capable de leur parler en même temps que tu fais les soins! Donc tu fais ton évaluation, leur demander 'ha, comment a été ta soirée...' en même temps que tu fais les soins. Faut que tu sois capable de (...) ... pas balancer, mais plutôt faire les deux en même temps. » (p. 8)

Karen, quant à elle, aborde le thème de la *complémentarité* :

« Puisque vous donnez des soins à la personne, mais si vous trouvez que la personne est frustrée ou parfois... vous donnez des soins à la personne! Mais si la personne cherche autre chose à part les soins (...) Si vous ajoutez en plus l'empathie, vous

avez le temps d'écouter la personne, ça ajoute! Donc, c'est comme si ça fait une complémentarité entre les deux! » (p. 2)

D'autres répondantes affirment que l'empathie peut se démontrer pendant n'importe quels soins, allant de l'administration des médicaments, aux soins de base, comme en témoignent

Noémie et Danielle :

« Donner un médicament (...) avec de l'empathie, c'est (...) plus humain que de juste donner un médicament. (...) Parce que quand on donne un médicament, on est empathique. On explique le médicament. On explique l'effet que ça fait! On explique aussi au patient... l'impact du médicament sur la maladie que cette personne a déjà. Ça donne vraiment un plus pour sa santé, en fait! » (p. 2)

« Si tu fais juste le côté clinique, oui, tu lui donnes les soins, mais une partie des soins, c'est comme être empathique, là, pendant que tu fais les soins » (p. 11)

Bien que la majorité s'entende pour dire que les techniques de soins et les soins de *caring* soient d'importance équivalente, Patricia se montre réaliste :

« C'est aussi important, mais souvent on le néglige. On concentre vraiment plus sur les soins, puis on se dépêche, puis on est moins attentifs aux besoins émotionnels ou psychologiques du patient. » (p. 5)

Anaïs corrobore les propos précédents en affirmant sincèrement que les techniques de soins sont plus importantes que l'empathie. À quelques reprises pendant l'entretien, elle mentionne sa vision des choses :

« Tu veux avoir tous les bons soins, tes médicaments avant, et ensuite si tu as le temps, tu pourrais montrer de l'empathie, parler avec le patient de ses émotions (...) Mais les soins... ça vient d'avance. » (p. 2)

« Tu veux être là pour faire tes soins et selon les cas, s'il y a quelqu'un qui passe à travers quelque chose de difficile, tu vas montrer de l'empathie. » (p. 7)

Or, lorsque cette même participante explique les effets de l'empathie, elle est clairement en accord avec celle-ci dans les soins infirmiers et est consciente de l'importance que cela peut procurer au patient :

« Je trouve que ça leur fait une meilleure expérience à l'hôpital (...) Au lieu que tu te sentes juste comme un autre patient, un autre numéro (...), parfois tu veux quelqu'un qui te montre un peu d'empathie. (...) Ça lui permet de guérir émotionnellement (*silence*). » (p. 6)

Anaïs n'est pas la seule à relever l'ambiguïté qui subsiste quant à la priorité d'importance en soins infirmiers, soit l'empathie ou les techniques de soins. À quelques reprises pendant les entrevues, il était apparent de percevoir un penchant vers les techniques de soins, même si les répondantes avaient précédemment affirmé que les deux étaient équivalents. C'est entre autres le cas d'Alicia, qui indique que sans empathie, son travail ne serait pas entier. Toutefois, elle mentionne également le fait que l'empathie ne devrait pas prendre trop de place, car l'infirmière risque de ne pas avoir de temps pour effectuer ses soins. Bien que Pascale affirme que l'empathie soit plus importante que les techniques de soins, on peut déceler une ambivalence lorsqu'elle affirme qu'elle trouve difficile de ne pas pouvoir s'asseoir avec un patient dans le besoin, de peur de prendre du retard dans ses médicaments.

Pour sa part, Marlène relate une situation où la patiente admise ne nécessitait pas de soins physiques, mais seulement une observation de ses comportements. Elle dit :

« J'avais demandé à ma préceptrice : 'qu'est-ce que... (...) on n'a pas de soins à donner, là! Qu'est-ce qu'on fait?' » (p. 2)

Dans l'exemple précédent, on peut croire que la participante était un peu déroutée de n'avoir aucune technique de soins à faire, alors que ses autres patients en nécessitaient.

Résumé analytique

Les participantes sont unanimes à dire que l'empathie occupe une place notable en soins infirmiers. Toutefois, il est important de respecter l'aspect professionnel de l'empathie afin de ne pas la confondre avec la sympathie. Les participantes considèrent que l'empathie procure des bienfaits à la fois pour l'infirmière et pour les patients et leur famille, et que la relation

thérapeutique d'en est qu'améliorée. Or, pour plusieurs répondantes, il est ardu de déterminer la priorité entre les techniques de soins et l'empathie. En effet, les témoignages présentent des résultats divergents : pour certaines participantes, les techniques de soins et l'empathie sont complémentaires et équivalentes, alors que pour d'autres, une des composantes a préséance sur l'autre. Malgré cette ambivalence, l'importance de l'empathie fut sans équivoque pour les répondantes.

5.2. Les facteurs limitant et favorisant l'expression de l'empathie

Dans le milieu de soins infirmiers, l'expression de l'empathie n'est pas toujours évidente, car plusieurs facteurs font obstacles à l'expression de l'empathie. Ces facteurs sont quelques fois en lien avec l'infirmière, notamment le manque de temps et le niveau de compétence, alors que d'autres sont en lien avec le patient et son observance du traitement. À l'inverse, certains facteurs contribuent à l'expression de l'empathie chez l'étudiante, tels que la familiarité avec l'unité de soins, ainsi que les acquis antérieurs.

5.2.1. Les facteurs limitant l'empathie en lien avec l'infirmière

Selon la majorité des répondantes, le principal facteur faisant obstacle à l'empathie, est le fait de porter un jugement sur la personne. En effet, Marlène témoigne de cet aspect en indiquant qu'elle devait prendre conscience de ses propres valeurs en premier lieu :

« Tu sais, il fallait que je ravale un petit peu pour que justement... ne pas juger. » (p. 1)

Danielle émet son opinion sur le sujet :

« Le jugement sur la personne n'a pas vraiment affaire dans le nursing, pis ça a souvent un effet sur le niveau de l'empathie clinique que l'infirmière va avoir sur l'autre personne. » (p. 12)

Béatrice fut la seule à indiquer qu'un manque d'empathie de sa part venait du fait qu'elle se fiait trop sur le diagnostic médical du patient, alors qu'elle aurait dû regarder le patient et ses symptômes comme une entité :

« Je me fiais (...) au diagnostic médical. Les trois premiers jours (...) je n'ai pas fait grand-chose pour lui. Je n'ai fait que lui donner les médicaments prescrits, mais au niveau du support psychoaffectif (...) j'ai manqué le but. J'ai manqué vraiment d'empathie à ce niveau.» (p. 4)

Les participantes étaient parfois soumises à des contraintes qui faisaient obstacles à l'expression de l'empathie. D'ailleurs, la plupart des participantes s'accordent à dire que le temps est l'une des contraintes imposées en milieu de stage qui limite le plus l'expression d'empathie. L'administration des médicaments et l'exécution des techniques de soins sont tributaires de ce facteur temps. Comme en témoignent Stéphanie et Pascale, ces contraintes les forcent parfois à délaisser le patient en besoin :

« Il arrive des moments, quand même, quand on est submergé par le travail... Submergé par le travail... Tu peux pas tout... tout faire en même temps et tout de suite! » (p. 4)

« Chaque fois que tu voyais quelque chose de qui n'allait pas, il fallait que tu leur demandes ce qui n'allait pas. Il fallait que tu leur demandes, mais tu n'avais pas le temps de passer 20 minutes. Tu avais littéralement juste le temps pendant que tu faisais les signes vitaux... leur demander... ce qui se passait de mal! Si tu passais plus de temps que ça, tu étais en retard pour tes médicaments... pour les autres patients. Donc là, il fallait que tu reviennes plus tard! » (p. 7)

À l'inverse, Noémie prenait avantage du temps qu'elle avait comme étudiante pour démontrer de l'empathie :

« J'étais... moi j'étais étudiante, mais j'avais quand même assez de temps, vous voyez! J'avais même moins de pression que quelqu'un qui... qui soutient son équipe et qui contient sa licence... vous voyez! Alors j'ai pris mon temps, j'ai lavé ses dents, j'ai donné... un bain... complet, j'ai... j'ai changé... j'ai arrangé ses cheveux, j'ai l'impression qu'elle s'est sentie bien! » (p. 5)

Non seulement la charge de travail constitue une contrainte, mais également une difficulté dans le milieu de soins. Marlène déplore que le nombre de patients ait un impact sur les soins administrés.

« Ce n'était pas LA seule patiente! Huit patients (...) faut que tu t'occupes en même temps, heu... On lui a donné le temps qu'on pouvait! (...) C'est certain qu'avec une charge plus complète (l'empathie) peut être affectée, parce que tu essaies de faire plusieurs choses! Donc, tu accordes moins de temps à chaque patient. » (p. 3)

Alicia mentionne que l'organisation de l'infirmière, jumelée aux imprévus du milieu, donnent lieu à une incidence négative sur l'expression de l'empathie :

« Son organisation! Parce que ça se peut qu'on n'a pas une grosse charge de travail pour la journée, ou des choses qui s'ajoutent, ou une admission... mais que... puisqu'on est mal organisée, on n'a pas le temps parce qu'on se dépêche tout le temps! » (p. 6)

Or, lorsque questionnée si le temps était une contrainte à l'expression de l'empathie, Danielle affirme :

« Je pense que si t'en fait partie de ta routine, bien t'as pas besoin de te demander si tu as le temps de le faire. Tu le fais. » (p. 10)

Ces citations, parfois contradictoires, apportent tout de même des exemples des effets des contraintes de temps sur la qualité de l'expression de l'empathie chez les étudiantes. Encore une fois, ces témoignages démontrent la difficulté de démontrer de l'empathie, en raison des contraintes qui pèsent sur les étudiantes en stage de préceptorat.

Plusieurs exemples relatés par les participantes témoignent de leur niveau de compétence novice. D'ailleurs, certaines en font clairement mention, alors que pour d'autres, les propos à ce sujet sont plus subtils.

Quelques participantes mentionnent que la nouveauté du milieu, du rôle et des responsabilités influencent l'expression de l'empathie. Claudine affirme que l'un des obstacles à

l'expression de l'empathie est le fait qu'elle ne connaissait pas le milieu dans lequel elle faisait son stage de préceptorat :

« Il est certain qu'au début, j'étais moins à l'aise, car je ne connaissais pas l'environnement, je ne savais pas où était le matériel, je ne connaissais pas le... les employés (...) je n'étais jamais allée sur cette étage-là non plus. » (p. 2)

La nouveauté du rôle infirmier semble parfois créer de la confusion chez les répondantes.

Karen : « Surtout l'expérience qui est encore... Au début, vous ne savez pas comment, heu... » (p. 3)

Pascale : « Puis c'est probablement ça qui nous séparait, moi et ma préceptrice. C'est que... elle, puisque ça faisait environ 20 ans... plus de 20 ans qu'elle était dans le domaine, c'est que... elle a été capable de déjà se séparer... Moi je ne suis pas encore là! Je suis encore trop nouvelle! » (p. 7)

De par sa nouveauté dans le domaine des soins infirmiers, Pascale se sentait un peu perplexe quant à la meilleure façon de démontrer de l'empathie à sa patiente, malgré les recommandations de sa préceptrice :

« Un moment où j'aurais pu être plus... empathique avec un patient, mais je ne pouvais pas! La dame était anxieuse (...) Mais puisqu'elle était tellement anxieuse, elle refusait d'aller à salle de bain... toute seule! Elle refusait de faire ça! Donc moi j l'assistais, je voulais l'aider! Mais mon infirmière (...) disait quelque chose comme : 'non... si tu l'aides... elle va retourner chez elle! Elle ne va pas savoir quoi faire, à car on ne l'a pas poussée! Faut que tu sois capable d'être plus stricte avec elle!' Donc tu vois... moi je montrais de l'empathie, elle, elle fonçait! » (p. 8)

Noémie, quant à elle, s'est dite heurtée par les paroles et les comportements du patient, alors que sa préceptrice l'a rassurée :

« Vous voyez que là, (...) ça... ça donne un coup, hein! Même si on veut être... empathique... eh... Mais à la fin, je pense qu'il (le patient) a compris que... jji... je voulais juste l'aider! (...) Mais je... le seul... le seul fait que je pense que... il a compris que moi je voulais juste l'aider, c'est ça qui me rassurait un peu! Et mon prof qui m'a dit : (...) 'bien là écoute, lui là, il se plaint de tout le monde! Dans la chambre là, moi je n'y vais même plus!' Je lui ai dit : 'ah ok!' (*rires*) » (p. 10)

Les propos relatés précédemment portent à croire que les participantes savaient ce qu'elles *devaient* faire pour démontrer de l'empathie. Par ailleurs, elles rencontraient des obstacles, entre autres leur manque de familiarité avec le milieu des soins infirmiers qui les empêchaient de démontrer cette empathie.

5.2.2. Les facteurs limitant l'empathie en lien avec le patient

Lors des entrevues, plusieurs participantes ont mentionné la problématique de la cloche d'appel. En effet, cet élément peut être un facteur du manque d'empathie. Ces trois extraits en font foi.

Noémie : « J'ai eu un patient, on s'entendait bien au départ, mais... comme il a vu que j'étais toujours disponible, il en a abusé un peu, hein! (...) Il sonnait à chaque... parce qu'il sait que je vais venir! (...) Un moment, je commençais à en avoir un peu marre. » (p. 7)

Pascale : « Il abusait! Où il appelait à chaque 15 minutes pour la même affaire! On dirait que tu veux être moins autour de ces personnes-là. » (p. 2)

Anaïs : « Un autre monsieur sans-abris. Il était saoul, drogué, donc... après, il me demandait à chaque cinq minutes, il sonnait la cloche (...) à la fin aussi j... je manquais un peu de patience (*rires*). Pas que j'... je ne l'ai montré, mais... lorsqu'il disait merci, c'était (*silence*) ok. Ce n'était pas aussi gratifiant qu'avant. » (p. 6)

Avec une pointe d'humour, Danielle résume bien le sentiment éprouvé lorsque la cloche d'appel est utilisée à maintes reprises :

« C'est sûr que... la clochette, tu te dis des fois 'ok, là! (*rires*) Ce n'est pas un hôtel! » (p. 11)

D'autres répondantes trouvent ardu de maintenir un niveau d'empathie avec un patient souffrant de démence qui pose sans cesse les mêmes questions. Selon elles, il est possible de démontrer de l'empathie au début, mais plus le patient revient à la charge avec les mêmes interrogations, plus le niveau d'empathie diminue. Les deux citations suivantes, la première d'Alicia et la deuxième d'Anaïs, reflètent bien cette difficulté :

« Après quelques fois qu'il vient me voir, je lui dis : 'ok, c'est assez, là...' Tu sais, dans ma tête, je lui dis 'j'ai d'autres résidents, là! Il faut que j'aille donner mes pilules!' (*rires*) » (p. 5)

« C'est arrivé une fois, (la patiente) est venue 50 fois au poste un matin pour me demander d'appeler sa fille, parce qu'elle oubliait tout le temps. Par la... 49^e fois, c'était plutôt juste 'non!', parce que j'étais très occupée (...). Quand tu as mille et une autres choses à faire, ça revient toujours à la même chose. » (p. 3)

Le comportement des patients peut également influencer la manifestation d'empathie. Les patients agités, ceux qui présentent un comportement imprévisible, et ceux qui rendent l'étudiante inconfortable ne sont que quelques exemples de types de patients que les participantes évitent, et pour lesquels elles éprouvent moins d'empathie. Selon elles, le comportement difficile de ces patients fait en sorte que les soins sont administrés rapidement et que la communication avec ceux-ci est réduite au minimum. Les témoignages suivants font état de cet évitement :

Karen : « J'ai évité d'y aller... (...) Je ne savais pas comment la personne pouvait réagir puisqu'elle était tout le temps agitée, alors j'ai tout fait de mon mieux pour essayer de ne pas entrer dans la chambre. » (p. 4)

Noémie : « Ha, j'ai eu une patiente (...). Elle m'aimait tellement que... elle me rendait très mal à l'aise! Oui, elle me rendait très mal à l'aise (...) Et moi après ça, j'ai eu comme, heu... Comme une peur en fait... Faut aller vers la dame! (...) Vous voyez, c'est une patiente qui, heu... qui souffrait, mais, peut-être la façon de s'exprimer n'était pas la meilleure! (...) J'avais la difficulté à devoir me rendre dans sa chambre toute seule! » (p. 6)

Pascale : « Moi j'ai sûrement de l'empathie pour quelqu'un qui le mérite, qui ne va pas être méchant avec moi, qui ne va pas me maltraiter. (...) Par exemple, avoir un patient qui est bête avec moi! Je vais avoir moins d'empathie pour eux que pour les personnes que je vois qui veulent continuer à vivre. » (p. 1)

Anaïs est la seule répondante à mentionner que les itinérants provoquaient une limitation dans le témoignage d'empathie des infirmières, mais également de la sienne, et ce, pour diverses raisons. Elle raconte :

« En stage, il y en avait, c'étaient des sans-abris, donc je voyais du monde qui démontrait beaucoup moins d'empathie. Juste dans la manière de leur parler, les réveiller (...) Je pense que j... je suis restée polie avec eux, mais je ne suis pas restée à leur chevet pour écouter parler de leurs émotions (*rires*). (...) Il y en avait qui étaient saouls, mentalement, ils n'étaient pas toute là, je me suis pas attardée avec eux. » (p. 3)

Pour Noémie, la méfiance du patient au regard de sa compétence peut limiter l'empathie :

« Il était 'ha, est-ce que tu connais ce que tu es en train de dire?' (...) Ça donne un coup, hein? Même si on veut être empathique... » (p. 10)

Quelques répondantes expriment qu'un patient qui n'est pas intéressé par les soins prodigués peut également nuire à leur expression d'empathie, comme en témoigne Patricia :

« C'est sûr il y a des personnes... peut-être qui ne sont pas intéressées (...) elles ne veulent juste pas être là! Pis elles ne veulent rien savoir de personne... Donc, c'était un peu difficile d'être empathique dans ce moment-là! » (p. 3)

En outre, certaines répondantes ont mentionné le fait qu'elles ont de la difficulté à démontrer de l'empathie lorsque le patient ne semble pas coopératif à vouloir améliorer son état de santé. Que ce soit en n'observant pas les instructions postopératoires, ou bien en refusant de suivre le plan de traitement établi, les patients qui démontrent ce type de comportement affectent l'empathie des participantes, notamment celle de Danielle, qui témoigne :

« Si on vous dit qu'il faut faire vos exercices, et que vous les faites, ou que vous les... vous les faites à moitié, ou... tu sais? Il y a des patients qui disaient 'ha, non, ça ne me tente pas!' ou 'ha non, ça va faire mal!' (...) je trouvais ça un petit peu plus difficile quand ils se plaignent de douleur ou de rigidité, quand ils ne font pas leur exercice. Puis je le sais! Puis je m'offre à faire les exercices avec eux puis m'assois avec eux puis leur montrer encore comment les faire et tout ça, puis ils ne veulent pas. Ça je trouvais ça frustrant. (...) Des fois ça m'amenait peut-être à avoir un petit

peu moins d'empathie envers... ce qu'ils vivaient, parce que je me disais 'tu peux t'aider, puis tu refuses de t'aider'. » (p. 9)

5.2.3. Les facteurs favorisant l'expression de l'empathie

Même si les facteurs faisant obstacles à l'empathie étaient plus faciles à énumérer, les participantes ont tout de même évoqué plusieurs facteurs qui contribuent à l'expression de l'empathie. Parmi ceux-ci, on retrouve les éléments physiques reliés au milieu de travail, tels que la familiarité avec la routine de l'unité de soins et de la disposition du matériel de travail. Les connaissances acquises semblent également être un facteur déterminant selon quelques participantes. Danielle explique :

« Puis... je pense que... connaître ce qui se passe... Comme par exemple le Crohn's. C'est une maladie chronique (...) Mais quand tu as un patient que... qui en souffre, bien tu réalises qu'à tous les jours, il passe au travers de ça. Puis avec le... les connaissances physiques qu'on a, je pense que ça m'a aidée à développer encore plus d'empathie envers les patients. » (p. 4)

Parmi les autres facteurs, l'organisation de la journée de stage a été citée par les répondantes. Selon elles, avoir une bonne organisation de son temps favoriserait l'expression de l'empathie. C'est d'ailleurs ce qu'Alicia et Danielle relatent :

« Mais si on s'organise bien, moi je ne trouverais pas pourquoi je n'aurais pas le temps de m'asseoir 5 minutes... ou 10 minutes avec ma (patiente). » (p. 6)

« Donc j'avais peut-être pas le temps de toujours prendre une demi-heure pour m'asseoir avec eux, mais je faisais quand même... je m'assure de me prendre au moins 5-10 minutes, m'asseoir avec eux, voir comment ça va, s'ils ont des questions, quelque chose... » (p. 10)

Cette coïncidence dans la complémentarité des propos précédents est d'autant plus frappante que ces deux participantes ont effectué leur préceptorat dans des milieux bien différents l'une de l'autre. D'autres motivations intrinsèques sont ressorties dans les réponses des participantes. En effet, selon certaines, le souci de bien faire les choses, la volonté d'aider une personne dans le besoin et l'attachement que certaines répondantes ont au regard de leur patient

favorisent leurs sentiments empathiques. Alicia explique que sa personnalité y est pour quelque chose :

« Je suis proche des gens! Alors (...) j'aime les gens! Puis s'il y a quelque chose qui arrive, je ne me sens pas (...) désintéressée à ce qui arrive parce que ça aurait pu m'arriver aussi! » (p. 8)

Quant à Patricia, lorsque la chercheuse lui a demandé de spécifier ce qui caractérisait une infirmière habile à démontrer de l'empathie, elle hésite un moment avant d'expliquer que l'empathie peut être démontrée lorsque l'infirmière est *confortable* :

« Je suis sûre qu'il y a des personnes qui se sentent plus confortables pour être empathiques. Puis si tu te sens plus confortable (...) il y a des bonnes chances que tu sois meilleure à être empathique. Tu l'as juste plus facilement! Tu sais vraiment... quoi dire au bon moment! » (p. 4)

Noémie témoigne d'une situation vécue en préceptorat qui l'a beaucoup marquée. Elle relate l'histoire d'une patiente qui avait assurément besoin de soins corporels. Selon elle, les motivations qui l'ont poussée à exprimer de l'empathie chez cette patiente étaient purement intrinsèques :

« J'ai senti comme une souffrance chez elle! J'ai senti, elle souffrait énormément! (...) Donc moi, j'essaie de me mettre à sa place, je me dis : 'qu'est-ce que je peux faire pour qu'elle se sente mieux?' C'était juste les soins de base que je lui ai donnés! Et je pense que... c'est de ça dont elle avait besoin... et de rien d'autre. » (p. 5)

Cette même répondante exprime que la détresse de la patiente, même subtile, favorise l'expression de l'empathie.

« J'ai ressenti comme si elle avait besoin de quelque chose qu'on n'arrivait pas à lui donner depuis qu'elle était là. » (p. 8)

À l'inverse, Alicia a dû porter secours à une dame dont l'appel à l'aide évident a amené la participante à démontrer de l'empathie :

« Cette madame-là était très anxieuse! Elle criait, elle pleurait! » (p. 3)

De son côté, Danielle soutient que la pitié n'a pas sa place en soins infirmiers :

« Tu veux pas prendre pitié du patient non plus. (...) ce n'est pas ça qu'on veut faire (...) les patients... ils ne font pas pitié. Ce n'est pas ça qui se passe. Ils passent à travers quelque chose de difficile, puis avec du support, on essaie de les faire passer à travers ça du mieux qu'on peut. Mais on n'est pas là pour prendre pitié d'eux. » (p. 7)

Or, elle relate l'histoire d'un patient seul dans sa chambre qui sonnait souvent la cloche d'appel. Son témoignage rappelle-t-il la pitié, ou tout simplement la capacité de se mettre à la place de l'autre?

« J'avais beaucoup d'empathie pour lui parce que je me disais : 'ce pauvre homme-là, il toujours tout seul, il n'a jamais de famille qui vient le voir, puis tout ce qu'il veut, c'est parler à quelqu'un. Tout ce qu'il veut, c'est avoir un contact de quelque sorte.' » (p. 5)

Tout compte fait, selon Danielle, il apparaît évident que la détresse de l'autre, ainsi que la satisfaction de venir en aide à une personne dans le besoin favorisent l'expression de l'empathie.

Résumé analytique

L'empathie n'est pas toujours facile à exprimer. À preuve, les participantes énumèrent le jugement sur la personne, le diagnostic médical, la contrainte de temps, les imprévus et la nouveauté du rôle infirmier comme étant des facteurs qui rendent difficiles l'expression de l'empathie. Qui plus est, certaines répondantes expriment que ses difficultés proviennent même parfois des comportements du patient. En effet, elles soulignent notamment l'utilisation répétée de la cloche d'appel, l'agitation et les comportements imprévisibles du patient, ainsi que son manque de coopération comme limitant l'expression de l'empathie. En revanche, les répondantes affirment que la familiarité du milieu de soins, l'organisation de la routine de soins, ou tout simplement le sentiment de devoir aider un patient sont des facteurs favorisant l'expression de l'empathie.

5.3. Le développement de l'empathie

Les données recueillies ne permettent pas de proposer une façon unique d'acquérir de l'empathie. En fait, la question n'a pas été formulée explicitement, alors peu de témoignages recueillis font état du développement de l'empathie. Quoi qu'il en soit, pour certaines répondantes, l'empathie est innée, alors que pour d'autres, elle se développe. Quelques participantes affirment que l'empathie est unique à chacune et qu'elle est influencée par divers éléments.

5.3.1. Le caractère inné de l'empathie

Pour quelques participantes, il est évident que l'empathie est une compétence innée, qui est tout simplement présente ou non, chez une personne, et ce, bien avant le premier contact avec des patients. Danielle et Alicia l'expriment ainsi :

« Je pense que c'est un peu la nature humaine de vouloir connecter avec l'autre personne, donc de vouloir essayer de comprendre ce qui se passe dans leur tête puis dans leur cœur. » (p. 3)

« Moi je trouve que... c'est soit que tu l'aies ou que tu ne l'aies pas! C'est vraiment ça! Parce qu'il y a des gens qui ne peuvent vraiment pas... démontrer de l'empathie! (...) Non! Il faut l'avoir! Il faut l'avoir! » (p. 8)

Pour cette dernière, l'empathie est une qualité qui doit se retrouver chez une infirmière.

Les deux prochaines citations d'Alicia et de Claudine témoignent de cette nécessité :

« Il faut l'avoir! (...) c'est pour ça que (...) personnellement, moi je suis dans cette profession-là. Je savais déjà avant d'entrer dans la profession, ce qu'était l'empathie! » (p. 8)

« Je trouve que pour être une bonne infirmière, il faut quand même que tu ailles ça dans toi. » (p. 4)

Lorsque l'empathie n'est pas innée, elle ne peut venir et s'exprimer de façon naturelle et a par conséquent, peu d'effets sur le patient, comme en témoigne Noémie :

« On peut essayer de l'être... parce qu'on essaie... on ne le transmet pas vraiment, c'est superflu. (...) Par contre, quand on le fait vraiment du fond du cœur, la personne le (...) ressent (...), que oui, cette personne-là veut vraiment m'aider! » (p. 8)

Karen relate que le caractère naturel de l'empathie innée, contrairement à celui de l'empathie apprise qui semble moins bien ancrée *dans le cœur* :

« Ce qu'on apprend, c'est parfois difficile, puisqu'on peut le faire, mais... un moment donné on va... défaillir... à ce qu'on fait! Mais quand c'est inné, c'est quelque chose qui vient du fond du cœur! Et c'est normal, c'est naturel pour la personne! Je trouve que quand c'est inné, c'est vraiment... mieux, puisque ça vient... du fond du cœur! Tu le fais du fond du cœur! Tu ne le fais pas juste pour dire que : non, c'est mon travail! » (p. 5)

Quelques participantes sont plus nuancées dans leurs propos et indiquent que le caractère inné dépend de la personne. Anaïs souligne d'ailleurs :

« Certaines personnes, je crois que c'est inné, elles viennent, sont très empathiques, heu... En général, il y en a d'autres qui doivent l'apprendre, j'imagine. » (p. 8)

Pour sa part, Danielle déclare que l'empathie est à la fois innée et apprise, mais qu'une formation serait bénéfique afin d'en améliorer l'expression :

« Je pense... un petit peu des deux (...). Mais je pense que c'est aussi quelque chose qu'on peut apprendre, qui peut se... se développer au fur et à mesure qu'on grandit. (...) Ça, je pense qu'on... on en a un petit peu pour commencer, mais je pense qu'il y a des gens parfois qui le perde, puis il y a des gens... chez qui ça se développe. » (p. 3)

Bien que seulement quelques répondantes affirment que l'empathie est une caractéristique innée, elles témoignent tout de même que l'empathie se traduit chez une personne par l'ouverture à l'autre et l'intérêt pour l'être humain, mais également par son choix de carrière comme infirmière auxiliaire.

5.3.2. Le caractère développemental de l'empathie

Presque la totalité des répondantes s'accorde à dire que l'empathie est une compétence qui peut s'apprendre. Ainsi, pour certaines participantes, l'apprentissage de l'empathie se fait partout, à tout moment de la vie et non seulement dans le contexte des soins infirmiers. Elles évoquent le fait que leur capacité à être empathique provient d'un apprentissage réalisé à la maison en côtoyant leurs parents et les membres de leur famille. En effet, il semble selon ces participantes que les valeurs familiales, telles l'entraide, le partage et le respect, favorisent l'apprentissage de l'empathie. Danielle rapporte la façon dont elle l'a apprise :

« Je pense que beaucoup de ma personnalité, qui inclut la façon dont je suis empathique envers mes patients, vient de mes parents (...). Je pense que ça m'a vraiment aidée à (...) voir comment (les autres) sont importants. Ce n'est pas juste à propos de nous. » (p. 3)

En revanche, une lacune au niveau de l'apprentissage de l'empathie à la maison mènerait à la difficulté d'exprimer de l'empathie une fois adulte :

Pascale : « Ça dépend aussi comment (les gens) se font éduquer. Il y a personnes pour qui la démonstration d'empathie, c'est mauvais. Donc... ils n'apprennent pas la bonne façon de le faire! » (p. 5)

Claudine : « C'est certain que, quelqu'un qui a eu un passé vraiment difficile, qui n'a pas eu d'empathie, mais que tout d'un coup il voit ce que c'est, puis qu'il veut faire ça lui aussi, ça s'apprend, c'est certain. » (p. 4)

Quelques propos des participantes reflètent une ambivalence quant aux fondements de l'empathie, soit que l'empathie serait une compétence individuelle à chacun, adaptée selon les circonstances. Autrement dit, la manifestation de l'empathie est variable selon le moment et la situation. L'empathie peut être ajustée selon les besoins et les réactions de la personne qui se trouve en face de nous. Pascale témoigne de ce caractère unique :

« Mais il y a tellement de façons de ... montrer de l'empathie, c'est que... ça dépend de la personne! Tout le monde est unique. Chaque personne démontre leur tristesse, leurs problèmes, d'une différente façon! Puis là c'est à l'infirmière... ou... la

personne, n'importe qui... n'importe qui peut démontrer de l'empathie, il faut être capable... de s'adapter... selon la personne! » (p. 11)

Béatrice réfléchit longuement avant d'enchaîner :

« L'empathie ça peut s'apprendre. (...) Ce n'est pas inné, mais individuel. Puisque la... la façon de manifester l'empathie, ça varie d'une personne à l'autre, et puis d'un moment à l'autre. (...) C'est vraiment individuel. Mais... ce n'est pas vraiment inné, mais je ne sais pas si c'est quelque chose (...) en général. Donc ça peut s'apprendre. » (p. 6)

Bien que l'empathie puisse être apprise, il demeure tout de même qu'elle n'est pas démontrée de façon uniforme et varie selon les circonstances.

Résumé analytique

Selon certaines participantes, l'empathie est une qualité innée qui se retrouve tout naturellement chez une personne. Ce caractère inné fait en sorte que les infirmières qui possèdent l'empathie ont une facilité naturelle d'interagir avec les patients. Toutefois, la majorité des participantes s'accorde à dire que l'empathie est une habileté qui s'apprend et se développe. Quelques participantes ont décrit l'importance de l'enseignement de l'empathie dans le but de l'améliorer. Pour certaines, l'apprentissage s'est effectué à la maison grâce aux valeurs familiales. Pour d'autres, comme nous allons le constater, l'apprentissage s'est surtout réalisé pendant la formation d'infirmière auxiliaire.

5.4. La place de l'empathie dans la formation

Le programme de soins infirmiers auxiliaires a contribué à l'apprentissage de l'empathie pour certaines participantes. Bien qu'elles ne mentionnent pas quels sont les cours qui ont favorisé cet apprentissage, il semblerait que l'ensemble des cours permet d'apprendre ce qu'est l'empathie. C'est d'ailleurs ce que mentionne Stéphanie :

« Avant d'entrer en santé, je ne savais pas quand être empathique. Oui, les cours m'ont aidée parce qu'on te dit qu'être empathique, c'est comme si... c'est toi qui vit la situation que vit ce patient-là » (p. 5)

Pour d'autres, le programme de soins infirmiers a contribué à modifier le type d'empathie qu'elles avaient. Danielle indique :

« J'avais de l'empathie pour les gens (mais les études ont) changé la sorte d'empathie, parce que j'avais de l'empathie pour les gens malades et tout (...). Mais, je n'étais pas nécessairement au courant d'exactly ce qui se passait dans (le) corps, du point de vue physique. » (p. 4)

Toutefois, les cours de soins infirmiers ne permettent pas toujours aux étudiantes de développer leur empathie. À titre d'exemple, une participante mentionne que son expérience de vie, jumelée à son expérience antérieure en soins de santé, lui ont permis d'acquérir l'empathie dont elle avait besoin, et que les cours en soins infirmiers n'ont rien changé à son niveau d'empathie. C'est également le cas pour Pascale :

« Ça fait mon troisième programme. (...) Donc quand je suis entrée en soins infirmiers, j'avais déjà pas mal tout vu! » (p. 6)

Anaïs relate que, même si les cours lui ont appris à être empathique, que cet apprentissage possède certaines limites :

« On avait mis juste assez (d'emphase). Parce que je me souviens qu'on avait mentionné l'empathie de... de montrer à la personne à... s'exprimer, l'écouter, mais... il n'y a pas plus d'em... d'emphase que tu peux mettre que ça. » (p. 9)

Cette même participante enchaîne en affirmant que les cours ne peuvent simuler le véritable milieu de stage, là où les patients souffrent réellement :

« Oui, tu peux jouer des jeux de rôle, heu... Monsieur, madame, comme on faisait en classe, mais c'est complètement différent quand c'est une réalité pour quelqu'un. (...) C'est différent quand ça arrive pour de vrai, quelqu'un devant toi. (...) C'est plus drôle, entre ses collègues! » (p. 8)

Le témoignage de Pascale renforce les propos précédents en démontrant que les efforts déployés par leur enseignantes pour leur apprendre l'empathie lors des cours ne permettent pas toujours d'atteindre les objectifs :

« En classe, je trouve que c'est ça que est difficile. (...) On nous apprend que... tu as le temps de t'asseoir avec un patient. Tu as le temps de leur... de leur... t'asseoir puis demander : 'comment est ta journée aujourd'hui?' (...) Mais (en stage), tu n'avais pas le temps. (...) Donc c'est ça que je trouvais difficile! » (p. 7)

Pour certaines répondantes, l'enseignement de l'empathie dans les cours de soins infirmiers s'est avéré constructif et pratique. Pour d'autres, les cours ne leur ont pas permis d'apprendre l'empathie, soit à cause du caractère simulé des mises en situation, soit à cause du manque de réalisme du milieu de travail représenté dans les cours.

5.4.1. L'apprentissage clinique

Il ne fait aucun doute que la préceptrice joue un rôle majeur dans l'apprentissage de l'empathie chez les étudiantes. En effet, lors de leur stage de préceptorat, plusieurs participantes se sont dites choyées d'avoir eu un bon modèle de rôle sur lequel s'inspirer pour intervenir dans les situations où l'empathie est essentielle.

L'observation de la préceptrice fut l'aspect de l'apprentissage le plus souvent mentionné par les participantes. Celles-ci examinaient avec attention les gestes posés, évaluaient le langage non verbal et prenaient en considération les paroles et le ton de voix employés par leur préceptrice lorsque celle-ci s'adressait aux patients. C'est notamment ce que mentionne Béatrice :

« J'observais comment elle (...) interviewait aussi ses patients, j'ai vu vraiment que, heu... j'ai appris d'elle, la façon de poser les questions aux patients, la façon de... (...) parler avec elle, avec les patients avec un sourire, c'est très, très significatif pour le patient. » (p. 7)

Même si le temps semble être un obstacle à l'expression de l'empathie, Anaïs et Karen sont agréablement surprises et fières de constater que leur préceptrice prenait le temps nécessaire avec leurs patients :

« Elle restait, elle écoutait les patients (...) les encourageait à continuer à parler (...) elle pouvait s'asseoir avec eux. » (p. 4)

« Ma préceptrice, je l'ai trouvée vraiment géniale! (...) elle était vraiment empathique puisqu'elle avait le temps... d'écouter ses patients! Elle avait vraiment ce temps-là d'écouter ses patients! Et elle était vraiment exceptionnelle à ça! Même si elle avait des tâches qui l'attendaient, elle préférait prendre son temps, écouter son patient, puisqu'elle sait que si elle ne prend pas ce temps-là, c'est plus tard qu'elle ne pourra le faire. » (p. 2)

En revanche, la préceptrice ne représente pas toujours un modèle de rôle empathique. D'une part, bien que toutes les participantes s'accordent à dire qu'elles avaient une bonne relation avec leur préceptrice, seule Danielle mentionne qu'elle a appris à être empathique, entre autres, grâce au mauvais exemple. En effet, elle relate une situation où un patient se sentait inconfortable, et indique que les paroles et la réaction de la préceptrice n'étaient pas du tout appropriées :

« Je sais que ce n'est définitivement pas ça que je veux faire. Ce n'est définitivement pas la réaction que JE veux avoir. » (p. 9)

D'autre part, certaines participantes ont fermement affirmé que leur préceptrice ne leur a rien appris au niveau de l'empathie. Pour ces répondantes qui détenaient déjà une expérience d'empathie, la préceptrice n'a pas contribué à cet apprentissage, comme c'est le cas d'Alicia :

« J'étais déjà arrivée avec ça! (...) Non... elle m'a aucunement montré à avoir de l'empathie avec les patients. J'avais déjà ça en dedans de moi! » (p. 8)

Pour Pascale, elle affirme qu'elle possédait davantage d'empathie que la préceptrice :

« Elle n'était pas comme moi! Elle était moins empathique. (...) Elle était vraiment fine avec les patients, mais des fois on dirait que moi, je démontrais plus d'empathie. » (p. 7)

Enfin, la préceptrice était parfois tout simplement plus axée sur les techniques de soins que sur la relation d'aide, comme c'était le cas pour la préceptrice de Patricia :

« Je ne trouve pas qu'(elle) m'a vraiment appris sur le côté (...) des relations (...) interprofessionnelles. C'était plus (...) technique ce qu'elle m'a montré. » (p. 2)

Somme toute, même si l'apprentissage de l'empathie n'est pas constant d'une participante à l'autre, il demeure tout de même qu'elles pouvaient manifestement se remémorer les comportements de leur préceptrice, et mesurer les effets que cette conduite a eus sur elles et sur les patients.

Le milieu de stage pouvait parfois ne pas convenir aux situations pour développer l'empathie. C'est notamment le cas d'une participante qui indique que son milieu de stage, soit la maternité, était particulièrement joyeux, et que par conséquent, elle soutient ne pas avoir vécu de situations propices à l'empathie. Parallèlement, Anaïs et Marlène, qui ont toutes deux effectué leur stage au même endroit, s'accordent à dire que celui-ci n'était pas propice à l'empathie :

« Parce que souvent, les personnes qui arrivaient là, elles avaient... bien, elles étaient malades, donc les infirmières aussi sont extrêmement occupées, j'avais vu... j'en ai vu... J'ai juste vu vraiment ma préceptrice montrer de l'empathie envers ses patients, la plupart des autres... Faisaient leurs soins, continuaient, et ensuite, n'avaient pas vraiment le temps de parler aux... aux familles, aux... À personne en tant que tel. » (p. 6)

« C'est sûr que... dans ce milieu-là, tu restais un petit peu sur ta faim dans le sens que tu ne sais pas où ça peut... comment ça finissait! » (p. 1)

De son côté, Marlène relate qu'elle pouvait tout de même prendre le temps pour ses patients :

« Oui, quand même t'avais l'temps de te consacrer à ces gens-là. » (p. 2)

À l'instar de l'exemple précédemment mentionné, la plupart des milieux de stages semblaient propices à l'apprentissage de l'empathie. D'ailleurs, l'une des participantes relate son expérience dans son milieu de stage en santé mentale. Elle indique qu'elle a apprécié

l'expérience, car c'est à cet endroit qu'elle a vraiment pu démontrer de l'empathie aux patients. Elle considère que l'empathie est importante, surtout pour les patients en santé mentale.

Béatrice indique que les stages effectués pendant le programme de soins infirmiers auxiliaires lui ont permis de développer son empathie :

« Les stages qu'on faisait (...) en médecine et chirurgie ont contribué beaucoup à faire grandir beaucoup plus mon empathie. » (p. 6)

Après réflexion, la majorité des participantes ont admis que les stages, particulièrement celui de préceptorat, ont eu une contribution certaine à l'apprentissage de l'empathie.

5.4.2. Effets de l'enseignement théorique et clinique sur le niveau d'empathie des étudiantes

Parmi les participantes qui ont indiqué que leur empathie avait augmenté soit pendant leur programme ou soit pendant leur stage de préceptorat, quelques-unes témoignent de l'effet de ce changement. La prochaine déclaration de Noémie témoigne d'une progression qui a certes marqué la participante de façon positive :

« Dans le programme, en fait, on ne voit pas l'impact qu'on aura sur la vie du patient. On ne voit vraiment pas. Ça, je pense qu'on ne le sait pas! Mais après, on se rend compte que... 'Oh mon Dieu!'... ces gens-là... on tient un peu leur vie entre nos mains. Du début à la fin, vous êtes comme... changée! Vous êtes complètement changée! » (p. 4)

D'autres répondantes expriment leur gratitude quant à l'empathie transmise par leur préceptrice. Elles évoquent des exemples qui démontrent bien que l'empathie témoignée par leur préceptrice leur a permis d'améliorer la communication avec les patients, les attitudes devant la maladie et la perception des soins infirmiers. En effet, plusieurs déclarent qu'elles se sont rendu compte, en observant leur préceptrice, que les soins infirmiers consistaient non seulement à exécuter des techniques de soins, mais surtout à manifester de l'empathie. D'ailleurs, Stéphanie

exprime cette gratitude en expliquant la façon dont sa préceptrice exprimait son empathie envers ses patients :

« Elle a fait quand même beaucoup de choses qui... moi... qu'elle ait... épaté... oui! (...) Donc, je trouve ça quand même euh... vraiment empathique, et puis... j'ai vraiment apprécié ça! C'est juste un exemple mais... (...) discuter avec la famille, expliquer, heu... le changement qu'il y a dans le... comportement des patients, je trouve ça vraiment (enrichissant)! » (p. 2)

Anaïs affirme pendant l'entrevue que l'empathie ne faisait pas partie de ses priorités comme étudiante en stage. Or, lorsqu'il lui a été demandé si sa préceptrice lui avait montré à être empathique, elle réalisait tout de même l'apprentissage que sa préceptrice lui a permis de constater :

« J'ai été chanceuse, ma préceptrice était super! Donc j'ai vraiment pu apprendre d'elle. » (p. 4)

5.4.3. L'évolution de l'apprentissage de l'empathie

Les 11 répondantes ne sont pas arrivées à un consensus en ce qui concerne l'évolution de leur empathie. Pour celles qui considèrent que leur niveau d'empathie a augmenté au cours du programme de soins auxiliaires, elles sont persuadées que leur empathie s'améliorera dans les années futures. Pour celles qui constatent que leur niveau d'empathie est demeuré inchangé, elles supposent qu'il demeurera ainsi.

La majorité des répondantes considèrent que leur empathie s'est transformée depuis le début de leur programme d'études en soins infirmiers auxiliaires. Les propos de Karen viennent corroborer ceux de plusieurs autres :

« Ça a augmenté, puisque j'ai vu... plusieurs cas, plusieurs personnes, plusieurs maladies (...) Ça a vraiment augmenté, puisque... l'expérience augmente beaucoup de choses! On voit des personnes qui sont seules, des personnes qui n'ont personne dans la vie, et puis... ça a beaucoup augmenté mon empathie... Incroyable pour ça! » (p. 5)

Or, Anaïs affirme que son niveau d'empathie a décliné depuis le début du programme. À l'inverse de Karen, elle évoque le fait que de voir les mêmes cas défiler les uns après les autres, l'incite à de moins en moins d'empathie :

« Au début, tu es plus affectée par tout ce que tu vois, parce que c'est tellement nouveau, mais après ça, plus t'en vois... tu deviens un peu... immunisée. » (p. 7)

Chez certaines participantes, leur niveau d'empathie est demeuré le même depuis le début du programme de soins infirmiers et ce, même si les interactions avec les patients se sont multipliées au cours des années. De plus, ces mêmes participantes présument que leur niveau d'empathie restera le même tout au cours de leur carrière. Les raisons évoquées pour cette stabilité sont : 1) l'empathie qui était déjà présente, même avant le début du programme, 2) l'expérience de vie et 3) l'atteinte d'un niveau d'empathie sécurisant pour les participantes. Les témoignages d'Alicia, de Marlène et de Danielle témoignent de ces raisons :

« Pour moi, ça va rester pareil! Il n'est pas question de diminuer sinon, je suis dans le mauvais (...) travail (...) Puis (...) si ça augmente, est-ce que ça va m'empêcher de faire mon travail correctement? Donc ça doit rester au même! J'ai toujours été comme ça... personnellement! Donc je vais toujours rester comme ça (...) jusqu'à la fin. » (p. 8)

« Moi je te dirais que (mon empathie est) restée pareille à cause de mon expérience de vie. » (p. 5)

« J'aimerais vraiment garder mon niveau d'empathie envers mes patients, parce que je pense que c'est très, très... vraiment très important, puis je pense que... ça fait partie de la relation que (...) moi j'ai avec mes patients, puis pour moi-même, pas juste pour eux, c'est important cette relation-là. » (p. 12)

Les participantes ont des avis partagés quant à l'augmentation de leur niveau d'empathie au cours des années à venir. Quelques-unes croient que leur niveau d'empathie s'améliorera avec le temps, à cause notamment de l'expérience de travail qui augmentera. C'est le cas entre autres de Stéphanie :

« J'acquiers de l'expérience, donc ça c'est sûr que ça va augmenter mon (...) degré (...) d'empathie. » (p. 5)

Anaïs indique ouvertement que son empathie future dépendra de son milieu de travail :

« Je pourrais voir que ça diminue un petit peu, juste parce que dépendamment dans quel milieu tu es, ta charge de travail. » (p. 7)

Résumé analytique

Il ne fait aucun doute pour les participantes que l'empathie occupe une place importante dans la formation des infirmières auxiliaires. Pour certaines, les cours théoriques leur ont permis d'en perfectionner l'art, alors que pour d'autres, les cours théoriques ne représentent pas les conditions du milieu de stage. Par conséquent, il est ardu de développer l'empathie dans un contexte qu'elles qualifient d'irréaliste.

À l'inverse, les stages cliniques procurent, selon les participantes, le meilleur enseignement de l'empathie. D'ailleurs, la préceptrice est mentionnée à plusieurs reprises comme étant un modèle de rôle en ce qui a trait à la relation thérapeutique, notamment l'empathie. Les participantes reconnaissent que malgré les contraintes de temps, leur préceptrice prenait le temps de démontrer de l'empathie au patient. En revanche, la préceptrice ne constitue pas toujours un bon modèle de rôle, de par ses actions ou ses paroles.

Pour plusieurs participantes, une progression de l'empathie depuis le début du programme en soins infirmiers est évidente, et selon celles, ce cheminement se poursuivra avec les années d'expérience comme infirmière. D'autres affirment plutôt que leur niveau d'empathie en stage est demeuré inchangé.

En résumé, les résultats de cette recherche montrent que l'empathie occupe une place importante et cruciale en soins infirmiers auxiliaires. La majorité des participantes interrogées affirment que l'empathie est une habileté qui s'apprend à la maison ou dans les cours de soins

infirmiers, et qui se développe en milieu de stage, principalement en préceptorat. Certaines répondantes ont d'ailleurs affirmé que leur empathie s'était transformée au cours des années. Les facteurs faisant obstacle et favorisant l'empathie ont également été identifiés par les participantes avec de nombreux exemples à l'appui. Le prochain chapitre sera consacré à l'analyse et à la discussion des résultats, faisant ainsi ressortir la contribution des écrits au regard de l'apprentissage de l'empathie en stage.

Chapitre 6 Discussion

Ce présent chapitre discute les résultats présentés et analysés précédemment. Chaque section du chapitre réfère respectivement aux sections du chapitre précédent, soit la place de l'empathie dans la profession infirmière, les facteurs limitant et favorisant l'expression de l'empathie, le développement de l'empathie et la place de l'empathie dans la formation infirmière. Chacune discute des composantes similaires et divergentes entre les écrits et les résultats de la présente étude, faisant ainsi dégager la contribution de cette étude au niveau de l'objet de l'expérience d'apprentissage de l'empathie des étudiantes en soins infirmiers auxiliaires.

6.1. La place de l'empathie dans la profession infirmière

D'un point de vue général, la présente recherche confirme que l'empathie occupe une place importante en soins infirmiers auxiliaires. Toutes les participantes soulignent son apport à la relation thérapeutique et sa nécessité dans la profession infirmière. Par contre, d'un point de vue spécifique, il est à souligner que les participantes accordent à l'empathie une importance qui varie entre 5 et 10 sur une échelle progressive de 1 à 10, et la majorité la situe à 8 sur 10. Il est étonnant de constater cet éventail, alors que toutes ont insisté, rappelons-le, sur l'importance de l'empathie. Ces nuances laissent poindre une ambivalence qui sera discutée dans les lignes qui suivent: 1) l'empathie est importante, pourtant les techniques de soins le sont également, et 2) l'empathie est importante, cependant il ne faut pas la confondre avec la sympathie.

Avant d'aller plus loin, penchons-nous sur la définition de l'empathie. Il est à souligner que dans plusieurs travaux de recherche, l'empathie est définie comme étant la capacité de se mettre à la place de l'autre (Hojat et collab., 2002; Rhodes, 2013; Tavakol, Dennick & Tavakol, 2012). Les participantes abondent dans le sens des précédentes recherches et soulignent

également que l'empathie se traduit par la compassion, élément de similitude avec la recherche de Tavakol, Dennick et Tavakol. Elles mentionnent également les termes *écoute* et *compréhension* comme faisant partie de la signification de l'empathie, tout comme les précédents auteurs. Les définitions proposées par les participantes dans la présente étude, à première vue contradictoires, rappellent que la signification exacte de l'empathie n'est pas évidente à saisir chez les étudiantes en soins infirmiers auxiliaires. À titre d'exemple, certaines répondantes affirment que l'empathie est la capacité de l'infirmière de se mettre à la place de l'autre et de ressentir ce que celui-ci ressent. À l'inverse, d'autres prétendent que l'infirmière ne doit pas totalement se mettre à la place de l'autre, ni ressentir les mêmes émotions que le patient, afin d'éviter de compromettre son professionnalisme. Certains exemples apportés par les participantes en ce qui a trait à la démonstration de l'empathie portent toutefois à réflexion : considèrent-elles que l'empathie se démontre par des comportements, ou bien qu'à l'inverse, le sentiment empathique mène à certains comportements? La présente étude confirme la nécessité de se pencher davantage sur la façon dont l'empathie se développe, est transmise et/ou se démontre chez les étudiantes en soins infirmiers auxiliaires.

Plusieurs auteurs ont signalé le dilemme courant des étudiantes quant à la priorité entre les techniques de soins et l'empathie en stage clinique. C'est le cas notamment de Bjercknes et Bjørk (2012), de Coulmas (2006), ainsi que de Solvoll et Heggen (2010). Alors que les premières mentionnent l'intérêt marqué pour les nouvelles techniques de soins chez les étudiantes, le second reproche aux programmes de soins infirmiers d'accorder trop peu d'intérêt à l'empathie. Solvoll et Heggen, quant à elles, critiquent les milieux de stages d'offrir de si nombreuses possibilités aux étudiantes d'effectuer des techniques de soins, alors qu'elles sont rarement sollicitées pour discuter de la relation thérapeutique établie avec les patients. Les résultats de la

présente étude démontrent une dichotomie intéressante quant à la priorité entre les techniques de soins et l'empathie. D'une part, les participantes indiquent que l'empathie est sans contredit une nécessité, et contrairement aux médicaments, qui nécessitent d'être administrés à l'heure, l'empathie peut se démontrer *n'importe quand*.

D'autre part, lorsque le temps presse, les étudiantes accordent préséance aux médicaments et aux soins physiques. La perspective de ne pouvoir mener à terme les tâches assignées dans les délais prescrits provoque une anxiété chez les participantes. En effet, à maintes reprises, les participantes rappellent la nécessité d'une organisation quotidienne structurée afin de ne rien omettre, et d'accomplir toutes les techniques de soins prescrites. Par conséquent, dans certains cas, l'empathie peut être exprimée avec parcimonie afin d'échapper à une dualité : les étudiantes reconnaissent le besoin exprimé par le patient, mais elles sont trop occupées pour y accorder une importance à l'instant même. Dans d'autres cas, ce n'est qu'après les techniques de soins effectuées que les participantes admettent pouvoir exprimer de l'empathie en toute tranquillité d'esprit. Bref, à maintes reprises, les participantes *disent* que l'empathie est plus importante ou complémentaire aux techniques de soins, mais *livrent* des exemples qui démontrent l'inverse. Cela étant dit, après mûres réflexions, les participantes concluent à regret que les techniques de soins priment sur l'empathie. Cela démontre que les participantes perçoivent l'empathie comme étant une intervention supplémentaire, et non comme un aspect intégré aux soins. Quoi qu'il en soit, malgré cette ambivalence à l'égard de la priorité en soins infirmiers auxiliaires, l'importance de l'empathie dans la présente recherche fut sans équivoque pour les répondantes.

Il apparaît évident qu'un autre aspect qui porte à réflexion est la quantité d'empathie à démontrer. D'ailleurs, les participantes qui indiquent que l'empathie ne devrait pas être confondue avec la sympathie expriment un point de vue semblable à Hojat (2007). Celui-ci

affirme que la sympathie brouille l'objectivité de l'infirmière, alors que l'empathie permet de comprendre les sentiments du patient. Bien que plusieurs répondantes n'aient pas utilisé explicitement le terme *sympathie*, leurs propos témoignent de la difficulté à procurer des soins objectifs lorsque l'infirmière fait face à ses sentiments personnels. Toujours selon les participantes à l'étude, il importe de respecter l'aspect professionnel de l'empathie pour ne pas la confondre avec la sympathie, dans le but fournir des soins objectifs aux patients.

De façon unanime, les participantes affirment que l'empathie procure des bienfaits à la fois pour l'infirmière et pour les patients et leur famille. En ce qui a trait aux patients, les données recueillies lors de la présente recherche indiquent que l'empathie aurait une incidence sur la rapidité de la guérison puisqu'elle permet à l'infirmière de tisser des liens avec le patient, et en retour, celui-ci est plus prédisposé à adhérer à son traitement. Tel un processus dynamique, la relation de confiance qui s'instaure entre l'infirmière et son patient augmente la qualité des soins. Plusieurs études se sont penchées sur ces effets, et les propos recueillis sont d'ailleurs corroborés par Fields et ses collègues (2011), Hojat (2007), Irving et Dickson (2004), Ozcan, Oflaz, et Bakir (2012) et Ward et ses collègues (2012). Qui plus est, la théorie d'Orlando (1961) fait mention de la nécessité d'une compréhension du patient afin de diminuer sa détresse et faciliter sa guérison.

Il ne fait aucun doute que l'empathie occupe une place importante dans la profession infirmières et apporte de nombreux bénéfices pour les patients, tout comme leur famille et même les infirmières elles-mêmes, comme en témoigne la présente étude. Même si les résultats démontrent des divergences d'opinion en ce qui a trait à la meilleure façon de définir l'empathie, il est tout de même évident que les étudiantes ont à cœur la création et le maintien d'une relation thérapeutique avec les patients et leurs familles, relation qui sous-tend l'empathie, tout en gardant une distance qui leur permet de demeurer professionnelles. Cette étude confirme la

nécessité de poursuivre les recherches quant à l'importance de l'empathie chez les étudiantes en soins infirmiers.

6.2. Les facteurs limitant et favorisant l'expression de l'empathie

L'empathie n'est pas toujours évidente à exprimer. Hormis quelques auteurs, notamment Hojat (2007) qui mentionnent les effets d'un manque d'empathie sur les soins prodigués aux patients, peu d'études recensées traitent des facteurs qui influencent cette lacune. En fait, les résultats obtenus dans la présente recherche indiquent que le jugement sur la personne, la contrainte de temps, les imprévus et la nouveauté du rôle infirmier sont tributaires des difficultés à exprimer de l'empathie. Ces facteurs sont d'ailleurs énumérés par Hojat, Larson et Yao (2005) et Tavakol, Dennick et Tavakol (2012). Le diagnostic médical peut également influencer l'expression de l'empathie, et ce, d'une double façon. D'une part, les résultats obtenus dans le cadre de la présente recherche démontrent que les connaissances reliées aux diagnostics médicaux offrent plus d'opportunités pour exprimer l'empathie. En raison de la compréhension du processus pathologique, ainsi que des symptômes et des effets néfastes occasionnés par la maladie, l'infirmière auxiliaire serait plus encline à démontrer de l'empathie. D'autre part, ce même diagnostic médical pourrait pousser les infirmières auxiliaires à ne pas regarder le patient dans sa totalité, et par conséquent à manquer des indices, des comportements, ou des besoins distincts de ceux généralement attendus. Tavakol et ses collègues affirment d'ailleurs que ce manque de vision globale du patient est l'un des facteurs les plus nuisibles pour l'expression de l'empathie.

Or, certaines répondantes ont exprimé que les difficultés de l'expression de l'empathie provenaient parfois des comportements du patient, notamment l'utilisation répétée de la cloche d'appel, l'agitation et les conduites imprévisibles du patient, ainsi que son manque de

coopération. Seule l'étude de Larson et Yao (2005) fait mention de certains facteurs environnementaux, telle que la personnalité du patient, pouvant affecter l'expression de l'empathie chez le professionnel. À partir de ce constat, il faut s'interroger si les étudiantes *choisissent* les patients qui *méritent* l'empathie, basés sur les comportements de ces derniers. Si tel est le cas, il faudrait pousser la réflexion plus loin en se demandant si les attitudes des étudiantes à l'égard de certains patients sont dues à un manque d'habiletés de la relation d'aide, comme le soutiennent Larson et Yao, à un manque de confiance en soi, à la peur de l'inconnu ou à l'insuffisance du temps d'applications des notions thérapeutiques à l'intérieur des cours et des stages. Quoiqu'il en soit, ces résultats revêtent une haute importance pour la poursuite des recherches sur l'empathie chez les étudiantes en soins infirmiers auxiliaires. De surcroît, les résultats de la présente recherche démontrent que l'état des patients présentant des abus de substances peut interférer négativement avec la démonstration d'empathie chez l'infirmière, tout comme l'avaient constaté McKenna et ses collègues (2011). En prenant conscience de ces résultats, il serait pertinent de se demander si les étudiantes tireraient avantage à être plus régulièrement exposées à différents scénarios envisageables chez les patients, plutôt que de porter un jugement sur la personne.

À cet effet, les critiques formulées à l'endroit de certains patients sont également ressorties dans la présente étude comme faisant obstacle à l'empathie, tout comme l'affirment Larson et Yao (2005). À quelques reprises, il était évident de constater que les certaines participantes considéraient que le jugement sur la personne n'avait aucun lien avec l'empathie, et que, de surcroît, le manque d'empathie provenait parfois des opinions des infirmières, ce qui n'a pas sa place en soins infirmiers auxiliaires. Il est rassurant de constater la présence de discernement chez ces infirmières novices, puisque les situations qui provoqueront des conflits entre leurs

valeurs personnelles et les normes de la profession (OIIO, 2009b) seront à maintes reprises présentes dans leur carrière en soins infirmiers auxiliaires.

Dans la présente recherche, un curieux paradoxe est soulevé quant à l'expression de l'empathie pour un patient présentant un comportement inhabituel. D'une part, selon les participantes, la familiarité avec le patient serait un facteur qui contribue à l'expression de l'empathie. L'infirmière, connaissant son patient, peut être en mesure de mieux répondre à ses besoins et lui manifester de l'empathie advenant le cas où il présenterait un comportement opposé à sa conduite habituelle. C'est notamment l'un des concepts introduits par Orlando (1961), qui indique que les changements de comportement du patient reflètent un besoin que l'infirmière se doit d'explorer. D'autre part, les résultats de cette recherche démontrent que l'un des facteurs limitant l'empathie est un comportement déviant chez le patient, puisque les participantes évitent toute discussion avec le patient, et se dérobent aux demandes de celui-ci. Ce désintéressement est d'ailleurs rapporté par Larson et Yao, ainsi que Tavakol et ses collègues (2012). À partir de ce constat, il faut s'interroger sur les raisons de cet évitement. Les notions de la relation thérapeutique, enseignée en classe pendant les quelques heures de cours, ne peut donc pas préparer les étudiantes à faire face à ce genre de situation délicate ou à la réalité du patient. De plus, la nouveauté du rôle dans lequel les participantes sont plongées est invariablement accompagnée du manque d'expérience, élément nécessaire pour maîtriser ce type de situation. Il peut être tout de même rassurant de penser que cette facette de la relation d'aide sera acquise au fil du temps.

La présente étude apporte une innovation en ce qui a trait aux facteurs limitant l'expression de l'empathie. En effet, aucune étude recensée n'a permis d'énumérer autant d'éléments qui font obstacles à l'empathie. Bien que quelques recherches fassent mention du comportement du

patient dans la difficulté pour l'infirmière à exprimer l'empathie en milieu clinique, cette étude met en lumière plusieurs éléments qui permettent de constater que les étudiantes, même lors du dernier stage du programme de soins infirmiers auxiliaires, ne sont outillées à point pour faire face à diverses situations délicates. Il faudrait donc s'interroger sur la meilleure façon d'inculquer cette habileté chez les étudiantes.

6.3. Le développement de l'empathie

Le caractère inné de l'empathie a été témoigné par quelques répondantes. Selon elles, les infirmières, qui se doivent de détenir cette habileté, possèdent une facilité naturelle pour interagir avec les patients. Bray et ses collègues (2013), ainsi que les participants de l'étude de Tavakol, Dennick et Tavakol (2012) font mention de cet attribut inné, qui n'est par ailleurs que très peu abordé dans les autres études recensées. En fait, la plupart des recherches indiquent que l'empathie est une habileté qui s'apprend et se développe.

C'est d'ailleurs ce que les participantes de la présente étude ont indiqué. Selon elles, toute personne a la capacité d'être empathique. L'apprentissage et les circonstances favorables, notamment le milieu clinique, peuvent alors faire ressortir cette capacité. Il est donc primordial d'enseigner l'empathie afin que celle-ci s'améliore. Or, tout comme les études recensées, les participantes n'ont pas pu s'entendre sur une seule et unique façon de promouvoir cette habileté chez les infirmières. Alors que pour certaines, l'apprentissage s'est effectué à la maison grâce aux valeurs familiales ou bien durant les cours de soins infirmiers, pour la plupart, l'empathie s'est davantage développée pendant les stages cliniques, notamment en préceptorat. Ce facteur sera discuté plus longuement dans la section subséquente.

Nonobstant le fait que quelques participantes indiquent que leur niveau d'empathie soit demeuré inchangé pendant les deux années d'études, la majorité indique tout de même que celui-

ci s'est accru durant le programme de soins infirmiers. Ce résultat de recherche corrobore les données recueillies par Penprase et ses collègues (2013), ainsi que Fields et ses collègues (2011). Toutefois, ces études quantitatives ne permettent pas de mettre en lumière les facteurs explicatifs de cette augmentation. L'approche utilisée dans la présente recherche a donc permis de saisir les propos des participantes dans leur entièreté et de connaître quels étaient les motifs de l'accroissement de l'empathie.

Bien qu'aucune participante n'ait mentionné la théorie d'Orlando (1961) comme exerçant une influence majeure sur leur démonstration d'empathie, plusieurs témoignages concordent avec les conceptions d'Orlando. D'emblée, les participantes affirment que l'infirmière doit répondre aux besoins du patient, tout comme l'indique Orlando. De plus, cette théoricienne souligne que les infirmières doivent comprendre les comportements des patients afin de déterminer si ceux-ci nécessitent de l'aide, ce qui est également rapporté par les participantes. Les témoignages recueillis font état de diverses situations où les comportements du patients, qu'ils eurent été verbaux ou non, exprimaient un besoin chez le patient. Les étudiantes entamaient alors un processus guidé par les signes du patient, par leurs propres sentiments, et par leurs expériences antérieures et leurs connaissances, afin de répondre aux besoins. Cette démarche infirmière délibérée est en fait le point central de la théorie d'Orlando. Finalement, tout comme cette théoricienne, les participantes se donnaient comme but de satisfaire les besoins du patient. Contrairement à Orlando, qui considère que certaines actions infirmières prescrites sont automatiques et ne nécessitent pas de réflexion de la part de l'infirmière, les données recueillies au cours de la présente recherche démontrent l'inverse. En effet, plusieurs témoignages relatent que ce sont d'ailleurs lors de ces actions fréquentes et usuelles, telles que pendant la prise de signes vitaux, l'administration des médicaments ou les soins d'hygiène, que

l'empathie peut se manifester. Il est somme toute pertinent de souligner que la théorie d'Orlando (1961) sous-tend le concept d'empathie de par les actions de l'infirmière, et que les témoignages rapportés confirment la pertinence de cette théorie infirmière dans l'apprentissage de l'empathie chez les étudiantes en soins infirmiers auxiliaires.

La présente étude démontre, d'une part, que l'empathie provient d'une parcelle de la personnalité de l'individu. D'autre part, cette habileté peut se développer dans le cadre de cours théoriques, mais surtout pendant les stages de préceptorat. En dépit du fait que les niveaux d'empathie relatés par les participantes démontrent encore une fois que l'empathie est un concept difficile à cerner et qu'il est personnel à chacun, la théorie d'Orlando propose une vision claire de la façon dont l'empathie doit être démontrée chez les patients. À preuve, plusieurs témoignages s'imbriquent aisément dans la démarche infirmière délibérée, ce qui atteste que cette théorie serait un bon modèle d'apprentissage pour les étudiantes.

6.4. La place de l'empathie dans la formation

Il ne fait aucun doute pour les participantes que l'empathie occupe une place importante dans la formation des infirmières auxiliaires. De façon générale, le groupe interviewé voulait établir une relation thérapeutique avec le patient, était touché par les souffrances de celui-ci et s'y intéressait, tout comme les participants de l'étude de Solvoll et Heggen (2010). Il est rassurant de constater que c'est ce que visent les étudiantes, puisque la relation thérapeutique est indispensable dans la profession infirmière (OIIO, 2009a). Toutefois, il est pertinent de s'interroger sur la façon dont cette relation thérapeutique, qui inclut l'empathie, pourra s'apprendre, car comme nous l'avons constaté précédemment, le développement de l'empathie n'est pas un sujet convergent.

Pour certaines, les cours théoriques leur ont permis d'en perfectionner l'art et d'améliorer leurs habiletés empathiques. Pour d'autres, les cours théoriques ne représentent pas les conditions du milieu de stage, dont l'intensité de la détresse, ou la vulnérabilité du patient, tout comme les participants de l'étude de Tavakol, Dennick et Tavakol (2012) l'avaient souligné. Par conséquent, il est ardu de développer l'empathie dans un contexte qu'elles qualifient d'irréaliste.

À l'inverse, la position des participantes atteste que les stages cliniques procurent le meilleur enseignement de l'empathie. À l'instar de Donaldson et Carter (2005), Jiang, Chou et Tsai (2012), Kilcullen (2007), Myall, Levett-Jones et Lathlean (2008), Ouzouni et Nakakis (2012), Pearcey et Draper (2008), Sharif et Masoumi (2005) et Warne et ses collaborateurs (2010), cette recherche atteste que la préceptrice joue un rôle significatif dans l'expérience d'apprentissage des étudiantes. Sans contredit, la préceptrice est un modèle de rôle en ce qui a trait à l'apprentissage de l'empathie, chez les participantes de la présente étude. Celles-ci apprécient le fait que, malgré les contraintes du milieu, notamment la charge de patients et les multiples tâches à effectuer, leur préceptrice prenait le temps de démontrer de l'empathie au patient. Les répondantes de la présente étude semblaient démontrer, lors de leurs témoignages, une sincère reconnaissance d'avoir été témoin de ce savoir-être chez leur préceptrice. Conséquemment, la plupart des répondantes affirmaient avoir augmenté leurs habiletés empathiques en observant leur préceptrice. Ce constat est également partagé par Langridge et Hauck (1998), McMillan (2007), Ouzouni et Nakakis (2012), Pearcey et Draper (2008) ainsi que Sachdeva (1996).

À partir de ce constat, il faut s'interroger sur l'impact d'un mauvais modèle de rôle chez les étudiantes. Selon Donaldson et Carter (2005), un mauvais modèle de rôle provoque de l'anxiété chez les étudiantes. Ce résultat de recherche va à l'encontre de ce qui a été obtenu dans

la présente étude. En effet, les participantes qui affirmaient que leur préceptrice ne représentait pas un bon modèle de rôle se sont servies de cet exemple afin de développer ce qu'ils croyaient être leur propre conception de l'empathie. Cette nuance importante vient démontrer que les étudiantes, d'une part, bien qu'elles soient novices, possèdent tout de même une certaine perception de la façon dont l'empathie devrait être exprimée envers les patients et d'autre part, qu'elles ne se laissent pas influencer par une préceptrice qui ne serait pas un modèle à suivre en ce qui a trait à l'empathie.

Les résultats de la recherche de Solvoll et Heggen (2010) démontrent que le manque d'habiletés en relation d'aide chez les nouvelles infirmières est une inquiétude pour la profession. Sans réfuter les propos de ces auteures, la recherche ci-présente démontre plutôt qu'à l'inverse, les étudiantes en préceptorat possèdent des habiletés en relation d'aide et y accorde une importance. Qui plus est, de par leurs témoignages, il est frappant de constater que certaines participantes considèrent posséder assez d'empathie, même davantage que leur préceptrice. Ces résultats mènent à deux réflexions. Tout d'abord, est-ce que ces préceptrices avaient peu d'empathie au départ, et donc les participantes estimaient que la leur était supérieure? Cela voudrait donc dire que les répondantes ont remarqué un manque d'empathie, mais ont tout de même appris à être empathique en côtoyant un piètre exemple. Dans un deuxième temps, on pourrait, à l'inverse, se demander si l'empathie a une signification différente pour ces participantes que pour les préceptrices, d'où la démonstration d'empathie divergente selon les participantes. Sedgwick et ses collègues (2014) avaient eux aussi obtenu une perception différente en interviewant des étudiantes et des préceptrices au sujet de la compétence infirmière. Bien que dans la présente étude les préceptrices n'ont pas été interviewées, il demeure tout de

même que les répondantes affirmaient que leur préceptrice démontrait de l'empathie de façon différente.

Cette quatrième partie démontre la pertinence d'explorer l'apprentissage de l'empathie. En effet, selon les étudiantes, les cours théoriques permettent parfois de développer l'empathie, mais ce sont surtout les stages cliniques qui offrent la meilleure opportunité. Le stage de préceptorat, pendant lequel les étudiantes observent leur préceptrice, semble fournir une plus grande influence quant à l'apprentissage de l'empathie, mais celle-ci demeure surtout à un niveau comportemental. En effet, les actions, les techniques de communication, et le savoir-être de la préceptrice sont scrutés par les étudiantes, pour, par la suite être reproduits en partie ou en totalité, ou ne pas être reproduits. Or, ces mêmes participantes avouent parfois posséder de meilleures compétences empathiques que leur préceptrice, ce qui pousse la réflexion de la signification de l'empathie encore plus loin. En effet, comme nous allons le constater dans la section subséquente, l'étudiante qui observe sa préceptrice effectuer des interventions ne peut pas prendre conscience du processus interne qui s'est effectué chez la préceptrice et qui l'a menée à opter pour une telle intervention plutôt qu'une autre. Ainsi, les étudiantes observent les comportements et portent un jugement sur les aptitudes empathiques de leur préceptrice en se basant sur l'observable. Cette constatation soulève une fois de plus l'aspect complexe de l'apprentissage de l'empathie.

6.5. Nouvelle perspective sur l'apprentissage de l'empathie

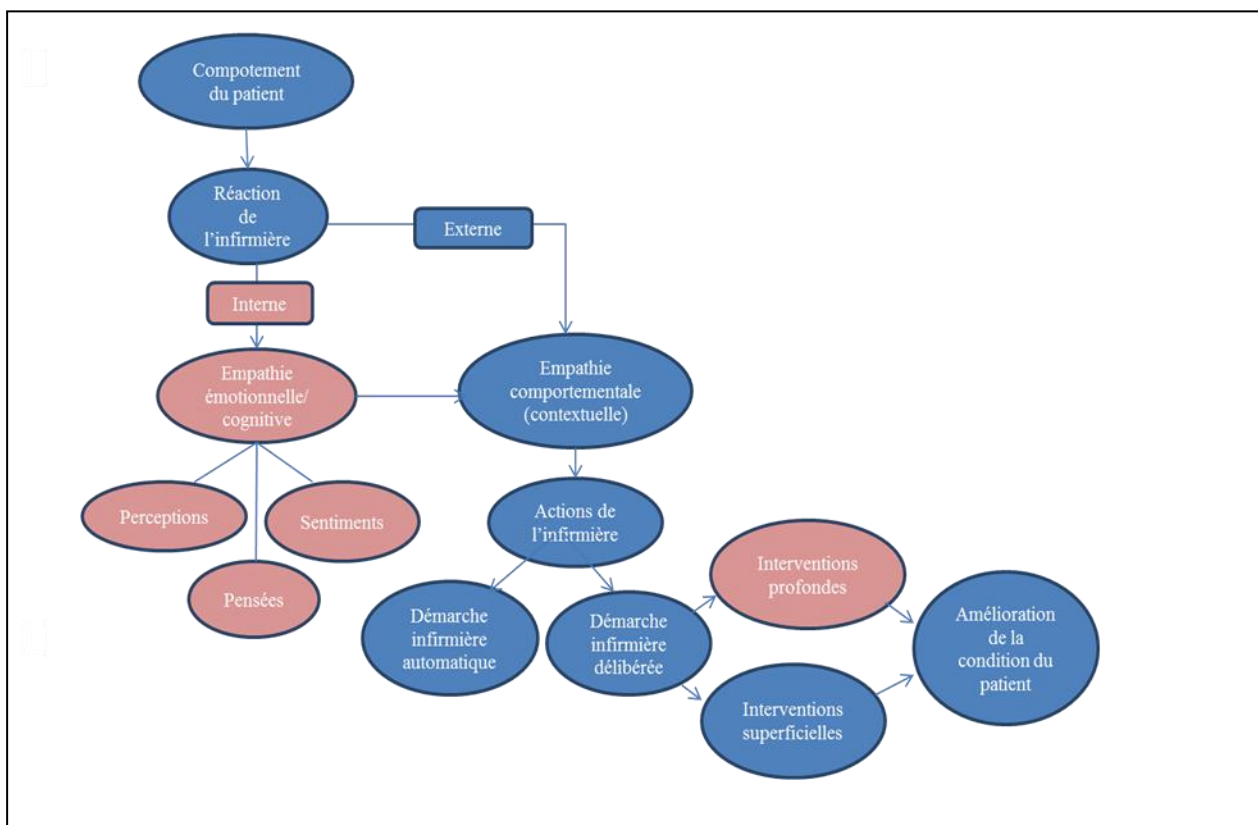
Les résultats de la présente recherche apportent une nouvelle perspective de l'apprentissage de l'empathie chez les étudiantes en soins infirmiers auxiliaires. Les résultats obtenus démontrent en effet que l'empathie possède de multiples facettes et que son apprentissage est complexe. La plupart des répondantes donnent des exemples de *comportements*

qui mènent à l'empathie. Or, l'empathie nécessite d'abord une prise de conscience d'un besoin d'empathie. Cette prise de conscience est définie par Hojat (2007) comme étant l'empathie cognitive et l'empathie émotionnelle. Ces deux types d'empathie, que l'on qualifie d'internes (Larson & Yao, 2005), sont nécessaires afin que l'infirmière puisse se mettre à la place du patient et entamer un processus empathique.

La figure présentée à la page suivante est inspiré de la démarche infirmière délibérée d'Orlando (1961) et illustre l'apprentissage de l'empathie en stage de préceptorat tel que constaté dans la présente étude. En premier lieu, les comportements du patient entraînent une réaction de la part de l'infirmière qui s'engage ensuite, soit dans l'empathie émotionnelle et/ou cognitive (interne) ou dans l'empathie comportementale (externe). L'infirmière fera appel à ses perceptions, ses pensées et ses sentiments (Orlando, 1961) si la voie de l'empathie émotionnelle et/ou cognitive est empruntée. S'enchaîne ensuite l'empathie comportementale, soit celle qui mène aux comportements empathiques (Teherani, Hauer & O'Sullivan (2008). Chez les participantes de cette étude en stage de préceptorat, les résultats semblent indiquer que le processus d'empathie est externe, et ne passe donc pas par l'empathie émotionnelle et/ou cognitive, mais se dirige directement vers l'empathie comportementale. Que la voie de l'empathie émotionnelle et/ou cognitive ait été empruntée ou non, le processus mène dans les deux cas à une activité de l'infirmière. Orlando décrit ses activités comme étant l'amorce d'une démarche infirmière automatique (actions posées pour des raisons autres que les besoins immédiats du patient) ou d'une démarche infirmière délibérée. Dans le cas de l'empathie émotionnelle et/ou cognitive, les interventions qui résultent de la démarche infirmière délibérée sont profondes. À l'inverse, l'empathie comportementale seulement, résulte en des interventions

superficielles. Peu importe le type d'intervention effectué, l'important est de constater que l'état du patient s'améliore.

Figure 1 – Apprentissage de l'empathie en stage de préceptorat



À priori, il importe de mentionner que les définitions de l'empathie proposées par les participantes sont similaires à celles énoncées dans les écrits. Il serait donc possible d'affirmer que les répondantes comprennent ce qu'est l'empathie, et qu'elles sont capables de discerner les situations où l'empathie est présente, tout autant que les situations où l'empathie est absente. Or, les résultats démontrent que la plupart des participantes perçoivent l'empathie comme étant une entité en soi, et non comme faisant partie intégrante des soins. Plusieurs répondantes considèrent que l'empathie est chronophage, et qu'elle se démontre lorsque le temps le permet. Néanmoins, la majorité des participantes affirment que l'empathie est tout aussi importante, sinon davantage,

que les techniques de soins. Cette contradiction illustre bien la complexité de l'apprentissage de l'empathie chez les étudiantes en soins infirmiers auxiliaires, mais également la *perception* qu'ont les étudiantes de l'empathie.

En deuxième lieu, la contrainte de temps que mentionnent les participantes vient influencer la démonstration de l'empathie. Comme Orlando (1961) le suggère, les comportements du patient provoquent une réaction chez l'infirmière, soit un processus interne. En effet, cette dernière remarque l'appel à l'aide du patient, mais contrairement à ce qu'affirme Orlando, les résultats de la présente étude démontrent que l'étudiante n'effectue une intervention que si le temps le permet et si elles s'y sentent obligées. Lorsque l'empathie est démontrée, elle est perçue par la plupart des participantes comme étant une tâche à exécuter, grugeant ainsi du précieux temps. Dans un tel cas, les participantes relatent effectuer des interventions rapides afin de diminuer la détresse du patient, mais sans prendre conscience de ce que vit le patient, tel que décrit par Larson et Yao (2005). De plus, tel que démontré dans la présente recherche, dans les milieux où l'empathie n'est pas valorisée, les techniques de soins priment sur l'expression de l'empathie. L'empathie est donc contextuelle. Par conséquent, lorsque l'étudiante initie une intervention auprès d'un patient parce qu'elle s'y sent obligée, elle démontre seulement de l'empathie comportementale. L'étudiante effectue une démarche infirmière délibérée, en prodiguant des interventions superficielles au patient.

Il est pertinent de se demander pourquoi l'étudiante utilise la voie de l'empathie comportementale, et non celle de l'empathie émotionnelle et/ou cognitive. Afin de répondre à cette question, il importe de se rappeler, d'une part, que la préceptrice est un modèle de rôle dans la démonstration de l'empathie pour son étudiante, par ses actions, ses paroles et ses gestes (Huybrecht et collab., 2011 & McMillan, 2007). À la lumière des résultats de la présente

recherche, les étudiantes observent leur préceptrice et apprennent comment intervenir dans une situation similaire pour répondre aux besoins du patient, pour ainsi diminuer sa détresse et démontrer de l'empathie. Or, pour l'étudiante, ce qui est visible n'est que le *geste* de l'infirmière qui *traduit* une empathie envers son patient (l'empathie comportementale), et l'amélioration qui en découle. Les perceptions, les pensées et les sentiments, caractéristiques de l'empathie émotionnelle et/ou cognitive, sont invisibles pour l'étudiante, mais ont permis à la préceptrice d'initier la démarche infirmière délibérée en effectuant des interventions profondes, ayant pour effet d'améliorer la situation du patient. Autrement dit, ce que les étudiantes ne peuvent pas voir est le processus *de prise de conscience du besoin d'empathie* de l'infirmière qui l'a menée à poser un tel geste, ou à dire une telle parole au patient.

D'autre part, comme Larson et Yao (2005) le précisent, l'empathie émotionnelle/cognitive est un processus lent qui se développe à mesure que l'expérience du professionnel de la santé s'accroît. Il serait donc compréhensible et attendu que les étudiantes en soins infirmiers auxiliaires n'aient pas atteint ce niveau d'empathie, vu leur niveau de compétence novice.

Somme toute, ce qu'apprennent les étudiantes en observant la préceptrice, ce sont les actions souhaitées en présence d'un comportement donné, mais sans le raisonnement qui sous-tend les actions. En revanche, puisque les étudiantes en soins infirmiers auxiliaires sont novices lorsqu'elles effectuent leur stage de préceptorat, il est attendu que leurs actions visant à démontrer de l'empathie ne découlent pas nécessairement d'un processus interne, mais plutôt de comportements appris. Néanmoins, il importe de revenir sur le fait que les interventions profondes, tout comme les interventions superficielles amènent une amélioration de l'état du patient (Larson & Yao, 2005).

Les exemples rapportés par les participantes nous permettent d'une part, de constater que les gestes de leur préceptrice ont une grande portée et représentent des manifestations de l'empathie. D'autre part, même si les participantes ne mentionnent que rarement l'aspect interne du processus d'empathie, la majorité s'accorde à dire que démontrer de l'empathie au patient procure des avantages tant pour l'infirmière que pour le patient et sa famille.

Selon les résultats de la présente recherche, nous pouvons affirmer que l'empathie comportementale est plus facile à acquérir car elle ne demande qu'à être observée, puis reproduite. Qui plus est, comme elle mène à un changement de condition chez le patient, les participantes ont affirmé que le fait de répondre aux besoins du patient leur procurait un sentiment du travail accompli. Par ailleurs, il est pertinent de se poser la question suivante : l'empathie comportementale est-elle suffisante? Comme nous l'avons vu chez les participantes, qui sont des infirmières novices, c'est le comportement qui est important. Mais nous avons également discuté que les infirmières cheminent à travers ce processus qu'est la démonstration d'empathie. En fait, en acquérant de l'expérience dans la profession, elles effectuent davantage que le comportement empathique : elles ajoutent les dimensions émotionnelle et cognitive. Un changement s'opère donc chez l'infirmière. Est-ce dû à l'expérience? Est-ce dû à l'exposition répétée de la souffrance humaine? Est-ce dû aux expériences personnelles? Ou une combinaison de ces trois facteurs? On pourrait croire que le développement de l'empathie suit une courbe similaire aux niveaux de compétence chez une infirmière (novice à expert). Donc plus l'infirmière chemine dans sa carrière, plus elle devient experte à déceler les besoins chez les patients, et les comportements qui en découlent sont issus d'une empathie cognitive et émotionnelle.

Toutes ces constatations soulèvent des questionnements :

- 1) Est-il exact d'affirmer, comme Larson et Yao (2005) le suggèrent, que les étudiantes démontrent tout d'abord une empathie comportementale, et cheminent éventuellement vers une empathie émotionnelle et/ou cognitive? Cela impliquerait donc une *modification* de l'empathie en cours de carrière. Mais cette modification serait attribuable à quels facteurs? À l'expérience de vie de l'infirmière ou à l'expérience professionnelle? Serait-il exact de prétendre qu'un lien existe entre le niveau de compétence et le type d'empathie présent chez une étudiante ou une infirmière?
- 2) Peut-on véritablement apprendre à une étudiante à utiliser la voie interne de l'empathie, soit l'empathie émotionnelle et/ou cognitive dans ses relations thérapeutiques? Autrement dit, peut-on apprendre à être empathique, ou le devient-on en regardant les autres? Les témoignages recueillis permettent d'avancer que pour certaines, l'empathie était déjà présente, alors que pour d'autres, elle s'est développée en stage de préceptorat.
- 3) Comment amener les étudiantes en soins infirmiers auxiliaires à développer leur aptitude à l'empathie?

Les résultats de la présente recherche ne nous permettent pas de répondre de façon définitive à ces questionnements, mais chose certaine, l'apprentissage de l'empathie possède un caractère complexe qui ne demande qu'à être exploré davantage dans de futures recherches.

6.6. Limites

Lors de la collecte de données, les étudiantes avaient terminé leur stage de préceptorat depuis près de cinq mois et avaient déjà commencé à travailler comme infirmière auxiliaire. L'auteure de la présente recherche est consciente qu'une étude similaire devrait être entreprise le plus rapidement possible après la fin du stage clinique. Ainsi, l'expérience étudiante serait plus

aisément évoquée par les participantes, et ne serait pas biaisée par l'expérience infirmière, deux parcours distincts de par leurs objectifs et leurs réalités.

Il importe également de mentionner que l'étude a été réalisée auprès d'étudiantes qui avaient déjà côtoyées la chercheuse dans le cadre de cours théoriques ou de stages cliniques. Bien que toutes les participantes aient terminé leur stage de préceptorat au moment des entrevues, et que les témoignages n'aient pas lésé qui que ce soit, il demeure tout de même que la familiarité entre la chercheuse et les participantes pourraient avoir eu comme effet de restreindre ou d'altérer les résultats recueillis.

Cette étude s'est exclusivement déroulée auprès d'étudiantes en soins infirmiers auxiliaires d'un seul collège, francophone de surcroît. En raison de ces limites, la recherche pourrait être reprise auprès des personnes qui étudient dans d'autres programmes. Ainsi, les étudiantes des universités, ou bien des collèges anglophones pourraient avoir une conception de l'apprentissage de l'empathie différente, par exemple en ce qui a trait à l'apprentissage pendant les stages cliniques où les heures et les milieux sont attribués différemment.

Il importe d'ajouter que les résultats de cette étude peuvent représenter les interprétations de la chercheuse, et ne pas refléter les opinions, les idées et les expériences de toutes les finissantes en soins infirmiers auxiliaires. De plus, ces résultats, très partiels, auraient avantage à être explorés plus en profondeur. Une étude comparative incluant les perceptions des professeures, des étudiantes et des patients devrait être entreprise auprès de ces trois groupes, puisque les patients qui acceptent qu'une étudiante leur prodigue des soins alors qu'ils sont dans un état vulnérable sont directement touchés par la qualité de l'empathie manifestée par les étudiantes en préceptorat. Comme les retombées de cette recherche peuvent s'appliquer à des étudiantes dans d'autres programmes professionnels, tels que l'ergothérapie, la physiothérapie et

la médecine, il serait justifié que des chercheurs puissent utiliser les résultats de la présente étude. Une recherche qui inclurait des étudiantes de chacune de ces professions saurait faire avancer les connaissances sur l'expérience d'apprentissage de l'empathie, qui demeure un domaine peu exploré par les chercheurs. En dernier lieu, la méthode employée, soit l'analyse de contenu, peut avoir restreint l'interprétation des données et avoir donné lieu à des interprétations de la part de la chercheuse. Autrement dit, les résultats de cette recherche sont limités par la position de la chercheuse et peuvent avoir été influencés par les expériences et les croyances de celle-ci.

6.7. Recommandations et contribution

Dans la mesure où les résultats de cette étude sont susceptibles d'exercer une influence sur l'enseignement de l'empathie, certaines recommandations sont formulées pour les domaines de la formation, de la recherche et de la pratique en soins infirmiers. De plus, la contribution apportée par cette recherche au niveau de ces trois domaines est soulignée dans cette section.

La présente recherche contribue significativement aux professeures qui enseignent en soins infirmiers auxiliaires. Tout d'abord, cette étude devrait les aider à saisir le sens qu'accordent les étudiantes en ce qui a trait à l'empathie, puisque les résultats obtenus servent d'assise à la compréhension de l'expérience étudiante. Les participantes ont pu énumérer divers facteurs limitant et favorisant l'expression de l'empathie en milieu clinique, ce qui pourrait en second lieu servir aux professeurs afin que ceux-ci prennent conscience que les contraintes du milieu limitent l'expression de l'empathie, malgré le fait qu'elle soit enseignée dans l'intention évidente d'être manifestée par les étudiantes. De plus, le but de la recherche ne saurait être atteint si les étudiantes ne considéraient pas l'empathie comme une habileté importante en soins infirmiers. Il serait donc pertinent d'offrir une formation aux préceptrices avant les stages de préceptorat afin

de les sensibiliser à l'apprentissage de l'empathie des étudiantes en soins infirmiers auxiliaires. C'est ainsi que les résultats présentés pourraient être utilisés afin d'identifier les failles dans l'apprentissage de l'empathie chez les étudiantes, et d'élaborer des stratégies pour accroître la conscientisation de cette habileté nécessaire en soins infirmiers auxiliaires.

Le devis qualitatif de cette recherche permet une compréhension plus poussée du phénomène de l'apprentissage de l'empathie chez les étudiantes en soins infirmiers auxiliaires. En effet, les propos relevés par les participantes témoignent d'une compréhension de l'empathie qui bénéficierait à être davantage enseignée dans le cadre des cours de soins infirmiers, notamment en laboratoire. Qui plus est, la figure présentée à la section 6.5 apporte une contribution quant au processus complexe de l'apprentissage de l'empathie. Par conséquent, les programmes de soins infirmiers bénéficieraient d'utiliser ce modèle afin de favoriser le développement des sphères cognitives et émotionnelles de l'empathie auprès des étudiantes en soins infirmiers. En outre, les résultats recueillis servent non seulement à constater que les cours généraux de soins infirmiers auxiliaires, jumelés aux stages pratiques, permettent aux étudiantes d'apprendre l'empathie, mais également à comprendre que ce groupe est novice, et que le manque d'empathie serait dû aux expériences limitées.

Afin que les infirmières continuent à exercer leur profession selon les normes établies par l'OIIO (2009b), les étudiantes en soins infirmiers auxiliaires doivent de prime abord reconnaître les situations chez les patients qui nécessitent une intervention axée sur l'empathie. Selon les participantes de la présente étude, ce sont les expériences de stage qui permettent le plus de démontrer de l'empathie aux patients. De ce fait, il serait pertinent d'utiliser ces situations vécues pour améliorer les capacités empathiques des étudiantes, avec l'aide des professeures cliniques, des préceptrices, et même des infirmières.

En second lieu, puisque les infirmières doivent tenir à jour leurs compétences professionnelles afin de pouvoir offrir des soins de qualité, des sessions ou rondes éducatives interprofessionnelles pourraient offrir aux étudiantes et aux infirmières l'occasion d'échanger avec d'autres professionnels de la santé. De plus, une diversification de méthodes d'information, telles que les dépliants, les modules en ligne, les articles scientifiques et les vidéos pourraient permettre aux étudiantes en soins infirmiers auxiliaires de développer davantage leur empathie, en plus d'être sensibilisées à la nécessité de cette habileté dans les soins de santé.

À l'instar de Langridge et Hauck (1998), McMillan (2007), Ouzouni et Nakakis (2012), Pearcey et Draper (2008) et Sachdeva (1996), les résultats de la présente recherche démontrent que la préceptrice joue un rôle notable dans l'apprentissage de l'empathie chez les étudiantes. En outre, les préceptrices, préoccupées par le cheminement des étudiantes avec lesquelles elles sont jumelées, sont directement concernées par les résultats de cette étude. L'influence positive, et le modèle unique qu'elles procurent aux étudiantes, telles que décrites dans cette recherche, témoignent du rôle capital qu'elles assument pour la relève infirmière.

Cette étude a également permis de lever le voile sur les différents types d'empathie et de constater que l'apprentissage de celle-ci chez les étudiantes en préceptorat se situe surtout au niveau comportemental. Il est donc important que les préceptrices puissent être en mesure de comprendre le processus complexe menant à cette habileté afin de mieux encadrer les étudiantes dans leurs relations d'aide et de faciliter le développement et l'expression de l'empathie.

De plus les facteurs favorisant et limitant l'expression de l'empathie énumérés par les participantes, également relevés par Tavakol, Dennick et Tavakol (2012), sont des motifs qui pourraient servir aux préceptrices afin de comprendre comment les étudiantes sont influencées par les modèles de rôle qui leur sont exposés lors des stages.

La recherche auprès d'étudiantes en soins infirmiers auxiliaires doit se poursuivre afin d'approfondir les connaissances à l'égard de leur expérience d'apprentissage de l'empathie. James et Chapman (2009, 2010) dressent le même constat en affirmant qu'il est regrettable que peu de recherches examinent les expériences d'apprentissage de l'empathie. Puisque l'empathie fait partie de la relation thérapeutique (OIIO, 2009a), et que les infirmières se doivent d'établir cette relation avec leurs patients, il est essentiel d'explorer davantage les facteurs qui influencent l'expérience d'apprentissage de l'empathie chez les étudiantes et ce, dans différents contextes, tels que dans les soins palliatifs, les soins de longue durée, et les soins d'urgence. De plus, il serait intéressant d'entreprendre des recherches qualitatives à plus grande échelle afin d'explorer l'expérience d'apprentissage de l'empathie des étudiantes dans divers établissements d'enseignements. Il serait également nécessaire d'explorer l'influence que pourraient exercer certains facteurs, tels que la culture et le sexe des étudiantes, sur leur expérience d'apprentissage de l'empathie en stage.

En outre, puisque les résultats de la présente étude font état de l'importance de la préceptrice comme modèle de rôle pour l'empathie comportementale, d'autres études pourraient être menées afin d'examiner l'influence de la relation entre l'étudiante et sa préceptrice sur l'apprentissage de l'empathie. Comme Hojat (2007) le soutient, une meilleure compréhension de la façon dont l'empathie améliore les soins aux patients pourrait également s'avérer utile afin de dénicher des stratégies efficaces pour faire valoir les bienfaits de l'empathie pour les étudiantes en soins infirmiers auxiliaire.

Conclusion

Cette étude a non seulement permis de décrire l'expérience d'apprentissage de l'empathie chez les étudiantes en soins infirmiers auxiliaires pendant leur stage de préceptorat, mais elle fait également ressortir les défis de l'apprentissage de cette compétence essentielle. En effet, quand en début d'entrevue, les participantes énoncent leur conception de l'empathie, elles sont unanimes à dire que cette habileté est importante en soins infirmiers, non seulement pour le patient, mais également pour les membres de sa famille. Il demeure tout de même que les techniques de soins suscitent davantage d'intérêt chez les étudiantes que les techniques de relation thérapeutiques, en particulier l'empathie. Cela étant dit, les stages cliniques, notamment le préceptorat, ont permis aux étudiantes de développer particulièrement leur empathie comportementale dans un contexte supervisé, avec des préceptrices qui influençait cet apprentissage, de par leur savoir-être. L'objectif de la présente étude a été atteint, mais d'autres recherches devraient explorer la perspective des préceptrices et des patients, en plus d'obtenir des données provenant d'un échantillon moins homogène. Il serait également pertinent de poursuivre les recherches dans d'autres programmes d'études reliés aux sciences de la santé, notamment en physiothérapie et en ergothérapie.

Somme toute, cette étude a révélé beaucoup sur les défis en ce qui a trait à l'empathie. Les étudiantes indiquent que l'empathie est essentielle et elles espèrent continuer à démontrer cette compétence tout au long de leur carrière d'infirmière. Bien que plusieurs facteurs puissent limiter l'expression de l'empathie en stage, il demeure que les étudiantes sont très positives face à leur avenir en soins infirmiers, et considèrent que leurs habiletés en relation d'aide vont s'améliorer avec le temps. Ces étudiantes porteront peut-être un jour le chapeau de préceptrice, et, espérons-le, tâcheront d'être le meilleur modèle de rôle qui soit!

Références

Abdoly, S. (2006). Nursing students' views of clinical practice. *Journal of Nursing and Midwifery*, 15(51), 17.

Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2004). *Atteindre l'excellence dans l'exercice de la profession. Guide sur le préceptorat et le mentorat*. Récupéré le 7 juillet 2014 de http://cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-fr/achieving_excellence_2004_f.pdf

Algonquin College (2014). *Practical Nursing*. Récupéré le 7 juillet 2014 de <http://www3.algonquincollege.com/healthandcommunity/program/practical-nursing/#courses>

Bain, L. (1996). Preceptorship: a review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 24, 104-107.

Barber, D. (2006). Redefining perceptions of nursing success. *Kai Tiaki Nursing New Zealand*, 12(1), 16-18.

Batt-Rawden, S. A., Chisolm, M. S., Anton, B., & Flickinger, T. E. (2013). Teaching empathy to medical students: an updated, systematic review. *Academic Medicine*, 88(8), 1-7.

Beadle, J. N., Sheehan, A. H., Dahlben, B., & Gutchess, A. H. (sous presse). Aging, Empathy, and Prosociality. *Journal of Gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences*.

Bjerknes, M. S., & Bjørk, I. T. (2012). Entry into nursing: an ethnographic study of newly qualified nurses taking on the nursing role in a hospital setting. *Nursing Research and Practice*, 1-7, doi: 10.1155/2012/690348.

Blais, M., & Martineau, S. (2006). L'analyse inductive générale : description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. *Recherches qualitatives*, 26(2), 1-18.

Braun, U. K., Gill, A. C., Teal, C. R. & Morrison, L. J. (2013). The utility of reflective writing after a palliative care experience: can we assess medical students' professionalism? *Journal of palliative medicine*, 16 (11), 1342-1349.

Bray, L., O'Brien, M. R., Kirton, J., Zubairu, K., & Christiansen, A. (2014). The role of professional education in developing compassionate practitioners: A mixed methods study exploring the perceptions of health professionals and pre-registration students. *Nurse Education Today*, 34(3), 480-486.

Brown, T., Boyle, M., Williams, B., Molloy, A., Palermo, C., McKenna, L., & Molloy, L. (2011). Predictors of empathy in health science students. *Journal of Allied Health*, 40(3), 143-149.

Brown, T., Williams, B., Boyle, M., Molloy, A., McKenna, L., Molloy, L., & Lewis, B. (2010). Levels of empathy in undergraduate occupational therapy students. *Occupational Therapy International*, 17(3), 135-141.

Burks, D. J., & Kobus, A. M. (2012). The legacy of altruism in health care: the promotion of empathy, prosociality and humanism. *Medical Education*, 24, 317-325.

Coates, V. E., & Gormley, E. (1997). Learning the practice of nursing: views about preceptorship. *Nurse Education Today*, 17(2), 91-98.

Collèges de l'Ontario (2014). *Programmes de sciences infirmières dans les collèges de l'Ontario*. Récupéré le 23 juillet 2014 de http://www.collegesdelontario.ca/ResultatRecherche/SANT%C3%89-ET-M%C3%89DECINE-SCIENCES-INFIRMI%C3%88RES/_/N-lqj3

Cooper, C., Taft, L. B., & Thelen, M. (2005). Preparing for practice: Students' reflections on their final clinical experience. *Journal of Professional Nursing*, 21(5), 293-302.

Coulmas, M.C. (2006). *A study of the effect of clinical experience on nursing empathy*. Dissertation doctorale. UMI 3226809.

Cunico, L., Sartori, R., Marognolli, O., & Meneghini, A. M. (2012). Developing empathy in nursing students: a cohort longitudinal study. *Journal of Clinical Nursing*, 21, 2016-2025.

Dearing, K.S., & Steadman, S. (2009). Enhancing intellectual empathy: the lived experience of voice simulation. *Perspectives in Psychiatric Care*, 45(3), 173-182.

Donaldson, J. H., & Carter, D. (2005). The value of role modelling: perceptions of undergraduate and diploma nursing (adult) students. *Nurse Education in Practice*, 5, 353-359.

Ellis, H. (1993). Teaching roles in critical care – the mentor and the preceptor. *Intensive and Critical Care Nursing*, 9, 152-156.

Faust, C. (2002). Orlando's deliberative nursing process theory: a practice application in an extended care facility. *Journal of Gerontological Nursing*, 28(7), 14-18.

Fawcett, J., & DeSanto-Madeya, S. (2013). Orlando's theory of the deliberative nursing process. Dans J. Fawcett & S. DeSanto-Madeya, *Contemporary nursing knowledge. Analysis and evaluation of nursing models and theories* (pp. 364-381). Philadelphie: F. A. Davis Company.

Fields, S. K., Mahan, P., Tillman, P., Harris, J., Maxwell, K., & Hojat, M. (2011). Measuring empathy in healthcare profession students using the Jefferson Scale of Physician Empathy: Health provider – student version. *Journal of Interprofessional Care*, 25, 287-293.

Fleming College. (2014). Practical nursing courses and description. Récupéré le 14 juillet de <http://flemingcollege.ca/programs/practical-nursing/courses>

Fry, M, MacGregor, C, Ruperto, K, Jarrett, K, Wheeler, J, Fong, J, & Fetchet, W. (2013). Nursing praxis, compassionate caring and interpersonal relations: an observational study. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 16(2), 37-44. doi: 10.1016/j.aenj.2013.02.003.

Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1994). Competing paradigms in qualitative research. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (pp. 105-117). Thousand Oaks, CA: Sage.

Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1989). *Fourth generation evaluation*. Newbury Park : Sage.

- Guest, G., Bunce, A., & Johnson, L. (2006). How many interviews are enough? : An experiment with data saturation and variability. *Field Methods*, 18(1), 59-82.
- Hardyman, R., & Hickey, G. (2001). What do newly-qualified nurses expect from preceptorship? Exploring the perspective of the preceptee. *Nurse Education today*, 21(1), 58-64.
- Hays, M. M. (2013). A weekend and a lifetime: a linkage to empathy. *Holistic Nursing Practice*, 27(5), 282-283.
- Helmich, E., Bolhuis, S., Laan, R., & Koopmans, R. (2011). Early clinical experience: do students learn what we expect? *Medical Education*, 45, 731-740.
- Hodges, S. A. (1991). An experiment in the development of empathy in student nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 16(11), 1296-1300.
- Hojat, M. (2007). *Empathy in patient care. Antecedents, development, measurement, and outcomes*. Philadelphia: Springer.
- Hojat, M., Gonnella, J.S., Mangione, S., Nasca, T.J., Veloski, J.J., Erdmann, J. B., ...Magee, M. (2002). Empathy in medical students as related to academic performance, clinical competence and gender. *Medical Education*, 36(6), 522-527.
- Hojat, M., Spandorfer, J., Louis, D. Z., & Gonnella, J. S. (2011). Empathic and sympathetic orientations toward patient care : conceptualization, measurement, and psychometrics. *Academic Medicine*, 86(8), 989-995.
- Huybrecht, S., Loeckx, W., Quaeyhaegens, Y., De Tobel, D., & Mistiaen, W. (2011). Mentoring in nursing education: perceived characteristics of mentors and the consequences of mentorship. *Nurse Education Today*, 31(3), 274-278.
- Irving, P., & Dickson, D. (2004) Empathy: towards a conceptual framework for health professionals. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 17(4), 212-220.
- James, A., & Chapman, Y. (2009, 2010). Preceptors and patients – the power of two: nursing student experiences on their first acute clinical placement. *Contemporary Nurse*, 34(1), 34-47.
- Jiang, R. S., Chou, C. C., & Tsai, P. L. (2012). Preceptor-guided clinical practica and the learning experiences of nursing students. *Journal of Nursing Research*, 20(2), 152-157.
- Kern, A. (2012). *Nursing students' experience of belonging in clinical placements*. (Mémoire de maîtrise, Laurentian University de Sudbury, Canada). Récupéré de Proquest Dissertations and Thesis : <http://search.proquest.com.proxy.bib.uottawa.ca/docview/1027237126?accountid=14701>
- Kilcullen, N. (2007). Said another way: the impact of mentorship on clinical learning. *Nursing Forum*, 42(2), 95-104.
- La Cité (2014). *Rapport annuel 2013-2014*. Récupéré le 14 juillet 2014 de https://www.macitecollegiale.com/documents/39427/169482/Rapport_annuel_2013-2014.pdf/1a0bf042-64fe-4ad1-bafb-d7ecfa3978a6

La Cité (2013). *Soins infirmiers auxiliaires*. Récupéré le 22 mai 2013 de <http://www.collegelacite.ca/programmes/51538.htm>

Langridge, M. E., & Hauck, Y. L. (1998). Perceptions of clinical role modeling: an exploration of nursing students' experiential learning. *Collegian*, 5(4), 22-27.

Larson, E. B., & Yao, X. (2005). Clinical empathy as emotional labor in the patient–physician relationship. *The Journal of American Medical Association*, 293(9), 1100–1106.

Leners, D., Sitzman, K., Hessler, K. (2006). Perceptions of nursing student clinical placement experiences. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 3(1), 19p

Leufer, T. (2007). Students' perceptions of the learning experience in a large class environment. *Nursing Education Perspectives*, 28(6), 322-326.

Levett-Jones, T., Fahy, K., Parsons, K., & Mitchell, A. (2006). Enhancing nursing students' clinical placement experiences: a quality improvement project. *Contemporary Nurse*, 23(1), 58-71.

Loiselle, C. G., Profetto-McGrath, J., Polit, D. F., & Beck, C. T. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières. Approches quantitatives et qualitatives*. Saint-Laurent : ERPI.

Lovan, S. R., & Wilson, M. (2012). Comparing empathy levels in students at the beginning and end of a nursing program. *International Journal for Human Caring*, 16(3), 28-33.

Magnussen, L., & Amundson, M. J. (2003). Undergraduate nursing student experience. *Nursing Health Science*, 5(4), 261-267.

May, B. A. (2010). Orlando's nursing process theory in nursing practice. Dans M. R. Alligood, *Nursing theory. Utilization & application* (pp. 337-357). Maryland Heights: Mosby Elsevier.

McKenna, L., Boyle, M., Brown, T., Williams, B., Molloy, A., Lewis, B., & Molloy, L. (2011). Levels of empathy in undergraduate midwifery students: An Australian cross-sectional study. *Women and Birth*, 24, 80-84.

McMillan, L.R. (2007). *Empathy and empathic communication: nursing student perceptions of program effectiveness, academic experiences, and competence*. Dissertation doctorale. UMI 3265506.

Morse, J. M., Anderson, G., Bottorff, J. L., Yonge, O., O'Brien, B., Solberg, S. M., & Hunter McIlveen, K. (1992). Exploring empathy: a conceptual fit for nursing practice? *Journal of Nursing Scholarship*, 24(4), 273-280.

Myall, M., Levett-Jones, T., & Lathlean, J. (2008). Mentorship in contemporary practice: the experiences of nursing students and practice mentors. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 1834-1842.

Ogle, J., Bushnell, J. A., & Caputi, P. (2013). Empathy is related to clinical competence in medical care. *Medical Education*, 47, 824-831.

OIIO (2009a). *La relation thérapeutique, édition 2006*. Récupéré le 22 mai 2013, au http://www.cno.org/Global/docs/prac/51033_nurseclient.pdf

OIIO (2009b) *Normes professionnelles, édition révisée 2002* Récupéré le 30 avril 2014, au http://www.cno.org/Global/docs/prac/51006_ProfStds.pdf

OIIO (2012). *Critères d'admission à la profession d'infirmière auxiliaire autorisée en Ontario*. Récupéré le 22 mai 2013 de http://www.cno.org/Global/docs/reg/51042_EntryPracRPN.pdf

Olson, J. K. (1993). *Relationships between nurse expressed empathy, patient perceived empathy and patient distress*. Dissertation doctorale. UMI PUZ9418218.

Olson, J., & Hanchett, E. (1997). Nurse-expressed empathy, patient outcomes, and development of a middle-range theory. *Journal of Nursing Scholarship*, 29(1), 71-76.

Omer, T. Y., Suliman, W. A., Thomas L., & Joseph, J. (2013). Perception of nursing students to two models of preceptorship in clinical training. *Nurse Education in Practice*, 13, 155-160.

Orlando, I. J. (1961). *The dynamic nurse-patient relationship: function, process, and principles*. New York : Putnam.

Ouzouni, C., & Nakakis, K. (2012). An exploratory study of student nurses' empathy. *Health Science Journal*, 6(3), 534-552.

Ozcan, C. T., Oflaz, F., & Bakir, B. (2012). The effect of a structured empathy course on the students of a medical and a nursing school. *International Nursing Review*, 59(4), 532-538.

Ozcan, C.T., Oflaz, F., & Cicek, S. (2010). Empathy: the effects of undergraduate nursing education in Turkey. *International Nursing Review*, 57, 493-499.

Paillé, P. (1996). De l'analyse qualitative en général et de l'analyse thématique en particulier. *Revue de l'association pour la recherche qualitative*, 15, 179-196.

Paillé, P. & Mucchielli, A. (2012). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. (3^e éd.). France, Paris : Armand Colin.

Papastavrou, E., Efstathiou, G., & Charalambous, A. (2011). Nurses' and patients' perceptions of caring behaviours: quantitative systematic review of comparative studies. *Journal of Advanced Nursing*, 67(6), 1191-1205.

Pearcy, P. & Draper, P. (2008). Exploring clinical nursing experiences: listening to student nurses. *Nurse Education Today*, 28, 595-601.

Penprase, B., Oakley, B., Ternes, R., & Driscoll, D. (2013). Empathy as a determining factor for nursing career selection. *Journal of Nursing Education*, 52(4), 192-197.

Pharand, D. (1999). *Étude des éléments d'évaluation de l'enseignement clinique en soins infirmiers au niveau collégial*. Dissertation doctorale.

Ponte, P. (1988). *The relationships among empathy and the use of Orlando's deliberative process by the primary nurse and the distress of the adult cancer patient*. Dissertation doctorale. UMI PUZ8916380.

Reid-Searl, K., Moxham, L., Walker, S., & Happell, B. (2009). Internal conflict: undergraduate nursing students' response to inadequate supervision during the administration of medication. *Collegiate*, 16, 71-77.

Rhodes, C. A. (2013). Service user involvement in pre-registration children's nursing education: the impact and influence on practice: a case study on the student perspective. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 36(4), 291-308

Sachdeva, A.K. (1996). Preceptorship, mentorship, and the adult learner in medical and health sciences education. *Journal of Cancer Education*, 11(3), 131-136.

Sedgwick, M., & Harris, S. (2012). A critique of the undergraduate nursing preceptorship model. *Nursing Research and Practice*, 2012, 1-6. doi : 10.1155/2012/248356.

Sedgwick, M., Kellet, P., & Kalischuck, R. G. (2014). Exploring the acquisition of entry-to-practice competencies by second-degree nursing students during a preceptorship experience. *Nurse Education Today*, 34(3), 421-427.

Shapiro, J., Morrison, E. H., & Boker, J. R. (2004). Teaching empathy to first year medical students: evaluation of an elective literature and medicine course. *Education for Health*, 17(1), 73-84.

Sharif, F., & Masoumi, S. (2005). A qualitative study of nursing student experiences of clinical practice. *BMC Nursing*, 9, 4-6.

Solvoll, B.-A., & Heggen, K. M. (2010). Teaching and learning care – Exploring nursing students' clinical practice. *Nurse Education Today*, 30, 73-77.

Stepien, K. A., & Baernstein, A. (2006). Educating for empathy. A review. *Journal of General Internal Medicine*, 21, 524-530.

Stover, C.M. (2010). Use of a confluent education strategy to develop empathy in nursing students. *The Journal of Nursing Education*, 49(12), 719-720.

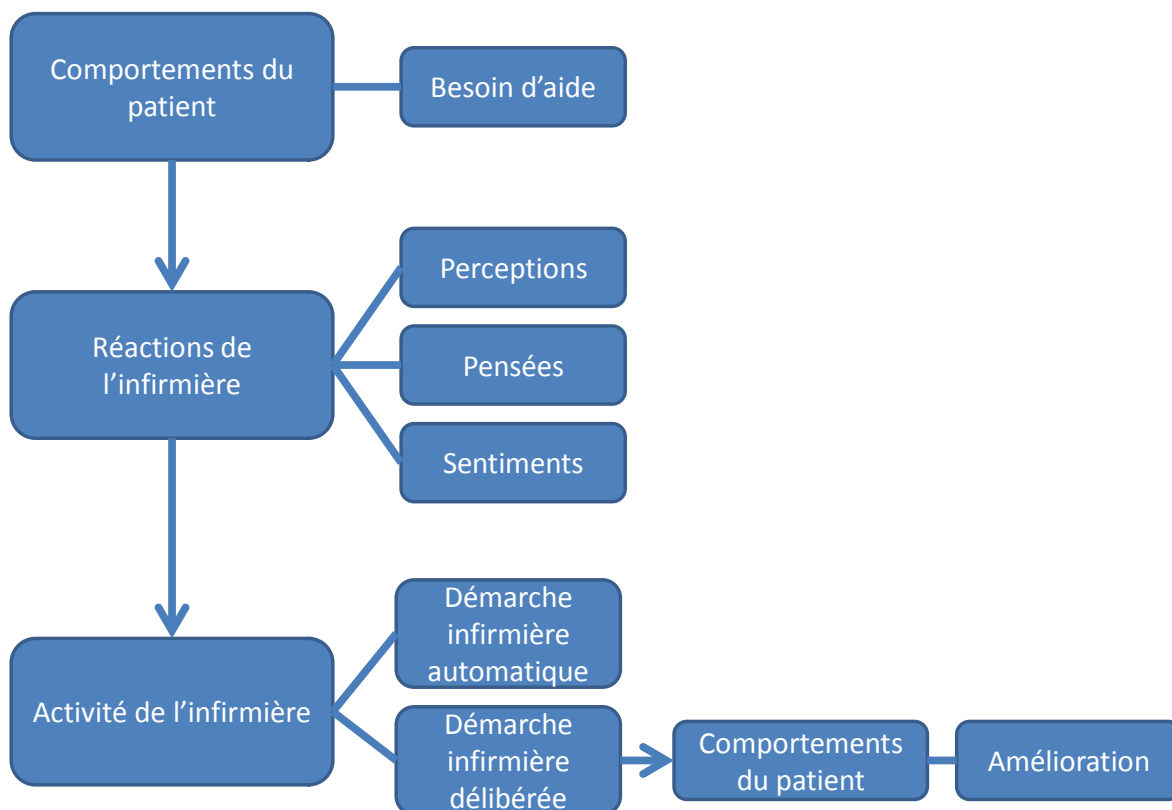
Sylvain, H. (2008). Le devis constructiviste : une méthodologie de choix en sciences infirmières. *L'infirmière clinicienne*, 5(1). Récupéré le 14 juillet 2014 de <http://revue-infirmiereclinicienne.uqar.ca/Parutions/pdf/InfirmiereClinicienne-vol5no1-Sylvain.pdf>

Tavakol, S., Dennick, R., & Tavakol, M. (2012). Medical students' understanding of empathy: a phenomenological study. *Medical Education*, 46, 306–316.

Taylor, R. (2012). Social capital and the nursing student experience. *Nurse Education Today*, 32, 250-254.

- Teherani, A., Hauer, K. E., & O'Sullivan, P. (2008). Can simulations measure empathy? Considerations on how to assess behavioral empathy via simulations. *Patient Education and Counselling, 71*, 148-152.
- van Manen, M. (1997). *Researching lived experience*. London: The Althouse Press.
- Walker, S., Dwyer, T., Moxham, L., Broadbent, M., & Sander, T. (2013). Facilitator versus preceptor: which offers the best support to undergraduate nursing students? *Nurse Education Today, 33*(5), 530-535.
- Ward, J., Cody, J., Schaal, M., & Hojat, M. (2012). The empathy enigma: an empirical study of decline in empathy among undergraduate nursing students. *Journal of Professional Nursing, 28*, 34-40.
- Warne, T., Johansson, U., Papastavrou, E., Tichelaar, E., Tomietto, M., Van den Bossche, K., ...Saarikoski, M. (2010). An exploration of the clinical learning experience of nursing students in nine European countries. *Nurse Education Today, 30*, 809-815.
- Webster, D. (2010). Promoting empathy through a creative reflective teaching strategy: a mixed-method study. *The Journal of Nursing Education, 49*(2), 87-94.
- Webster, D. (2013). Promoting therapeutic communication and patient-centered care using standardized patients. *The Journal of Nursing Education, 52*(11), 645-648.
- Williams, B., Boyle, M., & Earl, T. (2013). Measurement of empathy levels in undergraduate paramedic students. *Prehospital & Disaster Medicine, 28*(2), 145-149.
- Wilson, S., Prescott, J., & Becket, G. (2012). Empathy levels in first – and third – year students in health and non-health disciplines. *American Journal of Pharmaceutical Education, 72*(2), 1-4.
- Yegdich, T. (1999). On the phenomenology of empathy in nursing: empathy or sympathy? *Journal of Advanced Nursing, 30*(1), 83-93.

Annexe 1 – Démarche infirmière délibérée de Orlando



Source : May, B. A. (2010). Orlando's nursing process theory in nursing practice. Dans M. R. Alligood, *Nursing theory. Utilization & application* (pp. 337-357). Maryland Heights: Mosby Elsevier. p. 375.

Annexe 2 – Formulaire de consentement

TITRE DU PROJET : L'EXPÉRIENCE D'APPRENTISSAGE DE L'EMPATHIE CHEZ LES ÉTUDIANTES EN SOINS INFIRMIERS AUXILIAIRES LORS DE LEUR STAGE DE PRÉCEPTORAT.

Mariève Bercier, Faculté des sciences de la santé, École des sciences infirmières.

Invitation à participer: Je suis invité(e) à participer à la recherche ci haut nommée, menée par Mariève Bercier.

But de l'étude: Le but de cette étude est d'explorer l'expérience d'apprentissage de l'empathie chez les étudiantes en soins infirmiers auxiliaires lors de leur stage de préceptorat.

Participation: Ma participation consistera essentiellement à me prêter à une entrevue qui sera enregistrée et qui sera d'une durée d'environ une heure. J'aurai l'opportunité de voir la transcription de mon entrevue si je le désire et en fait la demande et ce, que ce soit pour le plaisir de lire mes propos ou pour vérifier la validité de mes dires.

Risques: Je comprends que puisque ma participation à cette recherche implique que je donne de l'information personnelle, il est possible qu'elle crée un inconfort psychologique, ou autre. J'ai reçu l'assurance de la chercheuse que tout sera fait en vue de minimiser ces risques (les informations seront gardées confidentielles et je serai identifié par un prénom fictif).

Bienfaits: Ma participation à cette recherche contribuera l'avancement des connaissances sur l'apprentissage de l'empathie dans le programme des soins infirmiers auxiliaires.

Confidentialité et anonymat: J'ai l'assurance de la chercheuse que l'information que je partagerai avec elle restera strictement confidentielle. Je m'attends à ce que le contenu ne soit utilisé que pour explorer l'expérience d'apprentissage de l'empathie des étudiantes durant leur stage de préceptorat. Selon le respect de la confidentialité, l'anonymat de chacun des étudiantes sera préservé en les identifiant par un code et/ou un prénom fictif, et non par leur nom.

Conservation des données: Les données recueillies seront conservées sous clé, dans un classeur dans le bureau de la directrice de thèse, madame Denise Moreau, à l'Université d'Ottawa, pièce RGN 3236 B et ce, pour une période de 5 ans, après quoi les questionnaires comprenant les données sociodémographiques tout comme les copies papiers des transcriptions seront détruites par déchiquetage. Les entrevues transcrites à l'ordinateur seront effacées du disque dur.

Compensation: Aucune compensation ne sera accordée.

Participation volontaire: Ma participation à la recherche est volontaire, je suis libre de me retirer en tout temps, et/ou de refuser de répondre à certaines questions, sans subir de préjudices. Si je choisis de me retirer de l'étude, les données recueillies jusqu'au moment de mon retrait seront détruites.

Acceptation: Je, _____, accepte de participer à la recherche menée par Mariève Bercier de l'Université d'Ottawa, Faculté des sciences de la santé, École des sciences infirmières, laquelle recherche est supervisée par Madame Denise Moreau, professeure agrégée, École des sciences infirmières, Université d'Ottawa.

Pour tout renseignement additionnel concernant cette étude, je peux communiquer avec la chercheuse ou sa superviseuse.

Pour tout renseignement sur les aspects éthiques de cette recherche, je peux m'adresser au responsable de l'éthique en recherche à l'Université d'Ottawa, Pavillon Tabaret, 550, rue Cumberland, pièce 154, (613) 562-5387 ou ethics@uottawa.ca.

Il y a deux copies du formulaire de consentement, dont une copie que je peux garder.

Signature du participant: _____ Date: _____

Signature de la chercheuse: _____ Date: _____

Annexe 3 – Script verbal

Voici ce qui a été mentionné aux participants choisis :

« Bonjour, ici Mariève Bercier. Lors de notre rencontre, vous avez démontré de l'intérêt à participer à mon projet de recherche dans le cadre de ma maîtrise en sciences infirmières. Je voudrais tout d'abord vous remercier de l'intérêt que vous démontrez. Si vous le permettez, je vais vous expliquer en quoi consiste mon projet de recherche, ainsi vous serez en mesure de me dire si mon projet suscite toujours votre intérêt. Par la suite, nous discuterons de la façon dont la recherche se déroulera et, quelle sera votre contribution.

« Le titre de mon projet est : *L'expérience d'apprentissage de l'empathie chez les étudiants en soins infirmiers auxiliaires pendant leur stage de préceptorat*. Je m'intéresse à ce sujet, car je veux savoir comment les étudiants apprennent et vivent l'empathie pendant leur dernier stage du programme. Pour ce faire, je voudrais interviewer des finissants en soins infirmiers auxiliaires qui ont obtenu leur diplôme en juin 2013 et vous faites partie de cette cohorte.

« Les entrevues d'une durée maximale d'une heure seront enregistrées et seront conduites à l'endroit et au moment qui vous conviendront. Ces entrevues seront par la suite transcrites et si vous le désirez, vous aurez l'opportunité de lire la transcription intégrale de votre entrevue. Toutes les transcriptions seront gardées sous clé pendant cinq ans dans le bureau de ma directrice de thèse madame Denise Moreau à l'Université d'Ottawa.

« Je voudrais également vous rassurer en ce qui a trait à la confidentialité de ce que vous allez me confier. Si vous acceptez de m'accorder une entrevue, votre nom ne sera pas divulgué et vous serez identifié par un nom fictif qui ne sera connu que par moi. Lors de la publication des

résultats, si vos propos sont cités, vous serez identifié(e) par ce même nom fictif. Vous pourrez vous retirer de l'étude à n'importe quel moment du processus et ce, sans subir de préjudice. »

Par la suite, un endroit et un temps ont été convenus pour l'entrevue si le participant acceptait toujours de participer. S'il refusait, la chercheuse l'a remercié et a choisi un autre participant.

Voici ce qui a été mentionné aux participants non choisis :

« Bonjour, ici Mariève Bercier. Lors de notre rencontre, vous avez démontré de l'intérêt pour participer à mon projet de recherche dans le cadre de ma maîtrise en sciences infirmières. Je voudrais tout d'abord vous remercier de l'intérêt que vous avez démontré. En fait, vous étiez nombreux à vous porter volontaires, mais malheureusement, je ne pouvais choisir que onze participants. J'ai donc dû effectuer une pige parmi les participants et malheureusement, votre nom n'a pas été retenu. Je tenais tout de même, du fond du cœur à vous remercier de l'intérêt que vous avez porté pour mon projet de recherche. »

Annexe 4 – Guide d’entrevue

1. Selon vous, qu’est-ce que l’empathie?
2. Sur une échelle de 1 à 10, 1 étant peu important, et 10 étant très important, où situeriez-vous l’importance de l’empathie dans les soins aux patients et à leur famille?
3. Lors de votre stage de préceptorat, comment avez-vous exprimé de l’empathie envers vos patients et leur famille?
4. Selon vous, durant vos stages, quels sont les facteurs environnementaux qui ont favorisé votre capacité d’empathie?
5. Selon vous, durant vos stages, quels sont les facteurs environnementaux qui ont fait obstacle à votre capacité d’empathie?
6. Décrivez-moi de quelle façon votre préceptrice vous a enseigné à être empathique?
7. Selon vous, pour les patients et leur famille, quels sont les effets bénéfiques de l’empathie démontrée par l’infirmière ou l’étudiante?
8. Parlez-moi d’une situation où vous avez démontré de l’empathie envers un patient ou sa famille en stage de préceptorat. Comment vous êtes-vous senti(e) à ce moment-là?
9. Parlez-moi d’une situation où vous croyez avoir manqué d’empathie envers un patient ou sa famille en stage de préceptorat. Comment vous êtes-vous senti(e) à ce moment-là?

Annexe 5 – Questionnaire sociodémographique**Participant #** _____ **Prénom fictif** _____

1. Âge : ≤ 20 ans
 21-25 ans
 26-30 ans
 31-35 ans
 36-40 ans
 41-45 ans
 > 45 ans
2. Sexe : Homme
 Femme
3. Expérience antérieure dans le domaine des soins de santé? Oui
 Non
4. Milieu de stage de préceptorat : Médecine/chirurgie
 Urgence
 Maternité
 Psychiatrie
 Soins de longue durée
 Soins palliatifs
 Autre : _____

Annexe 6 – Le consentement du comité de déontologie de l'Université d'Ottawa

Numéro de dossier: H09-13-11

Date (mm/jj/aaaa): 10/16/2013



Université d'Ottawa **University of Ottawa**
Bureau d'éthique et d'intégrité de la recherche Office of Research Ethics and Integrity

Certificat d'approbation déontologique

CÉR Sciences et science de la santé

Chercheur principal / Superviseur / Co-chercheur(s) / Étudiant(s)

<u>Prénom</u>	<u>Nom de famille</u>	<u>Affiliation</u>	<u>Rôle</u>
Denise	Moreau	Sciences de la santé / Sciences infirmières	Superviseur
Denyse	Pharand	Sciences de la santé / Sciences infirmières	Co-Superviseur
Mariève	Bercier	Sciences de la santé / Sciences infirmières	Étudiant-chercheur

Numéro du dossier: H09-13-11

Type du projet: Thèse de maîtrise

Titre: L'expérience d'apprentissage de l'empathie chez les étudiants en soins infirmiers auxiliaires pendant leur stage de préceptorat

Date d'approbation (mm/jj/aaaa)	Date d'expiration (mm/jj/aaaa)	Approbation
10/16/2013	10/15/2014	Ia

(Ia: Approbation complète, Ib: Autorisation préliminaire de libération de fonds de recherche)

Conditions Spéciales / Commentaires:

N/A

Numéro de dossier: H09-13-11

Date (mm/jj/aaaa): 10/16/2013

**Université d'Ottawa**

Bureau d'éthique et d'intégrité de la recherche

University of Ottawa

Office of Research Ethics and Integrity

La présente confirme que le Comité d'éthique de la recherche (CER) de l'Université d'Ottawa identifié ci-dessus, opérant conformément à l'Énoncé de politique des Trois conseils et toutes autres lois et tous règlements applicables de l'Ontario, a examiné et approuvé la demande d'approbation déontologique du projet de recherche ci-nommé. L'approbation est valide pour la durée indiquée plus haut et est sujette aux conditions énumérées dans la section intitulée "Conditions Spéciales / Commentaires".

Lors de l'étude, le protocole ne peut être modifié sans approbation préalable écrite du CER sauf si le sujet doit être retiré en raison d'un danger immédiat ou s'il s'agit d'un changement ayant trait à des éléments administratifs ou logistiques de l'étude comme par exemple un changement de numéro de téléphone. Les chercheurs doivent aviser le CER dans les plus brefs délais de tout changement pouvant augmenter le niveau de risque aux participants ou affecter considérablement le déroulement du projet. Ils devront aussi rapporter tout événement imprévu et / ou dommageable et devront soumettre toutes les nouvelles informations pouvant nuire à la conduite du projet et/ou à la sécurité des participants. Toutes modifications apportées au projet, aux lettres d'information / formulaires de consentement ainsi qu'aux documents de recrutement doivent être soumises pour approbation à ce Service en utilisant le document intitulé "Modification au projet de recherche" au: <http://www.recherche.uottawa.ca/deontologie/formulaires.html>.

Veillez soumettre un rapport annuel au Responsable de la déontologie en recherche, quatre semaines avant la date d'échéance indiquée afin de fermer le dossier ou demander un renouvellement de l'approbation déontologique. Le document nécessaire est disponible en ligne au: <http://www.recherche.uottawa.ca/deontologie/formulaires.html>.

Pour toutes questions, vous pouvez communiquer avec le bureau de déontologie en composant le poste 5387 ou en nous contactant par courriel à: ethique@uOttawa.ca.

Signature:

Riana Marcotte
Responsable de la déontologie en recherche
Pour Daniel Lagarec, Président du CÉR en Sciences et sciences de la santé

Annexe 7 – Le consentement du comité de déontologie de La Cité

Le 23 septembre 2013

Madame Mariève Bercier
 Professeure
 Institut des sciences de la santé et de la vie
 La Cité collégiale
 Ottawa, ON, K1K 4R3



Le Collège des meilleures pratiques

www.lacitecollégiale.com

Tél. : 613 742-2483

Sans frais : 1 800 267-2483

801, promenade de l'Aviation
 Ottawa (Ontario) K1K 4R3

Objet: Demande d'approbation auprès du comité d'éthique de la recherche avec les êtres humains

Madame Bercier,

Nous avons lu les documents que vous nous avez envoyés et voici le résultat de notre analyse :

Le projet L'expérience d'apprentissage de l'empathie chez les étudiants en soins infirmiers pendant leur stage de préceptorat est approuvé par le comité d'éthique de la recherche avec les êtres humains de La Cité collégiale tel que soumis.

Veillez agréer, Madame, l'expression de mes salutations mes meilleures.

Cyr Lézin Doumbou, Ph.D.
 Président du CER
 La Cité collégiale
 801, promenade de l'Aviation, Ottawa, ON, K1K 4R3
 Tél : (613) 742-2493 poste
 Téléc. : (613) 742-2467