



Marylise BERARD

UE 5.6.S6

Initiation à la démarche de recherche

La communication, facteur d'influence de la relation soignant soigné et gage de la qualité des soins

Date de rendu : 30 mai 2023

Directeur de mémoire : Marie Delahaie

Institut de formation en soins infirmiers

740, chemin des Meinajariés

84907 AVIGNON Cedex

Note aux lecteurs et lectrices :

« Il s'agit d'un travail personnel ne pouvant faire l'objet d'une publication en tout ou partie sans l'accord de son auteur. »

Remerciements

A ma directrice de mémoire, Madame Delahaie et Monsieur Steinackre qui m'ont accompagnée au mieux durant cette aventure de rédaction du mémoire.

A ma directrice pédagogique, Madame Bory, personne très présente et bienveillante.

A toute l'équipe pédagogique de L'IFSI.

Aux cadres de santé et infirmières qui m'ont accordé leur confiance et permis de réaliser mes entretiens sans lesquels ce travail n'aurait pas été complet

A mes amies de formation pour les bons moments partagés

Je dédie ce travail à ma Sara, ma (belle)-sœur, maintenant la plus brillante des étoiles. Saudades.

1.Introduction	1
2.Situation d'appel.....	1
2.1.Description de la situation	1
2.2.Questionnement	5
3.Question de départ	8
4.Cadre de référence	8
4.1 La question de la communication dans le soin	8
4.1.1 Définitions	8
4.1.2 Les différents styles de communication	9
4.1.3 La communication comme outil dans le soin	9
4.2 La question de l'objectisation du patient.....	14
4.2.1 Définitions	14
4.2.2 La notion de soin, réalité complexe.....	16
4.2.3 La brutalité du soin	18
4.2.3 Le soin, le corps objet, la personne	21
4.2.4 La juste distance	26
4.3 L'accompagnement des étudiants en soins infirmiers.....	28
4.3.1 Définitions et historique	28
4.3.2 L'importance du contexte institutionnel.....	29
4.3.3 L'importance de la communication durant la formation.....	31
4.3.4 Le tuteur.....	33
5. Enquête exploratoire.....	36
5.1 Outil.....	36
5.2 Population choisie	37
5.3 Lieux d'enquête	37
5.4 Guide de l'outil.....	37
6.Analyse	38
6.1 Entretien par entretien	38
6.1.1 Entretien 1 en court séjour gériatrique	38

6.1.2 Entretien 2 en court séjour gériatrique	40
6.1.3 Entretien 1 en unité de soins de longue durée	42
6.1.4 Entretien 1 en service de soins de suite et de réadaptation (SSR).....	44
6.1.5 Entretien 2 en service de soins de suite et de réadaptation.....	45
6.1.6 Entretien n 2 en unité de soins de longue durée	47
6.2 Analyse thématique	49
6.2.1 La communication	49
6.2.2 La formation	51
6.2.3 La vulnérabilité, la proxémie et la durée d'exposition	54
6.3 Synthèse de l'enquête exploratoire.....	56
6.4 Limites de l'enquête exploratoire	58
7.Problématique.....	60
8.Question de recherche	61
9.Conclusion.....	61
10.Bibliographie	62
11. Table des annexes.....	67

1.Introduction

Les études en soins infirmiers visent à développer l'esprit critique de l'étudiant pour en faire non pas un exécutant mais un professionnel réfléchi. C'est là toute la différence entre le savoir-faire et la compétence. Tout au long des trois ans de formation, des apports théoriques et des stages, j'ai senti un changement s'opérer entre ma vision initiale du métier et la confrontation à la réalité de l'exercice de la profession. Loin d'être meilleure ou pire, ma vision actuelle est simplement différente, plus mûre et me permet de m'engager de manière éclairée vers le métier d'infirmier. Durant chacun de mes stages, j'ai pu remarquer que la question de la communication mal-menée (malmenée ?) venait souvent enrayer au sein de l'équipe pluridisciplinaire un processus de soin bien pensé et, trop souvent, par ricochet, entraver le relationnel avec le patient et son entourage. La situation d'appel que j'ai choisie est exemplaire quant à ce qui advient du soin quand la communication n'est pas utilisée de manière appropriée. Questionner la communication comme outil du soin était pour moi une évidence, car il me faudra savoir bien communiquer quel que soit le service où j'évoluerai dans le futur. Mettre en avant les processus et les enjeux communicationnels me permettra de prendre du recul et de conscientiser une pratique pour tenter de l'incorporer professionnellement. Je vous invite à travers les pages qui vont suivre à cheminer avec moi le long de mon travail de réflexion sur la communication. Pour cela, je vais tout d'abord vous présenter la situation d'appel vécue en stage de deuxième année qui a fait jaillir cette problématique ; cela me permettra de dégager la question de départ qui guidera mon travail. Viendront ensuite mon cadre de référence, construit sur les thématiques de ma question de départ, puis mon enquête exploratoire, avec les outils utilisés, les lieux d'enquête et la population choisie. Enfin, à l'aide d'une synthèse des résultats obtenus (à la suite de l'analyse par entretien puis par thématique), je vous exposerai une nouvelle problématique qui amènera ma question de recherche (qui ne sera pas traitée dans cet écrit). Pour finir, vous trouverez une conclusion de mon travail de mémoire suivie de la bibliographie et des documents annexes.

2.Situation d'appel

2.1Description de la situation

La situation que je vais exposer ci-dessous se déroule au cours du second stage du semestre 3. Tous les noms ont été anonymisés.

Je suis environ à mi-stage, en unité de soins de longue durée (USLD), qui accueille un public âgé. Cette unité a la particularité d'être à la fois un lieu de soin et un lieu de vie, car les patients restent généralement longtemps et jusqu'à leur décès. Nous sommes trois en service : Jérôme, infirmier diplômé d'état (IDE), Claire, IDE jeune diplômée et moi-même, étudiante en soins infirmiers de deuxième année, avec mon bagage théorique et pratique de mi-parcours de formation. Cette semaine-là Jérôme doit doubler Claire pour lui montrer/expliciter le fonctionnement du service mais aussi parce qu'elle a besoin de réassurance pour cette prise de poste. La configuration fait donc que mon accompagnement ne peut pas être tout le temps dans l'action et que je reste en situation d'observation pour permettre à Claire de se familiariser avec le service. Vers 10h du matin, l'infirmier Jérôme me demande si je veux faire un sondage vésical aller-retour sur Madame B dans le but de réaliser un examen cyto bactériologique des urines (ECBU). Ce geste n'ayant pas été planifié à la relève du matin, j'en déduis que le médecin du service vient d'en faire la demande. Madame B est une dame de 86 ans qui souffre de multiples pathologies liées à son âge avancé mais surtout d'une schizophrénie ancienne (décompensée dans la vingtaine) et actuellement régressée. Elle est veuve, a des enfants, mais ne reçoit jamais de visites ou de coup de fil ; c'est donc une patiente très isolée socialement, affectivement et qui communique peu, installée dans un repli autistique important. Elle n'a plus de dents, n'est pas appareillée et mange haché avec surveillance car même si elle peut se nourrir elle-même en théorie, en pratique elle oublie de le faire si l'équipe la laisse en autonomie. Elle souffre d'incontinence urinaire et fécale pour lesquelles elle porte une protection jour et nuit. Madame B ne marche plus du tout, elle est le plus souvent alitée. Les quelques fois où elle est mise au fauteuil et amenée au réfectoire Madame B proteste fort, n'appréciant ni d'être levée ni la compagnie et le bruit d'autrui. Madame B a une voisine de chambre : Madame O, 84 ans, d'origine étrangère, qui communique très peu verbalement elle aussi et dont je n'arrive pas à déterminer le degré de compréhension de la langue française bien qu'elle semble comprendre nos demandes basiques (elle réagit en conséquence quand nous lui demandons de nous aider en se tournant vers la droite, gauche, de se relever, etc..). Cette dame est fragile tant physiquement (constamment alitée elle est sujette aux complications du décubitus et elle a récemment chuté de son lit) que psychologiquement (n'exprime pas ses besoins, désirs, reste le regard dans le vague...). Tout comme Madame B, il est difficile de savoir ce qu'elle pense de ce qu'elle entend, voit et ressent. Ces deux patientes présentent donc un comportement très passif, une hypomimie et une altération des capacités de communiquer verbalement avec les soignants.

Quand Jérôme propose de m'accompagner pour le sondage aller-retour je suis ravie. En effet, réaliser ce geste technique fait partie de mes objectifs de stage et il n'y a généralement pas de sondage vésical dans le service à ce moment. Donc j'acquiesce. Jérôme a déjà préparé le matériel sur un chariot et il est prêt à initier le soin. Avec Claire nous le suivons jusqu'à la chambre de Madame B. Tout ceci s'enchaîne dans une relative urgence et je n'ai eu le temps ni de regarder le protocole de sondage vésical ni même pensé à m'enquérir du pourquoi d'un tel acte sur Madame B. Je suis toute à mon attente anxieuse du soin, ennuyée de ne pas avoir le protocole avec moi et concentrée sur les règles strictes d'hygiène qu'il faudra observer. Tout se passe très vite, nous voilà devant la chambre de Madame B. Jérôme toque à la porte de chambre de Madame B qui ne répond pas (elle ne répond jamais) et nous rentrons tous les trois. Jérôme s'approche de la patiente et lui explique que nous devons procéder à un écouvillonnage vaginal puis à un sondage aller-retour pour prélever des urines. Je comprends que Madame B découvre la situation à cet instant, non sans une certaine inquiétude. Je prends connaissance moi-même du prélèvement dont il n'avait pas été question auparavant. À ce moment de mon stage, j'ai déjà rencontré tous les patients du service et j'ai pu accompagner Madame B plusieurs fois à la prise de repas et au lever. Je sais qu'elle fuit le contact visuel et qu'elle ne répond pas souvent à mes tentatives d'interaction. Il est difficile de savoir ce que pense Madame B ou ce qu'elle souhaite. Pourtant, quand Jérôme parle du sondage à Madame B celle-ci réagit immédiatement et crie : « *On ne touche pas les parties des filles !* ». Elle comprend donc ce dont il est question et manifeste son désaccord. Elle s'agrippe aux barrières de lit, ses mains se crispent, elle essaie de se redresser dans son lit ce qui est très inhabituel de sa part. Jérôme tente de la rassurer, il lui explique que c'est nécessaire et déballe le matériel de sondage sur le chariot tout en m'expliquant la procédure. Claire se place côté opposé, entre le lit de Madame B et le mur de la salle de bains, à hauteur du torse de la patiente. Je prends soin à déplier le paravent car j'ai remarqué qu'il n'est pas toujours installé quand nous devons procéder à l'administration de Normacol sur sonde à Madame O alors même que Madame B est dans la chambre. Peut-être que ni Madame B ni Madame O ne sont gênées par le manque d'intimité et il est impossible de le savoir mais personnellement cela me dérange que leur corps nu soit exposé sans pudeur, même pour un acte de soin tout aussi rapide soit-il. D'autant plus que ce lieu de soin où elles se trouvent hébergées devient par la force des choses leur lieu de vie. Je pousse le chariot de soins pour pouvoir déplier le paravent et explique à Madame O que c'est pour le temps du soin nous devons faire à sa voisine de chambre. Madame O, en position demi-assise, ne me répond pas et

fixe le plafond. Le paravent est beaucoup trop court pour cacher autre chose que la tête et les épaules de Madame B mais il est déplié, et je retourne auprès de Madame B qui continue de crier : « *On ne touche pas les parties des filles !* » et de s'agiter. Jérôme garde son calme et continue de préparer le matériel sur le chariot. Quand tout est sorti, il se penche vers la patiente et lui explique qu'il comprend qu'elle ne veuille pas qu'un homme la touche et qu'en conséquence il va sortir et la laisser avec deux femmes pour le soin. Il sort et nous laisse, Claire, la patiente et moi-même. Je prépare l'écouvillon en essayant de rassurer Madame B et en prenant soin de lui expliquer ce que je fais car Madame B, sur le dos et presque à plat, n'a pas de vue sur le chariot. Je garde une voix la plus posée possible pour tenter de rassurer la patiente. L'expression de Madame B continue de renvoyer de la tension, elle est crispée, les mains blanchies par l'agrippement aux barrières de lit. J'approche le matériel de prélèvement et j'explique à la patiente que je dois soulever la chemise de nuit et le drap. Elle crie, se crispe plus encore, serre les jambes. Son désaccord étant nettement exprimé, je cherche Claire à l'aide du regard mais celle-ci garde les yeux baissés vers Madame B et lui prend la main, tentant de l'apaiser. Je procède avec difficulté au prélèvement, je me sens de plus en plus mal. Je me rends compte que personne ne m'a dit pourquoi il fallait faire le soin et que moi-même, pensant à mes objectifs de stage, je n'ai pas demandé. Je me sens idiote et coupable de procéder à un acte que la patiente refuse. Je ne peux pas légitimer l'acte auprès de Madame B et Claire ne semble pas non plus savoir comment réagir (elle fuit mon regard) mais continue de tenter d'apaiser la patiente. Je ne suis pas certaine non plus que Claire elle-même sache le pourquoi de ces soins. Elle ne connaît pas vraiment la patiente, ce n'est que son deuxième jour de service et ses tentatives d'apaisement restent vaines. Nous passons malgré tout à l'étape suivante : le sondage vésical aller-retour. À ce moment-là j'ai vraiment envie de partir en courant de la chambre de Madame B. Claire ne me regarde toujours pas et je me demande si elle se sent autant mal à l'aise que moi. J'essaie de procéder à la toilette urogénitale et à l'asepsie. Madame B. ne se laisse pas faire, elle serre les cuisses pousse le bassin vers l'arrière, rendant la zone quasi inaccessible. Madame B rejette le champ stérile, crie, essaie de se tourner, serre les jambes encore et encore. Elle essaie de nous cracher au visage. À ce moment-là Claire lui tient fermement les deux mains pour l'empêcher de stériliser le champ. Tourne en boucle dans ma tête « *Ce n'est pas possible !* » et je pense subitement à Madame O, je me demande ce qu'elle comprend de la situation et si elle a peur de ce qu'elle entend. Je répète plusieurs fois à voix haute « *Ce n'est pas possible, je n'y arrive pas* », tentative inefficace d'appeler Claire à l'aide,

mais la seule que j'arrive à formuler sur le moment. À cet instant, Jérôme toque à la porte et entre dans la chambre. Le soin s'éternisant, il décide de prendre le relais. Il s'approche de la patiente, essaie de la calmer par des techniques de relaxation qui n'ont malheureusement aucun effet puisque Madame B essaie de lui cracher au visage et continue de crier. Jérôme me demande d'introduire la sonde dans l'urètre et je continue à répéter « *Je ne peux pas* ». Étant donné qu'il s'agit de mon premier sondage vésical chez une femme, je peux difficilement envisager de placer la sonde « *à l'aveugle* ». Jérôme prend alors la main, me dit : « *On échange nos places* ». Je retire les gants stériles, il enfile les siens. Claire et moi-même nous retrouvons à maintenir les mains de Madame B qui reste très agitée, crie, crache de plus belle. Jérôme, expérimenté, arrive à placer rapidement la sonde. Madame B s'apaise instantanément. Nous procédons au recueil des urines et retirons le matériel, remplaçons la chemise de nuit et le drap sur Madame B. La patiente est redevenue apathique, telle qu'elle peut l'être d'habitude, mais il me semble apercevoir une légère tristesse dans son regard. Je replie le paravent et m'approche de Madame O, la voisine de chambre. Je lui explique que le soin est fini, et que je suis désolée pour ce qu'elle a entendu, que j'espère que cela ne l'a pas inquiétée. Madame O ne réagit pas. Elle semble gênée mais à cet instant je ne sais pas si c'est moi qui projette ma propre honte et culpabilité sur les deux patientes. Nous sortons tous trois de la chambre avec le chariot de soin. Je sens que ma tête est chaude, je dois être écarlate. En sortant de la chambre Jérôme a ces mots : « *Cela ne s'est pas si mal passé en fin de compte* ». Je suis décontenancée par ses propos, ce soin ayant été pour ma part un échec total malgré la finalité atteinte à savoir le recueil des urines pour faire un ECBU. Jérôme n'a visiblement pas les mêmes attentes et les mêmes représentations que moi concernant un acte de soin, à tel point que nous semblons avoir vécu deux événements totalement différents.

2.1. Questionnement

Ayant déjà pu effectuer deux stages en milieu hospitalier avant celui-ci, il ne m'avait pas échappé que le psychisme du patient, son vécu du soin peuvent en arriver à être occultés. La temporalité de l'hôpital ne laisse bien souvent, du moins en apparence, que peu de loisirs pour penser le soin en amont dans toute sa dimension relationnelle. Un patient éveillé et possédant toutes ses facultés cognitives sera en mesure de questionner le soignant et d'exprimer par le langage oral et/ou corporel, un inconfort, une incompréhension, voire un refus clair et que l'on ne saurait ignorer sous peine de rompre le fragile équilibre de la relation soignant-soigné. Dans

cette situation-ci, comment rétablir un lien de confiance avec Madame B par la suite, pour ses autres soins ? Les gestes de soin peuvent être douloureux et intrusifs pour les patients. Un sondage vésical est quelque chose qui touche à l'intimité, d'autant plus pour une femme. Il expose les parties génitales à la vue, la sonde s'enfonçant dans les chairs. Je ne peux que me demander s'il est réellement possible de faire du bien en faisant du mal, comme cela a été le cas pour Madame B qui a très mal vécu un soin réalisé « *dans son intérêt* ». Y avait-il une réelle urgence à réaliser ce sondage alors qu'il y aurait eu lieu de s'interroger sur la planification du soin au vu de la pathologie (schizophrénie) de la patiente ? Son rapport à son propre corps étant altéré (morcellement psychotique) cela a probablement majoré un sentiment de peur à l'égard du sondage. La pathologie mentale de la patiente n'a pas été considérée par Jérôme dans sa planification du soin et je me demande si le personnel soignant de l'USLD a pleinement connaissance de la symptomatologie d'une schizophrénie et de ce que cela traduit quant au rapport au monde et à son propre corps pour une personne qui en est atteinte. De même, devant la particularité du sondage vésical sur un individu de sexe féminin et le soin ayant été projeté par un infirmier, je me demande si un biais de genre a pu être à l'œuvre dans la planification et la réalisation du soin. L'infirmier aurait-il réalisé le même soin chez un patient de sexe masculin ? Quand je repense la situation, je m'attarde souvent sur Claire qui manquant d'expérience elle-même n'a pas su comment me rassurer ou se positionner, coupant toute communication entre nous. Nous n'avons pas eu l'occasion d'en parler ensemble, ce qui est regrettable. Mon expérience semble montrer que l'encadrement d'un soin doit être confié à quelqu'un de suffisamment expérimenté pour pouvoir le réévaluer et/ou prendre le relais de l'étudiante. J'ai moi-même manqué de recul sur la situation du fait de mon propre manque d'expérience et d'affirmation et je me suis laissé dépasser. Poser des questions sur le soin avant de l'initier m'aurait m'aider à me positionner et à temporiser. Cependant, il n'est pas toujours évident de s'affirmer dans une équipe de soin en tant qu'étudiante. Que me manquait-il pour pouvoir aborder correctement ce soin ? Le protocole, le fait de préparer le chariot, la disposition psychologique (le fait de se projeter dans le soin), le temps de la réflexion ? Les protocoles surtout, pensés par des pairs afin de sécuriser le patient et le soignant sont en effet des outils indispensables dans le processus de professionnalisation. Les bagages théoriques indispensables à mobiliser ne prennent sens que s'ils abordent toutes les dimensions du soin et surtout s'ils permettent de personnaliser le soin. Les soignants ont reçu un enseignement sur l'éthique, enseignement qui les a invités à penser, encore et encore, leurs actions. Alors

pourquoi la pudeur du patient est-elle si rarement pensée et préservée ? La contention subie de facto par Madame B me questionne elle aussi. Couplée à la réalisation d'un soin clairement refusé, ne vient-elle pas renforcer une situation qui pourrait être vue comme maltraitante ? Quel aura été l'impact psychologique du soin pour Madame B ? On nous met en garde contre l'attitude qui revient à considérer le patient comme objet de soin et non comme sujet de soin et pourtant, sans y prendre garde et même avec les meilleures intentions du monde, un soignant peut réduire l'acte de soin à la seule réalisation d'un geste technique. Quels sont donc les mécanismes à l'œuvre ? La familiarité du soignant et du patient (unité à la fois lieu de soin et lieu de vie) entraîne-t-elle un manque de vigilance ? Soigne-t-on de la même manière un patient avec une communication (verbale, corporelle) altérée comme Madame B et un patient en pleine possession de ses facultés de communication ? Le refus de soin de la patiente a-t-il moins de valeur que pour un patient a priori en pleine capacité de communiquer ? Le personnel de l'USLD est-il suffisamment formé à l'accompagnement de patients âgés présentant des pathologies mentales de type psychose ? J'ai provoqué un échange autour de ce vécu de soin avec ma référente de stage et la cadre du service. J'ai pu répondre à mes questions sur la prescription du sondage vésical aller-retour et enfin mettre du sens sur cet acte. Les aides-soignantes avaient signalé des pertes purulentes lors de la toilette matinale de Madame B et le médecin, sachant que sa patiente est exposée à des infections urinaires à risque de rapides complications, a souhaité faire une levée de doute. En effet, la schizophrénie de Madame B entraîne une absence d'expression de la douleur et donc le risque majeur de passer à côté d'une infection débutante. En vérifiant l'historique des infections urinaires de Madame B j'ai pu constater qu'elle présente une infection tous les 18 à 24 mois. Madame B est entrée en USLD il y a plusieurs années, elle a donc déjà vécu plusieurs sondages aller-retour pour diagnostiquer une infection urinaire. Les patients de ce service sont tous très âgés et pour un grand nombre d'entre eux atteints de pathologies entravant leur compréhension et entraînant des altérations importantes de la communication. Or le soin ne semble pas être abordé de manière à prendre en considération l'altération de communication de ces patients. Cette expérience a été bénéfique en cela qu'elle permet de mettre en lumière la nécessité de réfléchir ce type de soin pour ce type de problématique. Bien que nous ayons reçus les mêmes enseignements, la sensibilité de chacun est différente et l'approche du soin à réaliser peut-être, dans une certaine mesure, infirmier dépendant. Or il s'agit de créer et de fournir un bon soin ou un soin suffisamment bon, pour le

patient, le soignant, l'institution, en s'adaptant à la pathologie, au profil du patient, à ses besoins exprimés ou non.

3. Question de départ

Ma réflexion autour de ce soin m'amène à poser la question de départ suivante :

« De quelle manière la communication est-elle le présupposé à un accompagnement porteur de sens et peut-elle prévenir l'objectisation du patient ? »

4. Cadre de référence

Il se construit autour des mots clés suivants : communication dans le soin, objectivation du patient, accompagnement de l'étudiant en soins infirmiers. Une exploration documentaire me permettra de définir qui a écrit sur les sujets abordés dans ma question de départ et ces lectures me permettront à leur tour de préparer mon enquête sur le terrain, auprès des professionnels.

4.1 La question de la communication dans le soin

4.1.1 Définitions

Le philosophe Grec Aristote (384-322 av J-C) nous avait prévenu : « *l'homme est un animal social* », c'est-à-dire qu'il est dans sa nature de se mettre en communauté (la « *cité* ») avec d'autres hommes pour bâtir un présent et un avenir viables. La communication entre les hommes est donc la clef de voûte de toute volonté d'organisation. Afin de bien comprendre de quoi il retourne, il m'est nécessaire de définir les termes qui seront utilisés. Ainsi, la communication vient du latin *communicatio* et signifie mettre en commun, partager, selon le dictionnaire de l'Académie française. C'est aussi, selon le CNRTL, un processus : « *Processus par lequel une personne (ou un groupe de personnes) émet un message et le transmet à une autre personne (ou un groupe de personnes) qui le reçoit, avec une marge d'erreurs possibles (due, d'une part, au codage de la langue parlée ou écrite, langage gestuel ou autres signes et symboles, par l'émetteur, puis au décodage du message par le récepteur, d'autre part au véhicule ou canal de communication emprunté).* » Selon Evelyne Terrat (2020) la communication est donc un processus, soit un enchaînement de faits, aboutissant à un résultat. La communication est dynamique, nous sommes tour à tour émetteur et récepteur de messages,

ce qui complique les choses. La communication est aussi une relation dans le meilleur des cas (lien qui existe ou se crée entre deux ou plusieurs personnes) selon le dictionnaire de l'Académie française. Cela veut dire aussi que quelquefois communiquer ne signifie pas entrer en relation avec le récepteur.

4.1.2 Les différents styles de communication

Plusieurs notions importantes ressortent de la définition du CNRTL : celles d'émetteur, de récepteur, de message, de codage du message, de véhicule de communication et celle de marge d'erreur lors du décodage du message. Tous ces éléments sont importants car ils vont définir l'efficacité et la pertinence de la communication. Pour bien communiquer il faut savoir quel message on veut transmettre et quelle manière de communiquer utiliser (langage, vocabulaire, questions ouvertes ou fermées etc.) et définir le but recherché. L'homme étant un animal social et même sociable, il communique en permanence avec ses pairs. Cette communication se fait la plupart du temps sur un mode spontané et a été apprise principalement dans le cadre familial, de prime abord en tout cas. Notre manière de communiquer est donc influencée par notre éducation (qui diffère grandement d'un individu à l'autre) mais aussi par notre culture, par nos émotions, notre personnalité, nos valeurs, par notre plus ou moins grande capacité à nous mettre à la place de l'autre (empathie) mais aussi par la finalité que nous recherchons en communiquant. Les règles de communication sont influencées par le contexte dans lequel nous communiquons, nous ne nous adressons pas de la même façon à un proche (contexte informel) qu'à un collègue, un patient, un supérieur hiérarchique, un enfant etc.

4.1.3 La communication comme outil dans le soin

Selon Paul Watzlawick (1967) : « *on ne peut pas ne pas communiquer* ». Car la communication ne se résume pas, loin de là, au langage oral. C'est toute la personne qui est impliquée dans ses relations interpersonnelles et dans ses relations avec son environnement. Le langage corporel (ou non verbal) est ainsi une composante essentielle de la communication. Watzlawick, membre de l'école de Palo Alto, a contribué au développement de théories de la communication et de la relation interindividuelle. La communication n'est pas que verbale, elle est aussi corporelle, écrite, visuelle. Un postulat de l'école de Palo Alto est que l'être humain communique à chaque instant via son comportement et que la relation interpersonnelle fait partie intégrante du

processus de communication et influence celui-ci. Si la communication se fait donc la plupart du temps sans être réfléchi puisque nous communiquons constamment, elle est aussi un précieux outil de travail nous dit Margot Phaneuf (2011) qui a beaucoup écrit sur la communication comme compétence dans la relation de soins. Ainsi, son ouvrage « *La relation soignant-soigné : rencontre et accompagnement ; vers l'utilisation thérapeutique de soi* » est un manuel précis de la communication idéale à rechercher dans la relation de soin et s'attache à exposer les différentes manières d'apprendre à utiliser sa communication (verbale et non verbale) afin de s'adapter à chaque patient. Car la communication gagne à être pensée pour en améliorer l'efficacité et ainsi participer à la création de l'alliance thérapeutique entre l'équipe soignante, le patient et même ses proches. Virginie Pirard (2006) nous explique que le soin a deux dimensions : une affective et l'autre de travail ce qui implique là aussi qu'il faut penser le travail de soin en termes de ressources propres au soignant mais aussi de ressources reproductibles, ce qui complique fortement la tâche. Communiquer fait naturellement partie intégrante de ces ressources et ne devrait pas se faire « *au hasard* ». Or bien communiquer n'est pas chose si aisée que cela, comme l'illustre l'amusante citation de Bernard Weber (1993) issue de son encyclopédie du savoir relatif et absolu :

« *Entre ce que je pense, ce que je veux dire, ce que je crois dire, ce que je dis, ce que vous avez envie d'entendre, ce que vous entendez, ce que vous comprenez... il y a dix possibilités qu'on ait des difficultés à communiquer. Mais essayons quand même...* » (Weber, 1993)

Pour bien communiquer, il faut savoir de quoi on parle, pour quoi et pour qui. Virginie Pirard (2006) nous rappelle que le soin possède une dimension de dépendance du soigné envers le soignant. Beauchamp et Childress (1979) ont développé l'idée que 4 principes éthiques sont à respecter dans le soin. Leur livre, « *les principes de l'éthique biomédicale* », a été écrit dans les années 70, à une époque où la médecine devenait de plus en plus technique et que des questions de société émergeaient face à cette technicité grandissante (vis-à-vis de l'humain dans ce nouveau système de soin). L'éthique est une démarche active de réflexion sur les valeurs humaines que l'on veut défendre. L'éthique est personnelle mais relève aussi d'une dimension collective. Des comités d'éthique existent ainsi au sein des institutions hospitalières. L'éthique n'est pas la morale en cela qu'elle ne divise pas entre le bien et le mal mais cherche à trouver la solution la plus adaptée possible à une situation, voire la solution la « *moins pire* » de toutes. Les 4 principes éthiques de Beauchamp et Childress (1979) sont ceux de l'autonomie, de la bienfaisance, de la non-malfaisance et de la justice. La communication du soignant doit bien

évidemment prendre en considération ces 4 principes, qui sont souvent entérinés par des textes de lois ou la constitution française (principe d'égalité = accès aux soins identique pour chaque citoyen, par exemple). Préserver l'autonomie du patient, c'est aussi lui donner la possibilité de continuer à se gouverner et donc de communiquer sur son état de santé, ses choix. Pour Antoine Bioy, Françoise Bourgeois et Isabelle Nègre (2003), les échanges humains authentiques ont un pouvoir thérapeutique en cela que l'empathie est source d'attention, de soutien voire de réconfort. L'empathie étant la capacité à se mettre à la place de l'autre, même sans jamais avoir vécu une situation semblable à la sienne. Cette empathie favorise une écoute attentive de l'autre et aussi une sollicitude envers ce qu'il traverse. Car encore une fois, le soin a deux dimensions, théorisées par les notions de care (qui renvoie plus aux soins dit « *maternels* », de soutien, de relationnel que chacun peut exercer dans le cadre de relations interpersonnelles) et de cure (qui renvoie plus aux gestes techniques et seraient l'apanage des soignants,) de Donald Winnicott, que Frédéric Worms et Claire Marin (2015) citent dans leur ouvrage sur le soin. Car même si la relation soignant-soigné est par essence fonctionnelle, orientée vers l'action (thérapeutique) selon Margot Phaneuf (2011), elle doit répondre à des obligations éthiques de dignité, d'autonomie et de respect de l'intimité du patient. Il ne faut pas oublier que le patient subit cette relation : il n'a pas demandé à être malade alors que l'on peut supposer que le soignant est soignant de son plein gré. D'après Donald Winnicott, cité par Claire Marin et Frédéric Worms (2015) le sens premier du soin est la confiance. Pour établir une relation de confiance, la communication doit être pensée ; c'est un contact visuel, un sourire, une proxémie adaptée, une gestuelle cohérente à ce qui est dit (Margot Phaneuf, 2011). La communication du soignant participe donc à son savoir-faire et à son savoir-être professionnel. Le soignant doit évaluer le contexte du patient pour adapter son expression et son vocabulaire (Terrat, 2020). Pour bien communiquer, le message doit être clair et compréhensible. Le contenu du message doit être aussi adapté à ce que le patient peut et veut entendre. En effet, l'article L. 1111-2 du code de la santé publique donne le droit au patient d'être tenu dans l'ignorance d'un diagnostic ou pronostic, sauf lorsque des tiers se trouveraient exposés à un risque de transmission de pathologies. Chaque relation soignant -patient est unique et le soignant doit mettre en place des comportements professionnels pour l'aider à effectuer des soins pour un patient donné (encore une fois cette relation est fonctionnelle). La relation doit être établie sur des bases claires et précises quant au rôle de chacun. Communiquer c'est mettre en commun avec le patient, l'informer sur sa santé et les choix possibles (article L 1111-2 code de la santé publique) via

une information accessible et loyale. Cela participe activement à la création d'un lien de confiance. Cette communication sur la santé et les actes ne lissera jamais totalement l'asymétrie intrinsèque à la relation de soin mais redonne au patient un potentiel d'action sur sa propre destinée et sur son corps. Pour bien accompagner un patient il est fondamental de connaître les valeurs de celui-ci, son parcours de vie. L'observation est un outil très important pour élaborer à la fois une entrée en communication avec le patient, établir des jugements cliniques et un plan de soin. L'observation peut être encore plus importante quand le patient présente une communication verbale altérée ; le langage non verbal peut alors prendre une place prépondérante. Cette communication suppose alors encore plus de disponibilité à l'autre et de compétence de la part du soignant. Certaines pathologies (la schizophrénie, les psychoses de manière générale) entraînent des troubles de la communication. Le rapport à la réalité, aux autres et à « soi » est défaillant. L'article de Mathilde Simon sur la communication avec les personnes souffrant de schizophrénie est très clair quant à la nécessité de conserver le lien avec ces patients et de ne pas les réduire à leur pathologie (Simon, 2020). Le patient schizophrène étant très sensible à la manière dont on s'adresse à lui, l'échange doit être pensé et investi de la meilleure manière possible afin de ne pas laisser de place à l'interprétation ou au sentiment de persécution du patient qui risquerait alors de rompre l'alliance thérapeutique. Pour les patients présentant des déficits sensoriels et/ou des troubles cognitifs, la non-compréhension du message émis peut générer une émotion vive. C'est ce qu'il ressort de la fiche Aides-soignantes sur la relation de soin en situation de communication altérée. Réussir à établir une relation juste permet de sécuriser le patient. Identifier les ressources, capacités du patient en s'appuyant sur ses observations et celles de ses collègues (communication interprofessionnelle) permet d'établir des « schémas » de communication pouvant apaiser le patient en perte de repères, et de mettre en évidence les moments clés (entrée en contact-séparation) et des rituels comportementaux (ex : faire face, établir un contact visuel, respecter la juste distance physique, toucher ou ne pas toucher...). Cette observation doit aussi se faire du côté du soignant sur lui-même pour qu'il prenne conscience de sa manière de communiquer afin d'éventuellement la modifier, l'affiner pour l'adapter le plus possible aux besoins de chaque patient. Car Margot Phaneuf (2011) nous encourage à travailler notre communication. Pour cela il est nécessaire de bien se connaître : reconnaître ses émotions, savoir quelle estime on a de soi, quelle confiance on se porte permet de développer ses compétences relationnelles en permettant de se repositionner ou de conscientiser des moyens de communiquer efficaces. L'important étant de

rester cohérent face à ses valeurs et à ses limites (qu'il faut connaître aussi !) et de savoir quand et à qui passer le relais quand nous ne sommes pas compétents. Ainsi, un patient non communicant ou mal communicant peut mettre à mal un accompagnement si celui-ci n'est pas pensé, adapté. Le risque principal étant de créer un rejet ou de l'indifférence au sein de l'équipe de soin (Simon, 2020). Une communication verbale adaptée et un langage non verbal cohérent participent à la bienveillance au sein de l'institution. La communication ne s'établit pas qu'entre le soignant et le soigné. Elle se doit d'être constante entre les membres de l'équipe (au sens large) et avec les stagiaires. La communication au sein de l'équipe est elle aussi fonctionnelle. Lors des relèves, il est capital de communiquer des informations précises, ciblées, utiles à la continuité des soins à ses collègues. Il en va de la sécurité même des soins. Ainsi pour David Colmont :

« Le manque de communication au sein des équipes soignantes représente une des premières causes de survenue des événements indésirables graves (EIG). » (Colmont, 2018)

Evelyne Terrat (2020) encourage les soignants à repérer ce qui peut freiner la communication et donc la relation. La communication reste un processus difficile selon elle et qui suppose un effort double : le récepteur doit faire l'effort de comprendre ce qu'on lui dit et doit être suffisamment investi dans l'échange pour demander des clarifications si nécessaires. A l'heure où les dotations en ressources humaines sont à la baisse, le turnover des équipes importants, le travail de plus en plus morcelé et protocolisé, communiquer est un travail personnel et d'équipe fondamental. Une équipe qui fonctionne bien doit être capable de réfléchir ensemble les actes de soins (garder le sens du travail), d'avoir une réflexion éthique sur les situations passées, d'assumer ses erreurs sans jugement et d'accueillir les stagiaires de manière adaptée. C'est là l'essence du propos tenu par Michel Dupuis, Raymond Gueibe et Walter Hesbeen (2011). Une équipe qui fonctionne communique : elle garde le sens de son action et les professionnels se font suffisamment confiance pour demander du relais (connaître des limites et les respecter) et fonctionner sur un mode de solidarité. Cependant, l'article de Florence Michon, Frédérique Vianelli et Maud Buge (2013) nous apprend que la communication n'est pas utilisée comme outil de soin par tous les professionnels. C'est aussi du fait de la distinction care et cure et de l'accent mis sur la technicité au sein des établissements de soin. Jean-Manuel Morvillers, infirmier cadre de santé, nous dit que le care relève le plus souvent du travail invisible, qu'il est de fait moins valorisé que le soin curatif dit cure qui lui est plus facilement quantifiable, évaluable (Morvillers, 2015). La communication est un processus complexe qui demande

beaucoup d'effort, de temps et de bonne volonté de la part de tous les acteurs impliqués. Ce travail-là est difficilement quantifiable. Cette communication permet de préserver le sens du travail soignant, le respect du patient et de ses droits et d'éloigner la survenue d'événements indésirables graves. Cela étant, des problématiques d'objectivation du patient peuvent survenir au cours de la prise en charge et il s'agit de développer les modalités de survenue de cette objectivation et les divers moyens, dont la communication, d'y faire face.

4.2 La question de l'objectivation du patient

4.2.1 Définitions

La question de l'objectivation du patient ne peut être dissociée du concept de personne. Ainsi, avant de définir l'objectivation il apparaît nécessaire de définir ce qu'est une personne. Pour Martha Rogers (1970), la personne est un être humain unitaire. Le mot être renvoie à du vivant, donc à une idée de mouvement. C'est l'idée que défend aussi Rosemarie Rizzo Parse (1981) pour qui la personne est un être humain en devenir, sa capacité à faire des choix et à donner du sens aux événements est déterminante dans sa caractérisation. Pour Hildegard Peplau (1952) la personne est un être bio (renvoie à la nature, ici l'humain), psycho (toute la dimension émotionnelle et de pensée), social (renvoie à la dimension interhumaine) en développement constant. Quand Martha Rogers (1970) nous parle d'unité de la personne humaine, elle signifie que la personne est différente de la somme de ses parties et plus grande que la somme de celles-ci. Par essence, la nature de la personne humaine renvoie donc à la notion de dignité intrinsèque au fait d'être un être humain. Rien ne pourrait donc être plus éloigné que la notion d'objet, que le CNRTL définit comme « *une chose solide, maniable, généralement fabriquée, une et indépendante, ayant une identité propre, qui relève de la perception extérieure, appartient à l'expérience courante et répond à une certaine destination* ». Objectiver, c'est chosifier, traiter comme un objet une personne. Cela renvoie, selon le CNRTL à la notion philosophique de réification : « *transformer en chose, réduire à l'état d'objet* ». Le terme de relation, employé notamment dans le concept de relation de soin, renvoie au fait de relater, rapporter en détails par la parole puisque la racine étymologique latine, *relatio*, peut se traduire par témoignage nous dit le dictionnaire de l'Académie française. Toujours selon ce dictionnaire, la relation est : « *le lien qui existe ou se crée entre deux ou plusieurs personnes* ». Selon Séverine Rézette (2008), le mot relation est employé de manière triviale, comme si cela allait de soi, alors que

construire une relation est un processus psychique complexe influencé par l'histoire de chacun, ses valeurs, sa manière d'être et, comme tout processus, en constant mouvement. Séverine Rézette (2008) explore l'approche psychanalytique et relève que selon la psychanalyse la relation est une relation d'objet. La mère est ainsi l'objet de la relation d'attachement primitif du nourrisson. Le terme d'objet en psychanalyse ne doit cependant pas être interprété de manière négative : si l'on prend l'exemple de la relation bébé-mère, il signifie simplement que la mère est l'être vers qui le nouveau-né dirige tout son amour, son intérêt, son désir. Séverine Rézette (2008), en explorant les théories psychanalytiques (de Sigmund Freud à Jacques Lacan) mais aussi la pensée de Mélanie Klein, nous explique que notre manière de construire nos relations adultes découlerait directement de ce lien primitif à notre mère et de la manière plus ou moins réussie que nous avons eu de nous détacher de ce lien symbiotique pour assimiler notre individualité et nous tourner vers le monde extérieur, sans dommages psychiques. Ainsi, toujours selon la psychanalyse, une séparation non réussie pourrait favoriser l'apparition d'une organisation psychotique, structure psychique pathologique se traduisant par un contact altéré du sujet à la réalité (à la différence d'une structure névrotique qui maintient une présence dans la réalité) et des difficultés communicationnelles et relationnelles telles qu'elles entravent le lien social du sujet atteint. Ce lien primitif et ce processus d'individualisation seraient ainsi à l'origine de notre rapport au monde extérieur et aux autres, donc de tout ce qui n'est pas nous. Séverine Rézette (2008) nous explique aussi que c'est l'acquisition de la parole qui a été le principal facteur favorisant le processus d'individualisation, nous permettant de structurer notre pensée et de nous différencier d'autrui et de notre environnement. La parole est aussi à la base de toute relation. Pour S. Rézette (2008) il est donc primordial de laisser la parole au patient dans la relation soignant-soigné. L'écoute par le soignant de la parole du soigné fait partie intégrante du processus de soin. Bien que le terme de parole renvoie à « *la faculté de s'exprimer par le langage articulé* » selon le dictionnaire Larousse, par parole, il convient d'entendre aussi le langage non verbal selon Séverine Rézette (2008). Ne dit-on pas, d'ailleurs, en langage courant, que le corps parle ?

Une des caractéristiques essentielles de cette relation de soin est d'être par essence fortement asymétrique car, d'un côté il y a un professionnel soignant qui choisit d'être là, et de l'autre un patient qui subit plus ou moins cette relation, et qui en tout cas n'a pas choisi d'être malade. Cette relation s'établit par la force des choses, elle n'est pas une relation basée sur des affinités comme le serait une relation d'amitié par exemple. Il ne s'agit pas non plus d'une relation

affective même si les émotions sont très présentes dans le cadre du soin. Cette relation de soin comporte plusieurs écueils et peut notamment se transformer en relation de pouvoir du soignant sur le soigné si l'on n'y prend pas garde, et ce glissement peut être favorisé par une attitude régressive du patient au décours de sa prise en charge. Le patient, submergé par ce qui lui arrive peut fantasmer le soignant comme tout puissant, le voir comme celui qui sait ce qui doit être fait (pour le guérir) et s'abandonner à lui dans sa prise en charge. La relation soignant-soigné vient donc influencer la communication interpersonnelle et il appartient au professionnel de soin de savoir gérer à la fois cette relation et la communication qui intervient au décours de cette relation.

4.2.2 La notion de soin, réalité complexe

Jean-Charles Haute (2022) nous indique que le 20^{-ème} siècle a vu le soin évoluer à la fois de manière quantitative et qualitative. Les infirmières ont vu leur profession aller vers plus de professionnalisation (évolution de la formation vers une inclusion dans un parcours universitaire notamment). Elles auraient gagné en autonomie grâce aux compétences acquises en formation. Cependant, Jean-Charles Haute dénote ce qu'il nomme le « *malaise soignant* » avec pour origine, selon lui, la perte de sens du soin par ceux qui le délivrent. Le soin est par essence protéiforme et il englobe 4 dimensions : relationnelle, technique, de soins dits de base et éducative. Et saisir l'essence du soin n'est pas si aisé tant la manière d'aborder ses multiples facettes diffère selon la classification que l'on décide d'apposer à ce soin. On peut ainsi choisir différentes manières de le catégoriser, par exemple en le divisant en soins psychiques, soins physiques ou même soins sociaux. Mais on peut tout aussi bien choisir de décomposer le soin par discipline médicale ou bien par durée du séjour (long séjour, soins aigus, soins de suite et de réadaptation, moyen séjour). La santé publique quant à elle, découpe le soin en stades (stade palliatif, thérapeutique, d'éradication). Le terme de soin englobe donc des visions et réalités différentes ce qui le rend difficilement définissable de manière exhaustive. Jean-Charles Haute tente de définir le soin en décrivant les champs ou sphères de celui-ci. Ainsi, la toute première sphère du soin est celle qui englobe les gestes du quotidien, ceux qui visent à s'entretenir. Ce sont les actes destinés à l'hygiène (se laver, se vêtir), à l'alimentation, au sommeil, et à la socialisation. Cette sphère du soin englobe la gestion des petits accidents du quotidien que l'on peut qualifier de « *bobologie* » et de la santé mentale de la personne. Puis vient la dimension relationnelle nous dit Jean-Charles Haute (2022) : c'est celle où l'on prend soin et de soi et des

autres (enfants, vieillards, personnes en situation de handicap) mais qui reste dans le cercle familial ou social (voisins, amis). Ce soin-là peut être exercé par tout un chacun. Le troisième niveau du soin fait changer celui-ci de dimension, celle de la solidarité de groupe. Il s'agit ici du soin mis à disposition par la société, par les collectivités. À ce niveau-là, l'exercice du soin se fait uniquement par des professionnels à travers des fonctions différentes et dans des lieux d'exercice définis et variés. L'exercice de ce soin est cadré. Jean-Charles Haute nous indique que ce soin est l'apanage du médical et qu'il est associé à une notion de prestige, lié au rapprochement d'une discipline (la médecine) valorisée socialement. Toujours selon Jean-Charles Haute (2022), les infirmières souffriraient particulièrement d'une difficulté à saisir et définir la spécificité de leur discipline puisque l'exercice même de leur profession les amène à naviguer dans toutes les sphères du soin, des actes de nursing à des gestes techniques pointus. Florence Nightingale se questionnait déjà en 1860 sur la spécificité du travail infirmier, notamment par rapport à la médecine. Lors de la guerre de Crimée elle a codifié la fonction et le rôle infirmier, mettant l'accent sur un savoir spécifique, qui serait une réponse à un besoin et s'inscrivant dans la dynamique d'un groupe social. Ainsi le travail infirmier consisterait à fournir le meilleur environnement possible pour la guérison ou le maintien en bonne santé d'une personne. Et c'est encore en 2023 le fondement des soins infirmiers. Actuellement, on distingue deux champs d'exercice du travail infirmier : le rôle propre et le rôle prescrit. C'est le code de la santé publique qui définit la profession et les règles d'exercice de l'infirmier dans les articles R4311-1 à R4312-92. Le rôle propre (article R4311-3) est celui qui s'exerce sans décision médicale, et qui consiste au maintien de la vie, de la bonne santé. Le rôle prescrit (article R4311-9), comme son nom l'indique, ne s'exerce que sur prescription médicale. La réflexion autour du rôle propre et prescrit de l'infirmière diplômée d'état n'a eu lieu que dans les années 1970. Avant cette période, l'infirmière n'avait pas d'autonomie et restait sous la responsabilité des médecins. L'introduction de la démarche de soin (1978) et les diagnostics infirmiers (1992) tendent à rapprocher l'exercice infirmier du médical selon Jean-Charles Haute (2022). Quant à Jocalyn Lawler (2002), pour elle la spécificité du soin infirmier serait à chercher non pas sur la mise en tension entre les soins dits de base (rôle propre) et les soins du rôle prescrit mais sur le fait même de prodiguer des soins au corps. En effet, elle relève que peu de professionnels ont autant accès à l'intimité des patients. Les médecins eux-mêmes n'auscultent plus guère les malades depuis l'avènement de la médecine moderne et se basent sur des examens biologiques et paracliniques qui les éloignent du corps nu du patient. Pour Jocalyn Lawler (2002), le soin

infirmier est à la croisée du soin médical et du soin « *traditionnel* ». Il est vrai, nous dit Jean-Charles Haute (2022), que les savoirs cliniques et relationnels vis-à-vis de la technique souffrent d'une certaine invisibilité car ils ne sont pas formalisés. Si l'on revient sur la question du « *malaise soignant* » évoqué par Jean-Charles Haute (2022), il note que l'on peut se questionner sur l'objet de l'enseignement en soins infirmiers, notamment depuis le passage en grade licence universitaire. Une part du soin infirmier échapperait encore à la formation initiale principalement parce que le soin infirmier n'est pas une science unique mais une discipline à la croisée de plusieurs autres nombreuses disciplines. Ajoutons à l'ambiguïté de la formation les multiples formes et lieux d'exercice du soin, l'accélération de l'exercice sous rôle prescrit et le désir plus ou moins conscient de rapprocher les soins infirmiers du monde médical et voilà les raisons pour lesquelles beaucoup de professionnels éprouveraient des difficultés à mettre du sens à leur pratique selon Jean-Charles Haute (2022).

4.2.3 La brutalité du soin

On ne peut parler de relation de soin sans parler de vulnérabilité. Si on saisit instinctivement la vulnérabilité du malade celle du soignant n'est pas si évidente de prime abord. Or le soignant est lui aussi exposé à cette vulnérabilité nous dit Agathe Zielinski (2011). Elle émet l'hypothèse que la vulnérabilité est le : « *fond commun entre soignant et soigné, elle permet de corriger l'asymétrie de la relation pour y introduire une dimension de réciprocité* » (Zielinski, 2011, p89). Car, nous dit-elle, le soignant est en effet exposé à de la violence des soins et dans les soins. S'il doit surmonter l'exposition répétée à la souffrance d'autrui, à l'expression de la maladie sur le corps des patients, il est aussi confronté régulièrement au traumatisme de la mort. Il est affecté par la violence intrinsèque du soin qui est une intrusion dans le corps du patient, dans son intimité mais aussi pour le corps du soignant. Car le soignant travaille avec son corps, « *le sujet soignant est un corps affecté et agissant* ». (Zielinski, 2011, p 91) Pour Agathe Zielinski, l'asymétrie de la relation de soin renferme de la violence : elle condamne le soignant à donner sans pouvoir recevoir en retour et condamne le patient à recevoir un don d'une telle ampleur qu'il ne pourra jamais s'en dédommager. La mise en avant du principe éthique d'autonomie (du patient) serait alors une tentative de redonner à celui-ci un rôle actif qui aurait pour but caché de soulager les protagonistes du soin du fardeau de ces positions. Jocalyn Lawler (2002) s'est beaucoup interrogée sur le rapport au corps dans les soins. Nous savons que le rôle propre infirmier englobe les soins de base, nous l'avons vu plus haut. À travers le temps et

l'espace cette fonction de veiller aux soins de base a été plutôt attribuée aux femmes. Et c'est un travail qui reste péjorativement connoté, Jocalyn Lawler (2002) le nomme même travail sale. Le corps n'est pas un objet d'études théoriques, il est réduit à un fonctionnement biologique : s'alimenter, se laver, éliminer. Jocalyn Lawler définit le travail sale comme « *contact direct avec le corps ou les déchets du corps* ». (Lawler, 2002, p56) Ce travail renvoie à un rôle social « *inférieur* ». Jocalyn Lawler note d'ailleurs que le rôle propre peut être délégué aux aides-soignantes qui sont considérées comme un échelon en dessous des infirmières. Jocalyn Lawler note l'ambiguïté des infirmières face aux soins « *de base* » et pose la question suivante : finalement, qu'est ce qui est le plus difficile à appréhender psychiquement pour le professionnel, la technique ou le soin de nursing ? Elle note que la formation infirmière ne prépare pas vraiment à la première confrontation à un corps nu et qu'il s'agit véritablement d'un choc pour beaucoup d'étudiants. Ces soins dits « *de base* » ne sont pas si évidents à appréhender que cela, que ce soit pour le patient ou le soignant. Ces soins peuvent être ressentis comme particulièrement violents pour l'un comme pour l'autre et ce, même si « *fondamentalement, le métier d'infirmière consiste à soigner le corps d'autrui dans un contexte particulier* » (Lawler, 2002, p36). L'infirmier est confronté à un des tabous majeurs de ce travail au plus près du corps du patient : celui des parties génitales, zones interdites au toucher et cachées du regard par les règles sociales de quasiment toutes les cultures. Le corps et la sexualité sont fortement liés entre eux. Le toucher, même s'il se veut soignant et thérapeutique entraîne un malaise aussi bien chez le soignant que le patient car il est généralement l'apanage de l'expression d'une intimité, d'une affectivité. Jocalyn Lawler (2002) note : « *parce que cela fait partie de leur travail, les infirmières doivent négocier les limites sociales normales quand elles touchent les autres (patients)...* » (Lawler, 2002, p126) et que : « *les soins infirmiers nécessitent l'accès à toutes les parties du corps potentiellement touchées* » (Lawler, 2002, p 129). Le niveau de soin et donc d'intrusion est fonction du degré de dépendance du patient. La spécificité infirmière, en tant que spécialiste du soin, est de prendre en charge le patient de manière globale (le corps et le vécu psychologique de ce corps défaillant) contrairement aux diverses spécialités médicales qui peuvent scinder plus facilement le corps du sujet. Ainsi la relation de soins expose particulièrement l'infirmière au risque de traumatisme vicariant. Selon Gabrielle Bouvier et Hélène Dellucci (2020) : « *un traumatisme vicariant parle d'un traumatisme apparu chez une personne contaminée par le vécu traumatique d'une autre personne avec laquelle elle est en contact* ». (Bouvier & Dellucci, 2020, p269) Jean-Charles Haute nous rappelle que le soin est

une relation interhumaine : on soigne quelqu'un, on soigne pour quelqu'un. Le soin est un processus et c'est aussi à la fois une relation et une pratique. Le relationnel étant un élément clé du soin cela implique que l'on met une part de soi dans cette relation à l'autre (ici le patient). L'investissement émotionnel de la relation de soin expose à des émotions négatives, à une perte de distance émotionnelle qui protège le soignant du traumatisme vicariant. Pour Marie Imbert et Benoît Maillard (2020), le soignant est généralement quelqu'un d'empathique ce qui peut aider à créer une relation de soins de qualité (écoute, bienveillance, observation) mais aussi amener le soignant à ressentir trop vivement les émotions du patient (nécessité de nég-empathie pour se protéger). Quand la juste distance n'est plus (accueillir les émotions du patient et les siennes propres sans en être affecté), le soignant se retrouve impacté par la souffrance du patient. Des mécanismes de défense plus ou moins délétères pour la relation se mettent alors en place à l'insu du soignant. Le risque que des stratégies d'évitement soient mises en place est grand. Nous ne sommes pas tous égaux face au traumatisme vicariant : le rôle de l'histoire personnelle et le nombre de neurones miroirs influence la propension à celui-ci. Certains services de soins sont aussi plus susceptibles de générer des traumatismes vicariants pour les soignants (les urgences, la néonatalité, la psychiatrie). Des stratégies adaptées peuvent cependant permettre au soignant de se prémunir de ce traumatisme vicariant. C'est justement trouver la juste distance qui aide le soignant selon Séverine Rézette (2008). La juste distance ne consiste pas en un blindage émotionnel contre l'affect de la relation de soin mais en la capacité du soignant à analyser les émotions ressenties pour les replacer dans leur contexte et ainsi prendre de la hauteur. C'est donc une compétence que le soignant doit développer dans sa pratique afin de pouvoir accueillir les émotions (voire l'agressivité) du patient mais aussi les siennes propres et ne pas se sentir remis en cause personnellement ou se sentir coupable. La distance ne signifie pas que l'on dresse une barrière symbolique entre le soignant et le soigné, mais entre ce que le soigné exprime dans son discours verbal, dans son discours non verbal et le soignant. Il s'agirait plutôt de voir le concept de juste distance comme une approche réussie ou non réussie entre le soignant et le soigné et non pas comme un fossé entre les deux. Si, selon Séverine Rézette (2008), le savoir-faire renvoie à la technique et à la possibilité de mettre en place des actions pour éventuellement guérir le patient alors le savoir être prend lui tout son sens quand justement il n'y a pas de guérison possible ; c'est alors le signe d'une compétence du soignant de ne pas se sentir dépassé et inutile dans la relation soignant-soigné (d'être au clair sur son rôle, d'avoir fait le deuil d'une toute puissance fantasmée et d'avoir une image du soin

détachée du fait de guérir). Être au clair sur le sens du soin protège donc le soignant en lui permettant de tenir cette juste distance (or nous avons vu plus haut à quel point définir le soin et lui donner du sens peut être ardu pour les professionnels). Pouvoir gérer et accueillir les émotions du patient et les siennes propres permet de s'en détacher et les laisser à leur place : en tant que révélateurs d'un transfert/contre transfert. Le transfert, terme psychanalytique, consiste dans la relation soignant-soigné à déplacer sur le professionnel une charge émotionnelle qui ne lui est pas destinée. « *La difficulté pour le professionnel est de voir à quelle place il est mis et ce qu'il vient re-présenter là pour son patient* » (Rézette, 2008, p13). Repérer ce qui relève du transfert (et du contre transfert) est quelque chose qui s'apprend lors des relations de soins et que l'infirmier doit travailler en toute conscience pour développer ses compétences relationnelles. En effet, reconnaître les mouvements de transfert et contre transfert permet de garder une juste distance (que l'on peut aussi nommer posture professionnelle) et peut même désamorcer des attitudes négatives du patient à l'égard du soignant. Si le professionnel ne fait pas le deuil de la capacité à toujours guérir, il s'expose à des déconvenues et à un sentiment d'impuissance voire d'échec. Si l'empathie est souvent un moteur de la relation de soin, trop d'empathie peut amener à s'identifier à la souffrance du patient, à sa situation, ce qui génère des dérives car le professionnel n'est plus alors à sa juste place. Le professionnel est avant tout un être humain et l'exposition à la souffrance d'autrui peut créer un malaise ou être effrayante. Les mécanismes de défense sont des stratégies (qui demeurent inconscientes) que le moi du sujet met en place pour se protéger d'une angoisse. Selon Marie Imbert et Benoît Maillard (2020), pour répondre au risque de traumatisme vicariant, le soignant doit nécessairement ne pas le sous-estimer et mettre consciemment en place des réponses adaptées afin de ne pas se laisser dépasser et de ne pas se laisser entraîner dans des stratégies d'évitement ou d'objectisation du patient qui mettraient à mal la relation soignant-soigné.

4.2.3 Le soin, le corps objet, la personne

Alain-Charles Masquelet (2007) nous indique que si le corps semble désormais intégré à l'espace public il s'agit cependant de l'image culturellement valorisée du corps : celui jeune, mince, en pleine santé et sexualisé. Le corps relégué, le corps caché, est celui qui est malade, vieux, obèse ou handicapé. Si on voit de plus en plus de corps dans l'espace public, dans les films, les magazines, on n'en demeure pas moins mal à l'aise face à l'exposition directe du

corps d'autrui. En parallèle, l'évolution de la médecine vers plus de technique et d'exams paramédicaux a entraîné la baisse de la clinique donc de l'observation, auscultation, palpation du corps du patient. Le corps du patient est pris en charge par diverses spécialités, morcelé en divers éléments (normes, taux etc.). La prise en charge de la souffrance mentale est faite par des spécialistes et détachée de la souffrance du corps. L'imagerie médicale participe elle aussi à l'objetisation du corps du malade, elle le met à distance. Le mot est posé. Objetisation. Car c'est de cela dont il s'agit. Lors de certaines chirurgies, des robots modernes et sophistiqués permettent d'intervenir sur l'image du corps du patient. Quelques années plus tôt, le chirurgien se tenait au-dessus du corps, à proximité directe de celui-ci et intervenait par des instruments qu'il tenait lui-même. Les fantastiques avancées scientifiques des dernières décennies entraînent de nouveaux risques dans la prise en charge du patient et pour cette relation interpersonnelle unique qui doit se construire entre le soignant et le soigné. David Lebreton, sous la direction d'Alain-Charles Masquelet (2007), en veut pour exemple l'avènement de la génétique qui réduit le vivant à un codage d'information. Le corps est occulté par son programme génétique qui renvoie l'homme à une dimension de machine et porte en elle des dérives possibles (transhumanisme par modifications génétiques, intelligence artificielle...). Rappelons que selon M. Rogers (1970) la personne est différente de la somme de ses parties et plus grande que la somme de celles-ci. Tout ramener à la génétique viderait l'homme de sa substance, lui ferait perdre en dignité et en valeur et le priverait du champ des possibles que la vie humaine porte intrinsèquement en elle : le tri des embryons pour fécondation in vitro entre les « bons » et les « moins bons » et la possibilité de diagnostic ante natal (et une possible interruption de grossesse) signent la négation d'un corps qui n'existe même pas encore selon David Lebreton (2007). Pour Alain-Charles Masquelet (2007), depuis Laennec le corps a été confisqué par le médecin en devenant un objet de recherche. Le corps médical regarde l'image, l'organe et la lésion mais le corps et l'individu ne font pas partie du dialogue entre médecins d'imagerie et spécialistes. En conséquence, le patient peut être affecté psychologiquement par un examen clinique dans cette ère de l'imagerie médicale comme gold standard. Le médecin et le patient se rencontrent bien autour de l'image du corps malade mais la rencontre interhumaine n'a pas lieu. Pierre Lasjaunias (sous la direction d'Alain-Charles Masquelet, 2007) va plus loin dans ses affirmations, selon lui l'interrogatoire clinique de l'entretien médical a pour but la prescription d'exams d'imagerie où le patient se retrouve en état de passivité, objet de recherche. L'individu soumis à ces exams n'intervient pas. Son corps lui échappe par ce qu'il

révèle et que lui, l'individu, ne peut contrôler. Philippe Barrier et Didier Sicard (2007) entérinent l'idée que le regard médical réifie et catégorise le malade. Une fois le diagnostic posé, le malade est précipité dans des enchaînement d'actions (soins, examens...) dont il est l'enjeu mais de manière passive. Pour P. Barrier et D. Sicard (2007) l'éducation thérapeutique prend alors toute sa dimension pour redonner au patient sa place de sujet de soin en lui offrant les moyens de se faire confiance et au médecin les moyens de faire confiance au patient. Danièle Brun (sous la direction d'Alain-Charles Masquelet, 2007) évoque le travail d'appropriation que le patient doit faire face à ce corps malade. Ce changement d'état (de bien portant à malade) entraîne une souffrance sur laquelle la parole médicale n'a pas d'effet. Seule une relation interhumaine qualitative pourrait aider le patient à affronter le bouleversement de la maladie. C'est ce que nous dit aussi le docteur Feldman (2007). Il indique que le discours scientifique nie le sujet et permet principalement au soignant d'essayer de se protéger de la souffrance d'autrui. Le vocabulaire médical aurait vocation à distancer le professionnel du traumatisme vicariant. Or, selon Feldman (2007), seule la présence attentive à l'autre serait thérapeutique : une relation qualitative soignant-soigné, où chacun serait sujet et acteur serait plus bénéfique à l'un et à l'autre qu'un discours scientifique réifiant les deux protagonistes. À travers cette objetisation du patient, ce sont, bien sûr, des mécanismes de défense destinés à lutter contre l'angoisse du soignant qui sont à l'œuvre. Les mécanismes de défense dans le contexte du soin ne sont pas l'apanage des soignants : les soignés en expriment aussi, notamment pour contenir leur angoisse de mort. Cette angoisse de mort est particulièrement présente chez les patients atteints de maladie chronique. Le soignant doit apprendre à respecter ces mécanismes de défense du patient car ils le protègent de l'angoisse. Les mécanismes de défense du patient sont différents de ceux du soignant. Ainsi, on peut rencontrer le refoulement de la situation par la parole mais alors le langage corporel vient contredire ce que verbalise le patient ; le déni (de la maladie, de la gravité de la situation...) : c'est typiquement le cas du patient qui n'intègre pas la gravité de son état. La projection agressive fait aussi partie des mécanismes de défense du patient auxquels le soignant est exposé. Le patient peut aussi régresser à une position infantile et se retrouver en situation de passivité dans sa prise en soin. Le patient peut chercher à contrôler son environnement, son traitement, sa pathologie. Il est dans la maîtrise (apparente) et si ce comportement peut être pénible pour le soignant, il est bien question de l'angoisse de la perte de pouvoir sur sa vie qui s'exprime de cette manière. Et si l'angoisse peut inhiber et entraîner des postures défensives de la part du soignant, elle montre aussi une volonté de bien faire de

celui-ci et donc une peur d'échouer à bien faire ou à faire du bien. Refuser de voir la souffrance du patient peut être une manière de se protéger de ses propres angoisses de mort. C'est bien sûr dangereux pour la relation soignant-soigné, le patient. C'est une forme de déni de la situation du patient, de négation du vécu du patient. La non-compréhension des enjeux de ces mécanismes de défense (ceux du patient et les siens propres) peut entraîner le soignant dans des dérives vis-à-vis du patient afin de se protéger des émotions négatives liées à cette relation. L'évitement, par exemple, qui peut être physique (un infirmier qui éviterait d'aller dans une chambre par exemple) ou psychique. Les gestes techniques peuvent devenir un barrage à l'entrée en communication. L'infirmier peut sciemment éviter de croiser le regard du patient. Le patient est alors transformé en acte à accomplir, ou en organe/fonction à soigner. Le professionnel s'est désengagé de la relation pour se soustraire à des émotions trop fortes. Si réduire le patient à un dossier, à un objet de soins permet de se protéger de la violence de la situation en réifiant le patient, paradoxalement cette réification peut avoir un effet bénéfique à condition de ne pas être le seul mode de fonctionnement du soignant. En effet, une réification du patient permet aussi de continuer à prodiguer des soins qu'autrement il ne serait peut-être pas possible de prodiguer. Ce peut être le cas notamment pour les gestes de haute technicité. Jocalyn Lawler (2002) nous rappelle que les infirmières, pour tenter de valoriser leur travail, leur expertise, ont rationalisé leur pratique en la rapprochant de méthodes scientifiques. Ainsi la démarche de soin et les diagnostics infirmiers seraient un étayage scientifique de leur travail, via l'usage d'un vocabulaire médical. La problématique est bien évidemment la suivante : peut-on réduire le patient à un diagnostic, à un problème à résoudre...Qu'advient-il de la vision holistique du patient ? Le risque majeur est de transformer le patient en objet de soin et non plus en sujet de soin. Dans le milieu hospitalier, les protocoles de soins se définissent comme une liste mécanique de tâches à effectuer afin qu'un soin soit réalisé de manière aseptique et sécuritaire pour le soignant sans prise en compte du vécu patient. Ces protocoles aident le soignant à la prise de décision et à l'organisation d'un soin mais il appartient au soignant d'insérer ce protocole de soin dans une relation vraie avec le patient. Jocalyn Lawler (2002) s'interroge aussi, de manière provocante sur le fait de mettre le patient à l'aise ; dans quel but ? Pour le rendre docile afin de réaliser le soin (il est alors désubjetivé) ? ou parce que c'est une fin en soi, une attitude respectueuse envers son prochain (le patient reste un sujet, digne de considération) ? Elle note que l'apprentissage des soins « *de base* » se fait de manière protocolisée, afin d'associer la technique à une routine. Un jeune diplômé doit passer du temps

à répéter le geste avant de le maîtriser, ce qui lui permettra plus tard de s'en détacher. C'est en construisant son expérience professionnelle qu'il pourra réunir à la fois le corps et l'esprit du patient dans le soin et ne plus considérer le patient comme un objet de soin. C'est ce qui est mis en relief par ma situation d'appel : mon manque d'expérience mais aussi le manque d'expérience des professionnels de proximité a contribué à entraîner le soin vers une succession de gestes sans prise en compte de la relation avec le patient. C'est notamment vrai pour le cas de la toilette pour laquelle l'expérience du professionnel est cruciale. Jocalyn Lawler (2002) soulève que l'activité émotionnelle est forte pour le soignant durant une toilette ou lors d'un soin intrusif. Or pour le soignant, contrôler ses émotions est une nécessité pour réussir la technique. Pour Jocalyn Lawler (2002), une approche professionnelle ne pourrait faire l'économie d'un contrôle émotionnel permettant une juste distance. Le contrôle émotionnel n'étant bien entendu pas à comprendre comme un désengagement émotionnel. La nature technique et rituelle des soins permet au soignant de se protéger en faisant abstraction des transgressions des conventions sociales normales mais l'absence d'affectivité rendrait impossible un comportement empathique envers le patient. Lors de la toilette, le patient quant à lui est bien souvent gêné de la perte du contrôle de son corps. Sa gêne se manifeste par une réduction du contact visuel, le recourt à l'humour, des rougissements. Pour que le soin d'hygiène se fasse, il faut un bon patient et un soignant capable de mettre en place des comportements professionnels pour s'aider à effectuer des soins pour un patient donné malgré la gêne qu'il peut ressentir en retour devant un patient mal-à-l'aise. L'absence d'affectivité (apparente) du malade peut créer un contexte permissif, d'acceptation et entraîner la relation vers une relation de pouvoir du soignant sur le soigné. L'uniforme apparaît alors comme une nécessité car il est le marqueur d'une identité professionnelle, d'un rôle, et c'est aussi une protection (pour le soignant et le soigné) qui rend possible les actes infirmiers, la transgression du tabou de toucher un étranger, de le voir dénudé. La relation doit aussi être établie sur des bases claires et précises quant au rôle de chacun. Jocalyn Lawler (2002) note que le respect de l'intimité du patient aide les infirmières à minimiser leur gêne, se soustraire aux critiques potentielles tout en gardant le patient acteur de son soin. Ainsi, aider les patients à protéger leur corps, demander à la famille de sortir durant les soins peut maintenir un climat apaisé qui favorise une relation de sujet à sujet. Minimiser le sentiment de vulnérabilité et de perte d'intimité du patient pourrait éventuellement apaiser l'angoisse du patient mais le professionnel cherche surtout à se protéger lui-même pour gérer des situations problématiques. Le savoir-

faire et le savoir être du professionnel doivent aller main dans la main car les infirmiers soignent des personnes atteintes de pathologies et non des organes malades ou des fonctions défaillantes. Car la médecine découpe déjà le corps en diverses spécialités, l'appréhende sous l'angle de la mécanique. Les émotions et la vie psychique lui sont opposés. Le corps est perçu comme un objet puisqu'on retire de la scène ce qui le traverse (les émotions) et l'âme (la vie psychique) nous dit Séverine Rézette (2008). Or pour Jean-Charles Haute (2022) le processus de soin ne peut être égal qu'à la rencontre entre le soignant et le soigné. S'il n'y a pas de relationnel alors on réalise des actes mais on masque la personne et surtout, on ne promet pas son autonomie. L'autre ne doit pas être vu comme un objet. C'est la présence de la relation soignant-soigné qui conditionne l'apparition du soin.

4.2.4 La juste distance

La technicité sans le lien (exemple du soignant qui penserait que la juste distance signifie refuser les affects de la relation) génère un soin mécanique qui ne met pas le patient en confiance puisqu'il se sent réduit à l'état d'objet ou de tâche à accomplir. L'essence du soin, c'est la confiance nous dit Donald Winnicott cité par Claire Marin et Frédéric Worms (2015) et pour cela il faut réunir de nouveau le *cure* et le *care* en un sens où ce *cure* serait un soin non divisé entre technique et confiance. Seulement ainsi aurions-nous la garantie de l'efficacité du soin. Pour Séverine Rézette (2008) la relation est complexe car elle est différente avec chaque patient, et à patient égal, à chaque rencontre. L'équilibre est à trouver entre devoir apporter un soin et un patient plus ou moins coopérant, qui peut être méfiant, et entraîner un sentiment d'incapacité chez le soignant. Expliquer le moindre fait et geste au patient permet de structurer la rencontre, crée un contexte de soin. Expliquer, annoncer, permet à l'infirmière de maîtriser la situation pour obtenir la coopération du patient mais donne aussi au patient des clés pour comprendre ce qu'il vit et rester acteur de sa prise en charge. Une relation de soin réussie est celle où le patient est pris dans sa globalité : dans sa chair mais aussi son psychisme. C'est aussi ce que nous dit Georges Canguilhem (1968). Avoir à cœur de cultiver la relation soignant-soigné est un support qui aide les professionnels à rester dans leur rôle et dans la juste distance. La relation soignant-soigné peut être altérée par une pathologie qui blesse l'image corporelle du patient et le soignant doit rester attentif et à l'écoute de ce que vit le patient. En effet, l'image du corps porte en elle le narcissisme propre à chacun et c'est le narcissisme qui permet d'aller vers les autres, d'entrer en communication. (Le narcissisme est la faculté de se prendre soi-même pour objet d'amour,

ce qui permet ensuite d'aimer les autres). Le corps est le support de l'identité or le processus de vieillissement renvoie à l'image d'un corps qui n'est plus désirable, voire qui est devenu infirme et renvoie aussi à la mort. Il peut créer du rejet chez les soignants (une personne qui n'est plus autonome peut être inconsciemment perçue comme un fardeau). Le rôle des soignants en gériatrie est pourtant primordial nous rappelle Séverine Rézette (2008) ; le soignant doit continuer à investir les patients en les inscrivant dans un lien social, en les aidant à continuer à éprouver du plaisir avec ce corps vieilli ou infirme. Cela contribue à ce que les patients gardent une bonne image d'eux-mêmes et à éviter le repli sur soi voire le syndrome de glissement. Une toilette par exemple n'est pas un geste anodin, c'est prodiguer un soin. Si l'on en a conscience on ne peut dès lors le faire de manière mécanique en réduisant l'autre à l'état d'objet. Toucher le corps d'autrui, le voir dénudé brise un tabou, peut entraîner de la gêne, de la honte et une négation du patient en tant que sujet pour ne le voir qu'en tant qu'objet et ainsi se protéger inconsciemment. Pour le soignant, trouver la juste distance passe par la nécessité d'être au clair avec ce qui peut le bloquer pour rester dans un toucher soignant et un soin d'hygiène et relationnel. Autant en faire un moment qui relie. C'est grâce au toucher de notre mère que nous avons appris à distinguer l'extérieur à soi et notre intérieur et ainsi nous aider à nous individualiser et le moment de la toilette chez la personne âgée est souvent une des rares occasions de contact avec autrui pour elle. Cependant, il convient d'adapter la relation à la pathologie du patient. Pour les personnes psychotiques, le rapport à leur corps est fragile, tout soin peut être vécu comme une violence. La psychose est caractérisée par le morcellement, le corps n'est pas perçu comme unifié, différencié et défini. Il n'y a confusion entre l'extérieur et l'intérieur du corps. Le toucher, le regard peuvent être vécus comme intrusifs. L'angoisse du patient psychotique est liée à un sentiment de désintégration, de non-maitrise de son corps. Il convient de toucher le moins possible le patient, uniquement si nécessaire. Le patient peut se sentir persécuté par le soignant. Séverine Rézette (2008) explique que pour effectuer un soin chez une personne psychotique il faut communiquer (de manière claire et courte) sur le soin et les gestes que l'on va effectuer avant de toucher le patient. Il faut aussi savoir différer un soin qui serait clairement refusé et surtout réserver les soins aux soignants qui ont instaurés une relation de confiance suffisamment solide avec le patient en amont. Pour Pascal Prayez (2003), aller vers la juste distance ne peut donc se faire de manière standardisée, à l'inverse de techniques communicationnelles proposées par certains auteurs, à la manière d'une recette de cuisine : pour arriver à cela, il convient de faire ceci ! La singularité de chacun et de chaque

relation de soin rend la chose plus complexe en vérité. « *Trouver de la distance, ce n'est pas manipuler des techniques, ce n'est pas aseptiser la relation, ni s'éloigner du patient. Si l'on reste sur l'idée qu'il faut se protéger de l'autre, la distance sera toujours défensive.* » (Prayez, 2017, p41). La relation de soin induit du stress pour le soignant. Une pression s'exerce sur l'infirmier pour qu'il gère son stress avec des mécanismes de défense adéquats ; à charge pour lui de se débrouiller. La relation de soin n'échappe pas à l'échange, ou théorie du don et contre don de Marcel Mauss (1968). Même si l'infirmier est un professionnel rémunéré pour son activité, l'échange ne reste pas technique ou commercial. Le patient, dans sa demande d'attention, attend quelque chose de l'ordre du don du soignant, au-delà de la dimension purement professionnelle ; Une réponse à un besoin de présence de soutien et de réconfort. Le soignant risque donc deux écueils ; être entraîné dans un don trop important (attitude de sauveur) ou bien rester distant et dans la simple prestation de service. La juste distance passe par l'écoute et l'accueil des émotions et réactions du patient, pour l'aider à verbaliser ce qu'il ressent sur sa situation. Cette attitude permet de rester dans l'accompagnement, en favorisant l'expression d'angoisse voire d'agressivité et peut être amener le patient a une acceptation de sa situation. La juste distance est un lien de qualité, essentiel à la relation d'aide qui permet au soignant et au soigné de cheminer ensemble.

4.3 L'accompagnement des étudiants en soins infirmiers

4.3.1 Définitions et historique

Confucius disait il y a deux millénaires de cela « *Dis-moi et j'oublierai. Montre-moi et je m'en souviendrai peut-être. Fais-moi participer et je comprendrai* ». Il entendait déjà souligner que l'on apprend le plus grâce à ses pairs et dans l'action (le faire). Ce sont là les bases du socioconstructivisme qui est utilisé en stage comme méthode d'apprentissage. Le mot tuteur dans le contexte de l'enseignement et, tel que décrit dans le CNRTL, renvoie à des notions de soutien, de protection, de conseil et de stimulation. C'est effectivement le sens étymologique du terme d'origine latine *tutatore* : protecteur et *tutari* : protéger, selon le littré. Cathia Papi (2013) nous explique que la notion de tutorat existerait depuis la fin du 13^{ème} siècle et aurait ses racines en Angleterre ; les élèves plus avancés dans l'enseignement transmettaient à leurs pairs ce qu'ils avaient reçus eux-mêmes en enseignement des professeurs. Ils étaient des relais du savoir entre les maîtres et les nouveaux apprenants. Nous évoquions plus haut le socio-

constructivisme. Cette théorie de l'apprentissage développée dans les années 1970 et 1980 par Vygotsky et ensuite par Bruner est venue redéfinir la notion d'apprentissage par tutorat nous dit aussi Cathia Papi. En effet, les relations interhumaines dans l'apprentissage sont devenues un pilier du processus de formation, de même que les notions de singularité, de mutualisation (aussi bien le tuteur que l'étudiant peuvent être source de ressources l'un pour l'autre) et d'identification. D'après le Larousse accompagner vient de l'ancien français « *compain* » et signifie servir de guide, mener quelqu'un quelque part. Le mot est à la base du terme compagnonnage. Selon Marie-Françoise Bonicel : « *le compagnonnage est une association entre ouvriers d'une même profession à des fins d'instruction professionnelle et d'assistance mutuelle, et qui s'appuie sur des valeurs qui ont depuis le Moyen-Âge fondé leur démarche : accueil et accompagnement, transmission des compétences professionnelles, ouverture et attention aux autres* ». La relation pédagogique est centrale car l'étudiant se professionnalise en s'identifiant à des professionnels ressources qui le motiveront à construire à la fois ses compétences et sa posture de futur professionnel. Cependant, Christine Berzin sous la coordination de Cathia Papi (2013) nous signale aussi que la relation tuteur-étudiant, comme la relation soignant-soigné, est fortement asymétrique. Ainsi le tuteur possède des compétences plus importantes que celles de l'étudiant et des disparités d'âge peuvent entraver le processus d'identification de l'un à l'autre.

4.3.2 L'importance du contexte institutionnel

Comme nous le dit David Colmont (2018), une équipe qui fonctionne bien est une équipe qui s'investit dans l'accueil et l'accompagnement de l'étudiant en soins infirmiers. La relation entre l'étudiant et les professionnels dépend grandement du contexte dans lequel se trouve l'équipe. La formation en soins infirmiers, bien qu'universitaire, est professionnalisante, c'est sa spécificité. L'étudiant se trouve en situation de pratique professionnelle sur chaque lieu de stage. Dès lors des dérives sont possibles, en lien avec les difficultés structurelles (secteur de la santé) et institutionnelles, nous prévient Walter Hesbeen (2020). Selon lui, se proposer comme terrain de stage et demander aux professionnels de pratiquer le tutorat doit être pensé en amont et ce serait « *normal* » que les professionnels soient formés, même a minima, car il en va de la qualité formative du stage pour l'étudiant. Tout comme une infirmière hospitalière prodigue des soins en équipe, c'est cette équipe entière qui doit s'investir sur le tutorat. Il convient de bien connaître le ou les services concernés, d'identifier les valeurs propres au service, ce qui

peut être transmis de la posture professionnelle (savoir-être) et des soins les plus représentatifs du service (savoir-faire). Les professionnels doivent donc prendre le temps de s'arrêter sur leur pratique, leurs motivations, leur fonctionnement institutionnel et conscientiser tout cela afin d'accompagner les étudiants dans leur formation professionnelle. Il s'agit pour le terrain de stage de conceptualiser en quoi un environnement de travail peut devenir un terrain d'apprentissage pour les étudiants au travers notamment de situations apprenantes. Walter Hesbeen (2020) cite Stephen Billett auteur de la théorie suivante : pour qu'un environnement de travail devienne un milieu d'apprentissage trois éléments doivent être réunis ; que le terrain professionnel mette à disposition et rende accessible les ressources potentielles d'apprentissage et que l'apprenant s'engage pleinement dans ce processus (dynamique, donc). Cet apprentissage est donc une co-construction entre l'étudiant et l'objet de son apprentissage/les ressources que le terrain met à sa disposition. Comme nous le rappellent justement Isabelle Dumas et Pascale Didry (2019), le travail soignant se fait dans des conditions d'exercice stressantes. Les compétences émotionnelles sont alors nécessaires à une prise de recul. La profession infirmière est particulièrement sujette au burn-out et les étudiants en soins infirmiers ne sont pas épargnés. Lisa Cann (2016) nous apprend que les infirmiers ne se sentent pas bien traités par l'hôpital et que, en conséquence, ils ont à leur tour du mal à se montrer bien traitants envers les étudiants. La bienveillance de l'étudiant étant de s'adapter à sa manière d'apprendre, à son rythme, à ses besoins. Or pour cela, il faut prendre le temps de connaître l'étudiant. La communication est nécessaire pour construire cet apprentissage avec les professionnels du terrain. Or la bienveillance de l'étudiant favorise l'écoute et l'échange, la confiance et permet de discuter de ses attentes et besoins de manière claire. Les temps d'échange et la qualité des échanges et de l'écoute influencent directement la relation entre l'étudiant et les professionnels qui l'accompagnent et impactent son apprentissage et l'acquisition de compétences. Un étudiant en confiance (car il s'agit là aussi d'établir une relation de confiance étudiant-équipe) sera plus enclin à questionner les actes de soins posés et à mettre du sens sur sa pratique. Il fera les liens théories-réalité et s'habitue à communiquer efficacement avec ses futurs collègues et avec les patients. En effet, la compétence 6 de la formation en soins infirmiers suppose de savoir communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins. L'étudiant, pour pouvoir développer une réelle compétence doit pouvoir analyser les pratiques pour mettre en lumière les mécanismes en action d'après Florence Michon, Frédérique Vianelli et Maud Buge (2013). Elles nous disent aussi que les aptitudes personnelles à communiquer ne suffisent pas à acquérir

cette compétence : il s'agit d'un soin, d'en appréhender le sens, la finalité, pour pouvoir l'expliquer au patient. Mais elles concluent que la communication n'est pas utilisée comme outil de soin par tous les professionnels ce qui met en péril la relation et la formation des étudiants et bien sûr, la relation avec les patients. David Colmont (2018) nous indique que la baisse des dotations des ressources humaines entraîne un turn-over important qui lui-même s'ajoute à la pénurie de soignants : les difficultés de communication se creusent à tous les niveaux. Pour lui, la vision protocolaire de la démarche d'amélioration continue de la qualité des soins participe à la dégradation de la qualité relationnelle en morcelant le travail et le vide de son sens pour beaucoup de soignants. Jean-Charles Haute (2022) rappelle l'importance de garder le sens du soin pour les soignants afin de tenir un cap malgré les conditions dégradées d'exercice, malgré la pression. Dès que le sens du soin dispensé est perdu faire mieux avec moins (de moyens humains, matériel, de temps, de souplesse organisationnelle) devient un défi impossible à relever pour les soignants. Et l'accompagnement optimal des étudiants en stage, dès l'accueil, est compromis. Un autre point important, pour Walter Hesbeen (2020), est le sentiment de sécurité psychologique. Ce sentiment de sécurité psychologique est primordial, d'abord au sein même d'une équipe de soin car il permet aux membres de cette équipe de prendre des risques sans peur d'être jugés par leurs collègues. Une erreur peut alors être source d'apprentissage (individuel et d'équipe) et non de honte et/ou culpabilité. Cette erreur peut être analysée et discutée et des mesures correctives apportées. Cette sécurité psychologique facilite la remise en question des pratiques (ou du moins leur questionnement) et génère de la solidarité entre les membres du groupe. Dans une équipe qui fonctionne ainsi l'étudiant a le droit à l'erreur (dans une certaine mesure bien sûr) et le contexte organisationnel du lieu de stage est donc facilitateur d'apprentissage à la fois pour les membres de l'équipe et les stagiaires.

4.3.3 L'importance de la communication durant la formation

Walter Hesbeen (2020) relève que la période de stage est souvent vécue comme une épreuve pour l'étudiant. En effet, les conditions d'accueil, d'accompagnement pédagogique du stagiaire et cette sécurité psychologique ne sont pas toujours au rendez-vous. La pression ressentie est alors majeure. Comme nous l'avons vu plus haut, le processus d'apprentissage est dynamique, toujours en mouvement entre des équilibres, déséquilibres, ruptures, repositionnements, questionnements. Tout comme le patient doit être acteur de sa prise en charge, l'étudiant doit être acteur de sa formation pour en tirer pleinement profit. C'est au prix de ce rapport

déséquilibre/réajustement que l'étudiant va développer une posture modifiée (par rapport à son entrée en stage) qui le rapprochera d'une posture professionnelle. Pour arriver à cela, il a aussi besoin de la reconnaissance de ses futurs pairs. La reconnaissance développe la confiance en soi et l'estime de soi. La reconnaissance met en lumière le positif, en soulignant que cela ne va pas de soi et que c'est notable. C'est une forme de validation du chemin que l'étudiant a parcouru depuis son premier jour de stage. L'étudiant devant être acteur de son apprentissage, cela signifie qu'il doit chercher activement à se mettre de lui-même en situation apprenante. Il doit aussi être à même de relever ses fragilités et de demander du soutien. Catherine Bargibant (2018) relève qu'il semble y avoir un manque de communication entre les étudiants et les cadres formateurs au sein de l'institut en soins infirmiers et que le suivi pédagogique est peu utilisé par les étudiants qui pourtant gagneraient à y avoir recours. En stage, si le regard du professionnel est perçu comme jugeant (c'est d'autant plus vrai si l'étudiant est une aide-soignante en promotion professionnelle par exemple) le dialogue est compromis et la dissimulation par l'étudiant d'événements susceptibles de nuire à sa bonne image auprès de l'équipe est une possibilité. Le sur-incident est alors une vraie menace pour la sécurité des soins. Rappelons encore que David Colmont (2018) note de manière alarmante que le manque de communication au sein des équipes (des difficultés de communication en passant par les défauts de transmission, traçabilité et l'imprécision quant à la répartition des tâches) est une des principales causes de survenue d'événements indésirables graves. Pour rebondir sur l'appréciation que l'équipe a de l'étudiant, notons que Catherine Bargibant (2018), se basant sur les travaux d'Amy Edmonson, relève que l'étudiant est confronté à quatre risques. Ainsi, il court le risque d'être perçu comme, soit ignorant, soit incompetent, soit critique voire élément perturbateur. Être confronté à l'un de ces quatre risques inhibe le processus d'apprentissage de l'étudiant. A contrario, si l'environnement est perçu par l'étudiant comme bienveillant, il est facilitateur d'apprentissage. L'environnement doit permettre l'obtention de feedback, la possibilité d'expérimenter et de se tromper, le partage d'informations, l'aide et la discussion. De la même manière que l'étudiant doit communiquer avec ses futurs pairs en utilisant un langage professionnel et approprié, la manière de communiquer de l'équipe avec l'étudiant doit être adéquate. Ainsi, l'emploi de critiques blessantes ou de conduites autoritaires entraîneraient une rupture de la confiance, un possible repli de l'étudiant, un sentiment de honte et d'inadéquation difficilement compatible avec un apprentissage optimum. Cependant, toutes les équipes ne sont pas capables de se remettre en question, encore faut-il qu'elles soient en mesure

d'accepter l'expérience de l'échange, d'accepter le risque et de savoir tirer expérience des erreurs, et surtout de tirer expérience de leurs propres erreurs, car nul n'est infallible. Véronique Haberey-Knuessi (2015) entérine le fait que le bien-être des étudiants en stage est lié à l'ouverture de l'équipe et à la possibilité d'échanger ouvertement. C'est tout le pari, et la richesse, de l'apprentissage par socioconstructivisme qui doit être à l'œuvre en stage. Les échanges, les interactions sociales autour d'expériences actives doivent permettre à l'étudiant d'intégrer de nouveaux savoirs en lien avec sa future profession. Pour Margot Phaneuf (2010), l'étudiant doit être aidé à se sentir capable ce qui permettra le développement de son fonctionnement professionnel en tant qu'infirmier. Walter Hesbeen (2020) replace l'éthique comme valeur centrale de la pédagogie puisque l'éthique se traduit en sollicitude pour son prochain. La sollicitude, nous dit le Larousse, est le fait d'être attentif et prévenant envers son prochain. Il est alors possible de formuler des critiques constructives, facilitant l'acquisition de savoirs. La critique sous l'angle de l'éthique permet à l'étudiant d'ajuster sa posture en étant accompagné avec bienveillance à la réflexivité. Walter Hesbeen (2020) note que le tutorat devrait prévoir des espaces d'analyse de pratique pour permettre à l'étudiant de verbaliser son vécu, et d'être soutenu, encouragé et se sentir accompagné : la relation devrait jouer un rôle central dans son processus d'apprentissage. Le terrain de stage doit être le lieu de transformation de conduites, représentations et rôle. Pour Walter Hesbeen (2020), le plus important en stage serait de faire percevoir au stagiaire que le cœur du métier ne réside pas dans l'accomplissement de gestes techniques plus ou moins compliqués (qui inscrivent dans ce qu'il nomme une capacité à faire) mais bel et bien dans la relation de soin que le professionnel tisse avec les patients. Il ne s'agit alors de compétence au lieu de performance. Si le travail identitaire qui s'effectue chez l'étudiant doit passer par la prise de responsabilités, la mise en œuvre des actes de soins infirmiers pour se transformer petit à petit en professionnel avec un savoir-faire technique, seuls le dialogue, le climat d'apprentissage, et la prise en compte de sa singularité peuvent permettre à l'étudiant d'intégrer à son tour une approche humaniste dans ses soins.

4.3.4 Le tuteur

Le tutorat est une compétence à part entière de la pratique infirmière. L'exercice du tutorat renvoie à la compétence 10 du référentiel métier. Comme toute compétence, elle doit s'acquérir, se penser, se construire. David Guillon (2022) nous informe que l'accompagnement des étudiants en soins infirmiers par les infirmiers libéraux a été introduit tardivement, par la

réforme du référentiel de formation de 2009. Lui-même infirmier libéral, il note que c'est un exercice particulier du tutorat car il se fait en tête à tête. Il relève aussi le paradoxe de l'obligation du tutorat fait à l'infirmier diplômé d'état alors que, pour lui, cela devrait être sur la base du volontariat d'autant que, depuis 2017 seulement, une formation au tutorat est accessible en tant que développement professionnel. Le choix du tutorat n'est possible qu'en libéral mais pas en milieu hospitalier (contrainte de l'établissement de soins). Pour Alexandra Marie, Laura Foucher, Melody Veiga et Marie Benazzouz (2022), le tuteur retire un bénéfice secondaire à s'impliquer : le tutorat est valorisant pour lui car il voit l'étudiant évoluer dans sa professionnalisation. Mais assumer le tutorat peut aussi avoir des aspects négatifs : possible inconfort pour le professionnel par manque de temps, d'envie, ou de patience. Ce travail ne doit cependant pas se faire seul, les acteurs impliqués (tuteurs, encadrants de proximité, maître de stage) doivent tous s'impliquer. Le maître de stage est généralement le cadre de service. C'est lui qui doit penser le stage en amont : établir le planning de l'étudiant, soigner l'accueil mais aussi s'assurer que chaque personne de l'équipe sache comment évaluer les compétences de l'étudiant (langage commun). Mettre en place un livret d'accueil étudiant est un vrai plus. Le maître de stage doit faire le lien avec l'institut de formation car les tuteurs doivent être au clair avec les attendus de l'organisme de formation et du référentiel. Selon Fabienne Kwocz (2015), il y a interrogation des professionnels vis-à-vis de la notion de tuteur. Il y a nécessité de clarifier les fonctions, missions et responsabilités des tuteurs au sein des équipes. Le terrain de stage est le lieu qui va aider l'étudiant à définir son identité professionnelle, son appartenance à une sous culture soignante. Or la réalité du terrain rend difficile la démarche d'individualisation qui est nécessaire à ce travail identitaire. Pour Walter Hesbeen (2020), le tuteur doit avant tout être bienveillant et sécurisant et non sévère et exigeant car cela peut nuire à l'image de soi des étudiants. Une fragilisation de l'estime des étudiants entraîne, nous l'avons vu plus haut, des attitudes de repli, d'évitement et entrave son apprentissage. Sylvie Berthier (2019) note que depuis 2016 la direction générale de l'offre de soins précise que les compétences que les tuteurs doivent maîtriser : des compétences sociales et relationnelles, mais aussi pédagogiques, réflexives et organisationnelles. Enfin, il est préconisé quatre jours de formation car il semble évident que la seule envie d'être tuteur ne suffit pas et qu'il faut donner aux professionnels les outils pédagogiques adéquats. De plus, il ressort que les étudiants sont encore mal accueillis (équipes non informées de leur arrivée donc manque de communication et de transmission d'information, horaires d'accueil inadéquat par rapport au fonctionnement du service, etc.). Le

tuteur peut être absent le premier jour voire non désigné préalablement. Or l'étudiant doit pouvoir présenter rapidement son parcours de stage, ses attentes et besoins et c'est au tuteur de fédérer l'équipe autour du projet pédagogique de l'étudiant et de veiller au bon déroulé de celui-ci. L'étudiant doit acquérir 10 compétences au cours de sa formation. Il incombe au tuteur de cibler les besoins pédagogiques de l'étudiants, sa méthode préférentielle d'apprentissage et repérer des situations apprenantes pour lui. Il doit prévoir les dates de bilan de mi-stage et de fin de stage. Un accompagnement porteur de sens pour le stagiaire qui va évoluer dans différents soins pensés avec lui et ou en amont, lui permettra de se sentir utile (moteur d'apprentissage). L'équipe doit en amont s'être accordée sur les attendus communs et les indicateurs qui permettront de juger de l'acquisition ou non d'une compétence à l'heure du bilan de mi-stage/fin de stage. Les professionnels ont le devoir d'organiser la continuité des soins. Il devrait en aller de même de l'accompagnement de l'étudiant. Chaque professionnel peut être professionnel de proximité, c'est-à-dire être amené à interagir avec l'étudiant, voire à l'encadrer sur une ou plusieurs journées en l'absence du tuteur. L'absence du tuteur ne devrait pas mettre en échec son projet pédagogique. La conscience des enjeux sociétaux et personnels (40% des étudiants en soins infirmiers abandonnent leurs études selon l'enquête du comité d'entente des formations infirmières et cadres de 2022) ainsi qu'une communication effective en équipe devrait permettre de soutenir et d'évaluer la progression de l'étudiant. Cette progression se fait grâce à trois paliers d'apprentissage : « *comprendre, agir et transférer* ». Pour ce qui est de « *comprendre* » : l'observation, la possibilité de questionner, d'argumenter. Le stage est le lieu où la théorie prend corps et se traduit en action. Pour ce qui est « *d'agir* » : La formation est professionnalisante, l'étudiant doit mettre en action ses savoirs théoriques lors des stages pour gagner en autonomie. Pour ce qui est de « *d'apprendre à transférer ses savoirs* » : l'interaction étudiant-environnement lui permet de mettre en place des stratégies d'action et d'adaptation qui lui permettent de développer ses compétences. Adaptation étant le mot important. Le tuteur devrait être le chef d'orchestre de cette progression et inscrire cet apprentissage dans une relation de triangulation formateur pédagogique de l'IFSI-équipe soignante-étudiant. Ce travail de tutorat, nécessite des ressources nécessaires pour cet exercice. Les tuteurs devraient pouvoir bénéficier de temps de travail pour le tutorat, note Walter Hesbeen (2020). Pour Sylvie Berthier (2019), le stage est souvent compliqué pour l'étudiant mais il l'est aussi pour le tuteur et les professionnels de proximité. Le tutorat demande du temps au tuteur qui doit élaborer un vrai

plan d'action adapté à la singularité de chaque étudiant et l'institution ne reconnaît pas ce besoin.

5. Enquête exploratoire

Cette enquête a eu lieu dans services et m'a amené à rencontrer divers professionnels avec des profils différents dont je vais détailler et argumenter le choix plus bas. Mes lectures (cadre de référence) m'ont permis de dégager des idées/concepts/questionnements en lien avec ma question de départ qui m'ont guidée pour construire le guide d'entretien utilisé lors de chaque rencontre avec les professionnels.

5.1 Outil

L'entretien est un outil à part entière de ma recherche et a été pensé de manière à m'aider à recueillir des données pertinentes vis-à-vis de ma question de départ pour pouvoir argumenter, développer et ouvrir mon écrit de fin d'études. Comme chaque entretien il a été réfléchi en amont et circonscrit dans le temps (durée) et l'espace (lieu d'échange calme et isolé du reste de l'équipe). La confidentialité des échanges a été assurée aux professionnels et l'accord préalable du professionnel et de sa hiérarchie a été sollicité par écrit. La technique d'entretien que j'ai choisi est de type semi directif car elle permet de poser un nombre restreint de questions (plutôt des questions ouvertes) à l'interlocuteur tout en maintenant un thème précis (l'échange reste centré sur un ou plusieurs sujets de mon choix). Un entretien semi-directif correspond à : « *une technique de collecte de données qui contribue au développement de connaissances favorisant des approches qualitatives et interprétatives* » (Imbert, 2010). L'interlocuteur peut ainsi développer avec ses mots et à ma charge de relancer la discussion, ou de la recentrer sur le sujet si besoin. Ce type d'entretien permet de s'adapter pleinement à son interlocuteur en choisissant l'ordre des thèmes en fonction de ce que l'interlocuteur amène ce qui favorise une fluidité des échanges, le but étant de libérer la parole. Chaque entretien s'est terminé une fois tous mes thèmes abordés et a duré entre 15 et 20 minutes.

5.2 Population choisie

En accord avec ma directrice de mémoire j'ai choisi de rencontrer six infirmiers, trois jeunes diplômés (jusqu'à deux ans d'expérience professionnelle dans le même service) et trois autres plus expérimentés (5 ans et au-delà d'expérience professionnelle) afin de dégager les facteurs d'influence positifs ou négatifs de la posture soignante dans la relation soignant-soigné et tuteur/professionnel de proximité et étudiant infirmier et surtout de tenter de mettre en lumière en quoi l'expérience et la spécificité des services ont pu modifier la vision du soin des professionnels interrogés.

5.3 Lieux d'enquête

J'ai rencontré des professionnels dans un service d'accueil de longue durée (unité de soins de longue durée) de moyenne durée (service de soins de suite et de réadaptation) et de service de courte durée (court séjour gériatrique). J'ai choisi ces trois types d'accueil afin d'interroger la vision du prendre soin selon que l'on est dans une certaine proximité avec les patients ou que la prise en charge de ceux-ci est rapide. Donc si le lieu de soin influence la relation soignant - soigné mais aussi la relation et la communication entre tuteur/équipe au sens large et l'étudiant en soins infirmiers.

5.4 Guide de l'outil

Il a été décidé en accord avec ma directrice de mémoire de construire le guide d'entretien suivant :

-C'est quoi pour vous prendre soin ?

-Quelle place accordez-vous à la relation soignant-soigné ?

-Comment accompagnez-vous un étudiant en soins infirmiers (préparation, compétences à mobiliser) ?

-Quels outils utilise l'équipe, pour assurer la continuité de l'encadrement des étudiants en soins infirmiers (transmissions des informations, organisation du stage, bilan mi-stage, bilan final) ?

Ces questions, construites sur la base de ma question de départ, avaient pour objectif de venir interroger mes trois axes de cadre de référence, à savoir la question de la communication comme

outil du soin, l'objectisation du patient et l'accompagnement des étudiants en soins infirmiers. La question de la communication restant transversale dans tout mon cadre de référence et ma guide d'entretien.

L'intégralité des entretiens retranscrits ainsi que les grilles d'analyses de ces derniers se trouvent en annexe de ce document.

6. Analyse

6.1 Entretien par entretien

6.1.1 Entretien 1 en court séjour gériatrique

La première infirmière rencontrée travaille dans un service de court séjour gériatrique. Elle est diplômée depuis 2010 et a toujours exercé auprès d'un public âgé dépendant, que ce soit en EHPAD ou en long séjour. Je lui ai demandé si sa vision du prendre soin a évolué avec ses années d'exercice et les différents postes qu'elle a eus. Elle estime que : « *ma vision du début où j'ai été infirmière jusqu'à maintenant est la même* » (IDE 1, L38). Elle attribue cela à la formation en soins infirmiers pré- réforme de 2009, organisée en périodes de stages plus courtes mais rapprochées dans le temps, qui lui aurait permis d'accumuler une expérience du prendre soin proche du terrain. Elle avance aussi que sa formation en CHU a été déterminante pour acquérir cette expérience dès la formation et qu'elle a conditionné son implication actuelle auprès des étudiants infirmiers « *c'est que j'ai été dans un CHU* » (IDE 1, L 221) , « *c'est très grand et vraiment on a été très bien, euh, enfin personnellement mais je suis pas la seule à le penser, très bien entourés par le cadre, par les cadres infirmiers, aides-soignants, et c'est vrai que comme c'est un CHU, c'est universitaire donc, ils sont là pour apprendre aussi et je pense qu'il y a ça aussi qui fait que j'aime bien pouvoir aussi encadrer les élèves quoi* » (IDE 1, L 221-225). Questionnée sur sa définition du prendre soin, cette infirmière m'a répondu qu'il correspond, pour elle, à : « *prendre en compte la personne, dans sa globalité* » (IDE 1, L26), « *Dans ses besoins au moment T* » (IDE 1, L27), ses « *besoins de la vie courante* » (IDE 1, L27). Le rôle de l'infirmière dans le prendre soin revient à « *pallier certaines choses* » (IDE 1, L30) auprès de la personne en perte d'autonomie grâce à ce qu'elle nomme « *l'œil soignant* » (IDE 1, L 53) et qui correspond à une expertise professionnelle en lien avec des habiletés et connaissances développées au cours de sa pratique. Elle m'a expliqué que pour elle, « *tout passe*

par la discussion, la communication avec les patients » (IDE 1, L161) et que la relation soignant-soigné est avant tout une « *une relation de confiance (...) on essaie d'instaurer surtout avec les patients qui ont des démences* » (IDE 1, L58) et que cette relation ne peut se construire sans impliquer l'entourage du patient : « *On connaît la personne dans sa globalité, on connaît les familles* » (IDE 1, L51). La temporalité de la prise en soin impacte la relation soignant-soigné, ainsi : « *C'est le relationnel avec le patient quotidiennement* » (IDE 1, L49) qui vient étayer cette relation de confiance, de même que le fait de le côtoyer régulièrement, d'entrer dans son intimité. Cette relation de confiance permet de se montrer particulièrement aidant pour les personnes atteintes de troubles cognitifs ; ainsi pour un monsieur dans le déni de sa perte d'autonomie l'infirmière a pu l'accompagner dans un travail de deuil de sa situation antérieure grâce à cette multitude de moments partagés et d'échanges antérieurs : « *j'avais eu une relation les jours d'avants avec lui, voilà de confiance, on avait instauré beaucoup de discussions, parce qu'il arrivait à comprendre qu'il pouvait pas rentrer chez lui, mais comme il avait commencé à avoir des troubles cognitifs* » (IDE 1, L87). Elle a pu l'amener à accepter le principe de réalité tout en s'inscrivant dans un travail d'équipe avec la cadre et ses collègues. Cette infirmière souligne que les troubles cognitifs sont pour elle le principal facteur de barrages dans la relation soignant-soigné mais qu'il existe des techniques pour contourner ces difficultés. La communication doit rester de mise mais doit être adaptée au patient et le professionnel doit s'appuyer sur tous les moyens de communication possibles y compris non verbaux : « *c'est très important la communication, par d'autre biais même si eux ne peuvent pas se faire comprendre on arrive par des pictogrammes (...) ou des ardoises* » (IDE 1, L163-165). Pour les patients communicants verbalement mais atteints de démence, il s'agit de trouver des moyens de rester soignant sans pour autant braquer le patient ou rentrer dans son jeu : « *une patiente qui est démente (...) il faut un peu dévier sur une autre discussion* » (IDE 1, L150-151). Là encore, le fait de bien connaître les patients est déterminant pour savoir bien se positionner. La communication est elle aussi au cœur de son accompagnement des étudiants en soins infirmiers. Cette infirmière explique trouver du plaisir et se sentir valorisée par l'accompagnement des étudiants : « *j'aime beaucoup accompagner les étudiants (...) c'est aussi notre savoir-faire, notre expérience aussi qui fait que on aime bien accompagner les étudiants* » (IDE 1, L177-178) Elle relie directement son plaisir à transmettre à de futurs collègues à son passage en CHU qui a été déterminant dans son envie de partager ses compétences. Elle est au clair sur le fait de mettre en lumière les modalités d'apprentissage propres à chaque étudiant pour bien

l'accompagner (« *qu'on peut toujours trouver avec les compétences (...) ses capacités* », IDE 1, L199-200) et de passer là aussi par une relation de confiance (« *faire confiance aussi aux étudiants* », IDE 1, L206) qui valorise l'étudiant en lui faisant sentir que l'on croit en ses capacités. L'accompagnement des étudiants en soins infirmiers c'est « *tout un panel qu'il faut tapisser* » (IDE 1, L195), du relationnel, certes mais aussi : « *C'est l'expérience (...) de la dextérité (...) dans les actes techniques* » (IDE 1, L191). Selon cette infirmière, l'accompagnement d'un étudiant en soins infirmiers ne peut se faire sans cohésion d'équipe (« *il faut être soudés pour que dans l'équipe, dans les patients, ça se passe bien et pas avoir trop de différences, de querelles entre nous* », IDE 1, L209-210) et chaque membre de l'équipe a accès aux objectifs de stage de l'étudiant, affichés dans le service. Chaque membre a un rôle à jouer dans cet accompagnement, de la cadre qui établit les plannings « *les plannings* » (IDE 1, L232) et les met à disposition des personnels en amont du stage, aux tuteurs « *les tuteurs (...) il y en a deux* » (IDE 1, L232-233) et aux professionnels de proximité qui peuvent être amenés à réaliser des bilans avec l'étudiant et les tuteurs « *faire le bilan de mi stage avec les personnes avec qui l'étudiante a le plus tourné* » (IDE 1, L237). Il y a peu d'outils propres à l'équipe utilisés pour accompagner l'étudiant (en tout cas l'infirmière n'a pas été en mesure de les mettre en lumière durant notre entretien), les professionnels s'appuient principalement sur les outils du stage fournis par l'IFSI « *le portfolio (...) on coche au crayon (...) on fait un bilan de fin de stage* » (IDE 1, L240-241) pour évaluer l'acquisition de compétences de l'étudiant.

6.1.2 Entretien 2 en court séjour gériatrique

La deuxième infirmière que j'ai rencontrée est diplômée depuis 1998. Elle travaille en court séjour gériatrique et elle a construit son expérience professionnelle dans des services de chirurgie, la réanimation, les urgences et des EHPAD. Elle ne s'est jamais formée au tutorat bien que son établissement de soins propose cette formation à qui souhaite s'inscrire. Elle a, bien sûr, déjà été amenée à être référente d'étudiants en soins infirmiers, comme ses collègues, à tour de rôle. Généralement deux professionnels sont désignés pour chaque étudiant dans son service « *chacun est référent d'une élève* » (IDE 2, L33) ; « *deux par deux* » (IDE 2, L35). Cette infirmière dit que : « *au départ il y a beaucoup d'observations* » (IDE2, L42) et de communication avec l'étudiant afin de cerner ses capacités, ses motivations, ses éventuelles difficultés et ses besoins explicites ou implicites (« *t'essaies de connaître un peu la personne... voir s'il y a des sensibilités, s'il y a une approche un peu différente* », IDE 2, L46). L'année de

formation est déterminante pour accompagner l'étudiant et elle dit prendre en compte son rythme d'apprentissage et sa personnalité afin de s'adapter à lui pour lui fournir un accompagnement adéquat (« *Ça dépend de l'année de l'élève... s'il est autonome, pas du tout autonome* », IDE 2, L43). L'équipe est impliquée dans l'accompagnement, notamment les aides-soignantes qui tournent avec l'étudiant la première semaine de stage (« *la première semaine on essaie de les faire tourner avec les AS* », IDE 2, L49). L'infirmière souligne que construire et étayer un accompagnement étudiant lui demande beaucoup de temps et de travail et que le portfolio n'est pas toujours rédigé de manière accessible : « *ça me demande beaucoup de travail* » (IDE 2, L82) ; « *que ce soient les AS ou les infirmières, on passe du temps* » (IDE 2, L108-109). Les bilans sont faits en présence de l'étudiant et avec un autre professionnel ayant tourné avec lui pour viser le plus d'objectivité possible : « *je vais demander quand même à celles qui ont tourné un peu avec la personne* » (IDE 2, L98-99). Elle souligne que si tout le monde n'a pas les mêmes compétences ni le même rythme d'apprentissage, il faut, selon elle, donner « *la confiance* » (IDE 2, L57) nécessaire à l'étudiant pour lui permettre d'évoluer positivement. Cette méthode d'observation initiale de l'étudiant se retrouve dans le prendre soin pour cette infirmière. Ainsi prendre soin, selon elle, commence par établir « *un recueil de données le plus complet possible* » (IDE 2, L129). Ensuite le prendre soin, ce sont des actes et des attitudes : « *c'est faire attention, être à l'écoute* » (IDE 2, L117), « *être attentif* » (IDE 2, L122) à la personne, « *l'accompagner dans ses gestes quotidiens* » (IDE 2, L122) mais « *à son rythme* » (IDE 2, L123) tout en veillant à des choses telles que « *Le confort, ses habitudes de vie* » (IDE 2, L118) et à « *respecter la pudeur* » (IDE 2, L123) « *en englobant la famille évidemment* » (IDE 2, L119). L'infirmière oppose cette façon de prendre soin en gériatrie à celle qu'elle a expérimenté dans des services dits « *techniques* » : « *tous ces grands services techniques* » (IDE 2, L161), « *tu appliques des thérapeutiques* » (IDE 2, L163). Elle évoque notamment les urgences, « *les urgences le prendre soin en fait, ils viennent pour un truc bien précis ; tu règles finalement le problème, enfin l'urgence et ils restent pas longtemps aux urgences* » (IDE 2, L150). Même si elle dit avoir peu apprécié cette manière de prendre soin, moins axée sur le relationnel avec le patient, elle estime en avoir tiré des bénéfices sur la gestion de son stress face à une situation d'urgence : « *il se passe un truc en service, tu l'as jamais fait, tu es un peu paniqué. Mais après j'ai pas aimé, ça va trop vite, justement t'as pas le temps de discuter. Euh, c'est assez froid* » (IDE 2, L154-156) car le stress du soignant peut impacter la relation soignant-soigné, de même que son état psychologique ou physique (« *des fois on peut*

être fatigué, on peut être moins réceptif », IDE 2, L220). L'équipe est alors une ressource sur laquelle elle doit pouvoir s'appuyer (« *c'est le collectif, hein, c'est pas une personne qui va faire mieux que l'autre, ça veut rien dire* », IDE 2, L217). Selon elle, il est nécessaire de s'écouter, de se connaître (« *Il faut se faire confiance* », IDE 2, L221) pour pouvoir avancer dans la relation soignant-soigné notamment quand elle ne s'établit pas. L'infirmière me dit d'abord chercher à comprendre, notamment en discutant avec le patient mais que « *si la personne arrive pas à l'expliquer ou autre, bon, bin faut passer la main quoi. Après sinon bin tu fais presque un passage en force et là...c'est pas bon, quoi* » (IDE 2, L210), « *y a des patients tu sais pas pourquoi ça passe pas quoi* » (IDE 2, L199-200). Elle attribue son positionnement très clair vis-à-vis de ses limites, de la nécessité de préserver la relation en passant la main, à la formation professionnelle qu'elle a reçue (« *on a fait l'humanité* », IDE 2, L212). D'autres formations sont venues enrichir sa boîte à outil du relationnel et du soin avec les patients : « *j'ai fait une formation Snoezelen* » (IDE 2, L167-168), « *on a fait toucher-massage* » (IDE 2, L179). Elle garde à l'esprit que l'accord du patient, la communication est essentielle avant chaque acte de soin « *il faut d'abord en avoir parlé, avoir instauré un climat de confiance* » (IDE 2, L194) et elle apprécie que le Snoezelen ou le toucher-massage ne demandent pas de prescriptions médicales mais relèvent du rôle propre infirmier, et dépendent donc de son expertise.

6.1.3 Entretien 3 en unité de soins de longue durée

La troisième infirmière interrogée travaille en unité de soins de longue durée depuis environ 5 ans. La majorité de son expérience s'est faite dans ce service, elle a obtenu le diplôme d'état il y a 5 ans et demi. Elle est brièvement passée par un service de médecine générale avant le long séjour. Elle n'est pas formée au tutorat. Questionnée sur sa définition du prendre soin, elle me répond que, forcément, « *ça dépend le type de service* » (IDE 3, L21) et que, de son point de vue : « *en médecine, prendre soin c'était vraiment faire en sorte que, bah le patient il est pas bien, il est malade, il faut qu'on le soigne, ça va être protocole médical, voir avec le médecin pour un antibiotique, pansement, tout ce qu'il faut, pour qu'après il rentre chez lui* » (IDE 3, L37). Elle a choisi de rester en unité de soins de longue durée car cela correspond plus à sa vision personnelle du prendre soin : « *Prendre soin, c'est vraiment dans la globalité, c'est beaucoup plus psychologique idéalement* » (IDE 3, L41). Ainsi, en long séjour, il n'y a « *pas forcément que du médical* » (IDE 3, L23), il s'agit de « *faire en sorte que la personne âgée se sente bien dans notre service* » (IDE 3, L 25), en préservant son « *autonomie* » (IDE 3, L 27)

et « *c'est être là aussi également pour les familles* » (IDE 3, L29). Elle souligne que : « *on travaille tous en équipe* » (IDE 3, L122) autour de la personne âgée et que l'accompagnement se construit par « *beaucoup de projets de vie, beaucoup de projets de soins* » (IDE 3, L119) et que, en parallèle des soins relationnels « *il y a le prendre soin infirmier* » (IDE 3, L32). Pour elle, la relation soignant-soigné en unité de soins de longue durée a la particularité de s'inscrire dans un temps long et dans un accompagnement spécifique. En effet, l'infirmière souligne que : « *on les accompagne sur la fin de leur vie* » (IDE 3, L55-56). Alors, « *la relation soignant-soigné est très importante mais tout en investissant un peu la fameuse distance* » (IDE 3, L158) car selon l'infirmière, on s'attache très vite aux patients du fait des longues journées de travail en 12H, parfois deux jours d'affilée, de la proximité avec les familles et du profil de ces personnes très dépendantes. Le professionnel doit veiller à donner des « *repères* » (IDE 3, L68) « *en restant bienveillants bien évidemment et dans l'écoute* » (IDE 3, L86). Dans cette relation soignant-soigné « *nous on guide beaucoup* » (IDE 3, L82) dit l'infirmière, afin de préserver une autonomie et de les maintenir dans un rôle actif. D'ailleurs, « *faut toujours expliquer tout ce qu'on fait* » (IDE 3, L152) au patient et une communication réussie passe aussi par la lecture du langage corporel. Prenant pour exemple un patient en refus de soins, l'infirmière explique qu'il fallait « *connaître ses expressions faciales, enfin ses expressions corporelles* » (IDE 3, L05-106) pour ne pas faire de faux pas et le braquer. « *Fallait prendre le temps de l'écouter et de réagir* » (IDE 3, L111) aussi, ce que souligne l'infirmière. De la même manière qu'il faut aider le patient à mettre du sens dans chaque soin, l'infirmière explique avoir besoin de mettre du sens sur le parcours de l'étudiant infirmier : « *je demande aux étudiants en général c'est, pourquoi tu fais ça ?* » (IDE 3, L142), « *c'est important parce que ça montre, finalement, le, l'intérêt, qu'à l'étudiant en fait à devenir infirmier* » (IDE 3, L144). Cela lui permet de dégager des modalités d'accompagnement s'inscrivant dans la prise en soin de la personne âgée dépendante (« *Si c'est plus de la technique qu'ils veulent voir, bin, on va guider un peu plus dans la technique mais tout en restant quand même, en montrant qu'il faut rester très très... dans la communication avec les personnes âgées* », IDE 3, L147-149). En parallèle : « *les objectifs on les affiche dans le service* » (IDE 3, L180) afin que toute l'équipe sache comment guider l'étudiant. Au début du stage l'étudiant passe « *quelques jours avec les aides-soignantes pour apprendre à connaître les patients, pour passer du temps justement avec les patient* » (IDE 3, L135-138). Chaque IDE s'enquiert du parcours de stage de l'étudiant (« *on demande quand même à l'étudiant, qu'est-ce que tu as fait, où t'en es avec tes patients, au niveau de tes*

objectifs, qu'est-ce que tu as fait avec la précédente infirmière, comment tu fonctionnes ? », IDE 3, L181-183) afin « *d'avoir toutes justement la même ligne de conduite avec l'étudiant* » (IDE 3, L172-173) et de garder un discours cohérent pour lui. Pour ce qui est des bilans de mi-stage et de fin de stage : « *on essaye entre nous si on arrive à se croiser sinon ça va être en dehors de la structure, on s'échange par téléphone* » (IDE 3, L171-172) car chacune des infirmières est seule dans le service et ne croise donc pas ses collègues. Aucun outil spécifique au service n'existe pour aider les infirmières à évaluer l'acquisition de compétences de l'étudiant ou son évolution durant le stage.

6.1.4 Entretien 4 en service de soins de suite et de réadaptation (SSR)

La 4^{ème} infirmière rencontrée est une jeune diplômée (juin 2021) travaillant en SSR depuis un an et demi et qui n'est pas formée au tutorat. Pour elle, prendre soin « *c'est une globalité* » (IDE 4, L13), et « *tout est un soin* » (IDE 4, L14). Ainsi, au-delà des gestes techniques ou de l'administration de thérapeutiques « *parler avec le patient est un soin* » (IDE 4, L 16). Cette infirmière acquiesce quand je lui demande si sa vision du soin a changé et me dit qu'elle est influencée par le service dans lequel elle évolue : « *je pense que c'est avec les services aussi. Si un jour je change de service elle changera encore et elle continuera d'évoluer tout au long de ma, ma carrière* » (IDE 4, L 20-21) sans expliquer en quoi sa vision du soin a été modifiée. Pour ce qui est de la relation soignant-soigné, selon elle l'attitude des patients conditionne la rencontre (« *c'est sûr qu'il y a des patients qui te mettent plus à l'aise* », IDE 4, L34) et la durée de la prise en charge peut favoriser un attachement du soignant envers le patient : « *il y a des liens qui se créent puisqu'ils restent généralement assez longtemps ici* » (IDE 4, L 36-37) et « *y en a à qui on s'attache aussi même si on dit il faut mettre la barrière professionnelle* » (IDE 4, L39-40). Pour illustrer cette possibilité de s'attacher, L'infirmière me dit : « *j'ai jamais pris un numéro et je sais qu'il y a des collègues qui gardent contact avec les patients en dehors* » (IDE 4, L56-57). Afin de garder une saine distance professionnelle l'infirmière met en place des actions qui l'aident à se positionner correctement face au patient (« *je ne tutoie pas les patients* », IDE 4, L35 et « *je reste naturelle* », IDE 4, L 33-34). La pathologie de certains patients peut engendrer des comportements inappropriés qui pourraient mettre en échec le soignant dans sa prise en charge mais l'infirmière interrogée me dit arriver à prendre le recul nécessaire pour ne pas se sentir remise en question : « *si je me fais insulter ou si y en a qui essaient de frapper, je le prends pas mal* » (IDE 4, L44). La connaissance des processus

physiopathologiques ou psychopathologiques joue un rôle important dans sa capacité à prendre ce recul (« *c'est du fait de sa pathologie* », IDE 4, L45) et à mettre du sens derrière ces comportements de rejet.

Concernant l'accompagnement des étudiants en soins infirmiers l'infirmière déclare que : « *ça ne me dérange pas d'encadrer et j'aime bien partager* » (IDE 4, L100). La communication, l'échange sont au cœur de son accompagnement (« *être bien à l'écoute de leurs attentes de leurs objectifs de stage et de bien les accompagner tout au long et essayer de leur faire voir le maximum de choses* », IDE 4, L83-84). Si pour autant : « *on n'a pas de personnes désignées dans le service pour les stagiaires* » (IDE 4, L73) en tant que professionnelle de proximité elle s'investit en aidant l'étudiant à mettre du sens sur ses actions et à maîtriser les outils de transmission pour gagner en autonomie (« *j'essaie au maximum de...d'expliquer tout ce que je fais pour qu'après elle prenne le relais. Enfin surtout au début de leur stage, de bien leur montrer le logiciel* », IDE 4, L80-82). La construction du parcours de stage se fait en équipe (« *on se regroupe pour ce qui serait le plus intéressant et adapté selon, bin le, première, deuxième, troisième année, leurs objectifs et voir avec elles ce qu'elles cherchent à voir pour que ce soit adapté le plus possible* », IDE 4, L92-93) et les professionnels qui ne sont pas à l'aise avec le tutorat (« *y en a qui aiment moins prendre en charge des étudiants* », IDE 4, L97) ne sont pas impliqués afin de ne pas les mettre ou de mettre l'étudiant en difficulté. Pour les bilans de mi-stage et fin de stage, la participation de toute l'équipe est sollicitée : « *Même pour les notations, les bilans, on se regroupe un peu avant, ce que chacun a pensé. Pas faire un bilan seul sans l'avis du personnel, même des aides-soignantes, même de toute l'équipe* » (IDE 4, L102-104) ce qui permet d'avoir un œil pluridisciplinaire sur le parcours de l'étudiant. Le maître mot de l'accompagnement, pour cette infirmière, est la communication (« *on communique beaucoup* », IDE 4, L102).

6.1.5 Entretien 5 en service de soins de suite et de réadaptation

La cinquième infirmière rencontrée travaille en service de suite et de réadaptation depuis neuf ans. Elle a obtenu son diplôme d'état en soins infirmiers en 2006 et n'a pas été formée au tutorat. D'ailleurs, ma question l'a intriguée car elle ne comprenait pas ce que peut être une formation au tutorat.

Prendre soin, pour elle, revient à : « *Prendre soin c'est veiller sur l'autre et... et l'amener à... bon terme* » (IDE 5, L30) et elle introduit la notion d'objectifs dans ce prendre soin (« *un patient, il a des objectifs. On lui donne des objectifs quand il arrive* » IDE 5, L32). Ainsi, un patient a ses objectifs personnels, le corps médical a ses propres objectifs pour le patient et le corps infirmier aussi. L'idée étant de rassembler tous ces objectifs pour en faire un plan de soin réaliste. Si, selon elle, le cœur de sa vision du prendre soin n'a pas évolué au fil du temps et de l'expérience emmagasinée, elle note quand même des changements du fait des formations reçues et des évolutions techniques (« *on évolue parce que on a des formations, on se repositionne par des nouvelles techniques. Mais sinon la base, enfin dans l'esprit c'est la même chose* », IDE 5, L41). Un autre aspect important du prendre soin pour cette infirmière est la continuité des soins (« *il y a toujours les soins qui doivent continuer* », IDE 5, L109), notamment dans le cadre d'une relation soignant-soigné qui peinerait à s'établir dans la confiance et le respect mutuel. D'ailleurs, elle définit cette relation ainsi : « *la relation qu'on essaie, enfin que j'essaie d'instaurer, c'est une relation de confiance. Euh... Là où ils se sentent bien. À l'écoute* » (IDE 5, L50-51). Pour construire cette relation, elle prend en compte la spécificité des patients accueillis dans le service (« *une personne âgée c'est très vite déstabilisé donc on essaie d'être...de répondre très présent les premiers jours. Pour qu'il soit en confiance et que ça se passe bien pour lui.* », IDE 5, L57-59) et adapte son comportement en conséquence. Elle est catégorique sur la nécessité d'inclure la famille dans cette relation soignant-soigné pour parvenir à atteindre les objectifs fixés (« *il n'y a pas que le patient qui compte, c'est qu'il y a la famille aussi* », IDE 5, L71-72) car la famille est une ressource dans la prise en soin du patient (« *Si la famille est apaisée, le patient est apaisé et nous on travaille dans de très bonnes conditions* », IDE 5, L74-75). Le prendre soin et la relation soignant-soigné qu'elle vit au quotidien sont tournés vers une prise en charge palliative et cette infirmière a bien conscience des spécificités que cela implique (« *ici on fait plus de soins palliatifs donc on est plus dans le confort. Et c'est pas le cas dans tous les services en fait* », IDE 5, L87-89) : le confort de vie, l'apaisement, la gestion de la douleur et la dignité du patient sont au cœur de la démarche de soin et s'appuient sur des « *formations* » (IDE 5, L83) et des « *protocoles* » (IDE 5, L84) de service qui l'aident à prendre soin. Comme pouvait le laisser supposer son interrogation sur la formation au tutorat des élèves en soins infirmiers, elle a eu un peu de mal à répondre aux questions sur l'accompagnement des étudiants. Dans son secteur : « *on programme pas forcément* » (IDE 5, L119-120) un parcours pour l'étudiant (« *ça dépend de ce qu'il y à faire*

dans le service », IDE 5, L131) et il n'y a pas de tuteur désigné : « on n'est pas *dédiées à une personne, elle suit le planning* » (IDE 5, L118-119). Comme pour ses collègues, elle s'appuie sur les objectifs de stage de l'étudiant(e) « *elle nous dit ses objectifs et on essaie de l'accompagner dans ce sens-là* » (IDE 5, L120). Elle est tout de même consciente que ce qui est proposé « *dépend de chaque étudiant* » (IDE 5, L127), de son année de formation et de son degré d'autonomie personnelle.

Cet entretien a été interrompu par un coup de fil sur une de ses patientes en fin de vie et par la suite les éléments recueillis ont été assez pauvres. Sur la question des outils utilisés par l'équipe pour accompagner un étudiant, je n'ai pas obtenu réellement d'informations hormis que « *c'est les infirmières qui les ont eus le plus, donc elles se réunissent entre elles et puis elles font le, l'évaluation* » (IDE 5, L138-139) et qu'une fois le bilan effectué : « *c'est la cadre qui valide* » (IDE 5, L141).

6.1.6 Entretien 6 en unité de soins de longue durée

Le sixième et dernier entretien a eu lieu en unité de soins de longue durée avec une très jeune diplômée (8 mois d'expérience) qui a su m'apporter des réponses très complètes vu qu'elle-même avait été dans ma situation il y a peu de temps. Pour elle, le prendre soin : « *ça va être global* » (IDE 6, L24), cela passe autant par des « *actes techniques, soins prescrits* » (IDE 6, L25) que « *l'administration de thérapeutique* » (IDE 6, L26) et, bien sûr, « *ça englobe aussi toute la partie relationnelle* » (IDE 6, L28). Pour cette infirmière, prendre soin c'est donc : « *soigner le patient, le soulager* » (IDE 6, L27), c'est-à-dire le soulager aussi dans sa souffrance psychologique (« *c'est vraiment accompagner le patient dans sa souffrance psychique et physique* », IDE 6, L32). Elle estime aussi que : « *ce prendre soin, il est différent d'un service à un autre* » (IDE 6, L41) et que c'est lié à des facteurs de durée d'accueil mais aussi aux priorités de soins qui sont établies en fonction de l'état du patient et du caractère aigu ou chronique de sa pathologie. Cela dit, elle estime aussi que l'on peut être dans un prendre soin global quelle que soit la durée du séjour ou l'urgence car : « *moi je pense que le prendre soin c'est un peu une valeur, tu vois ? En tant que soignant, quand on décide de faire ce métier-là, pour moi le prendre soin il doit régir tous nos faits et gestes.* » (IDE 6, L 37) et ce qui va être différent sera la grande réactivité que devra avoir le soignant pour, sans avoir vraiment le temps de faire connaissance avec le patient, savoir trouver les mots et la posture soignante la plus

adaptée possible (« *dans un service où le temps de partage avec le patient il est court, va falloir s'adapter à la situation rapidement, au patient rapidement* », IDE 6, L42). Cela introduit la question de la relation soignant-soigné qui, pour cette infirmière : « *est au centre de tout* » (IDE 6, L57). Plusieurs éléments peuvent influencer cette relation, de manière négative ou positive (« *Tu peux avoir chez certains patients ce qu'on appelle la projection* », IDE 6, L75) et l'essentiel est alors de « *trouver les mots* » (IDE 6, L67) auprès du patient et de « *chercher à comprendre* » (IDE 6, L80) ce qui vient se jouer dans cette relation. Si, malgré tout, la relation ne se fait pas « *savoir passer le relais* » (IDE6, L92) permet de sortir le patient d'un refus de soin. Le manque d'expérience réel ou supposé de l'étudiant ou de l'infirmière peut aussi impacter cette relation « *ça fait peur aussi des fois quand on est étudiant, des fois les patients ils ne veulent pas de nous parce qu'on sait pas faire ; qu'on apprend quand on est jeune diplômé.* » (IDE6, L95). Elle note qu'une relation de confiance à besoin de temps pour s'établir et qu'elle passe par l'implication de l'infirmière auprès des patients. Cette implication s'appuie sur le recueil du consentement aux soins du patient et ce consentement ou refus n'est pas qu'oral « *il y a des attitudes qui font comprendre que le patient n'est pas d'accord* » (IDE 6, L61). Le stage infirmier est protocolisé dans son service : « *on a un livret d'accueil* » (IDE 6, L139), « *il y a aussi une rencontre avec la cadre qui se fait avant le stage* » (IDE 6, L140) et au niveau du suivi de la progression de l'étudiant : « *des fiches de suivi étudiant* » (IDE 6, L142) ont été mises en place par cette infirmière. Elle est consciente que : « *quand on a un mauvais accueil et qu'on a la boule au ventre bin on n'a pas envie de revenir sur le lieu de stage* » (IDE 6, L111) et pour accueillir : « *le plus important c'est de faire visiter. D'accueillir, de se présenter* » (IDE 6, L104) et de « *présenter aussi toute l'équipe* » (IDE 6, L113). Il faut reconnaître à l'étudiant le droit de « *d'apprendre à connaître les patients* » (IDE 6, L117). Pour le tuteur ou professionnel de proximité, il faut : « *savoir cibler un petit peu ce que l'étudiant recherche* » (IDE 6, L115) mais aussi : « *savoir répondre aux questions, l'accompagner sur ses différents projets de soins, euh, lui faire voir des soins, autant des soins relationnels que des soins techniques* » (IDE 6, L121) afin de l'accompagner à construire sa vision du soin. Le tout, en gardant à l'esprit que le professionnel reste garant de l'étudiant (« *tout en étant en sécurité, et pour le soignant et pour l'étudiant* », IDE 6, L124). Cette infirmière déplore que dans certains services les bilans soient encore faits sans la présence de l'étudiant (« *c'est très important aussi que pendant les bilans l'étudiant soit présent* », IDE 6, L149) car cela n'est pas porteur de sens et ne permet pas à l'étudiant de se positionner dans son évolution (« *pour moi c'est important*

aussi pour l'étudiant d'arriver à cibler quels sont ses points forts, ses points faibles à l'arrivée dans le stage et au départ du stage », IDE 6, L145) ; il n'y a que par la communication et les échanges autour de ses pratiques, confrontées aux observations de l'équipe qui lui permettront de s'autoévaluer et de s'approprier son stage.

6.2 Analyse thématique

6.2.1 La communication

Ce qui ressort de chacun de mes entretiens est la nécessité de communiquer. Que ce soit avec le patient, avec l'équipe, avec la famille (« *En englobant la famille évidemment* », IDE 2, L119) ou avec l'étudiant, la communication permet d'établir des relations claires, de fixer des attendus, des limites, de reconnaître et entendre l'autre (« *tout passe par la discussion, la communication avec les patients* », IDE 1, L161) et « *c'est faire attention, être à l'écoute* », IDE 2, L117). Sans communication, il n'y a pas de soin. C'est ce que nous disent Jean-Charles Haute (2020) et toutes les infirmières interrogées sont en accord Toutes ont une vision holistique du patient telle que souhaitée par Georges Canguilhem (1968) (« *On connaît la personne dans sa globalité, on connaît les familles* », IDE 1, L51) et la plupart d'entre elles ayant l'expérience de services de court séjour ont bien conscience que le soin ne peut pas toujours être envisagé ainsi (« *ce prendre soin, il est différent d'un service à un autre* », IDE 6, L41). Elles s'emploient à aider le patient à être acteur de sa prise en charge, malgré les altérations cognitives, la désorientation spatio-temporelle et le choc psychologique de l'entrée en institution et en cela respectent le principe d'autonomie de Beauchamp et Childress (1979) ainsi que le code de la santé publique (article L1111-2) et cela participe à l'établissement d'une relation de confiance (« *une relation de confiance (...) on essaie d'instaurer surtout avec les patients qui ont des démences* », IDE 1, L58). La plupart d'entre elles savent reconnaître les signaux non verbaux importants de la communication (« *il y a des attitudes qui font comprendre que le patient n'est pas d'accord* », IDE 6, L61) et s'en servent pour s'adapter ou se repositionner face au patient, comme préconisé par Margot Phaneuf (2011). Toutes citent l'altération des fonctions cognitives comme frein majeur à la relation et la communication et l'une d'elle affirme qu'il faut malgré tout communiquer tout le temps avec ces patients-là sur les soins qui leurs sont prodigués (« *c'est très important la communication, par d'autre biais même si eux ne peuvent pas se faire comprendre on arrive par des pictogrammes (...) ou des ardoises* », IDE 1, L163-165). La communication au sein de l'équipe a été évoquée et bien

communiquer entre pairs permet d'assurer la continuité des soins de manière qualitative et sécuritaire pour tous les acteurs du soin, cependant la communication avec l'étudiant autour du soin et de son vécu en stage n'a été abordé que par 2 infirmières. Toutefois une communication avec l'étudiant et autour de lui s'installe dans les services des 6 infirmières rencontrées (« *on demande quand même à l'étudiant, qu'est-ce que tu as fait, ou t'en es avec tes patients, au niveau de tes objectifs, qu'est-ce que tu as fait avec la précédente infirmière, comment tu fonctionnes ?* », IDE 3, L181-183 et « *on se regroupe pour ce qui serait le plus intéressant et adapté selon, bin le, première, deuxième, troisième année, leurs objectifs et voir avec elles ce qu'elles cherchent à voir pour que ce soit adapté le plus possible* », IDE 4, L92-93). L'accueil est soigné dans le service de l'infirmière numéro 6, toute jeune diplômée qui s'appuie sur ses expériences personnelles passées pour construire sa démarche d'encadrement (« *quand on a un mauvais accueil et qu'on a la boule au ventre bin on n'a pas envie de revenir sur le lieu de stage* », IDE 6, L111 et « *le plus important c'est de faire visiter. D'accueillir, de se présenter* », IDE 6, L104 et « *présenter aussi toute l'équipe* », IDE 6, L113), ce qui va dans le sens de la réflexion de Walter Hesbeen (2020) sur le sujet, à savoir que la relation devrait jouer un rôle central dans son processus d'apprentissage. La communication avec l'étudiant est au cœur de l'accompagnement des infirmières rencontrées et outil d'apprentissage (« *d'essayer d'être bien à l'écoute de leurs attentes de leurs objectifs de stage et de bien les accompagner tout au long et essayer de leur faire voir le maximum de choses* », IDE 4, L83-84 et « *savoir répondre aux questions, l'accompagner sur ses différents projets de soins, euh, lui faire voir des soins, autant des soins relationnels que des soins techniques* », IDE 6, L121 ainsi que : « *pour moi c'est important aussi pour l'étudiant d'arriver à cibler quels sont ses points forts, ses points faibles à l'arrivée dans le stage et au départ du stage* », IDE 6, L145). Au sein de l'équipe ; la communication permet de définir les rôles et de respecter les difficultés de chacun (« *y en a qui aiment moins prendre en charge des étudiants* », IDE 4, L97) et de tenir un cap dans l'accompagnement de l'étudiant (« *avoir toutes justement la même ligne de conduite avec l'étudiant* », IDE 3, L172-173). Si Véronique Haberey-Knuessi (2018) et Walter Hesbeen (2020) relèvent qu'il est primordial que l'étudiant puisse échanger avec les professionnels l'encadrant afin d'analyser sa pratique sur des situations de soins et pour intégrer peu à peu une posture professionnelle, cette technique réflexive n'est pas employée par toutes les infirmières interrogées. Sans surprise, l'infirmière formée en CHU emploie cette technique avec les étudiants qu'elle accompagne, ayant été elle-même accompagnée ainsi. Une seule des

infirmières conscientise que, quand elle accompagne un étudiant vers ses objectifs (« *Si c'est plus du technique qu'ils veulent voir, bin on va guider un peu plus dans le technique* », IDE 3) elle reste attentive à ce que l'étudiant ne fasse pas l'impasse sur le relationnel (« *mais tout en restant quand même, en montrant qu'il faut rester très très, dans, la communication avec les personnes âgées* » , IDE 3, L147-149) rejoignant en cela Walter Hesbeen (2020) pour qui le cœur du soin est cette attention à l'autre. Les autres infirmières ont une posture qui laisse penser qu'elles font de même mais je suppose que c'est tellement fondamental dans leur pratique qu'elles ne l'ont pas mis en avant. La vision de l'évolution de l'étudiant se fait par le recueil des observations pour cinq infirmières sur six (« *Même pour les notations, les bilans, on se regroupe un peu avant, ce que chacun a pensé. Pas faire un bilan seul sans l'avis du personnel, même des aides-soignantes, même de toute l'équipe* », IDE 4, L102-104) ; la communication en équipe autour de l'évolution de l'étudiant n'a semblé être problématique que pour une infirmière qui d'ailleurs n'a pas été à même de développer le suivi des étudiants ou l'organisation des stages dans son service. La nécessité de communiquer avec les membres de l'équipe et l'esprit de corps ressortent plus chez les quatre infirmières ayant le plus d'expérience. Je suppose qu'elles arrivent à conscientiser plus précisément cela que les deux plus jeunes diplômées qui malgré tout s'inscrivent dans une dynamique d'équipe. Si ces quatre infirmières ont évoqué le travail d'équipe autour de la prise en charge des patients, et aucune n'a parlé des outils de communication en équipe telles que les transmissions ciblées chères à David Colmont (2018) (« *on travaille tous en équipe* », IDE 3, L122 et « *c'est le collectif, hein, c'est pas une personne qui va faire mieux que l'autre, ça veut rien dire* », IDE 2, L217). Enfin, aucune d'entre elle n'a abordé le risque de mise à l'écart d'un patient peu ou mal communiquant par l'équipe, risque que soulignait Mathilde Simon (2020). Peut-être que leur expérience leur permet de contourner le problème ou de travailler sur elles-mêmes le sentiment d'échec qu'un tel accompagnement doit parfois générer alors même que l'une d'elle évoque tout de même l'usure psychologique de l'exercice de la profession (« *des fois on peut être fatigué, on peut être moins réceptif* », IDE 2, L220).

6.2.2 La formation

On ne peut pas ne pas communiquer nous disait Paul Vlatzawik (1967). Mais ce que l'on peut et doit faire : apprendre à communiquer et à faire vivre la relation avec chaque patient. La relation de soin n'est pas une relation par essence spontanée. Elle doit être réfléchie et adaptée

au patient. C'est ce qui ressort de tous mes entretiens. Chacune des infirmières est bien sûr titulaire du diplôme d'état, elle a appris des techniques, des gestes, des concepts durant la formation initiale. Chacune d'elle est à même d'effectuer des soins de nursing, d'établir des diagnostics infirmiers, d'effectuer des soins techniques dans le respect de la sécurité du patient et de la sienne propre. Toutes les infirmières rencontrées expriment s'appuyer sur des formations supplémentaires dispensées par leur service pour communiquer et entrer en relation avec leurs patients. Pour une des infirmières, une formation a permis d'élaborer des protocoles de services autour de l'utilisation d'huiles essentielles pour le bien-être des patients (IDE 5, L83-84). Elles ont gagné en compétences supplémentaires notamment dans ce qui relève du sensoriel. Chez la personne âgée, la douleur et la perte d'élan vital sont des risques fondamentaux. Le corps de la personne âgée, plus défaillant, est moins touché ou alors dans des objectifs bien définis (être propre, faire un pansement, une prise de sang, etc.). Aider la personne à se réapproprier son corps comme capable de ressentir du bien-être, à se placer dans l'ici et maintenant, à se sentir connecté à autrui est le bénéfice lié à la mise en œuvre de techniques relationnelles. Les infirmières ont évoqué le toucher massage (IDE 2, L179), l'humanité (IDE 2, L212) mais aussi le Snoezelen (IDE 2, L167-168), technique qui passe par la stimulation sensorielle à visée d'apaisement, de bien-être. Passer par le toucher, par la sensorialité, permet aussi d'entrer en communication avec des patients dont la communication verbale est altérée. Quand les mots ne suffisent plus à soulager, à accompagner, à aider à faire sens, revenir au corporel permet de construire une relation de confiance. Ces formations, associées à l'expérience de terrain, contribuent certainement à faire évoluer la vision du prendre soin des infirmières interrogées (« *on évolue parce que on a des formations, on se repositionne par des nouvelles techniques. Mais sinon la base, enfin dans l'esprit c'est la même chose* », IDE 5, L41). Concernant la formation au tutorat et contrairement à l'affirmation de Walter Hesbeen (2020) pour qui cette formation devrait être « *normale* », il est intéressant de noter qu'aucune des infirmières que j'ai rencontrées n'a été officiellement formée. Les plus jeunes diplômées ont reçu les enseignements théoriques des unités d'enseignement (dont 3.5.S4 encadrement des professionnels de soins) et les plus anciennes bénéficient de leur expérience personnelle (IDE 1, formée en CHU et IDE 2 diplômée en 1998 et faisant preuve de pédagogie naturelle). Elles ont comme atout leur plaisir à transmettre (« *j'aime beaucoup accompagner les étudiants (...)* *c'est aussi notre savoir-faire, notre expérience aussi qui fait que on aime bien accompagner les étudiants* », IDE 1, L177-178 et « *ça me dérange pas d'encadrer et j'aime bien partager* »,

IDE 4, L100), ce qui rejoint l'idée de bénéfice secondaire développé par Alexandra Marie, Laura Foucher, Melody Veiga et Marie Benazzouz (2022) : le tutorat est valorisant car le professionnel voit évoluer l'étudiant dans sa montée en compétences et c'est grâce à son aide que cela est possible. Alexandra Marie, Laura Foucher, Melody Veiga et Marie Benazzouz (2022 nous disent aussi que le tutorat peut être source d'inconfort pour le professionnel ; il est vrai que faisant partie de la compétence 10 du référentiel infirmier, les professionnels seront amenés à être tuteur ou professionnel de proximité. Une seule des infirmières interrogées n'a pas semblé à l'aise avec l'accompagnement des étudiants (IDE 5). D'ailleurs, c'est dans son service que l'organisation du stage était la moins structurée, ce qui pose la question de la relation de causalité entre les deux phénomènes (« *on est pas dédiées à une personne, elle suit le planning* », IDE 5, L118-119) ; « *elle nous dit ces objectifs et on essaie de l'accompagner dans ce sens-là* », IDE 5, L120) or pour qu'un terrain de stage devienne un lieu d'apprentissage nous dit Walter Hesbeen (2020), les professionnels doivent conscientiser ce qui peut être transmis de la posture professionnelle (savoir-être) et les soins les plus représentatifs du service (savoir-faire) afin d'accompagner les étudiants dans leur formation professionnelle, de conceptualiser en quoi un environnement de travail peut devenir un terrain d'apprentissage pour les étudiants au travers notamment de situations apprenantes. Cette infirmière nous dit : « *on programme pas forcément* » (IDE 5, L119-120) et « *ça dépend de ce qu'il y à faire dans le service* » (IDE 5, L131) ce qui pourrait éventuellement participer au manque de sens derrière les gestes de soins pour l'étudiant. Comme nous le rappellent justement Isabelle Dumas et Pascale Didry (2019), le travail soignant se fait dans des conditions d'exercice stressantes et je relève que cette infirmière s'occupe d'un secteur de soins palliatifs ce qui pourrait contribuer à son manque d'élan dans l'élaboration d'un parcours de stage. Car nous dit Lisa Cann (2016), il faut prendre le temps de connaître l'étudiant, de discuter avec lui ce qu'appuie Walter Hesbeen (2020) en disant que l'exercice du tutorat est chronophage et devrait donner lieu à du temps dédié pour celui qui l'exerce ; Ce qui n'est le cas pour aucune des infirmières sollicitées. La situation actuelle de pénurie de soignant (Colmont D., 2018) ne permet sans doute pas de dégager du temps pour le tutorat. Malgré la bonne volonté évidente et l'investissement auprès des étudiants des infirmières rencontrées, la formation au tutorat serait un plus pour permettre de structurer l'accompagnement et surtout de développer un langage et des techniques communs propices à l'évaluation objective du niveau de l'étudiant à l'arrivée en stage et lors de son départ car il ressort de tous mes entretiens la pauvreté des moyens d'évaluation à disposition des équipes

(« *le portfolio (...) on coche au crayon (...) on fait un bilan de fin de stage* » (IDE 1, L240-241) et « *que ce soit les AS ou les infirmières, on passe du temps* » (IDE 2, L108-109). Malgré les difficultés rencontrées, le manque de temps et de formation, une réelle volonté de respecter la singularité de chaque étudiant est présente (« *au départ il y a beaucoup d'observations* » (IDE 2, L42) et concernant le parcours de stage proposé : « *Ça dépend de l'année de l'élève... s'il est autonome, pas du tout autonome* » (IDE 2, L43) respectant en cela les théories d'apprentissage et de socio constructivisme.

6.2.3 La vulnérabilité, la proxémie et la durée d'exposition

Il ressort de quasiment tous mes entretiens la spécificité de l'accompagnement de la personne âgée, parce qu'elle est devenue dépendante, mais aussi parce qu'elle est confrontée à quelque chose qui nous concerne tous, notre finitude. Ainsi, la grande vulnérabilité de ces patients et l'accompagnement de ceux-ci dans leur fin de vie semble créer une dynamique d'attachement du soignant envers le soigné plus forte que dans d'autres types de services (urgences par exemple dont une des infirmières dit : « *j'ai pas aimé, ça va trop vite, justement tu n'as pas le temps de discuter. Euh, c'est assez froid* », IDE 2, L154-156) La durée de l'accueil semble impacter le développement de liens affectifs, le soignant pouvant prendre le temps de connaître son patient et de s'adapter au mieux à lui, de même que la durée d'exposition à l'intimité d'autrui (« *il y a des liens qui se créent puisqu'ils restent généralement assez longtemps ici* », IDE 4, L36-37 et « *y en a à qui on s'attache aussi même si on dit il faut mettre la barrière professionnelle* », IDE 4, L39-40). Le besoin d'aide de la personne âgée pour les actes du quotidien renvoie inconsciemment le soignant à une position maternante et le place face au sens premier du care, celui-là même du cercle familial et des soins essentiels tels que l'hygiène et l'alimentation. La personne âgée dépendante est livrée aux gestes de nursing du soignant : préserver ses téguments, son hygiène, son apport alimentaire et hydrique, le soignant intervient telle une mère attentionnée. Prendre soin est alors : « *accompagner dans ses gestes quotidiens* » (IDE 2, L122). Une infirmière enchérit : « *c'est vrai que le nursing ici a quand même une place très, très importante* », (IDE 2 L 32 33). Jocalyn Lawler (2002), a questionné la spécificité du soin infirmier ; elle retient le fait que prodiguer des soins au corps serait au cœur de cette spécificité car peu de professionnels ont autant accès à l'intimité des patients que les infirmiers ou aides-soignants. Or le toucher, même s'il se veut soignant et thérapeutique est généralement l'expression d'une intimité, d'une affectivité. (Lawler, 2002) Le toucher est un geste

d'humanité, de lien social, le ciment de nos relations interhumaines. Le premier attachement que nous avons connu est celui à la mère et il s'est construit sur la base de contacts : les bras qui bercent, soutiennent et cajolent et le sein qui nourrit. Des contacts rapprochés incitent à la création de liens affectifs. La vulnérabilité des patients, ces corps affaiblis par le grand âge et les pathologies renvoient à ce « *fond commun entre soignant et soigné* » (Zielinski, 2011, p89). Une deuxième infirmière vient corroborer les propos de sa collègue : « *On peut très très vite s'attacher. Très très très vite.* » (IDE 2, L 163 164) et elle relie explicitement cet attachement à la durée d'exposition à la relation de soin ainsi qu'à l'intrusion dans le cercle familial des patients (« *le fait de les voir même si on est en 12 h, on travaille quand même 3-4 jours par semaines, parfois 2 jours d'affilée, on a le temps de bien apprendre à les connaître, les familles aussi.* » IDE 2, L 166 168). La vulnérabilité de la fin de vie est quelque chose qui vient donner une couleur particulière à la relation soignant-soigné note-t-elle « *c'est vrai qu'on les accompagne sur la fin de leur vie, donc oui la relation soignant-soigné est quand même différente par rapport à d'autres services* » (L 55 56 IDE 2). Confronté au traumatisme de la mort (d'autrui mais aussi à la sienne à venir), à la souffrance, à la maladie (« *c'est vraiment accompagner le patient dans sa souffrance psychique et physique* » IDE 6, L32), le soignant est exposé à la violence des soins et dans les soins (Zielinski 2011). Jean-Charles Haute (2020) nous rappelle que le soin est une relation interhumaine et on met nécessairement une part de soi dans cette relation au patient, juste distance ou pas. D'où la nécessité de se protéger du traumatisme vicariant et du burn-out. Car un soignant en burn-out ne peut plus être soignant pour le patient. Il ne sera plus à la juste place (Pour Marie Imbert et Benoît Maillard, 2020). Deux infirmières sur six uniquement ont évoqué la distance professionnelle (« *la relation soignant-soigné est très importante mais tout en investissant un peu la fameuse distance* » IDE 3, L158). L'une d'elle explique sa manière de se préserver d'un glissement vers un rôle qui ne serait plus tant professionnel que cela (« *je tutoie pas les patients* » IDE 4, L35). Elle évoque les pratiques de ces collègues, évocatrices de la création de liens personnels (« *j'ai jamais pris un numéro et je sais qu'il y a des collègues qui gardent contact avec les patients en dehors. Moi ça reste le travail après je rentre chez moi.* » IDE 4, L 56-58), preuve que chacun est différent et ne place pas ses limites au même niveau. L'essentiel étant de se connaître et de savoir s'écouter pour se préserver. À noter qu'aucune des infirmières interrogées, de la plus jeune diplômée à la plus ancienne n'a évoqué de problématique de burn-out y compris chez celles étant dans le service depuis plusieurs années. Presque toutes ont évoqué être en gériatrie

par choix et je suppose que le fait de se sentir à sa place doit les aider à garder du sens à des accompagnements riches en émotion.

6.3 Synthèse de l'enquête exploratoire

Toutes les infirmières que j'ai rencontrées à l'occasion de mes entretiens ont une vision globale du soin qui se rapproche de l'esprit de Georges Canguilhem (1968). Prendre soin signifie autant mettre en œuvre des thérapeutiques, des gestes techniques que des soins relationnels. Le relationnel est indissociable de tout cela, c'est même la base selon une des professionnelles. Plusieurs des infirmières ont insisté sur le caractère global de la prise en charge du patient. À aucun moment, l'objectivation du patient n'a semblé être un écueil pour les infirmières interrogées. Dans ce cadre-là, la relation soignant-soigné est bien évidemment un pilier de ce prendre soin puisqu'il s'agit d'établir une relation de confiance et de respect avec le patient. Les professionnelles m'ont toutes dit que leur vision du soin a évolué depuis leur début de carrière mais elles n'ont pas réussi à vraiment expliquer en quoi. Je peux émettre l'hypothèse que c'est du fait de la montée en compétence mais que cela reste difficilement explicable en mots. Pour une des infirmières, le prendre soin est d'ailleurs une valeur et, à ce titre, doit venir transcender la pratique quel que soit le service de soin où ce prendre soin s'effectue. C'est un positionnement interne qui doit être clair pour le professionnel et qui lui permettra de prendre soin dans n'importe quel service. Quelques-unes de ses collègues ne sont pas d'accord avec elle et estiment que le prendre soin est forcément très différent dans un service tel que les urgences ou la réanimation. Une de ces infirmières n'a d'ailleurs pas apprécié ces services car pour elle ils étaient froids et impersonnels, à l'opposé de sa vision du prendre soin. Pour toutes les professionnelles prendre soin implique de reconnaître les proches du patient comme des partenaires importants. Ce sont des alliés dans la construction d'une relation de confiance entre le patient et le soignant. La famille sert à la fois de soutien et de médiateur tant envers le patient que l'équipe. Encore une fois, le prendre soin pour ces infirmières est global. Certaines d'entre elles ont parlé d'outils du prendre soin : il s'agit principalement du recueil de données établi à l'entrée de la personne âgée dépendante et qui permet de la connaître avec précision pour pouvoir déterminer le meilleur accompagnement possible. Le plan de soin est aussi un outil qui permet d'établir les objectifs pour le patient (par exemple rentrer chez lui). La connaissance de la pathologie est aussi primordiale pour pouvoir prendre soin. C'est là que les formations apparaissent comme des éléments facilitateurs du prendre soin pour quasiment toutes les

infirmières. Ces formations (toucher-massage, Snoezelen, huiles essentielles, humanitude) leur ont apporté des compétences supplémentaires pour le confort physique et psychologique de leurs patients. Un patient apaisé est un patient avec qui la relation soignant-soigné peut se faire correctement pour toutes les professionnelles interrogées. Des éléments perturbateurs de cette relation ont clairement été désignés par mes interlocutrices : les troubles cognitifs, les pathologies mentales, les projections que les patients peuvent faire sur une professionnelle, la perte de repère, l'incapacité à faire le deuil de son autonomie, le manque de confiance dans les capacités d'une jeune infirmière...elles mettent alors en place des stratégies pour contourner au mieux les difficultés relationnelles : des ardoises, une communication adaptée aux troubles psychiques, des recherches d'explication, de la réassurance, etc. Et quand cela ne passe pas, il est alors nécessaire, dans la mesure du possible, de passer la main. Certaines d'entre elles n'ont pas cette possibilité (travaillant seules) et avouent alors devoir passer en force selon le caractère impérieux du soin à effectuer mais en gardant en tête que cela aura un impact sur la relation. Le recueil du consentement est primordial et il passe beaucoup par l'observation du patient, surtout celui qui est mal communiquant. Les attitudes du patient sont des expressions de son état interne et de son acceptation de la communication avec le soignant. Savoir observer permet de s'adapter au mieux au patient. Un trouble cognitif ne doit pas empêcher le professionnel d'expliquer chaque geste au patient concerné. Une des infirmières insiste sur le fait de sensibiliser les étudiants à communiquer avec la personne âgée car selon elle, un geste technique sans relationnel n'est pas un soin optimal. La question de la juste distance n'a été abordée frontalement que par deux des infirmières qui évoquent des problématiques d'attachement aux patients. La durée du soin et des journées de travail semble jouer un rôle pour l'une d'entre elles et pour la deuxième la question de la projection, cette fois-ci du soignant envers le patient, semble transparaître. La connaissance des pathologies permet aussi de prendre du recul et de ne pas se sentir blessé personnellement quand les mots ou les actes posés sont durs envers le soignant.

Cette question de la communication réapparaît dans l'accompagnement des étudiants mais elle est investie très différemment d'une professionnelle à l'autre. Il apparaît déjà que certaines personnes sont plus à l'aise dans l'accompagnement des étudiants et vont de ce fait s'investir beaucoup plus auprès d'eux. Aucune des professionnelles interrogées n'a reçu de formation au tutorat. Il ressort que c'est plus l'envie de transmettre et le sentiment de valoriser sa pratique en formant un étudiant qui va motiver la mise en œuvre de techniques d'accompagnement

adaptées. Une des infirmières les plus investies et qui a pu me donner le plus d'éléments est ainsi la doyenne des infirmières interrogées et bien qu'elle n'ait jamais été formée au tutorat elle a su mettre en œuvre des méthodes d'accompagnement qui s'adaptent aux besoins (méthode d'apprentissage, caractère, blocages et facilités) des étudiants. Pour une autres des infirmières, ce serait sa formation en CHU qui aurait contribué à l'inscrire dans une démarche de transmission de savoirs en lui donnant le goût de l'accompagnement. Dans certains autres services, des infirmières n'aimant pas encadrer des étudiants sont même éloignées le temps du stage afin de ne mettre en difficulté ni celles-ci ni l'étudiant. Il y a de grandes disparités selon les services quant au parcours de stage de l'étudiant, et ce stage est plus ou moins pensé en amont. Toutes ont été en difficulté pour arriver à décrire les éléments sur lesquels elles s'appuient pour évaluer la progression d'un étudiant. L'une d'entre elles a créé un outil (fiches de suivi) qui permet de décrire les actes réalisés et les points acquis et d'amélioration de l'étudiant. Dans certains services il n'y a pas de tuteur désigné et ce sont les infirmières ayant le plus accompagné les étudiants (au hasard des plannings) qui remplissent les bilans de stage. L'encadrement du stage est un acte complexe qui leur demande beaucoup de temps à toute l'équipe quand il est bien construit. L'une des infirmières soulève des difficultés avec le portfolio qu'elle juge peu accessible. Certaines infirmières ont été en difficulté avec le concept de prendre soin de l'étudiant et ce sont d'ailleurs les infirmières qui ont le moins pu apporter d'éléments sur les outils de l'accompagnement durant le stage.

Toutes les infirmières rencontrées ont été d'une grande gentillesse et ont vraiment fait de leur mieux pour tenter de répondre à mes questions.

6.4 Limites de l'enquête exploratoire

Tout d'abord, je n'ai pas pu obtenir la variété de services que je souhaitais pour confronter les visions du prendre soin. J'ai été autorisée à mener les entretiens dans des services accueillant uniquement une population âgée, avec des besoins spécifiques en termes de réassurance et d'orientation (dans le temps, l'espace notamment) et pouvant présenter des troubles cognitifs entravant la communication. Les lieux d'entretiens où je me suis rendue ont une culture de l'accueil et du soin qui ne présentent pas de grandes disparités quelle que soit la durée du séjour. Dans l'idéal, j'aurais souhaité pouvoir mener des entretiens dans un service de chirurgie non spécifique à la personne âgée pour vérifier si le prendre soin et la communication ont fondamentalement le même sens pour les infirmiers qui y travaillent.

Concernant le public interrogé et de manière très surprenante, j'ai rencontré des difficultés à trouver des infirmières fraîchement diplômées. La situation actuelle du travail infirmier pouvait me laisser craindre le contraire, à savoir avoir du mal à trouver des infirmières en poste depuis plus de cinq ans. Je devais m'entretenir avec trois infirmières diplômées depuis plus de cinq ans et trois infirmières diplômées depuis moins de cinq ans et, dans les faits, je n'ai pu rencontrer que deux infirmières avec moins de cinq ans d'expérience. La confrontation entre les visions du soin des nouvelles diplômées et des professionnelles plus « *aguerries* » peut être partiellement biaisée par le faible taux (et représentativité) de ces « *jeunes professionnelles* ».

Quant à mes questions et avec du recul, elles n'étaient pas non plus toujours très claires pour mes interlocutrices et j'ai souvent dû les reformuler ou utiliser des questions de relance afin de recentrer l'échange sur le sujet de mon intérêt. Il est clairement assez difficile de formuler des questions qui feront sens et donneront envie de développer à un interlocuteur qui n'est plus dans un cadre universitaire et dont l'esprit est occupé par la reprise de son travail. Une autre pierre d'achoppement est que beaucoup de mes interlocutrices ont cherché à connaître d'emblée le sujet de mon mémoire, et qu'il ne m'a pas toujours été possible d'éluder le sujet. Les réponses des personnes interrogées ont de ce fait pu être influencées par la volonté de répondre de manière « *satisfaisante* » quant à mon sujet principal, et de m'amener le plus d'éléments possibles. En outre, tous mes entretiens ont été interrompus, que ce soit par des collègues cherchant un endroit où faire une pause et faisant irruption dans la salle, par un besoin de déménager pour faire place à la famille d'un patient (la salle d'entretien étant le salon des familles) ou par des appels de collègues du service concernant tel ou tel patient dont l'état se dégrade. Reprendre le fil de l'entretien n'est pas toujours aisé, tant pour moi que pour mes interlocutrices. J'ai d'ailleurs abrégé l'entretien numéro cinq car l'infirmière n'était plus du tout attentive et je la sentais préoccupée et impatiente de pouvoir retourner auprès de sa patiente. Enfin, concernant la temporalité de mes entretiens, s'ils étaient à refaire je ne les enchainerais pas comme je l'ai fait pour les trois premiers. D'une part parce que j'étais moi-même beaucoup moins réceptive après les deux premiers entretiens et d'autre part parce qu'il me semble judicieux de marquer une pause. En effet, écouter les enregistrements à tête reposée permet d'analyser ce que l'on peut améliorer dans sa manière de communiquer pour l'avenir, de lister des réponses intéressantes obtenues que l'on pourrait vouloir creuser dans l'entretien auprès du professionnel suivant.

Pour conclure, le nombre de personnes interrogées (six) ne saurait être réellement représentatif du corps infirmier vis-à-vis des questions de ma grille d'entretien. Cette enquête exploratoire, s'inscrivant dans la temporalité réduite du semestre 6, ne permet pas d'étendre de manière plus importante le nombre de lieux d'enquête ou de professionnels interrogés mais elle a le mérite de me faire toucher du doigt ce qu'est la recherche universitaire.

7.Problématique

Dans les services où j'ai été admise pour mes entretiens j'ai pu constater que la communication avec le patient est au cœur du prendre soin. Chacune des infirmières interrogées souligne qu'un soin technique sans communication, sans relationnel n'est pas un soin complet. Un clivage important semble se dessiner avec la communication autour de l'accompagnement de l'étudiant en soins infirmiers qui n'est, semble-t-il, pas autant investi. L'étudiant est pourtant, à sa manière, vulnérable et souvent démunie en situation professionnelle. Il a besoin d'être reconnu en tant que professionnel en devenir et en cela doit être accompagné avant et pendant son stage par tout un panel d'actes (de la préparation de son planning à la visite du service en passant par la présentation des outils de communication/traçabilité, du personnel, de la mise en mots du pourquoi des actes et de son ressenti mais aussi par l'encouragement et les auto-évaluations). Trop souvent et malgré une évidente volonté de bien-faire, la communication avec et autour de l'étudiant n'est pas autant structurée et réfléchie qu'elle devrait être. Les raisons à cela sont multiples et l'on peut citer le manque de formation au tutorat mais aussi le manque de temps (contrairement aux centres hospitaliers universitaires qui disposent de professionnels dédiés au tutorat). Afin de bien mettre en lumière l'importance de la communication avec et autour de l'étudiant en situation d'apprentissage, il serait intéressant de questionner les mécanismes, les liens de causalité à l'œuvre dans ce processus de professionnalisation entre la communication et l'acquisition de compétence. En effet, un étudiant peut tout à fait apprendre à réaliser des gestes techniques mais la communication semble venir transcender ces gestes en quelque chose de plus profond, qui relève vraiment du développement d'une compétence professionnelle.

8. Question de recherche

La problématique soulevée par la confrontation entre mon cadre de référence et les analyses de mes entretiens m'amène donc à poser la question de recherche suivante :

« En quoi la communication au sein d'un service permet-elle à l'étudiant en soins infirmiers d'incorporer une posture propice à la qualité des soins ? »

9. Conclusion

Mon travail de mémoire est désormais terminé. Partant d'une situation d'appel précise, j'ai pu explorer différents points de vue et différentes thématiques dans mon cadre de référence et surtout les confronter à la réalité du terrain via six rencontres soutenues par une grille d'entretien. Contrairement à ce que je pouvais présupposer, l'objectisation du patient, en tout cas dans les services sollicités pour mon enquête n'est, semble-t-il, pas un élément central. La communication, qu'elle soit verbale ou non verbale ressort comme l'élément essentiel de la boîte à outils du soignant et comme primordiale dans la construction de la relation soignant-soigné. Je pouvais le pressentir et les retours du terrain l'attestent. Sans communication, nul soin de qualité et bien communiquer ne va pas de soi. Le chemin est tout aussi important que le but et le message a autant de valeur que la manière de la transmettre et le but recherché. Bien trop souvent les difficultés dans notre quotidien surviennent du fait d'une mauvaise communication, que l'on manque d'une information ou que l'on ne sache pas communiquer sur ses besoins ou limites. En situation de soin, cette communication déficiente est problématique en cela qu'elle impacte la relation de confiance qui doit s'établir entre le soignant et le soigné. La communication doit venir dissiper l'asymétrie de la relation et redonner au patient un rôle actif dans sa prise en soin. Les principes éthiques de bienfaisance, d'autonomie, de justice et de non-malfaisance ne peuvent s'épanouir que par une communication adaptée et efficiente. La communication comme outil professionnel joue aussi un rôle central dans l'accompagnement des étudiants en soins infirmiers. Cette communication n'est pas aussi bien investie par les soignants qu'avec les patients. Étant à quelques mois du diplôme d'état, je ne peux que me projeter dans mon futur en qualité de professionnelle de proximité ou tutrice d'étudiant en soins infirmiers et me dire qu'il me faudra toujours garder à cœur de soigner ma communication avec les patients, leur famille, les membres de l'équipe mais aussi les étudiants. Le chemin est aussi important que le but... Voilà qui résume parfaitement pour moi ces trois années d'études. J'ai

pris beaucoup de plaisir à m'instruire et à rencontrer des personnes venant d'horizons variés et même si je tourne cette page avec une certaine nostalgie je sais que l'avenir me réserve encore de belles rencontres, des remises en question nécessaires et de nombreux apprentissages. A moi de savoir voir, écouter, accueillir et rester ouverte à tout le champ des possibles offert par la profession d'infirmier.

10. Bibliographie

Livres :

Beauchamp, T. & Childress, J. (2008). *Les principes de l'éthique biomédicale*. Paris : Les belles lettres

Benaroyo, L. & Lefève, C. & Mino, J-C. & Worms, F. (2010). *La philosophie du soin*. Paris : Presses universitaires de France

Bioy, A. & Bourgeois, F. & Negre, I. (2003). *La communication entre soignant et soigné : Repères et pratiques*. Rosny-sous-Bois : Bréal

Bouvier, G. & Dellucci, H. *Pratique de la psychothérapie EMDR*, (en ligne), 2017, (consulté le 27/02/2023)

Disponible sur le web :

<https://www.cairn.info/pratique-de-la-psychotherapie-emdr--9782100737802-page-269.html>

Cahiers du centre Georges Canguilhem sous la direction de Masquelet, A.C. (2007). *Le corps relégué*. Paris : Presses universitaires de France

Dupuis, M. & Gueibe, R. & Hesbeen W. (2011). *La banalisation de l'humain dans le système de soins. De la pratique des soins à l'éthique du quotidien*. 2^{ème} tirage. Paris : éditions Seli Arslan

Haute, J.-C. (2022). *L'essence du soin : de la théorie à la pratique infirmière*. Paris : éditions Seli Arslan

Hesbeen, W. (2020). *L'accompagnement des étudiants infirmiers en stage : repères pour favoriser un tutorat éthique*. Paris : éditions Seli Arslan

Lawler, J. (2002). *La face cachée des soins*. Paris : éditions Seli Arslan

Marin, C. & Worms, F. (2015). *À quel soin se fier ? Conversations avec Winnicott*. Paris : Presses universitaires de France

Mauss, M. (1968) *Essai sur le don, forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques*. 4^{ème} édition Paris : les presses universitaires de France

Papi, C. & Berzin, C. (2013). *Le tutorat de pairs dans l'enseignement supérieur : enjeux institutionnels, technopédagogiques, psychosociaux et communicationnels*. Paris : L'Harmattan

Peplau, H., traduit par Pietrasik A. (1995) *Relations interpersonnelles en soins infirmiers*. Paris : InterEditions.

Phaneuf, M. (2011). *La relation soignant-soigné : rencontre et accompagnement ; vers l'utilisation thérapeutique de soi*. Montréal ; Chennelière éducation

Prayez, P. (2003). *Distance professionnelle et qualité du soin : distance et affectivité, distance et déshumanisation, enjeux individuels et collectifs*. Rueil-Malmaison : éditions Lamarre

Rézette, S. (2008). *Psychologie clinique en soins infirmiers*. Issy les Moulineaux : éditions Masson

Rizzo Parse, R. (1981) *L'humain en devenir : nouvelle approche du soin et de la qualité de vie*. Bruxelles, De Boeck université DL 2003

Rogers, M. (1970). *An introduction to the theoretical basis of nursing*. Philadelphia, F.A. Davis company

Vatzlawick, P. & Beavin, J. & Jackson, D. (1972) *Une logique de la communication*, 1967, Paris : éditions du Seuil

Winkler, M. (2016). *Les brutes en blanc, la maltraitance médicale en France*. Paris : Flammarion

Articles :

Bargibant, C. (septembre 2018) L'erreur est utile à l'apprentissage. *Soins cadres* (N107), 52-57

Baudrit, A. *Être aujourd'hui tuteur d'étudiants en soins infirmiers : une mission complexe et pérenne ?* (En ligne), 2012 (consulté en septembre 2022)

Berthier, S., Leveque, M. (septembre 2019) Accompagner le développement des compétences spécifiques des tuteurs infirmiers. *Soins cadres* (N113), 50-53

Bréhaux, K., Bisch, M. (février 2021). L'approche pédagogique par compétences : illustration appliquée à la relation de soins. *La revue de l'infirmière* (N 268), 46-48

Canguilhem, G. (2004) Le normal et le pathologique. *Sciences humaines* (N154), 50-53

Cann, L. (mai 2016). La bientraitance envers les étudiants en soins infirmiers. *Soins* (N 805), 53-55

Chilotti, P. *L'espace tutorial : lieu de transmission de la culture professionnelle infirmière* (en ligne), 2012 (consulté le 19 octobre 2022)

Disponible sur le Web : [Pasquale Chilotti, Com n° 37, Atelier 38 \(archives-ouvertes.fr\)](https://archives-ouvertes.fr)

Colmont, D. (2018). Améliorer la communication pour plus de qualité et de sécurité des soins. *Oxymag* (N 163), 6-10

Dumas, I., Didry, P. (décembre 2019). Compétences émotionnelles et mieux-être au travail. *La revue de l'infirmière* (N 256), 33-34

Guillon, D., (avril 2022). Le tutorat infirmier en exercice libéral. *Soins* (N864), 50-52

Haberey-Knuessi, V. (septembre 2015). La formation des étudiants en soins infirmiers : un parcours de professionnalisation à accompagner. *Perspective soignante* (N53)

Hervé, E., kwocz, F. (2015). Mise en place d'un dispositif tutorial en centre hospitalier universitaire. *EMC-savoirs et soins infirmiers* (N2)

Imbert, G. (2010, Mars). L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. *Recherche en soins infirmiers*, pp. 23-34.

Imbert, M., Maillard, B. (septembre 2020) La contamination par les affects du patient : une source traumatogène pour le soignant. *Douleurs : évaluation-diagnostic-traitement* (volume 21), 178-181

Jouanchin, N. (2012) Le stage d'application dans la formation infirmière, représentations et implications professionnelles des acteurs : futurs infirmiers, formateurs et responsables/tuteurs de stage. *Recherche en soins infirmiers* (N 101), 42-64

Malaquin-Pavan, E., Labastrou, J. (janvier 2015). Relation de soins en situation de communication altérée. *Soins aides soignantes* (N62), 31-32

Mantz, J.M. & Wattel, F. *Importance de la communication dans la relation soignant-soigné* (En ligne), 2006 (consulté le 8 octobre 2022).

Disponible sur le Web : www.academie-medecine.fr

Marie, A., Foucher, L., Veiga, M., Benazzouz, M. (avril 2022). Le tutorat des étudiants, un acte essentiel de la pratique infirmière. *La revue de l'infirmière* (N 280), 49-50

Met, N. (2014). La fonction de tuteur, une nouvelle spécialité infirmière ? *Soins* (N 782), 20-23

Michon, F., Vianelli, F., Buge, M. (mars 2013). Prendre soin malgré une communication altérée, témoignages d'étudiants. *Soins* (N773), 50-51

Morvillers, J-M. (2015). Le care, le caring, le cure et le soignant. *Recherche en soins infirmiers* (N122), 77-81

Phaneuf, M. *Quelques repères pour évaluer les attitudes et les comportements professionnels en soins infirmiers* (En ligne), 2010, révision avril 2013 (consulté le 3 mars 2023)

Disponible sur le Web :

www.prendresoin.org/wp-content/uploads/2012/11/Quelques_reperes_pour_evaluer_attitudes_et_comportements_en_soins_infirmiers.pdf

Pelissier, J. *Réflexions sur les philosophies de soin* (En ligne), 2006 (consulté le 13 mai 2022)

Disponible sur le Web : <https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe-2006-3-page-37.htm>

Pirard, V. (janvier 2006) Qu'est-ce qu'un soin ? Pour une pragmatique non vertueuse des relations de soin. *Esprit*, (N 321) 80-94

Plenchette, M. *Professionnalisation des futurs infirmiers : la compétence analysée comme interactivité* (en ligne), 2016 (consulté le 20 octobre 2022)

Disponible sur le Web : <https://www.researchgate.net/>

Simon, M. (décembre 2020). Communiquer avec des personnes souffrant de schizophrénie. *L'aide-soignante*, numéro 222, 19-20

Terrat, E. (décembre 2020). La communication, un apprentissage au service du prendre soin. *Soins* (N222), 10-11

Zielinski, A. (2011). La vulnérabilité dans la relation de soin. *Cahiers philosophiques* (N125), 89-106

Dictionnaires numériques :

Anecdotes historiques, *L'homme est un animal social* (en ligne), s.d., consulté le 10 octobre 2022

Disponible sur le Web : [L'homme est un animal social : tout savoir sur cette citation \(anecdoteshistoriques.com\)](http://anecdoteshistoriques.com)

Bonicel, M-F, *Accompagner, la belle histoire*, (en ligne), (consulté le 1^{er} mars 2023)

Disponible sur le web : https://www.pedagopsy.eu/accompagnement_bonicel_etymologie.html

Comité d'entente des formations infirmières et cadres, *61% de diplômés en soins infirmiers sur la cohorte 2019/2022*, (en ligne), février 2023, consulté le 28 février 2023

Disponible sur le Web : [COMMUNIQUE DE PRESSE : ENQUETE CEFIEC 61% de diplômés en soins infirmiers sur la cohorte 2019 / 2022 | Le Cefiec](#)

Dictionnaire de l'Académie Française, *communication*, (en ligne), 9^{ème} édition, consulté le 20 novembre 2022

Disponible sur le Web : ([communication | Dictionnaire de l'Académie française | 9e édition \(dictionnaire-academie.fr\)](#))

Dictionnaire de l'Académie Française, *relation*, (en ligne), 9^{ème} édition, consulté le 8 mai 2023

Disponible sur le Web : <https://www.dictionnaire-academie.fr/article/A9R1460>

CNRTL, *processus*, (en ligne), 2012, consulté le 22 mai 2023

Disponible sur le web : <https://www.cnrtl.fr/definition/processus>

CNRTL, *communication*, (en ligne), 2012, consulté le 22 mai 2023

Disponible sur le Web : <https://www.cnrtl.fr/definition/communication>

CNRTL, *réification*, (en ligne), 2012, consulté le 12 mai 2013

Disponible sur le Web : <https://www.cnrtl.fr/definition/réification>

CNRTL, *tuteur*, (en ligne) 2012, consulté le 12 mai 2023

Disponible sur le Web : <https://www.cnrtl.fr/definition/tuteur>

Code de la santé publique, (en ligne), 2016, consulté le 22 mai 2023

Disponible sur le Web : <https://www.legifrance.gouv.fr/>

Littre, *Tuteur*, (en ligne), s.d., consulté le 12 décembre 2022

Disponible sur le Web : [Littre - tuteur - définition, citations, étymologie \(littre.org\)](#)

Weber, B. *Communication* (en ligne), s.d., Consulté le 15 janvier 2023

Disponible sur le Web : [Bernard Werber: Communication](#)

11. Table des annexes

Annexe I : Demandes d'autorisation d'entretien

Annexe II : Autorisations

Annexe III : Retranscriptions littérales des entretiens

Annexe IV : Grilles d'analyse des entretiens

Annexe V : Grille d'analyse par entretien

Annexe VI : Grilles d'analyse des questions

Annexe VII : Autorisation de diffusion du mémoire

Annexe I : Demandes d'autorisations d'entretien

Marylise Berard

Étudiant(e) en soins infirmiers
Adresse : 44, chemin du clos d'enfer
84150 Jonquières

à [redacted] cadre de santé

Téléphone : 06 43 81 82 73
Mail : mberard@erfpp84.fr

Avignon, le 20 mars 2023

M [redacted]

J'ai l'honneur de solliciter de votre bienveillance l'autorisation de réaliser des entretiens dans le service :

unité de soins de moyenne durée, service de suite et de réadaptation [redacted]

auprès de la(des) population(s) : Deux infirmiers, un jeune diplômé (jusqu'à deux ans d'expérience professionnelle dans le même service) et un autre plus expérimenté (5 ans et au-delà d'expérience professionnelle)

dans le cadre de mon travail de fin d'études dont le thème est :

La relation de soin et l'accompagnement des étudiants

Veuillez trouver ci-après le guide d'entretien qui a été validé par mon Directeur de Mémoire.

1. Qu'est-ce que c'est, pour vous, prendre soin ?
2. Quelle place accordez-vous à la relation soignant-soigné ?
3. Comment accompagnez-vous un étudiant en soins infirmiers (préparation, compétences à mobiliser) ?
4. Quels outils utilise l'équipe, pour assurer la continuité de l'encadrement des étudiants en soins infirmiers (transmissions des informations, organisation du stage, bilan mi-stage, bilan final) ?

En vous remerciant, je vous prie d'agréer, [redacted] l'expression de ma respectueuse considération.

Marylise Berard

Marylise Berard

à [REDACTED] Directrice des Soins

Étudiant(e) en soins infirmiers
Adresse : 44, chemin du clos d'enfer
84150 Jonquières

Téléphone : 06 43 81 82 73
Mail : mberard@erfpp84.fr

Avignon, le 7 mars 2023

Madam [REDACTED]

J'ai l'honneur de solliciter de votre bienveillance l'autorisation de réaliser des entretiens dans les services :

unité de soins de longue durée, unité de soins de moyenne durée, unité de soins de courte durée

auprès de la(des) population(s) : six infirmiers, trois jeunes diplômés (jusqu'à deux ans d'expérience professionnelle dans le même service) et trois autres plus expérimentés (5 ans et au-delà d'expérience professionnelle)

dans le cadre de mon travail de fin d'études dont le thème est :

La relation de soin et l'accompagnement des étudiants

Veillez trouver ci-après le guide d'entretien qui a été validé par mon Directeur de Mémoire.

5. Qu'est-ce que c'est, pour vous, prendre soin ?
6. Quelle place accordez-vous à la relation soignant-soigné ?
7. Comment accompagnez-vous un étudiant en soins infirmiers (préparation, compétences à mobiliser) ?
8. Quels outils utilise l'équipe, pour assurer la continuité de l'encadrement des étudiants en soins infirmiers (transmissions des informations, organisation du stage, bilan mi-stage, bilan final) ?

En vous remerciant, je vous prie d'agréer [REDACTED] l'expression de ma respectueuse considération.

Marylise Berard

Annexe II : Autorisations

A : BERARD Marylise

Lun 20/03/2023 17:50

Bonjour,

Je vous donne mon accord pour effectuer vos entretiens au sein de la structure.
Je vous laisse revenir vers moi pour l'organisation.

Bonne journée,

 E

Cadre de Santé



[REDACTED]@ [REDACTED]

À :
BERARD Marylise

Cc :
[REDACTED] [REDACTED] fr>

Jeu 23/03/2023 19:17

Bonsoir Mme BERARD,

Je vous donne mon accord pour réaliser vos entretiens de TFE au sein des services de CSG et d'USLD.

Nous ne disposons pas [REDACTED] ces 2 services se situent sur le [REDACTED] donc il faudra voir avec eux directement.

Concernant la planification de vos entretiens, je vous demande de vous mettre en contact avec [REDACTED] [REDACTED] qui est [REDACTED] cadre de santé des 2 services de CSG et USLD sur le CH.

Bien cordialement,

Annexe III : Retranscriptions littérales des entretiens

1 **Marylise : Voilà donc euh, je vais commencer, on se tutoie, on se vouvoie, je sais pas ?**
2 IDE 1 : Oui, tu peux me tutoyer.
3 **D'accord, merci.**
4 Tu vas être infirmière bientôt, donc...
5 **Donc, du coup, euh, est-ce que tu peux te présenter rapidement, s'il te plaît, ton prénom,**
6 **la date d'obtention du DE, ton parcours pro ?**
7 Euh, Donc moi je m'appelle Marie, Ici. Je, j'ai fait l'école d'infirmière à XXX de 2007 à 2010
8 donc je suis de l'ancienne réforme. Donc j'ai fini en novembre 2010 et j'ai attaqué tout de suite
9 à travailler ici au CH XXX.
10 **Euh, Rassurez-vous que, (problème de microphone) le haut et le bas hein, c'est bon, ça**
11 **marche. (Rires)**
12 (Rires) Euh, hum, donc ici au CH de XXX, donc de 2010 à 2018, j'ai été infirmière au long
13 séjour, euh, par choix. Euh, euh et ensuite de 2018 à maintenant, donc, euh, infirmière au court
14 séjour gériatrique, hum, entre temps, 2015, je suis partie en dispo ou j'ai fait un petit peu
15 d'intérim, c'était dans une maison de retraite mais pas dans la région. Et j'ai travaillé dans une
16 maison de retraite spécialisée avec des personnes âgées psychiatriques.
17 **D'accord**
18 Qui n'ont plus leur place en institution...
19 **Oui**
20 Enfin qui n'ont plus leur place, je veux dire un hôpital fonctionnel et qui ne peuvent pas rester
21 chez eux, et qui ont besoin d'un suivi, donc euh...
22 **Très bien. Est-ce que tu es formée ou tutorat, euh ?**
23 Non.
24 **D'accord. Très bien. Alors, la première question, si on rentre dans le vif du sujet, ce serait**
25 **pour toi, c'est quoi prendre soin, de ton expérience à toi avec tes mots ?**
26 Bah c'est prendre en compte la personne la personne, dans sa globalité. Euh, à la fois dans ses
27 besoins au moment « T » euh, mais également aussi dans ses besoins, euh, de la vie courante
28 parce qu'on reçoit des personnes qui arrivent du domicile mais aussi des personnes qui arrivent,
29 euh, qui sont institutionnalisées. (Grande inspiration). Donc voilà, c'est prendre en compte la
30 personne dans la globalité, les besoins qu'elle a besoin, si nous on peut pallier certaines à
31 certaines choses, à certaines choses, euh Voilà.

32 **Et est-ce que ta vision elle a toujours été la même depuis que tu es sortie de l'IFSI ou est-**
33 **ce que ton expérience est venue un peu, euh, bouger...**

34 (Réponse rapide) C'est que quand on sort de l'IFSI on est un peu expérimenté, enfin, moi je,
35 comme je suis de l'ancienne réforme, j'ai fait un mois de cours, un mois de stage, j'alternais,
36 un mois de cours, un mois, donc on avait quand même cinq stages dans l'année de quatre
37 semaines donc on avait une expérience mais en tant que professionnelle après, c'est là où on se
38 forge sa propre expérience et là où... Voilà après moi je veux dire ma vision du dé... (pause)
39 but ou j'ai été infirmière jusqu'à maintenant est la même, donc c'est prendre soin du patient.

40 **Hum hum**

41 Euh, voilà mais on a quand même l'expérience après des années qui fait que, voilà, on ajoute
42 un petit peu plus de choses, plus de surveillances, c'est par l'expérience, quoi.

43 **D'accord. Et alors, du coup, euh, dans ce prendre soin, euh, qu'est-ce ce serait pour toi**
44 **la place de la relation soignant-soigné, parce qu'on en parle beaucoup aux cours, mais**
45 **comment toi tu la vis, et comment tu la fais vivre aussi ?**

46 Est-ce que tu peux reformuler ta question ? (rires)

47 **Oui. (Rires) Du coup pour toi, quelle place est-ce que tu dirais que tu laisses à la relation**
48 **soignant-soigné dans tes soins du quotidien ?**

49 Euh, on va dire c'est, du quotidien comme tu dis, faut, c'est le, le, c'est le relationnel avec le
50 patient quotidiennement, chaque heure, parce que, comme on travaille en 12h c'est long mais
51 on connaît la personne dans sa globalité, on connaît les familles aussi, voilà il faut tout prendre
52 en compte euh chez, chez le patient, ses réactions aussi, voilà ; c'est, je dirais, il faut avoir l'œil
53 soignant parce que on les voit le matin, on les voit le midi, on les voit l'après-midi, on les voit
54 toute la journée et des fois du matin, à l'après midi, le, le comportement du patient n'est peut-
55 être pas le même, enfin tout dépend, hein.

56 **Hum hum**

57 Troubles cognitifs, pas de troubles cognitifs, enfin, c'est, c'est, tout au long de la journée ou il
58 faut voilà, avoir cette relation avec euh, le patient, une relation de confiance souvent, on essaye
59 d'instaurer surtout avec les patients qui ont des démences.

60 **Hum hum, Et du coup par rapport à ça est ce que tu aurais une, un exemple d'une**
61 **situation qui se serait bien passée par rapport à, tu dis instaurer une relation de**
62 **confiance ?**

63 Bin, je me souviens il y a quelques années on avait un patient, euh, qui était, euh...

64 **(Interruption par une collègue qui rentre dans la salle de pause)** Non, tu ne peux pas venir
65 ici, **(Rires, la collègue repart).**

66 Euh, je me souviens il y a quelques années on avait un patient assez jeune, ici on reçoit une
67 population à partir de 75 ans mais il nous arrive d'avoir des patients plus jeunes, donc c'était
68 un patient qui avait, euh **(effort de re mémorisation)** 69 ans, qui venait de euh, faire un AVC,
69 une récurrence d'AVC, qui avait des troubles cognitifs. Un patient qui était avant, bin, un ancien
70 maçon, toujours dans l'activité physique, on voyait qu'il était très charpenté, euh et euh, bé, qui
71 avait un jeune fils d'une dizaine d'années d'un remariage avec une dame assez jeune aussi, qui
72 du coup, à la maison, ça se passait plus bien avec le mari qui avait décidé donc du coup de se
73 séparer. Ce monsieur est arrivé ici donc pour prise en charge de son AVC, euh, à la suite bon
74 les examens ont été faits et etcetera et du coup ce monsieur ne pouvait plus retourner chez lui
75 parce qu'il n'était plus assez autonome. Euh, Son ex-épouse, enfin son ex-femme ne le voulait
76 plus à la maison. Et lui arrivait difficilement à comprendre ça. Euh, voilà. Donc il a été décidé
77 de l'institutionnaliser. Un monsieur de 69 ans, qui ne comprenait pas pourquoi...

78 **Oui**

79 Et bin tu, un matin, c'était pas forcément mon secteur mais, je regarde par la fenêtre et puis je
80 vois ce monsieur partir sur le parvis de l'hôpital et je me dis c'est pas normal, (rires). Euh,
81 j'alerte ma collègue qui me dit, oh non, non il est dans la chambre ! Je lui dis, non, non, il est
82 sur le parvis de l'hôpital, il est parti, euh, il a descendu la voie rapide, passé à travers champ, et
83 en fait on l'avait braqué sur le fait qu'il devait être institutionnalisé à la XXX et euh, lui ne
84 voulait pas.

85 **Oui.**

86 Euh, donc, bin, on a fait les procédures pour aller le chercher sur la voie rapide etcetera, il a été
87 ramené par l'équipe des services techniques et en revenant, comme j'avais eu une relation les
88 jours d'avants avec lui, voilà de confiance, on avait instauré beaucoup de discussions, parce
89 qu'il arrivait à comprendre qu'il ne pouvait pas rentrer chez lui, mais comme il avait commencé
90 à avoir des troubles cognitifs, euh, vite ça...

91 **Hum hum**

92 Ça virevoltait en fait dans son esprit.

93 **Oui, d'accord.**

94 Euh, et en discutant avec lui je lui ai dit, vous savez, peut-être que vous ne voulez pas aller en
95 maison de retraite mais est-ce que vous voulez bien aller voir comment ça se passe, visiter,

96 avant de dire non, parce que, bon, vous savez vous ne pouvez pas rentrer à la maison. Euh mais
97 peut être aller visiter, voir comment sont les locaux, c'est pas des locaux qui sont fermés, y'a
98 une grande pinède, y a de quoi faire de l'activité physique dehors vous qui êtes un très grand
99 sportif. Et au final il a accepté. Dans la discussion, bon, beaucoup de discussion, il a accepté et
100 euh, l'après-midi même notre cadre est allé l'accompagner à la XXX voir les, le service, voir
101 sa future chambre s'il acceptait, voir les autres résidents là-bas, la pinède, parce que la XXX
102 c'est dans une grande pinède et euh, finalement il est allé en maison de retraite là-bas et il est
103 toujours là-bas et ça se passe très bien là-bas.

104 **Hum hum mais alors, du coup moi ce que j'en ressors c'est que tu lui as redonné une place**
105 **d'acteur, c'est-à-dire, déjà d'aller voir sur place...**

106 C'est ça.

107 **Pour qu'il puisse aussi se projeter.**

108 C'est ça, c'est un monsieur qui était valide hein,

109 **Oui...**

110 Le week end d'avant il faisait X fois le tour du service en courant, il allait dans le, enfin un peu
111 plus loin, dans le couloir, enfin...

112 **Hum hum**

113 Puis, et voilà, il fallait prendre la personne comment elle était avant, comment elle est
114 maintenant et essayer d'arriver à lui faire comprendre un peu la transition, entre les deux pour
115 pouvoir l'amener là où il pouvait aller et là où il ne pouvait plus aller. Donc effectivement,
116 c'était lui l'acteur de ça mais il fallait que ça soit nous qui lui propositions parce qu'on lui a dit
117 cette après-midi 14h vous partez à la XXX, bin le matin 8h on l'a braqué quoi.

118 **Hum hum**

119 C'est pour ça qu'il est parti, qu'il s'est enfui, euh, en chemise d'hôpital, pieds nus, à travers
120 champ, donc je vous dis même pas comment on l'a récupéré après, donc euh, voilà. Donc
121 effectivement, c'était lui l'acteur de ça...

122 **Hum hum**

123 Et il fallait qu'on l'amène là.

124 **Et il s'est aussi senti suffisamment en confiance comme tu dis, avec beaucoup de**
125 **discussions, pour qu'il puisse déposer, j'imagine, euh, pas mal d'angoisses, de**
126 **contrariétés.**

127 Bin oui, eh oui.

128 **C'est un deuil quoi.**
129 Il peut plus être comme avant...

130 **Oui.**
131 Et voilà, et il faut que je me fasse à l'idée que maintenant je suis comme ça et que j'ai besoin
132 qu'on m'aide aussi et, voilà.

133 **D'accord, Et euh, à l'inverse est-ce que tu aurais une situation où ça s'est pas bien passé ?**
134 **Avec un patient ? au niveau de la relation de confiance, justement qui ne s'établit pas ?**
135 Bin, j'ai toujours cet exemple de patient, bin dément malheureusement où bin, des fois on
136 essaye dans l'humanité, voilà on a été formées dans l'humanité plusieurs fois et des fois,
137 par moment on y arrive pas quoi, c'est on a une personne actuellement qui est persuadée qu'elle
138 est en train de se faire empoisonner par des gaz qu'elle sent, elle sent alors on essaye de rentrer
139 un petit peu dans son jeu en essayant de comprendre pourquoi, elle nous parle beaucoup de la
140 guerre , bon elle a vécu la guerre, voilà et euh, en lui disant, en lui expliquant... on a beau lui
141 dire mais non, enfin, si on commence à la braquer, tu sais, en lui disant, euh..

142 **Oui ?**
143 Mais non vous ne sentez rien.

144 **Il n'y a pas de gaz...**
145 C'est l'odeur de la nourriture ou voilà, bin là on la braque et on ne peut rien en faire et elle
146 commence même à être agressive après.

147 **Oui parce qu'elle, elle les sent quelque part.**
148 Voilà c'est ça, pour elle c'est dans son esprit.

149 **Oui, oui.**
150 C'est un patient qui est démente et aussi qui avait des troubles psys et ça peut mal se passer si
151 on commence à la braquer ou alors il faut un peu dévier sur une autre discussion.

152 **Essayer de changer le sujet le temps que ça passe.**
153 Oui, c'est ça.

154 **Du coup bin ça va vraiment avoir un impact bin tout ce qui est pathologie mentale sur la**
155 **communication et le lien, hein.**
156 Oui, oui

157 **C'est vite, vite complexe.**
158 Oui, on essaye un peu de leur parler de ce qu'ils faisaient avant, voilà pour essayer un peu de
159 rentrer dans leur jeu, d'essayer de comprendre leur activité, euh, pour essayer d'un peu

160 détourner un petit peu la conversation tout après en amenant sur le sujet...le problème quoi.
161 Mais voilà c'est tout, tout passe par la discussion, la communication avec les patients. Et puis
162 c'est même très important avec les patients même déments, les patients qui sont aphasiques
163 aussi c'est très important la communication, par d'autre biais même si eux ne peuvent pas se
164 faire comprendre on arrive par des pictogrammes ...
165 Ou des ardoises, euh, pour qu'ils puissent arriver à communiquer aussi avec nous.
166 D'accord, oui donc comme ça le lien se construit malgré tout.
167 Malgré tout, malgré la barrière, euh ça se construit quand même.
168 **Oui, c'est super intéressant. Euh, et alors du coup, par rapport aux étudiants en soins**
169 **infirmiers, euh, est ce que tu as déjà dû accompagner en tant que tuteur des étudiants**
170 **infirmiers...**
171 Oui, oui, oui
172 **Ou même en tant que professionnelles de proximité, j'imagine que oui et euh, comment**
173 **est-ce que toi tu accompagnes un étudiant, comment est-ce que tu dirais que tu**
174 **accompagnes ?**
175 Alors moi c'est quelque chose que j'aime beaucoup, il y a des personnes qui sont, pas faites
176 pour ça mais qui aiment accompagner les étudiants et d'autres qui n'aiment pas ça. Moi j'aime
177 beaucoup accompagner les étudiants parce que c'est aussi notre savoir-faire, notre expérience
178 aussi qui fait que on aime bien accompagner les étudiants et euh, voilà vers eux, après vers leur
179 futur poste qu'ils vont avoir quoi.
180 **Du coup, c'est la petite, euh, tu es dans la transmission quoi ?**
181 Oui !
182 **Et ça te plait de pouvoir transmettre, tu parles de savoirs faire...**
183 De savoirs faire, d'expériences, de voilà, c'est plaisant, après, pour après, voilà, leur future
184 profession enfin leur profession future et aussi pour forger leur expérience.
185 **Et du coup, hum, est-ce que tu arriverais à mettre en avant ce que toi tu utilises comme**
186 **compétences pour pouvoir transmettre ces savoirs faire ? Par exemple genre la**
187 **communication, bon j'ai compris que c'est quand même quelque chose qui te tient à cœur.**
188 Hum
189 **Donc, euh y a cette compétence-là, est ce qu'il y a d'autres choses que tu as pu repérer**
190 **chez toi que tu mobilises pour accompagner les étudiants ?**

191 Après c'est l'expérience aussi de... de la dextérité dans les soins, dans les actes techniques
192 aussi, ça c'est, c'est plaisant, de pouvoir euh (**seconde interruption d'une collègue dans la**
193 **pièce, rires**) vous accompagner aussi sur ça. Parce que c'est vous après les soignants de demain
194 donc il faut voilà, que vous ayez à la fois de la communication avec le patient, de la dextérité
195 dans les soins, voilà c'est toute, tout un panel qu'il faut tapisser.

196 **Mettons, mais voilà je provoque un petit peu mais demain tu as un étudiant qui es un peu**
197 **le Mr Bean de la dextérité, est ce que tu penses que tu arriverais à trouver des moyens de**
198 **lui faire faire, d'arriver à lui faire faire des gestes adaptés ?**

199 Oui, je pense qu'on peut toujours trouver avec les compétences de lui, par exemple, ses
200 capacités je dirais, ses capacités à être peut-être aussi critique sur ce qu'il vient de faire et
201 construire sur ses critiques aussi et puis même, pas forcément aller sur un patient mais euh,
202 enfin, pour essayer de comprendre par exemple comment poser un cathéter, euh, pour le 4
203 temps... Reprendre les protocoles...

204 **Hum hum**

205 Voir aussi ou est ce qu'il a pu pêcher mais voilà, rires, même si c'est un Mr Bean, il va y arriver,
206 il faut, faut lui faire confiance aussi, faire confiance aussi aux étudiants parce que c'est vous
207 aussi qui allez être après nos collègues de travail.

208 **Oui.**

209 Mais il faut, justement, il faut être soudés pour que dans l'équipe, dans les patients, ça se passe
210 bien et pas avoir trop de différences, de querelles entre nous, parce que bon, il y en aura toujours,
211 hein. Il y en a toujours eu et il y en aura toujours mais il faut toujours penser que le patient c'est
212 le, le maître mot quoi.

213 **Très bien. Bin tu vois, euh, dans ce que tu dis là avec les compétences, je sais pas si dans**
214 **l'ancienne formation il y avait vraiment tout un axe qui était fait euh, pour**
215 **l'accompagnement, euh...enfin, oui, l'accompagnement en tant que tuteur ou**
216 **professionnel de proximité auprès des étudiants mais c'est clairement quelque chose qui**
217 **nous, nous est transmis, de partir vraiment de l'étudiant et l'accompagner avec lui, ce**
218 **qu'il peut faire et ses comment dire, sa temporalité d'apprentissage et euh, sa manière**
219 **d'apprendre aussi et c'est vraiment très intéressant et ça c'est une compétence que tu as**
220 **développée du coup.**

221 Tu sais pour moi c'est que j'ai été dans un CHU, et c'est vrai j'ai été au CHU de XXX, c'est
222 très grand et vraiment on a été très bien, euh, enfin personnellement mais je ne suis pas la seule

223 à le penser, très bien entourés par le cadre, par les cadres infirmiers, aides-soignants, et c'est
224 vrai que comme c'est un CHU, c'est universitaire donc, ils sont là pour apprendre aussi et je
225 pense qu'il y a ça aussi qui fait que j'aime bien pouvoir aussi encadrer les élèves quoi.

226 **C'est clair. Oui, bin alors ma dernière question c'est justement, bin pareil sur les**
227 **stagiaires et euh au niveau de l'équipe, est ce que vous avez des outils pour assurer la**
228 **continuité de euh, l'accompagnement des étudiants, par exemple euh, pour transmettre**
229 **les informations, organiser le stage, faire les bilans etc., vous avez des choses formalisées**
230 **?**

231 La cadre nous met vos plannings.

232 **Hum hum**

233 Donc affichés dans notre salle de soin, les plannings des étudiants avec euh, les tuteurs, par ce
234 que bin, il y en a deux. Pour les infirmières il y a deux infirmières, et pour les aides-soignantes
235 c'est deux aides-soignantes. Euh... les élèves quand elles arrivent elles nous présentent leurs
236 objectifs qu'elles affichent aussi dans la salle de soin. On fait un bilan de mi-stage euh...c'est
237 obligatoire, hein. En principe on essaye de le faire avec le, même si le tuteur n'a pas été la
238 personne avec qui l'étudiante a le plus tourné, on essaye de faire le bilan de mi stage avec les
239 personnes avec qui l'étudiante a le plus tourné, ce qui est le plus logique, hein.

240 **D'accord. Oui, oui, oui, tout à fait.**

241 Et on reprend le portfolio et euh, on coche au crayon gris ce que vous avez acquis, pas acquis
242 ce qui est à améliorer ... après on fait un bilan de fin de stage on remplit la feuille et on, et après
243 on vous la tamponne pour que vous puissiez la récupérer. Souvent même entre nous on parle
244 des étudiants aussi, savoir ce qu'elles ont acquis, pas acquis, ce qu'elles ont vu pas vu. Souvent
245 on a des étudiantes qui nous disent ah si, j'ai vu mais j'ai pas pratiqué bon bin, alors si tu vas
246 pratiquer, on est ensemble, on va le faire ensemble une première fois et puis après tu pourras le
247 faire toute seule par exemple ou on se mettra en retrait et toi tu seras l'acteur du soin. Voilà.

248 **D'accord. Et au niveau, euh, de, des objectifs de stage, est ce qu'il y a une communication**
249 **dans toute l'équipe par rapport à ces objectifs là ou pas forcément ?**

250 Pas forcément parce que c'est affiché donc, après c'est nous qui prenons l'initiative d'aller voir
251 les objectifs du, de l'élève mais c'est pas forcément communiqué euh, entre nous.

252 **D'accord.**

253 Comme c'est affiché c'est plus nous qui allons voir quand on a l'élève qui est avec nous sur
254 notre secteur par exemple.

255 **Pour voir un peu...**
256 Oui
257 **Ce qu'il projette et...**
258 C'est ça.
259 **Et en quoi ...**
260 Des fois c'est même les élèves qui disent : regarde on a nos objectifs, j'ai fait ça avec telle
261 personne, j'ai fait ça avec telle personne. Voilà ça arrive aussi.
262 **D'accord. Bon. Très bien. Est-ce que tu veux rajouter quelque chose ou euh ...**
263 Non, rires, pas forcément
264 **D'accord, bin je te remercie.**
265 Mais de rien.
266 **Merci.**
267 Je vais faire un soin un peu technique. **Rires, elle sort de la pièce en faisant coucou.**
268

Entretien numéro 2 court séjour gériatrique

1 **Marylise : Alors bin moi c'est Marylise, comme je disais tout à l'heure et je viens pour**
2 **mon TEFÉ donc j'ai quelques questions à poser, euh, on se vouvoie, on se tutoie ?**

3 IDE 2 : Non, tu peux me tutoyer même avec mon grand âge ! **(Rires)** Quelqu'un rentre dans la
4 pièce qui sert de salle de pause et nous demande de changer d'endroit. Nous déménageons dans
5 le salon des familles.

6 **Donc je sais plus où j'en étais...**

7 Bin tu te présentais.

8 **Oui, voilà ! Oui voilà donc quelques questions pour mon TEFÉ. Donc, euh, en gros ça**
9 **parle de la communication en tant qu'outil du soin. Voilà, c'est assez large. Je vais**
10 **commencer par te demander de te présenter, prénom, date de diplôme, parcours**
11 **professionnel soignant, expérience dans le service et si tu es formée au tutorat ou pas et,**
12 **autre chose aussi (interruption d'une nouvelle personne dans la pièce qui referme**
13 **précipitamment la porte en voyant la salle occupée) ça sera anonymisé bien sûr.**

14 D'accord bin alors moi c'est Sophie et donc euh, bin, diplômée depuis au moins 98 donc tu vois
15 ça remonte quand même à un certain temps. Euh, mon parcours professionnel bin c'est à la fois
16 beaucoup de chirurgie, euh j'avais fait de l'intérim, euh, dans le monde privé surtout la chirurgie
17 c'était pas en secteur hospitalier. Après j'ai intégré ce secteur hospitalier, dans cet hôpital
18 j'avais fait urgences, réanimation puisqu'avant c'était de la réanimation il y avait des patients
19 intubés, ventilés, après je me suis expatriée au XXX puis je suis revenue, j'ai fait des EHPAD,
20 euh et là au court séjour depuis maintenant 2004 donc ça fait un certain temps.

21 **D'accord, eh oui. Un super parcours, hein.**

22 Voilà donc je pense qu'il est assez complet.

23 **Oui. Et tu es formée au tutorat ?**

24 Non, non, non, non et puis là comme je m'en vais-je pense à la retraite d'ici 2-3 ans, voilà.

25 **D'accord.**

26 Voilà, je l'ai pas demandé.

27 **Mais, c'est... alors juste parce que je n'ai pas pensé à demander à Marie avant toi, c'est,**
28 **euh, on vous propose quand même des...**

29 Oui là actuellement y a une demande à l'affichage donc il y a des personnes qui se sont inscrites,
30 aussi bien AS qu'infirmier. Euh voilà, oui, oui c'est selon, bin, il vaut mieux.

31 **Oui, et puis c'est...du coup au bon vouloir de la personne qui a envie.**

32 Oui, voilà, ça empêche pas que là tu vois, même si on est pas...enfin qu'on a pas été formées,
33 on suit quand même les élèves tu vois, chacun est référent d'une élève.

34 **D'accord.**

35 Deux par deux généralement.

36 **Eh oui. Et du coup, euh... Par rapport à bin, j'avais des questions sur, justement...**

37 Oui, oui, oui...

38 **Là-dessus ; on peut continuer là-dessus. Euh, comment est-ce que toi tu dirais que tu**
39 **accompagnes un étudiant en soins infirmiers ? Par rapport à qu'est-ce que tu mets en**
40 **place, qu'est-ce que tu vas chercher comme compétences, tu dirais ? Pour pouvoir**
41 **accompagner euh...**

42 Alors, au départ il y a beaucoup d'observations quand même. Ça dépend de l'année de l'élève,
43 savoir s'il a déjà fait des stages, comment, s'il est autonome, pas du tout autonome, qu'est-ce
44 qu'il a fait donc déjà tu demandes un peu... bin son petit parcours. Même si c'est un début c'est
45 quand même un parcours, il a fait des stages, des soins, qu'est-ce qu'il a déjà fait comme soins,
46 qu'est-ce qu'il a pas fait, ça dépend...voilà. Euh et puis après t'essaies de connaître un peu la
47 personne pour voir s'il y a des sensibilités, s'il y a une approche un peu différente des autres,
48 pourquoi, voilà t'essaie, sans rentrer dans une vie intime évidemment mais voilà. Et après au
49 bout d'une semaine généralement parce qu'ils ont la première semaine on essaie de les faire
50 tourner avec les AS pour être surs que, quand même, la base c'est-à-dire la toilette, l'hygiène
51 tout ça là... l'accompagnement de la personne soit à peu près quand même acquis. Et après on
52 leur demande de prendre un secteur donc selon l'année de 2 ou 3 personnes ou plus et puis
53 voilà. Ça peut aller jusqu'à tout le secteur de 10 personnes quoi.

54 **Oui, ça dépend de l'étudiant aussi.**

55 Voilà, c'est ça.

56 De comment il est en place. Et bin oui parce que l'année ça veut dire que tu es sensé avoir
57 acquis des compétences, après bin t'as la confiance bin voilà que tu vas lui donner, l'autonomie
58 qu'aura la personne. Après, autonomie même si t'en manque un peu c'est pas dire que la
59 personne sera pas un bon euh...un bon soignant. Mais ça lui demande un peu plus de temps.

60 **Oui, voilà. C'est chacun à son rythme d'apprentissage.**

61 Donc il faut respecter, c'est ça ! Par timidité, y en a qui s'imposent plus, y'en a qui sont à l'aise
62 dans la communication, demander les renseignements...voilà. Donc...

63 **C'est de l'adaptation constante du coup à l'étudiant.**

64 Eh oui.

65 **Des deux côtés en fait, l'étudiant s'adapte à la fois au terrain de stage et à son**
66 **accompagnateur mais de la même façon...**

67 C'est ça. Qui varie tous les jours aussi en fonction d'avec qui tu tournes donc... mais oui, c'est
68 sûr, hein.

69 **Adaptation constante. Bin c'est super, en tout cas franchement, on a une petite formation**
70 **maintenant à l'accompagnement des étudiants en formation et ça correspond à ce qu'on**
71 **nous dit en fait, donc, euh, c'est vraiment sympa d'entendre...**

72 Bon bin tant mieux ! **(Rires)**

73 **D'entendre tout ça.**

74 Généralement, enfin on n'a jamais eu trop de problèmes à part vraiment des problèmes il faut
75 que ce soient des problèmes de la personne, quoi, tu vois ?

76 **Oui.**

77 On a eu quelques exemples mais c'est rare. Généralement on passe quand même pas mal de
78 temps... même parlant de moi qui suis quand même ancienne, donc c'est vrai que tout le
79 classeur, y a des phrases tu sais, des appellations ou j'ai du mal à comprendre mais après tu vois
80 le titre, on en discute, après y a quand même des explications.

81 **Oui, à la fin.**

82 Moi, ça me demande beaucoup de travail mais j'essaie de le faire, quand même c'est normal et
83 puis après comme les étudiants ils ont eu quand même toutes les explications, on peut, en
84 discutant...

85 **Voir avec eux ce qu'ils en comprennent.**

86 Voilà.

87 **Et c'est vrai que ce portfolio, c'est quelque chose, franchement !**

88 Bin, des fois je dis, je parle pas français ! Je comprends pas ce que la phrase veut dire ! Donc
89 après, il me dit si mais ça vaut dire ça ; en fait c'est un truc tout simple !

90 Mais tourné de manière... pompeux, là, que ça en peut plus ! Voilà

91 **C'est pas très accessible de premier abord.**

92 Et c'est ça ! Pour la communication tu vois il te faut presque aller chercher le dictionnaire pour

93 comprendre ce que ça veut dire. Bon, ça s'est dommage.

94 **Oui, c'est vrai. Et ça fait partie du coup d'un des outils que ...alors là peut-être que le**

95 **portfolio du coup c'est plus la personne qui va faire les bilans qui va l'utiliser ?**

96 Ouais mais tu vois le bilan de mi stage, enfin, voilà. Tu en fais au moins deux même si on est

97 deux référents. Bin là elle disait qu'un de ses référents était en congés donc pour l'instant elle

98 l'a pas vu. Donc tu vois déjà...voilà. Donc en fait je suis seule référent. Donc bien sûr je vais

99 demander quand même à celles qui ont tourné un peu avec la personne mais bin tu te retrouves

100 à faire ça, si tu comprends pas bien, c'est plus sympa à 2. Tu vois ? Et puis c'est plus objectif.

101 **Eh oui.**

102 Bon après, là j'ai une première année donc... on n'est pas méchant quand même.

103 **Et il faut quand même que ce soit, du coup...au tuteur d'aller récupérer les informations**

104 **auprès des AS quand la première semaine, la faire tourner ...**

105 Mais c'est ça !

106 **C'est du travail quoi.**

107 Mais oui c'est du travail, c'est pour ça que quand des fois on nous dit : « oui, mais vous... »

108 Ah non ! Ici c'est pas un... on veut pas l'entendre. Parce que ce soit les AS ou les infirmières,

109 on passe du temps. On passe du temps.

110 **Euh, alors maintenant j'avais d'autres types de questions...**

111 Oui ?

112 **C'était par rapport au soin en tant que tel...Euh alors c'est très large mais c'est justement**

113 **pour que tu te sentes à l'aise de dire vraiment toi, tout ce que tu veux avec tes mots. Qu'est-**

114 **ce que ce serait pour toi prendre soin ?**

115 Prendre soin de qui ? De l'élève ?

116 **Des patients, ou de l'élève. Globalement, le prendre soin.**

117 Ah, d'accord, le prendre soin eh bin c'est faire attention, être à l'écoute. Voilà. Et essayer de
118 prendre soin de la personne...comment on peut dire ça ? Le confort, ses habitudes de vie, tu
119 vois essayer de recréer, de créer quand même un climat de confiance. Euh (pause). En englobant
120 la famille évidemment. Euh (autre pause). Voilà. En douceur, enfin tu vois, pas de, euh, être
121 bienveillante quoi, après qu'il y ait des soins agressifs bon ça on y pourra rien, ça fera partie du
122 traitement si on peut dire, mais être attentif à tout ça, ses gestes, l'accompagner dans ses gestes
123 quotidiens, de la vie quotidienne. Voilà. À son rythme. Respecter la pudeur, enfin tout ça, enfin
124 le prendre soin, pour moi c'est vraiment ça quoi.

125 **C'est vraiment bin du coup comme tu disais pour l'étudiant observer, là aussi c'est**
126 **observer le patient ?**

127 C'est ça.

128 Et donc communiquer avec lui mais l'observer aussi pour après...

129 Avoir un recueil de données le plus complet possible quand il arrive bin nous on le fait en
130 systématique parce qu'en géronto c'est quand même important, comment il vit à la maison, si
131 il est accompagné, si il a des aides, quel type d'aide, combien d'heures, enfin, tu vois, tout ça
132 on le fait. En systématique, enfin si on le fait pas c'est que vraiment, bin il y a eu beaucoup
133 d'entrées ou que la personne était vraiment démente ou vraiment désorientée et qu'elle sait pas
134 nous dire, et qu'il y ait pas eu de famille. Et sinon, soit la famille... maintenant aux urgences
135 ils ont un service de géronto. Tu vois, un petit peu à part, tu vois 2 lits ou 3 lits donc il y a une
136 équipe spéciale qui s'occupe de ces personnes. Donc le recueil de données, en semaine on va
137 dire, parce que le week-end je crois elles sont pas là. Donc, il est fait. Entre là, le médecin
138 géronto, l'assistante sociale, enfin, tu peux quand même avoir, même si tu le fais pas le jour
139 même, on peut recueillir de bonnes informations.

140 **Et du coup, alors moi ce qui m'intéresse, enfin, tu as eu quand même beaucoup**
141 **d'expérience dans des services très différents, de chirurgie, de réa, où tu parlais de**
142 **patients intubés, ventilés...et est-ce que par rapport à ces expériences-là ta vision du soin,**
143 **euh, est-ce qu'elle a été...est-ce qu'elle a été modifiée par ces expériences là ou pas ?**

144 (Très long euh). Comment on peut dire ? (pause) Toujours sur la communication tu voudrais
145 dire ?

146 **Oui ou même dans le prendre soin.**

147 Dans le prendre soin ?

148 **Dans le prendre soin est-ce qu'il y aurait des choses qui auraient varié dans le temps, suite**
149 **à tes différentes expériences ?**

150 Bin, c'est-à-dire en parlant, tu vois des urgences...les urgences le prendre soin en fait, ils
151 viennent pour un truc bien précis ; tu règles finalement le problème, enfin l'urgence et ils restent
152 pas longtemps aux urgences, soit ils sont mutés soit ils vont... voilà, enfin c'est qu'un passage,
153 bon. Moi j'ai aimé cette expérience là pour me donner de l'autonomie et enlever un peu de
154 stress. Parce que c'est vrai, il se passe un truc en service, tu l'as jamais fait, tu es un peu paniqué.
155 Mais après j'ai pas aimé, ça va trop vite, justement t'as pas le temps de discuter. Euh, c'est
156 assez froid, c'est...la réa c'est pareil. Enfin à part quand les gens, bon. Après intubés c'est
157 compliqué. Il y a beaucoup de soins, beaucoup des stress, beaucoup de sonneries et encore bon,
158 maintenant, peut-être un peu moins parce que c'est...il y a les ordinateurs, tu vois, tu peux peut-
159 être mettre sur silencieux mais...à l'époque tous ces bips, tous ces scopes, waouh. Voilà. Mais
160 bon ça te donne de l'expérience pour euh...moi c'est pas trop dans le prendre soin tu vois tous
161 ces grands services techniques, c'est pas... Bien sûr que tu prends soin mais c'est...

162 **C'est de la mécanique.**

163 Tu appliques des thérapeutiques.

164 **Oui voilà, c'est un peu de la réparation.**

165 Voilà.

166 **Comme un peu une voiture, mais c'est pas une vision holistique où il y a la personne...**

167 Ah non, non, non ! Alors que tu vois en géronto et encore ici on aurait voulu... moi j'ai fait une
168 formation Snoezelen tu vois pour justement essayer de prendre soin et d'amener un traitement
169 sans...non médicamenteux. Bon, c'est compliqué, hein. C'est compliqué. Bon tant pis. Là je
170 vois qu'ils le remettent en route parce que il y en a qui ont re-eu, mais bon. D'abord j'ai été
171 seule à être formée, y en a pas eu d'autres de formés, euh...Mais enfin il y a eu d'autres
172 formations dans la Resc je crois qu'il y a eu mais bon chaque fois c'est un à un donc...

173 **Oui, après il faut que ça vive.**

174 C'est compliqué.

175 **Si la personne part...**

176 Mais bon. En tout cas c'est une volonté déjà. Ça aussi ça fait partie tu vois du prendre soin,
177 d'aller au-delà d'un médicament, que...

178 **Ça vient faire vivre la relation soignant-soigné.**

179 Voilà on a fait toucher-massage, tu vois donc quand même il y a des formations qui vont dans
180 ce sens-là quoi.

181 **Et ça aide à instaurer du coup un climat de confiance et de bien-être peut-être ?**

182 Oui et puis tu es moins... voilà on est pas que dans le... enfin même si c'est un soin, on peut se
183 dire que c'est pas vraiment un soin, quoi.

184 **C'est au-delà de l'aspect médical.**

185 Voilà c'est ça et ça, si tu veux, ça nous ressort dans notre rôle presque propre puisqu'on n'attend
186 pas une prescription d'aller faire une séance de Snoezelen, ou voilà. On attend pas ça. Ça, c'est
187 nous qui décidons si on a le temps ou voilà.

188 **Oui. Et du coup, on peut peut-être dire, enfin je sais pas ce que tu en penses mais que c'est
189 une vraie relation de personne à personne et c'est ça qui est soignant alors du coup ?**

190 Bin oui.

191 **C'est que la relation c'est vraiment quand on est avec l'autre, qu'on le voit en tant que tel
192 et pas juste en tant que sujet de soin.**

193 C'est ça. Parce que là tu vas lui faire respirer des huiles essentielles ou le faire regarder de la
194 lumière, bon. Tu peux pas arriver, tac, on fait ça, il faut d'abord en avoir parlé, avoir instauré
195 un climat de confiance, tout-à-fait.

196 **Et est-ce que par rapport à cette relation soignant-soigné tu aurais un exemple de situation
197 de soin qui se serait moins bien passée ou il y aurait eu justement, ou tu aurais eu des
198 difficultés, toi ou quelqu'un d'autre à instaurer cette relation de confiance là ?**

199 Oui bon, ça arrive, ça arrive je dis pas fréquemment mais à tour de rôle, y a des patients tu sais
200 pas pourquoi ça passe pas quoi. Donc soit ils sont agressifs, soit ils te repoussent, soit même
201 une fois pour un geste, on va dire, ordinaire, ou pour une toilette, ou que tu supportes pas
202 ou... alors est-ce que tu lui rappelle quelqu'un ? Déjà physiquement ? Est-ce que... des fois je
203 me dis je suis grande, tu vois ? Est-ce que ça fait un peu d'autorité que ça leur rappelle
204 des... bons. Bin il faut pas insister après, ça peut être le même chose chez quelqu'un de petit, ça
205 peut... Est-ce qu'on a une voix... moi j'ai une grosse voix aussi. Donc voilà, il faut toujours
206 essayer d'arriver à se poser des questions en se disant, bon, ça a pas marché, bon. Bin déjà tu
207 envoies quelqu'un tu insistes pas ou... tu laisses et puis tu reviens dans une heure. Enfin voilà.

208 **Après ce qui relève pas de soi, bin, ma foi...**

209 C'est ça, si la personne arrive pas à l'expliquer ou autre, bon, bin faut passer la main quoi.

210 Après sinon bin tu fais presque un passage en force et là...c'est pas bon, quoi.

211 **Là c'est fini, oui.**

212 Et là tu bloques même la chance qu'aura la collègue derrière toi, tu bloques. Bon après on a fait

213 l'humanité ici. On est bien formés à l'humanité et chaque année il y a une formation. Ici

214 au long séjour même je crois à la XXX. Donc bin voilà. On l'a appris aussi là-dedans, hein. De

215 laisser la place, de laisser la main, de...

216 **C'est ça. De s'appuyer sur l'équipe.**

217 Et bin oui, c'est ça, c'est le collectif, hein, c'est pas une personne qui va faire mieux que l'autre,

218 ça veut rien dire. C'est pas parce que je suis pas arrivée que je suis moins bien que l'autre, non.

219 **C'est ensemble, on réussit à accompagner un patient...**

220 C'est ça. Et puis même des fois on peut être fatigué, on peut être moins réceptif aussi donc, il

221 faut que ta collègue puisse te le dire, en disant, bon bin laisse, je vais le faire ou tu vois ? Il faut

222 se faire confiance.

223 **Bon.**

224 Voilà.

225 **Pour moi c'est tout. Je sais pas si tu veux...**

226 Non, moi j'ai rien à rajouter, si tu as eu les éléments que tu cherchais ?

227 **Oui c'était très très intéressant.**

228 Ah bin tant mieux ! **(Rires)**

229 **Merci beaucoup ! C'était très riche, très intéressant.**

230 Et bin tant mieux **(rires) !**

Entretien numéro 3 USLD

1 **Marylise : Déjà, merci de prendre ce temps avec moi, c'est vraiment, euh, j'apprécie.**

2 IDE 3 : Pas de soucis. (Rires)

3 **Voilà donc j'ai, j'ai 4 questions. D'abord, à commencer par s'il te plaît, une petite**
4 **présentation de bah de toi, ton prénom, la date de l'obtention du DE, ton parcours**
5 **professionnel dans le service et si tu es formée au tutorat ou pas.**

6 Alors donc moi c'est Anne-Laure, j'ai fait mon école sur XXX. Et je suis infirmière, au long
7 séjour depuis maintenant, euh, 5 ans. J'ai fait à peu près 3-4 mois en médecine 2 avant de revenir
8 ici, sur le long séjour qui n'était pas forcément un choix premier mais finalement, je m'y plais
9 plutôt bien, donc je suis restée ici pour le coup. Et non je n'ai pas eu de formation au tutorat,
10 j'avais une collègue qui l'avait fait et qui devait nous former. Mais un congé maternité a fait
11 que...

12 **D'accord. Ça arrive, c'est les aléas. Et du coup, ça se fait en interne, alors les formations**
13 **au tutorat, entre vous ?**

14 Mais en fait elle, elle l'avait fait et on avait demandé qu'elle nous fasse un petit récap en fait,
15 pour qu'on puisse mieux prendre en charge les étudiants quand ils viennent dans le service, bah
16 comme on est que seul, c'est vrai que, c'est mieux.

17 **Alors c'est parti, alors, la première question c'est d'entrée, c'est celle qui voilà... Mais les**
18 **autres, elles seront moins, compliquées. Est-ce que pour toi, est-ce que tu pourrais me dire**
19 **ce que c'est pour toi, prendre soin avec tes mots ?**

20 Alors prendre soin ? prendre soin ? Prendre soin ah oui c'est vrai que c'est assez vague.
21 Prendre soin... Ça peut être prendre soin, bah, alors ça dépend le type de service mais nous
22 dans notre service prendre soin ça va être prendre soin de la personne âgée, euh dans son
23 quotidien, dans son autonomie, y aura pas forcément que du médical puisque même si on est
24 un long séjour ici il y en a parfois qui sont plus médicalisés que d'autres, mais prendre soin
25 chez nous, c'est oui faire en sorte que la personne âgée se sente bien dans notre service, qu'elle
26 arrive à faire un petit peu le deuil de son chez elle, qu'elle trouve sa place parmi nous et qu'on
27 arrive à plutôt bien valoriser son, comme je disais son autonomie, qu'elle arrive à manger seule,
28 faire sa toilette seule, qu'on soit vraiment, que des accompagnants finalement, au plus possible,
29 pour eux. Euh prendre soin oui, c'est ça, c'est être là aussi également pour les familles. Pour les
30 aider aussi à être bien avec leur parent, leur proche en général, et mettre en place tout ce qu'il
31 faut en fait pour, pour nos patients, quoi. Et après, ouais, niveau pansement, niveau soin c'est
32 vrai qu'il y a le prendre soin infirmier, oui, mais c'est vrai que le nursing ici a quand même une
33 place très, très importante.

34 **D'accord. Et est-ce que tu dirais que ta vision du prendre soin, elle a évolué entre le**
35 **moment où tu es sortie de l'IFSI et maintenant, ou même, comme tu disais quand tu étais**
36 **dans un autre service comme oui...**

37 Ouais oui, le prendre soin est complètement différent en fait. Comme je disais en médecine,
38 prendre soin c'était vraiment faire en sorte que bah le patient il est pas bien, il est malade, il faut
39 qu'on le soigne, ça va être protocole médical, voir avec le médecin pour un antibiotique,
40 pansement, tout ce qu'il faut, pour qu'après il rentre chez lui. Ici c'est pas tout à fait pareil.

41 Prendre soin, c'est vraiment dans la globalité, c'est beaucoup plus psychologique idéalement.

42 **C'est peut-être parce que ça s'inscrit vraiment dans la durée ?**

43 C'est ça, les patients ici, ils restent à vie finalement, enfin, hein. C'est très rare finalement, enfin
44 à part quelques-uns et quelques exceptions. C'est rare qu'on les transfère ailleurs, ça nous est
45 arrivé, hein, de prendre vraiment assez soi, finalement d'un patient pour qu'il se retrouve en
46 foyer logement ou encore que son état se stabilise pour le mettre en maison de retraite où là, il
47 sera pris en charge encore autrement. Mais oui, par rapport à l'école, ça a bien changé. La
48 théorie, la pratique, les stages, ça a beaucoup changé.

49 **Très bien et par rapport à ça, du coup bon, tu m'as déjà dit que c'était quand même un**
50 **accompagnement très global de la personne, mais, euh, c'est la relation soignant-soigné et**
51 **euh, tu dirais que, dans un long séjour et sans doute avec le profil aussi ici de personnes**
52 **qui ont peut-être pas toutes leurs têtes ou...**

53 La relation soignant-soigné elle est différente aussi, c'est vrai qu'on est finalement, très proche
54 finalement de la, de, de nos patients. Même parfois on les appelle presque plus résidents parfois
55 que patients puisque on, c'est vrai qu'on les accompagne sur la fin de leur vie, donc oui la
56 relation soignant-soigné est quand même différente par rapport à d'autres services.

57 **D'accord. Et euh, du coup est-ce que tu aurais un exemple de situation, euh, ou ça s'est**
58 **bien passé cette relation avec le patient, par rapport au climat de confiance ?**

59 Ouh, il y en a eu tellement que je pourrais pas en citer !

60 **C'est bien !**

61 Il y en a eu beaucoup, oui ça se passe plutôt bien, mais si on en a un actuellement de patient qui
62 finalement on prend assez bien en charge finalement, ils se sentent tellement bien que lui, il
63 pourrait aller en maison de retraite mais refuse d'aller en maison de retraite parce que justement
64 il se sent en confiance avec nous, que, bin, il n'a pas envie, alors qu'il pourrait largement, quoi.

65 **Oui, c'est parce qu'il ne sait pas ce qu'il pourrait y avoir, perdre en allant en EHPAD,**
66 **euh...**

67 Et il veut pas, mais il pourrait hein, il aurait plus d'activités, il se retrouverait peut être avec des
68 personnes qui sont un peu plus cohérentes en plus parce qu'il est très cohérent ce monsieur,
69 enfin, y a pas de soucis. Mais non, il se sent bien chez nous, il a ses repères et donc, il veut pas.
70 **(Rires)** Il est très bien avec nous, pour lui on prend bien soin de lui justement, donc, euh non,
71 il veut pas.

72 **Il arrive à dire ce que c'est que vous mettez en place qui lui convient, est-ce que c'est de**
73 **l'écoute, est-ce que c'est ...**

74 Oui, ça il arrive à le dire, que justement bin on s'occupe bien de lui, qu'on a réussi quand même
75 à l'accompagner quand il était au plus mal, quand il était vraiment malade, on a toujours été
76 présents pour lui. Enfin, la famille aussi et il a retrouvé beaucoup de son autonomie même si
77 on a dû le pousser un peu mais euh, là-dessus il sait le dire, il sait qu'il est bien avec nous, il
78 nous aime bien et non, il ne partira pas.

79 **Donc vous l'avez écouté, vous avez aussi...**

80 C'est ça.

81 **...impliqué sa famille dans la prise en soin et voilà, il s'est senti écouté, soutenu et un peu**
82 **boosté aussi mais tout en étant respecté...**

83 C'est ça, tout en étant guidé en fait. Nous on guide beaucoup, après on essaie de bouger un peu
84 mais pas forcer non plus tout en restant bienveillants bien évidemment et dans l'écoute quoi.

85 **D'accord. Donc c'est vraiment une adaptation au rythme de la personne et, euh au**
86 **contraire est-ce que... (une personne passe la tête par la porte et dit bonjour) Bonjour !**

87 **Au contraire tu aurais un exemple de situation de soin ou cette relation elle aurait pas pu**
88 **s'établir et euh, pour une raison...**

89 Oui ça peut arriver avec des patients, on en a eu, qui étaient un peu plus jeunes finalement, ou
90 là, oui c'est plus compliqué.

91 **C'est plus compliqué...**

92 Ah oui, ça s'était mal passé bin parce que pour lui il était jeune, il voulait faire plus de choses
93 malheureusement c'était un cas un peu particulier, il était très très bridé et là oui, ça s'était mal
94 passé. On a eu du mal, à un peu plus le prendre en charge ce monsieur, oui.

95 **Parce qu'il refusait de se laisser, euh, de se laisser guider ?**

96 Bah il était beaucoup plus jeune, hein et il était chez nous parce que aucun service ne le voulait
97 donc c'était vraiment, un cas un peu à part. Oui mais là, ça avait été compliqué. La relation avec
98 nous était très compliquée, il avait son caractère donc il fallait vraiment savoir le prendre en

99 fait pour arriver à faire ce qu'on voulait mais, même lui, là ; c'était pas le plus heureux ici pour
100 le coup. Le prendre soin n'était pas top, c'est vrai.

101 **D'accord. Et comment, enfin, euh, moi ça me... Est-ce que tu sais quand tu dis, le prendre,**
102 **enfin savoir le prendre, est-ce que tu sais ce que c'était cette manière...**

103 Cette manière c'était vraiment, ouais c'était la communication en fait.

104 **Oui ?**

105 Ce « *prendre en charge* » avec lui c'était vraiment au niveau de la communication, à quel
106 moment il fallait y aller, fallait vraiment connaître ses expressions faciales, enfin ses
107 expressions corporelles parce que après il pouvait être très fermé et alors un sourire en coin
108 mais alors il fallait savoir si il rigolait, si il rigolait pas, si il était sérieux, fallait vraiment
109 apprendre à le connaître. Il fallait prendre son temps là pour le coup. Si on y allait trop vite et
110 trop brusque bin, fallait parer. Et du coup fallait vraiment l'écouter.

111 **Le connaître...**

112 Fallait prendre le temps de l'écouter et de réagir.

113 **Mais du coup il se sentait sans doute...**

114 Pas à sa place.

115 **Ouais et puis même, hum, quand vous preniez vraiment le temps de le connaître et de**
116 **remarquer, tu parles des mimiques, tout ça c'est très important, du coup, y avait quand**
117 **même beaucoup d'investissement de la part des soignants donc peut être que pour lui**
118 **aussi ça résonnait comme, bin, ces personnes-là elles s'accrochent aussi, elles essaient de...**

119 Oui, avec certaines ça passait, d'autres il avait pas la patience et ça passait pas. Après ici on fait
120 beaucoup de projets de vie, beaucoup de projets de soins, on prend du temps justement de faire
121 des projets de vie pour accompagner les patients.

122 **Hum hum**

123 Et les projets de vie nous prennent énormément de temps, on travaille tous en équipe, justement
124 pour faire avancer, pour qu'ils se sentent bien et qu'on trouve de nouveaux, de nouvelles idées
125 aussi dans le service, parce que bon, c'est vrai que c'est un peu compliqué parfois.

126 **D'accord. Et du coup beaucoup de communication.**

127 Énormément.

128 **Et du coup en parlant de communication j'aimerais qu'on parle un petit peu si ça te va sur**
129 **euh, les étudiants en soins infirmiers. Je sais pas si tu as déjà été tuteur, du coup.**

130 Oui.

131 **Oui ?**

132 Oui, j'ai déjà été tutrice, sur certains...oui pour quelques étudiants ou justement le service était
133 un petit peu compliqué, était pas du tout ce qu'il est actuellement, il était beaucoup plus
134 médicalisé donc, la prise en charge des étudiants, ça dépendait des étudiants. Il y en a qui
135 voulaient y'en a qui étaient un peu plus réticentes après on faisait en sorte toujours selon
136 l'année, hein, que quand même elles fassent quelques semaines, quelques jours avec les aides-
137 soignantes pour apprendre à connaître les patients pour passer du temps justement avec les
138 patients. Après nous on les récupéraient pour voir tout ce qui était soins médicaux et infirmiers
139 pour qu'elles voient un petit peu aussi.

140 **D'accord. Et euh, quand toi tu accompagnais les étudiants que ce soit en tuteur ou en tant**
141 **que professionnel de proximité, qu'est-ce que tu dirais que tu dois utiliser comme**
142 **compétence pour pouvoir accompagner un étudiant ?**

143 Moi déjà toujours ce que je demande aux étudiants en général c'est, pourquoi tu fais ça ? C'est
144 c'est bête, hein, c'est qu'on la répète, combien de fois on n'entend pas ces questions, finalement,
145 c'est important parce que ça montre, finalement, le, l'intérêt, qu'à l'étudiant en fait à devenir
146 infirmier ? Et son investissement qu'il va mettre en fait, parce que parfois on a beau s'investir
147 au maximum avec les étudiants, quand ils veulent pas, ça peut pas. Et y en a au contraire qui vont
148 montrer ce qui veulent et justement on les guidait plus. Si c'est plus de la technique qu'ils
149 veulent voir, bin on va guider un peu plus dans la technique mais tout en restant quand même,
150 en montrant qu'il faut rester très très, dans, la communication avec les personnes âgées quoi.
151 Ça reste des êtres humains, il faut, enfin, il faut s'en occuper aussi et les prendre en charge
152 correctement quoi. Même s'ils sont déments même s'ils comprennent pas, c'est pas grave, il
153 faut toujours expliquer tout ce qu'on fait, et justement pour montrer que la technique, c'est bien
154 mais en communiquant, ça va encore mieux.

155 **Hum hum**

156 Le patient est beaucoup moins réticent en plus quand on fait les soins, quand on arrive à blaguer,
157 à plaisanter, c'est, c'est mieux quoi.

158 **Oui, ça passe plus facilement.**

159 Ça passe plus facilement donc voilà c'est important, enfin, il faut leur dire la relation-soignant
160 soigné est très importante mais tout en investissant un peu la fameuse distance, pas trop
161 s'accrocher non plus trop au patient.

162 **Oui, la fameuse posture professionnelle.**

163 C'est ça. Surtout qu'ici comme je disais ça peut paraître compliqué. On peut très très vite
164 s'attacher. Très très très vite.

165 **Oui la longue durée, tout ça...**

166 Fait que oui, le fait de les voir même si on est en 12 h, on travaille quand même 3-4 jours par
167 semaines, parfois 2 jours d'affilée, on a le temps de bien apprendre à les connaître, les familles
168 aussi, donc, euh, ouais.

169 **D'accord. Et par rapport toujours aux étudiants, euh, au niveau des outils que l'équipe**
170 **utilise pour, bin euh pour transmettre entre vous, qu'est-ce que, est-ce qu'il y a des**
171 **cahiers, est-ce que vous avez des temps entre vous ? De manière informelle ?**

172 Alors entre nous, ouais on essaye entre nous si on arrive à se croiser sinon ça va être en dehors
173 de la structure, on s'échange par téléphone, hein. Pour essayer d'avoir toutes justement la même
174 ligne de conduite avec l'étudiant.

175 **D'accord.**

176 En général même s'il y a un tuteur, on essaye d'avoir toute la même ligne de conduite pour
177 justement bien encadrer. Ça se fait comme ça.

178 **Du coup par rapport aux objectifs, déjà à la base de l'étudiant...**

179 **Oui, c'est la base de la base**

180 **Comment vous vous tenez au courant ?**

181 En général les objectifs on les affiche dans le service comme ça au moins on sait les objectifs
182 et les patients pris en charge. Comme ça on sait tous et on demande quand même à l'étudiant,
183 qu'est-ce que tu as fait, ou t'en es avec tes patients, au niveau de tes objectifs, qu'est-ce que tu
184 as fait avec la précédente infirmière, comment tu fonctionnes ? On s'adapte un petit peu aussi
185 pour quand on ne se voit pas entre infirmière. On est seule infirmière pour les 30 et bin, on
186 essaye de faire comme ça. Et en général ça marche. Ça marchait.

187 **Du coup y a une continuité quand même ...**

188 Oui, Oui, oui.

189 **...d'évaluation de l'étudiant et aussi de progression pour lui.**

190 C'est ça. C'est ça.

191 **Très bien. Euh, bin écoute, moi j'ai fini mes questions. Je sais pas si tu veux rajouter**
192 **quelque chose ?**

193 Toi tu as envie de voir pour un point que tu as envie de développer ?

194 **Euh...**

195 **Ton sujet du coup c'était quoi ?**

196 Alors très globalement c'est la communication comme outil du soin et notamment pour lutter
197 contre, enfin pour donner du sens à ce qu'on fait que ce soit donc, par rapport au patient, en

- 198 équipe et aussi par rapport à l'étudiant et l'étudiant dans le soin qu'il fait et pour lutter aussi
199 contre l'objectisation du patient.
- 200 **D'accord. Intéressant. Très intéressant comme thème.**

Entretien numéro 4 SSR

1 **Marylise : Alors déjà merci de prendre ce temps avec moi, c'est très gentil. Moi c'est**
2 **Marylise et du coup bin j'ai quelques questions à te poser. Si on peut se tutoyer ?**

3 IDE 4 : Oui oui, c'est plus simple. Moi c'est Jeanne.

4 **D'accord. Alors déjà dans un premier temps est-ce que tu peux me dire, s'il te plaît, euh,**
5 **la date d'obtention de ton diplôme, ton parcours professionnel soignant, ton expérience**
6 **dans le service et, euh, si tu es formée au tutorat ou pas ?**

7 Je suis diplômée...ça va faire 2 ans en juin, donc de 2021 et mon parcours bin, ça fait depuis 1
8 an et demi que je travaille ici en SSR. Et je ne suis pas formée au tutorat.

9 **D'accord. Et c'est hem, et c'est ton premier poste du coup, ici ?**

10 Oui. C'est mon premier poste, ouais.

11 **D'accord. Alors du coup j'ai quelques questions, j'en ai 4, euh, déjà est-ce que tu pourrais**
12 **me dire, pour toi ce que c'est prendre soin ?**

13 Prendre soin déjà pour moi c'est une globalité. Il n'y a pas de soin particulier, euh, y a les soins
14 de confort, les soins, euh, le repas, enfin, moi dans le, mon travail tout est un soin, enfin tout au
15 long de ma prise en charge, que ce soient les soins infirmiers, euh, (rires) les soins de toilette,
16 les soins...tout, enfin, parler avec le patient est un soin.

17 **Et est-ce que depuis que tu es sortie de l'IFSI, est-ce que tu dirais que ta vision du soin**
18 **elle a changé ou tu as une vision du soin qui est restée à peu près identique ?**

19 Non, elle a quand même changé avec l'expérience. Après, euh, enfin, moi je pense que c'est
20 avec l'expérience et...je pense que c'est avec les services aussi. Si un jour je change de service
21 elle changera encore et elle continuera d'évoluer tout au long de ma, ma carrière.

22 **Et, euh, dans cette, dans ce prendre soin, euh, c'est par rapport à la relation soignant-**
23 **soigné, euh, comment toi tu vis cette relation, comment tu...par rapport au soi, au prendre**
24 **soin ?**

25 Par rapport à ma relation personnelle avec les patients ?

26 **Oui voilà, la relation que tu as toi, soignante avec les patients.**

27 Ouais.

28 **Pour toi, comment tu la vis, comment tu la fais vivre ?**

29 **Si tu as par exemple aussi des situations, tu peux me parler plutôt de situations. Une qui**
30 **s'est bien passée, dans une situation de soin.**

31 **Ouais.**

32 **Et une qui se serait un peu moins bien passée.**

33 Euh, pff moi enfin je ne change pas en fonction des patients, j'ai toujours euh...enfin je reste
34 naturelle comme ça vient après c'est sûr qu'il y a des patients qui te mettent plus à l'aise :
35 appelez-moi par mon prénom, tutoyez-moi. Moi ça, je tutoie pas les patients parce que là on est
36 dans un service gériatrique donc on a que des personnes âgées, mais après il y a des liens qui
37 se créent puisqu'ils restent généralement assez longtemps ici, minimum 1 mois et il y en a qui
38 restent plus d'1 an. Donc forcément il y a des liens qui se créent après j'ai une expérience,
39 euh...j'ai pas de détail précis d'une expérience qui s'est bien passée. Après y en a à qui on
40 s'attache aussi même si on dit il faut mettre la barrière professionnelle il y a toujours des liens,
41 c'est normal parce que on fait des liens persos aussi. Mais j'ai jamais eu de problème avec ça
42 que ce soit trop ou pas assez et après les rela... enfin ça s'est mal passé, c'est compliqué aussi
43 parce qu'on a beaucoup de patients qui ont des troubles donc, euh...Moi je prends, enfin si je
44 me fais insulter ou si y en a qui essaient de frapper, je le prends pas mal, euh, je sais que c'est
45 pas, euh, que c'est pas forcément le patient qui est comme ça, c'est du fait de sa pathologie.

46 **Hum hum. C'est justement ce que tu appelles la distance, enfin la barrière, la distance**
47 **professionnelle ?**

48 Oui

49 **C'est prendre du recul ?**

50 Oui voilà, je me...j'affronte pas en me disant, ah, il m'a mal parlé, insultée, qu'est-ce qui se
51 passe ? Je sais que c'est la pathologie, je vais pas le prendre mal, je laisse couler. Enfin, c'est
52 comme ça que je le vis moi. Je me... ça va pas m'affecter personnellement. Je ne vais pas
53 rentrer le soir en pleurant parce que tel patient m'a insultée.

54 **Et du coup c'est pareil de, dans l'autre sens aussi quand tu disais on peut s'attacher parce**
55 **qu'ils sont là dans la durée mais, on doit quand même garder une petite réserve...**

56 Oui, après j'ai jamais eu de relations non plus, enfin de relation plus, euh... j'ai jamais pris un
57 numéro et je sais qu'il y a des collègues qui gardent contact avec les patients en dehors. Moi ça
58 reste le travail après je rentre chez moi. Pas de lien encore après.

59 **D'accord. Euh, vous avez des groupes de parole ou des groupes d'analyse de pratique en**
60 **tant que professionnels ?**

61 On peut en avoir, on a une psychologue qui en propose. Moi je sais qu'avant que j'arrive il y
62 en avait régulièrement. Qui étaient mis en place, c'était tous les 15 jours. Et ça c'est un peu
63 perdu parce que pas grand monde y allait.

64 **D'accord.**

65 On peut, euh, à notre demande se réunir. Je sais qu'à l'hôpital ils en proposent, je crois ? Mais
66 moi je n'en ai jamais ressenti le besoin pour l'instant.

67 **C'était plutôt clair comment tu te positionnes.**

68 Oui.

69 **Bien merci, j'ai encore 2 questions. C'est pour changer un peu l'axe maintenant, c'est plus**
70 **par rapport au patient, c'est par rapport aux étudiants en soins infirmiers...**

71 Oui ?

72 **Tu as déjà accompagné des étudiants en tant que tuteur ou professionnel de proximité ?**

73 Oui, en fait nous ici on n'a pas de personnes désignées dans le service pour les stagiaires, donc
74 on...on a 3 secteurs, donc selon la stagiaire où elle est, elle reste sur un secteur et nous les
75 infirmières on change. Donc on peut suivre à chaque fois...J'ai déjà encadré des étudiants, noté,
76 à faire les bilans.

77 **Et euh, est-ce que tu arrives à, est-ce que tu pourrais me dire comment tu accompagnes**
78 **un étudiant en soins infirmiers, ce que tu dois mobiliser comme compétences en tant**
79 **qu'encadrante ?**

80 Bin, comme compétences, euh, j'essaie au maximum de...d'expliquer tout ce que je fais pour
81 qu'après elle prenne le relais. Enfin surtout au début de leur stage, de bien leur montrer le
82 logiciel... (interruption par un téléphone qui sonne)

83 Oui donc bien, euh, d'essayer d'être bien à l'écoute de leurs attentes de leurs objectifs de stage
84 et de bien les accompagner tout au long et essayer de leur faire voir le maximum de choses une
85 fois qu'elles sont dans le service. Même si c'est pas leur secteur, s'il y a un soin intéressant, les
86 appeler pour qu'elles voient, au maximum de choses.

87 **Donc à la fois donner du sens à ce que vit l'étudiant et ce qu'il voit et aussi, euh, toi aussi**
88 **tu organises un peu le parcours en fonction des soins, des étudiants pour qu'ils puissent**
89 **un peu aller voir...**

90 Oui, généralement quand ils arrivent on doit prendre en charge certains patients donc on se
91 regroupe pour ce qui serait le plus intéressant et adapté selon, bin le, première, deuxième,
92 troisième année, leurs objectifs et voir avec elles ce qu'elles cherchent à voir pour que ce soit
93 adapté le plus possible.

94 **D'accord. Ça correspond en partie à ma dernière question qui était, au niveau de l'équipe**
95 **plus...comment s'assure la continuité de l'encadrement des étudiants ? Donc du coup tu**
96 **me dis que vous vous réunissez pour faire un point, pour organiser les soins ?**

97 Ouais. Après on sait qu'il y en a qui aiment moins prendre en charge des étudiants donc, euh,
98 quand elles sont là, elles vont sur un autre secteur pour pas mettre en difficulté le personnel et
99 l'étudiant. Ça leur apportera rien d'être avec quelqu'un qui a pas envie d'encadrer...mais moi
100 je sais que ça ne me dérange pas d'encadrer et j'aime bien partager, donc...ça me dérange pas
101 d'avoir des étudiants, de les accompagner.

102 Enfin en étant même...assez... on communique beaucoup. Même pour les notations, les bilans,
103 on se regroupe un peu avant, ce que chacun a pensé. Pas faire un bilan seul sans l'avis du
104 personnel, même des aides-soignantes, même de toute l'équipe.

105 **D'accord. Par rapport...on a eu la même formation toi et moi, tu as eu aussi les**
106 **enseignements sur l'accompagnement des étudiants, est-ce que tu dirais que ces unités**
107 **d'enseignement, elles t'ont apporté quelque chose ? Ça a été un plus ou tu avais déjà une**
108 **vision de l'accompagnement ?**

109 Bin après je pense que ça se fait...enfin un peu comme ça vient. Donc, c'est bien de voir à
110 l'école l'encadrement, la prise en charge mais après...enfin je pense que ça se fait naturellement
111 et j'ai pas suivi ce qu'on m'a dit à l'école.

112 **Et c'est du coup en fonction en fonction de l'étudiant donc tu observes et tu parles avec**
113 **lui, tu disais, voir ce qu'il attend aussi...**

114 Ouais.

115 **...de son stage.**

116 Oui on s'adapte...

117 **Des deux côtés ?**

118 Ouais.

119 **Écoute, moi j'ai fini au niveau de mes questions. Je ne sais pas si tu as quelque chose à**
120 **rajouter vis -à-vis de ces questions-là ?**

121 Non, pas...pas spécialement.

122 **D'accord.**

Entretien numéro 5 SSR

1 **Marylise : Je te remercie de prendre ce temps avec moi. Comme j'ai dit à ta collègue, c'est**
2 **très gentil.**

3 IDE 5 : Pas de quoi.

4 **Hum, donc voilà, je suis là par rapport à mon TEFÉ, donc j'ai quelques questions. Je peux**
5 **te tutoyer ?**

6 Oui, oui bien sûr !

7 **Merci. J'ai quelques questions à te poser... à commencer donc, s'il te plaît par une petite**
8 **présentation, la date de ton diplôme, ton parcours professionnel soignant, l'expérience**
9 **que tu as dans ce service-ci et euh si tu es formée au tutorat ou pas ?**

10 D'accord. Alors bin je suis infirmière depuis 2006. Euh, j'ai commencé à travailler à XXX,
11 dans un service de médecine interne, euh, pendant à peu près 6 ans. Euh, bin ça m'a bien formée,
12 j'ai fait à peu près tous les soins qui peuvent exister. Et après je suis partie, j'ai fait de l'intérim,
13 pendant 1 an ou 2 je sais plus. Et après je suis venue ici. Ça fait, euh, ça fait 9 ans que je suis
14 là.

15 **Ah oui !**

16 Ouais. Et voilà. Après je n'ai pas de formation au tutorat. Euh, voilà.

17 **D'accord. Il y a des formations quand même des formations au tutorat qui vous sont**
18 **proposées au SSR ou pas nécessairement ?**

19 Mais ça veut dire quoi formation tutorat exactement ?

20 **En fait depuis quelques années il y a des organismes de formation qui proposent justement**
21 **aux infirmiers/infirmières de, d'avoir des bases pédagogiques pour pouvoir accompagner**
22 **les étudiants.**

23 Non. Euh après il y en quelques-unes dans notre service qui sont dédiées pour former les
24 étudiants mais on n'a pas eu de formation plus que ça.

25 **D'accord. Alors, là après j'ai 4 questions, le gros de mon cadre de référence. Alors la**
26 **question d'entrée...(rires) c'est la plus large ; pour toi, qu'est-ce que c'est prendre soin/le**
27 **soin ?**

28 Prendre soin ? de l'étudiant ou ... ???

29 **Prendre soin, c'est toi qui vois ce que tu englobes.**

30 Prendre soin c'est veiller sur l'autre et... et l'amener à...bon terme quoi, enfin. A un objectif.

31 **Du coup prendre soin, ce « prendre soin-là », pour toi il est valable aussi pour les patients**
32 **?**

33 Ah oui ! Parce qu'un patient, il a des objectifs. On lui donne des objectifs quand il arrive. Dans
34 n'importe quel service, et... son objectif par exemple c'est de rentrer à la maison, en marchant,
35 ou...voilà.

36 **D'accord. Et tu as quand même fait un parcours très différent qui t'a amenée ici. Est-ce**
37 **que tu dirais que ta vision du prendre soin elle a évolué depuis l'obtention de ton diplôme**
38 **et à travers tes différents postes ?**

39 **Est-ce que tu voyais le prendre soin pareil en 2006 qu'en 2010 que maintenant par**
40 **exemple ?**

41 Bin, disons que...oui en gros ça reste dans la même idée. Après c'est différent parce que j'étais
42 pas du tout dans le même service mais sinon grossièrement c'est pareil. Après on évolue parce
43 que on a des formations, on se repositionne par des nouvelles techniques. Mais sinon la base,
44 enfin dans l'esprit c'est la même chose. Après techniquement ça évolue.

45 **Oui. Donc c'est plutôt par rapport aux gestes techniques à tout ce qui a autour, tous les**
46 **protocoles qui évoluent, tout ça. Donc les protocoles aussi ça fait partie du prendre soin**
47 **de ce que tu mets en places, les gestes auprès du patient.**

48 Ah oui. Oui, oui.

49 **Et plus par rapport à la relation avec le patient, de ton point de vue, quelle place est-ce**
50 **que tu accordes à la relation soignant-soigné ? Patient et professionnel de soin ?**

51 Bin ici, euh, la relation qu'on essaie, enfin que j'essaie d'instaurer, c'est une relation de
52 confiance. Euh... Là où ils se sentent bien. À l'écoute. Euh...Après il y a plein de choses mais
53 je peux dire ça.

54 **D'accord. Donc la relation soignant-soigné ça passe par la confiance, par l'écoute ?**

55 **Qu'est-ce que...Est-ce que tu aurais une situation quoi te viendrais à l'idée, d'une relation**
56 **de confiance que tu as pu instaurer, pour me la décrire un petit peu ?**

57 Bin...un patient qui arrive dans un service...quand tu arrives ici, il est souvent angoissé, il est
58 perdu, il a plus ses repères. Euh...une personne âgée c'est très vite déstabilisé donc on essaie

59 d'être...de répondre très présent les premiers jours. Pour qu'il soit en confiance et que ça se
60 passe bien pour lui. Après des choses, des événements précis, pfff...

61 **Non, mais c'est bien, tu dis...on peut partir de là, tu dis répondre présent donc ça veut**
62 **dire, rester à l'écoute ? Être disponible ?**

63 Oui, voilà, c'est ça.

64 Après des exemples concrets, j'en ai...je...pourrais pas trop t'en dire mais...même avec la
65 famille, quand la famille amène leur parent dans le service, par exemple aujourd'hui j'ai fait
66 une entrée...euh, c'est un soin palliatif. Donc la fille l'a accompagné, il a changé de service, à
67 droite à gauche, et, euh...elle avait une sonde urinaire et ça sentait très fort.

68 Et bin je lui ai installé un diffuseur à huile essentielle, au citron et je suis repassée, je sais pas,
69 une petite heure après et la patiente elle avait le sourire, elle m'a dit qu'elle aimait beaucoup le
70 citron, sa fille elle était apaisée et, euh...elle a pu rentrer chez elle tu vois, tranquille. Je lui ai
71 donné notre numéro de téléphone pour euh, pour qu'elle appelle. La famille c'est hyper
72 important aussi. Parce que si le patient il sent que le...enfin, il n'y a pas que le patient qui
73 compte, c'est qu'il y a la famille aussi.

74 **Oui, tout l'environnement.**

75 Voilà. Si la famille est apaisée, le patient est apaisé et nous on travaille dans des très bonnes
76 conditions.

77 **Et par rapport, euh à ce diffuseur d'huile essentielle, du coup, on parlait de ton**
78 **expérience, est-ce que tu dirais que, enfin, est-ce que c'est quelque chose que tu as pu faire**
79 **parce que justement tu avais de l'expérience ? est-ce que tu aurais pu le faire en tout début**
80 **de parcours ?**

81 Bin, après ça c'est des...non.

82 **...prendre cette initiative, tu vois ?**

83 On le, on le fait ici, ça a été instauré ici. Enfin à l'époque, euh, on avait pas le temps de,
84 enfin...on y pensait même pas en fait. Mais c'est ici par les formations que certaines de mes
85 collègues ont eu sur les huiles essentielles bin on a installé ce petit protocole, voilà.

86 **D'accord. Donc il y a toute une réflexion autour de ce qui peut être mis en place pour le**
87 **patient, pour justement son confort...**

88 Ouais. Après c'est pas le même service, ici on fait plus de soins palliatifs donc on est plus dans
89 le confort dans le ...donc on...on réfléchit par rapport à ça. Et c'est pas le cas dans tous les
90 services en fait.

91 **Par exemple dans les services de médecine interne ?**

92 Ouais par exemple.

93 **C'est pas la même vision du soin ?**

94 Non, c'est pas que c'est pas la même vision mais il y a pas de soins palliatifs en médecine
95 interne. Donc euh... on ne va pas penser au diffuseur...

96 **On sera concentré sur autres choses...**

97 ...À l'époque en tout cas...Oui. Il y a d'autres choses plus urgentes que le diffuseur.

98 **...plus aigües aussi.**

99 C'est ça.

100 **C'est pas la même temporalité...Toujours dans la relation entre le soignant et le soigné,**
101 **est-ce que tu aurais, du coup, un exemple d'une situation ou cette relation n'aurait pas pu**
102 **se construire ?**

103 ...

104 **Un patient qui serait, voilà, un patient, avec qui ça ne passait pas ?**

105 Bin, ça, si d'entrée, si ça passe jamais, enfin, on va au-delà. Après s'il reste, je sais pas, euh, 3
106 mois ici et que au bout d'un moment...on passe la main. On fait en sorte qu'on aille plus
107 dans...chez ce patient par exemple. Ça arrive pas souvent non plus. Après des exemples...

108 **C'est plutôt malgré tout si jamais ça se passe pas bien on va s'appuyer sur l'équipe pour**
109 **pouvoir...**

110 Oui parce qu'il y a toujours les soins qui doivent continuer. Après on a ce luxe-là, hein. Donc
111 on s'en sert pour le bien du patient justement.

112 **Ok. Voilà. Alors j'ai encore 2 petites questions...**

113 Ouais ?

114 **Alors cette fois-ci c'est plus sur les, l'accompagnement des étudiants en soins infirmiers...**

115 Ouais...

116 **Euh, est-ce que...comment est-ce que toi tu accompagnes un étudiant, par rapport à tout**
117 **ce que ça te demande de mettre en place, la préparation de stage, euh, ce que tu...ouais, à**
118 **ce que tu dois faire en fait, toi en tant que...accompagnante ?**

119 Bin, moi je les ai jamais, enfin...on les a pas...on est pas dédiées à une personne, elle suit le
120 planning et ça peut changer du jour au lendemain l'infirmière. Donc après on programme pas
121 forcément. Après elle nous dit ces objectifs et on essaie de l'accompagner dans ce sens-là. Ça
122 dépend. (Téléphone de service qui sonne, l'infirmière répond).

123 **Et du coup tu dis, attends, qu'est-ce que tu disais...** (le téléphone sonne de nouveau,
124 l'infirmière répond, ça concerne une de ses patientes)

125 **Euh oui, tu disais, c'est de l'adaptation en fait, l'étudiant s'adapte à l'équipe mais du coup**
126 **au jour le jour...**

127 Normalement un étudiant ça a toujours les mêmes objectifs, plus ou moins, suivant les années
128 donc en fait on essaie, en fait, ouais. Ça dépend de chaque étudiant en fait.

129 **(L'infirmière n'est plus dans l'entretien depuis le coup de fil.)**

130 **Oui donc tu regardes quand même comment est l'étudiant, pour voir un peu...comment**
131 **il apprend ?**

132 Après ça dépend de ce qu'il y a à faire dans le service. Et puis y en a qui sont plus dégourdis que
133 d'autres. Donc tu les laisses faire des relèves, des pansements...d'autres tu peux pas...

134 **C'est une adaptation constante...**

135 Oui.

136 **Et plus par rapport à l'équipe et aux étudiants : en équipe comment est ce que vous faites**
137 **les transmissions au niveau des étudiants, tu sais, pour les bilans de mi-stage, de fin de**
138 **stage ?**

139 Bin, c'est celle qui, c'est les infirmières qui les ont eus le plus, donc elles se réunissent entre
140 elles et puis elles font le, l'évaluation...

141 **Le bilan, d'accord.**

142 Et après c'est la cadre qui valide.

143 **D'accord, très bien...et vous avez pas de cahier ? Je sais que sur certains établissements**
144 **ils ont des cahiers de liaison où chacun peut mettre « *aujourd'hui j'ai fait ça avec l'étudiant***
145 **»...**

146 Non. Mais c'est vrai que c'est une bonne idée.

147 **Parce que comme ça c'est facile de retrouver, euh ...**

148 Ouais mais, non je te dis, c'est les personnes qui suivent qui font le bilan...voilà.

149 **(L'infirmière est totalement ailleurs, j'abrège).**

150 **Et bin je te remercie...**

151 C'est bon ?

152 **Oui c'est très bien...**

153 Et bin merci.

154 **...passe une très bonne fin de journée...**

155 Toi aussi !

Entretien numéro 6 USLD

1 **Marylise : Je vais te demander s'il te plait de te présenter, euh, la date de ton diplôme, ton**
2 **parcours professionnel soignant, ton expérience dans ce service-ci et si tu es formée au**
3 **tutorat ou pas.**

4 IDE 6 : Ok, bon bin moi je suis Elsa, je suis diplômée depuis 2022, donc j'ai huit mois de
5 diplôme, donc en sortie d'école je me suis orientée, du coup, vers l'hôpital public, euh...j'avais
6 pas forcément fait de stage mais c'était important pour moi de commencer par l'hôpital public
7 pour me former un petit peu. Donc, euh, je suis venue sur le centre hospitalier de XXX. Le
8 premier poste qu'on m'a proposé c'est un poste de pool, un service où on remplace un petit peu
9 dans tous les services, je sais pas si tu connais ?

10 **Oui**

11 Donc j'ai pu faire un petit peu de médecine, donc plutôt diabéto, infectieux et tout ça et puis
12 après de la médecine générale donc qui va toucher un petit peu n'importe quelle pathologie. A
13 la suite de ça après avoir tourné dans les services j'ai vu un petit peu du court séjour gériatrique
14 et le long séjour. Aujourd'hui j'ai pris un poste au long séjour parce que c'est vrai que j'ai
15 beaucoup aimé la gériatrie et ça m'intéressait de travailler avec des personnes âgées sur un
16 temps un peu plus long que dans des services, euh, lambda, ou on va avoir vraiment un temps
17 de relationnel avec le patient qui reste très court par rapport à, aux maisons de retraite ou aux
18 services un petit peu, où l'hospitalisation est plus longue.

19 **Et tu es formée au tutorat ou pas ?**

20 Alors non. Actuellement non, par contre c'est prévu.

21 **D'accord (Pause)**

22 **La première question, elle est très large ; pour toi, c'est quoi, ça veut dire quoi prendre**
23 **soin ?**

24 Alors pour moi prendre soin ça va être global, c'est-à-dire que ça peut être autant de la prise en
25 charge de la pathologie à l'instant T, donc tout ce qui va être actes techniques, soins prescrits,
26 donc bin euh, sous prescription médicale ; ça peut être administration de thérapeutique qui va
27 viser en fait à soigner le patient, à le soulager donc, globalement, au niveau de la
28 symptomatologie mais pour moi ça englobe aussi toute la partie relationnelle. Pour moi le
29 prendre soin c'est vraiment accompagner le patient dans sa souffrance psychique et physique,
30 euh...dans l'instant T où on le rencontre, plus ou moins sur la durée, où on va partager ce
31 moment avec lui. Ça peut être autant du soin thérapeutique que du soin non thérapeutique. Par

32 les entretiens, par la parole, par tout ce qu'on a de non médicamenteux, le toucher, voilà. Pour
33 moi ça englobe vraiment tout ça le prendre soin.

34 **Tu parlais de tes passages comme en diabéto où la prise en charge est plus rapide, c'est**
35 **plus de l'aigu ; est-ce que tu dirais que le prendre soin il est vraiment très différent dans**
36 **ces services-là pour toi ?**

37 Alors, le prendre soin y est parce que moi je pense que le prendre soin c'est un peu une valeur,
38 tu vois ? En tant que soignant, quand on décide de faire ce métier-là, pour moi le prendre soin
39 il doit régir tous nos faits et gestes. Donc qu'on soit dans un service où le temps d'accueil du
40 patient...pour moi tu peux prendre soin aux urgences, tu vois ? Et pourtant le temps d'accueil,
41 le temps que tu vas passer avec le patient va être relativement court. Mais pour moi ce « *prendre*
42 *soin* » il est différent d'un service à un autre. Il existe, c'est-à-dire que dans un service où le
43 temps de partage avec le patient il est court, va falloir s'adapter à la situation rapidement, au
44 patient rapidement, sans forcément le connaître. Alors que dans les services comme celui dans
45 lequel je suis, le long séjour, c'est des services où on connaît les patients. On connaît la
46 pathologie, on connaît les familles, on connaît les dossiers, euh, la vie du patient. Donc ce
47 « *prendre soin* » on peut dire qu'il peut aller un peu plus loin, on va savoir comment aborder
48 les patients, alors que dans le prendre soin dans les services, euh, plus...comment on peut dire ?
49 Dans les services où on a moins le temps de présence avec le patient, ça va être, il va falloir
50 plus vite s'adapter et trouver des attitudes adéquates plus rapidement sans connaître le patient
51 vraiment.

52 **C'est intéressant ce que tu dis. Comme une valeur, ça sous-entend un positionnement,**
53 **quel que soit le service, en fait.**

54 C'est ça.

55 **Et alors ça me lance sur la deuxième question : sur la place que tu accordes à la relation**
56 **soignant-soigné ?**

57 Ah bin pour moi elle est au centre de tout. On peut rien faire sans une relation soignant soigné.
58 C'est-à-dire que, il faut pas oublier que le patient, en tout soin il y a un consentement à avoir.
59 Autant de la part du patient que du soignant, c'est-à-dire qu'il faut vraiment que le patient, il
60 nous dise bon bin voilà...après forcément que dans le quotidien ce serait te mentir que de te
61 dire qu'on demande à chaque fois au patient s'il est d'accord ou pas. Mais il y a des attitudes
62 qui font comprendre que le patient n'est pas d'accord, qu'il est en refus. Et on doit l'accepter,
63 ça fait vraiment partie de la relation soignant-soigné. Pour moi la relation soignant-soigné il va

64 y avoir une relation de confiance et pour moi c'est super important. D'ailleurs c'est ce qu'on
65 apprend à l'école, moi je sais qu'on la travaille avec ces valeurs-là dès le début ; on peut rien
66 faire sans la relation de confiance, qu'elle soit sur le court terme ou sur le long terme. C'est-à-
67 dire qu'il faut vraiment s'adapter au patient, euh...trouver les mots aussi parce que, des fois, tu
68 as des personnes qui vont pas forcément apprécier qu'on rentre dans leur intimité et ça c'est
69 super important de le respecter aussi. Comme tu as des gens qui vont vite se livrer, qui vont
70 accepter de tout te donner, autant physiquement que psychologiquement. Donc pour moi, la
71 relation soignant-soigné va vraiment être au cœur de la prise en charge du patient.

72 **Et quand cette relation de confiance elle ne s'établit pas, pour une raison...peu importe**
73 **la raison...qu'est-ce que tu fais à ce moment-là ?**

74 Alors moi dans un premier temps je cherche à comprendre pourquoi. Est-ce que ça vient de
75 moi ? Tu peux avoir chez certains patients ce qu'on appelle la projection ; c'est-à-dire que moi
76 aujourd'hui je me présente dans une chambre, je viens soigner monsieur X qui a une
77 pneumopathie et qui est là pour qu'on traite sa pneumopathie et puis quand je vais rentrer dans
78 sa chambre et bin il va voir en moi...je suis brune, les yeux bleus bin ça va lui rappeler sa petite
79 fille qui est décédée dans un accident de voiture il y a six mois...euh, et il va être complètement
80 dans le refus de soin, le refus de la prise en charge et alors à ce moment-là je vais chercher à
81 comprendre. Je vais lui dire, est-ce que ma présence, pas vous dérange mais est-ce que vous
82 avez envie que j'appelle quelqu'un d'autre ? Chez certains patients, tu as aussi des patients,
83 nous on a en eu dans le service notamment, qui refuse la prise en charge par des hommes. Qui
84 ne veulent pas que ce soient des hommes qui fassent la toilette. Donc pour moi c'est important
85 aussi d'entendre ce refus parce qu'on est humain, nous on est humains soignants mais les
86 patients sont humains aussi. Et donc ils ont le droit de refuser une prise en charge. Donc quand
87 la relation de confiance ne s'établit pas pour X raison, peut-être que, voilà, je rentre dans la
88 chambre, je vais faire un bilan de sang et puis je vais rater, la veine va exploser et ça va faire
89 mal au patient, ça va être très douloureux, nous en tant que soignants on est très frustrés parce
90 qu'on a pas fait correctement notre soin mais en plus on a fait du mal au patient ; donc la relation
91 de confiance ne s'établit pas et donc c'est très important de se remettre en question en tant que
92 soignant mais aussi de savoir passer le relais parce que des fois ce n'est pas de notre faute. Je
93 vais voir ma collègue, voilà je lui explique, le patient il est en refus de soin, je pense qu'il y a
94 quelque chose psychologiquement qui fait qu'il n'accepte pas que ce soit moi qui le prenne en
95 charge...ça fait peur aussi des fois quand on est étudiant, des fois les patients ils ne veulent pas
96 de nous parce qu'on sait pas faire ; qu'on apprend quand on est jeune diplômé. C'est important

97 de passer le relais quand on peut parce que moi dans le service du long séjour je suis seule
98 infirmière pour 30 patients donc le relais je peux pas le passer. Après pour moi la relation de
99 confiance, ça prend du temps. Il faut bien quelques semaines, quelques mois pour qu'ils voient
100 qu'on est acteur de la prise en charge et que la relation de confiance peut s'installer.

101 **Ma troisième question c'est plus sur l'axe des étudiants en soins infirmiers : comment est-**
102 **ce que tu accompagnes un étudiant en soins infirmiers qui est en stage avec toi ?**

103 Alors j'ai pas eu trop l'occasion pour l'instant d'encadrer des étudiants puisque je suis diplômée
104 depuis juillet. J'ai quand même eu quelques étudiants ; alors pour moi, déjà le plus important
105 c'est de faire visiter. D'accueillir, de se présenter déjà, moi je suis telle personne, j'ai fait ce
106 parcours-là. Toi, d'où tu viens ? Apprendre aussi à savoir d'où vient l'étudiant à savoir s'il y a
107 des choses de son passé qui font qu'il y a certains soins qu'il va pas apprécier ou il y a certaines
108 choses qui vont rebuter, qu'il n'a pas vu. Le parcours de soin, par exemple si on sait qu'il est
109 passé en chirurgie avant bin on sait que forcément il va savoir poser des VVP, qu'il a déjà fait,
110 déjà vu et que ça va être plus facile pour nous de l'accompagner à ce niveau-là. Donc de
111 l'accueillir. L'accueil ça donne le... tempo du stage. Quand on a un mauvais accueil et qu'on a
112 la boule au ventre bin on n'a pas envie de revenir sur le lieu de stage. Alors que quand on est
113 bien accueilli ça donne envie... de présenter aussi toute l'équipe parce que c'est important de
114 savoir qu'on est une multitude de professionnels au sein du service, euh... et puis après
115 l'accompagnement il va se faire à travers les objectifs de stage, voilà, savoir cibler un petit peu
116 ce que l'étudiant recherche bin, dans le stage, et savoir ce qu'il va falloir lui apporter, moins lui
117 apporter. Euh... Bin voilà, lui donner le temps aussi d'apprendre à connaître les patients parce
118 que c'est pas facile quand on arrive et que bin... surtout nous, on est un service de long séjour
119 où ce sont toujours les mêmes patients, euh, bin on a besoin de les accompagner à ce niveau-là.

120 Et puis après l'accompagnement, pour moi, il va se faire vraiment tout au long du stage. C'est-
121 à-dire s'il y a des questions, savoir répondre aux questions, l'accompagner sur ses différents
122 projets de soins, euh, lui faire voir des soins, autant des soins relationnels que des soins
123 techniques comme je te parlais tout-à-l'heure. Voilà, la présence s'il y a besoin de l'écouter de
124 l'encadrer, c'est très important ; tout en étant en sécurité, et pour le soignant et pour l'étudiant.
125 Moi je laisse pas faire n'importe quoi à n'importe quel étudiant, c'est-à-dire que si je vois que
126 l'étudiant il est pas capable et bin voilà, je vais lui proposer d'autres soins ou je vais lui dire
127 qu'il faut qu'on améliore certaines choses. Et puis quand je vois que le patient est aussi stressé
128 de faire le geste, je vais pas le lâcher, je vais pas lui dire : « *va faire ça* », je vais l'accompagner

129 aussi dans la présence. Euh et de lui laisser un petit peu d'autonomie. Je l'ai vécu, je sais ce que
130 c'est quand on est trop derrière les étudiants alors que les étudiants ils savent faire...forcément
131 je vais pas considérer un stage de première année, premier stage comme un stage de troisième
132 année, dernier stage. Forcément que le stage de dernière année, dernier stage il saura faire
133 certaines choses, peut-être qu'il y aura des choses qu'il ne saura pas faire mais il saura
134 certainement faire des choses que le première année ne saura pas faire. Donc pour moi c'est un
135 accompagnement qui se fait dans la globalité et puis surtout tout au long du stage s'assurer que
136 le stagiaire soit bien. Dans son stage, c'est très important. Voilà.

137 **Et au niveau de cet accueil par rapport à l'équipe, quels outils utilise l'équipe pour assurer**
138 **la continuité de l'accompagnement des étudiants ?**

139 Alors, euh...au niveau général bin on a un livret d'accueil qui présente un petit peu la structure,
140 qui présente aussi l'établissement. Je sais qu'il y a aussi une rencontre avec la cadre qui se fait
141 avant le stage pour expliquer un petit peu...euh, et au niveau infirmier bin on est en train de
142 mettre en place des fiches de suivi étudiant. Moi je sais que ça m'a beaucoup aidée, donc c'est
143 vrai que quand je suis arrivée dans le service bin je l'ai proposé. Bin voilà, quels sont les
144 différents soins que l'étudiant a vus et où est-ce qu'il en est dans son parcours. Euh...un petit
145 mot de chaque encadrant pour voir où se situe l'étudiant à leurs yeux aussi et pour moi c'est
146 important aussi pour l'étudiant d'arriver à cibler quels sont ses points forts, ses points faibles à
147 l'arrivée dans le stage et au départ du stage.

148 **D'accord.**

149 Pour moi c'est très important aussi que pendant les bilans l'étudiant soit présent. Il est hors de
150 question de faire un bilan sans la présence de l'étudiant, parce que ça permet déjà de, bin, qu'il
151 assiste, il a le droit de dire : « moi je suis pas d'accord, vous me validez pas cette compétence
152 mais ce jour-là, la patiente elle a chuté, j'ai su prendre les constantes, donc pour moi la situation
153 d'urgence elle est validée ». C'est important pour moi de se remettre en question...après, dans
154 la bonne logique des choses, hein, il faut faire les choses correctement et c'est important pour
155 moi aussi de laisser l'étudiant donner son avis et qu'il entende aussi les remarques qu'on a à lui
156 faire. Parce que balancer un bilan de stage coché, comme ça, signé, ça n'aide en rien à la
157 formation.

158 **C'est pas discuté et il n'y a pas d'argumentation.**

159 C'est ça, c'est ça.

160 **D'accord. C'était ma dernière question, je te remercie, c'est très complet.**

161 Je t'en prie ! J'espère que ça a pu t'aider.

162 **C'était super ! Tu m'as apporté plein de choses.**

163 Bin tant mieux !

Annexe IV : Grille d'analyse des entretiens

Thème	Question	Cadre de reference	Verbatim
Communication dans le soin	-Pour vous, c'est quoi prendre soin ?		
Objetisation du patient	<p>- Qu'est-ce que c'est pour vous la relation soignant-soigné ?</p> <p>- Et avez-vous un exemple de situation qui s'est plutôt bien passée ?</p> <p>Avez-vous un exemple de situation qui s'est mal passée ?</p>		
L'accompagnement de l'étudiant infirmier	<p>- Comment se construit en équipe l'encadrement des étudiants en soins infirmiers (transmissions des informations, organisation du stage) ?</p> <p>-Comment accompagnez-vous un étudiant en soins infirmiers (préparation, compétences à mobiliser)</p>		

Thème	Question	Cadre de référence	Verbatim
Communication dans le soin	-Pour vous, c'est quoi prendre soin ?	A quel soin se fier, conversation avec Winnicott : le cure, le care, la confiance et la technique vont de pair pour un soin complet.	
Objetisation du patient	- Qu'est-ce que c'est pour vous la relation soignant-soigné ? - Et avez-vous un exemple de situation qui s'est plutôt bien passée ? Avez-vous un exemple de situation qui s'est mal passée ?	Le rapport du soignant à certains soins, les stratégies d'adaptation, mécanismes de défense en jeux... Notion de juste distance	
L'accompagnement de l'étudiant infirmier	- Comment se construit en équipe l'encadrement des étudiants en soins infirmiers (transmissions des informations, organisation du stage) ? -Comment accompagnez-vous un étudiant en soins infirmiers (préparation, compétences à mobiliser) ?	Quelle est la communication en équipe autour de l'esi ? Quelle implication en dehors du tuteur, professionnels de proximité ? Les professionnels sont-ils au clair concernant le rôle et missions du tuteur/pro de proximité ? Y a-t-il des différences entre formés/non formés ?	

Annexe V : Grille d'analyse par entretien

Theme	Question	Cadre de reference	Verbatim IDE 1
Communication dans le soin	-Pour vous, c'est quoi prendre soin ?	À quel soin se fier, conversation avec Winnicott : le cure, le care, la confiance et la technique vont de pair pour un soin complet.	
Objetisation du patient	- Qu'est-ce que c'est pour vous la relation soignant-soigné ? - Et avez-vous un exemple de situation qui s'est plutôt bien passée ? -Avez-vous un exemple de situation qui s'est mal passée ?	Le rapport du soignant à certains soins, les stratégies d'adaptation, mécanismes de défense en jeux... Notion de juste distance	
L'accompagnement de l'étudiant infirmier	-Comment se construit en équipe l'encadrement des étudiants en soins infirmiers (transmissions des informations, organisation du stage) ? - Comment accompagnez-vous un étudiant en soins infirmiers (préparation, compétences à mobiliser) ?	À quel soin se fier, conversation avec Winnicott : le cure, le care, la confiance et la technique vont de pair pour un soin complet.	

Theme	Question	Cadre de reference	Verbatim IDE 1
Communication dans le soin	-Pour vous, c'est quoi prendre soin ?	À quel soin se fier, conversation avec Winnicott : le cure, le care, la confiance et la technique vont de pair pour un soin complet.	« C'est prendre en compte la personne la personne, dans sa globalité » L26 « Dans ses besoins au moment T » L27 « Dans ses besoins de la vie courante » L27 « Si on peut pallier à certaines choses » L30 « Ma vision du début ou j'ai été infirmière jusqu'à maintenant est la même » L38 « avoir l'œil soignant » L 53 « tout passe par la discussion, la communication avec les patients » L161
Objetisation du patient	- Qu'est-ce que c'est pour vous la relation soignant-soigné ? - Et avez-vous un exemple de situation qui s'est plutôt bien passée ? -Avez-vous un exemple de situation qui s'est mal passée ?	Le rapport du soignant à certains soins, les stratégies d'adaptation, mécanismes de défense en jeux... Notion de juste distance	« C'est le relationnel avec le patient quotidiennement » L49 « On connaît la personne dans sa globalité, on connaît les familles » L51 « une relation de confiance (...) on essaie d'instaurer surtout avec les patients qui ont des démences. » L58 « j'avais eu une relation les jours d'avants avec lui, voilà de confiance, on avait instauré beaucoup de discussions, parce qu'il arrivait à comprendre qu'il pouvait pas rentrer chez lui, mais comme il avait commencé à avoir des troubles cognitifs » L87 « une patiente qui est démente (...) il faut un peu dévier sur une autre discussion. » L150-151 « c'est très important la communication, par d'autre biais même si eux ne peuvent pas se faire comprendre on arrive par des pictogrammes (...) Ou des ardoises » L163-165
L'accompagnement de l'étudiant infirmier	-Comment se construit en équipe l'encadrement des étudiants en soins infirmiers (transmissions des informations, organisation du stage) ? - Comment accompagnez-vous un étudiant en soins infirmiers (préparation, compétences à mobiliser) ?	Quelle est la communication en équipe autour de l'esi ? Quelle implication en dehors du tuteur, professionnels de proximité ? Les professionnels sont-ils au clair concernant le rôle et missions du tuteur/pro de proximité ? Y a-t-il des différences entre formés/non formés ?	« les plannings » L232 « les tuteurs (...) il y en a deux » L232-233 « leurs objectifs » L235 « faire le bilan de mi stage avec les personnes avec qui l'étudiante a le plus tourné » L237 « le portfolio (...) on coche au crayon (...) on fait un bilan de fin de stage » L240-241 « j'aime beaucoup accompagner les étudiants (...) c'est aussi notre savoir-faire, notre expérience aussi qui fait que on aime bien accompagner les étudiants » L177-178 « C'est l'expérience (...) de la dextérité (...) dans les actes techniques » L191 « tout un panel qu'il faut tapisser » L195 « qu'on peut toujours trouver avec les compétences (...) ses capacités » L199-200 « faire confiance aussi aux étudiants » L206 « il faut être soudés pour que dans l'équipe, dans les patients, ça se passe bien et pas avoir trop de différences, de querelles entre nous » L209-210

Theme	Question	Cadre de reference	Verbatim IDE 2
Communication dans le soin	-Pour vous, c'est quoi prendre soin ?	À quel soin se fier, conversation avec Winnicott : le cure, le care, la confiance et la technique vont de pair pour un soin complet.	« c'est faire attention, être à l'écoute » L117 « Le confort, ses habitudes de vie » L118 « En englobant la famille évidemment » L119 « être attentif » L122 « l'accompagner dans ses gestes quotidiens » L122 « À son rythme » L123 « Respecter la pudeur » L123 « un recueil de données le plus complet possible » L129 « les urgences le prendre soin en fait, ils viennent pour un truc bien précis ; tu règles finalement le problème, enfin l'urgence et ils restent pas longtemps aux urgences » L150 « tous ces grands services techniques » L161 « Tu appliques des thérapeutiques. » L163
Objetisation du patient	- Qu'est-ce que c'est pour vous la relation soignant-soigné ? - Et avez-vous un exemple de situation qui s'est plutôt bien passée ? Avez-vous un exemple de situation qui s'est mal passée ?	Le rapport du soignant à certains soins, les stratégies d'adaptation, mécanismes de défense en jeux... Notion de juste distance	« il se passe un truc en service, tu l'as jamais fait, tu es un peu paniqué. Mais après j'ai pas aimé, ça va trop vite, justement t'as pas le temps de discuter. Euh, c'est assez froid » L154-156 « j'ai fait une formation Snoezelen » L167-168 « on a fait toucher-massage » L179 « il faut d'abord en avoir parlé, avoir instauré un climat de confiance » L194 « y a des patients tu sais pas pourquoi ça passe pas quoi. » L199-200 « il faut pas insister » L204 « si la personne arrive pas à l'expliquer ou autre, bon, bin faut passer la main quoi. Après sinon bin tu fais presque un passage en force et là...c'est pas bon, quoi. » L210 « on a fait l'humanité » L212 « c'est le collectif, hein, c'est pas une personne qui va faire mieux que l'autre, ça veut rien dire » L217 « des fois on peut être fatigué, on peut être moins réceptif » L220 « Il faut se faire confiance. » L221
L'accompagnement de l'étudiant infirmier	- Comment se construit en équipe l'encadrement des étudiants en soins infirmiers (transmissions des informations, organisation du stage) ? - Comment accompagnez-vous un étudiant en soins infirmiers (préparation, compétences à mobiliser) ?	Quelle est la communication en équipe autour de l'esi ? Quelle implication en dehors du tuteur, professionnels de proximité ? Les professionnels sont-ils au clair concernant le rôle et missions du tuteur/pro de proximité ? Y a-t-il des différences entre formés/non formés ?	« la première semaine on essaie de les faire tourner avec les AS» L49 « je vais demander quand même à celles qui ont tourné un peu avec la personne» L98-99 « que ce soit les AS ou les infirmières, on passe du temps» L108-109 « on a pas été formés » L32 « chacun est référent d'une élève » L33 « Deux par deux » L35 « au départ il y a beaucoup d'observations » L42 « Ça dépend de l'année de l'élève... si il est autonome, pas du tout autonome » L43 « t'essaies de connaître un peu la personne... voir si il y a des sensibilités, si il y a une approche un peu différente» L46 « la confiance » L57 « ça me demande beaucoup de travail » L82 « le bilan de mi stage » L96

Theme	Question	Cadre de reference	Verbatim IDE 3
Communication dans le soin	-Pour vous, c'est quoi prendre soin ?	À quel soin se fier, conversation avec Winnicott : le cure, le care, la confiance et la technique vont de pair pour un soin complet.	<p>« ça dépend le type de service » L21 « pas forcément que du médical » L23 « faire en sorte que la personne âgée se sente bien dans notre service » L 25 « autonomie » L 27 « c'est être là aussi également pour les familles » L29 « il y a le prendre soin infirmier » L32 « en médecine, prendre soin c'était vraiment faire en sorte que bah le patient il est pas bien, il est malade, il faut qu'on le soigne, ça va être protocole médical, voir avec le médecin pour un antibiotique, pansement, tout ce qu'il faut, pour qu'après il rentre chez lui » L37 « Prendre soin, c'est vraiment dans la globalité, c'est beaucoup plus psychologique idéalement » L41 « beaucoup de projets de vie, beaucoup de projets de soins » L119 « on travaille tous en équipe » L122</p>
Objetisation du patient	<p>- Qu'est-ce que c'est pour vous la relation soignant-soigné ?</p> <p>- Et avez-vous un exemple de situation qui s'est plutôt bien passée ?</p> <p>Avez-vous un exemple de situation qui s'est mal passée ?</p>	<p>Le rapport du soignant à certains soins, les stratégies d'adaptation, mécanismes de défense en jeux... Notion de juste distance</p>	<p>« on les accompagne sur la fin de leur vie » L55-56 « repères » L68 « Nous on guide beaucoup » L82 « en restant bienveillants bien évidemment et dans l'écoute » L86</p> <p>« connaître ses expressions faciales, enfin ses expressions corporelles » L05-106 « Fallait prendre le temps de l'écouter et de réagir » L111 « faut toujours expliquer tout ce qu'on fait » L152 « la relation soignant soigné est très importante mais tout en investissant un peu la fameuse distance » L158</p>
L'accompagnement de l'étudiant infirmier	<p>- Comment se construit en équipe l'encadrement des étudiants en soins infirmiers (transmissions des informations, organisation du stage) ?</p> <p>- Comment accompagnez-vous un étudiant en soins infirmiers (préparation, compétences à mobiliser) ?</p>	<p>Quelle est la communication en équipe autour de l'esi ? Quelle implication en dehors du tuteur, professionnels de proximité ?</p> <p>Les professionnels sont-ils au clair concernant le rôle et missions du tuteur/pro de proximité ? Y a-t-il des différences entre formés/non formés ?</p>	<p>« on essaye entre nous si on arrive à se croiser sinon ça va être en dehors de la structure, on s'échange par téléphone » L171-172 « d'avoir toutes justement la même ligne de conduite avec l'étudiant » L172-173 « les objectifs on les affiche dans le service » L180 « on demande quand même à l'étudiant, qu'est-ce que tu as fait, ou t'en es avec tes patients, au niveau de tes objectifs, qu'est-ce que tu as fait avec la précédente infirmière, comment tu fonctionnes ? » L181-183 « quelques jours avec les aides-soignantes pour apprendre à connaître les patients pour passer du temps justement avec les patients.» L135-138 « je demande aux étudiants en général c'est, pourquoi tu fais ça ? » L142 « c'est important parce que ça montre, finalement, le, l'intérêt, qu'à l'étudiant en fait à devenir infirmier ? » L144 « Si c'est plus de la technique qu'ils veulent voir, bin on va guider un peu plus dans la technique mais tout en restant quand même, en montrant qu'il faut rester très très, dans, la communication avec les personnes âgées » L147-149</p>

Theme	Question	Cadre de reference	Verbatim IDE 4
Communication dans le soin	-Pour vous, c'est quoi prendre soin ?	À quel soin se fier, conversation avec Winnicott : le cure, le care, la confiance et la technique vont de pair pour un soin complet.	« <i>c'est une globalité</i> » L13 « <i>tout est un soin</i> » L14 « <i>parler avec le patient est un soin</i> » L 16 « <i>je pense que c'est avec les services aussi. Si un jour je change de service elle changera encore et elle continuera d'évoluer tout au long de ma, ma carrière</i> » L 20-21
Objetisation du patient	- Qu'est-ce que c'est pour vous la relation soignant-soigné ? - Et avez-vous un exemple de situation qui s'est plutôt bien passée ? Avez-vous un exemple de situation qui s'est mal passée ?	Le rapport du soignant à certains soins, les stratégies d'adaptation, mécanismes de défense en jeux... Notion de juste distance	« <i>c'est sûr qu'il y a des patients qui te mettent plus à l'aise</i> » L34 « <i>je reste naturelle</i> » L 33-34 « <i>je tutoie pas les patients</i> » L35 « <i>il y a des liens qui se créent puisqu'ils restent généralement assez longtemps ici</i> » L 36-37 « <i>y en a à qui on s'attache aussi même si on dit il faut mettre la barrière professionnelle</i> » L39-40 « <i>si je me fais insulter ou si y en a qui essaient de frapper, je le prends pas mal</i> » L44 « <i>c'est du fait de sa pathologie</i> » L45
L'accompagnement de l'étudiant infirmier	- Comment se construit en équipe l'encadrement des étudiants en soins infirmiers (transmissions des informations, organisation du stage) ? - Comment accompagnez-vous un étudiant en soins infirmiers (préparation, compétences à mobiliser) ?	Quelle est la communication en équipe autour de l'esi ? Quelle implication en dehors du tuteur, professionnels de proximité ? Les professionnels sont-ils au clair concernant le rôle et missions du tuteur/pro de proximité ? Y a-t-il des différences entre formés/non formés ?	« <i>on se regroupe pour ce qui serait le plus intéressant et adapté selon, bin le, première, deuxième, troisième année, leurs objectifs et voir avec elles ce qu'elles cherchent à voir pour que ce soit adapté le plus possible</i> » L92-93 « <i>y en a qui aiment moins prendre en charge des étudiants</i> » L97 « <i>on communique beaucoup</i> » L102 « <i>Même pour les notations, les bilans, on se regroupe un peu avant, ce que chacun a pensé. Pas faire un bilan seul sans l'avis du personnel, même des aides-soignantes, même de toute l'équipe</i> » L102-104 « <i>on a pas de personnes désignées dans le service pour les stagiaires</i> » L73 « <i>j'essaie au maximum de...d'expliquer tout ce que je fais pour qu'après elle prenne le relais. Enfin surtout au début de leur stage, de bien leur montrer le logiciel</i> » L80-82 « <i>d'essayer d'être bien à l'écoute de leurs attentes de leurs objectifs de stage et de bien les accompagner tout au long et essayer de leur faire voir le maximum de choses</i> » L83-84 « <i>ça me dérange pas d'encadrer et j'aime bien partager</i> » L100

Theme	Question	Cadre de reference	Verbatim IDE 5
Communication dans le soin	-Pour vous, c'est quoi prendre soin ?	À quel soin se fier, conversation avec Winnicott : le cure, le care, la confiance et la technique vont de pair pour un soin complet.	« Prendre soin c'est veiller sur l'autre et... et l'amener à...bon terme » L30 « un patient, il a des objectifs. On lui donne des objectifs quand il arrive » L32 « on évolue parce que on a des formations, on se repositionne par des nouvelles techniques. Mais sinon la base, enfin dans l'esprit c'est la même chose » L41 « il y a toujours les soins qui doivent continuer » L109
Objetisation du patient	- Qu'est-ce que c'est pour vous la relation soignant-soigné ? - Et avez-vous un exemple de situation qui s'est plutôt bien passée ? Avez-vous un exemple de situation qui s'est mal passée ?	Le rapport du soignant à certains soins, les stratégies d'adaptation, mécanismes de défense en jeux... Notion de juste distance	« la relation qu'on essaie, enfin que j'essaie d'instaurer, c'est une relation de confiance. Euh... Là où ils se sentent bien. À l'écoute » L50-51 « une personne âgée c'est très vite déstabilisé donc on essaie d'être...de répondre très présent les premiers jours. Pour qu'il soit en confiance et que ça se passe bien pour lui » L57-59 « il y a pas que le patient qui compte, c'est qu'il y a la famille aussi » L71-72 « Si la famille est apaisée, le patient est apaisé et nous on travaille dans des très bonnes conditions » L74-75 « formations » L83 « protocole » L84 « ici on fait plus de soins palliatifs donc on est plus dans le confort dans le ...donc on...on réfléchit par rapport à ça. Et c'est pas le cas dans tous les services en fait » L87-89
L'accompagnement de l'étudiant infirmier	- Comment se construit en équipe l'encadrement des étudiants en soins infirmiers (transmissions des informations, organisation du stage) ? -Comment accompagnez-vous un étudiant en soins infirmiers (préparation, compétences à mobiliser) ?	Quelle est la communication en équipe autour de l'esi ? Quelle implication en dehors du tuteur, professionnels de proximité ? Les professionnels sont-ils au clair concernant le rôle et missions du tuteur/pro de proximité ? Y a-t-il des différences entre formés/non formés ?	« c'est les infirmières qui les ont eus le plus, donc elles se réunissent entre elles et puis elles font le, l'évaluation » L138-139 « c'est la cadre qui valide » L141 « on est pas dédiées à une personne, elle suit le planning » L118-119 « on programme pas forcément » L119-120 « elle nous dit ses objectifs et on essaie de l'accompagner dans ce sens-là » L120 « Ça dépend de chaque étudiant » L127 « ça dépend de ce qu'il y a faire dans le service » L131

Theme	Question	Cadre de reference	Verbatim IDE 6
Communication dans le soin	-Pour vous, c'est quoi prendre soin ?	A quel soin se fier, conversation avec Winnicott : le cure, le care, la confiance et la technique vont de pair pour un soin complet.	« ça va être global » L24 « actes techniques, soins prescrits » L25 « administration de thérapeutique » L26 « soigner le patient, à le soulager » L27 « ça englobe aussi toute la partie relationnelle » L28 « c'est vraiment accompagner le patient dans sa souffrance psychique et physique » L29 « c'est vraiment accompagner le patient dans sa souffrance psychique et physique » L32 « ce prendre soin il est différent d'un service à un autre » L41
Objetisation du patient	- Qu'est-ce que c'est pour vous la relation soignant-soigné ? - Et avez-vous un exemple de situation qui s'est plutôt bien passée ? Avez-vous un exemple de situation qui s'est mal passée ?	Le rapport du soignant à certains soins, les stratégies d'adaptation, mécanismes de défense en jeux... Notion de juste distance	« dans un service où le temps de partage avec le patient il est court, va falloir s'adapter à la situation rapidement, au patient rapidement » L42 « elle est au centre de tout » L57 « il y a des attitudes qui font comprendre que le patient n'est pas d'accord » L61 « trouver les mots » L67 « Tu peux avoir chez certains patients ce qu'on appelle la projection » L75 « je vais chercher à comprendre » L80 « savoir passer le relais » L92 « ça fait peur aussi des fois quand on est étudiant, des fois les patients ils ne veulent pas de nous parce qu'on sait pas faire ; qu'on apprend quand on est jeune diplômé » L95
L'accompagnement de l'étudiant infirmier	-Comment se construit en équipe l'encadrement des étudiants en soins infirmiers (transmissions des informations, organisation du stage) ? - Comment accompagnez-vous un étudiant en soins infirmiers (préparation, compétences à mobiliser) ?	Quelle est la communication en équipe autour de l'esi ? Quelle implication en dehors du tuteur, professionnels de proximité ? Les professionnels sont-ils au clair concernant le rôle et missions du tuteur/pro de proximité ? Y a-t-il des différences entre formés/non formés ?	« on a un livret d'accueil » L139 « il y a aussi une rencontre avec la cadre qui se fait avant le stage » L140 « des fiches de suivi étudiant » L142 « c'est très important aussi que pendant les bilans l'étudiant soit présent » L149 « le plus important c'est de faire visiter. D'accueillir, de se présenter » L104 « Quand on a un mauvais accueil et qu'on a la boule au ventre bin on n'a pas envie de revenir sur le lieu de stage » L111 « présenter aussi toute l'équipe » L113 « savoir cibler un petit peu ce que l'étudiant recherche » L115 « lui donner le temps aussi d'apprendre à connaître les patients » L117 « savoir répondre aux questions, l'accompagner sur ses différents projets de soins, euh, lui faire voir des soins, autant des soins relationnels que des soins techniques » L121 « tout en étant en sécurité, et pour le soignant et pour l'étudiant » L124 « pour moi c'est important aussi pour l'étudiant d'arriver à cibler quels sont ses points forts, ses points faibles à l'arrivée dans le stage et au départ du stage » L145

Annexe VI : Grilles d'analyse par questions

Cadre de référence	Verbatim : toutes les IDE
---------------------------	----------------------------------

Cadre de référence	Verbatim :toutes les IDE
<p>Quelle place accordez-vous à la relation soignant-soigné ?</p>	<p>« C'est le relationnel avec le patient quotidiennement » (IDE 1, L49) « On connaît la personne dans sa globalité, on connaît les familles » (IDE 1, L51) « une relation de confiance (...) on essaie d'instaurer surtout avec les patients qui ont des démences » (IDE 1, L58) « j'avais eu une relation les jours d'avants avec lui, voilà de confiance, on avait instauré beaucoup de discussions, parce qu'il arrivait à comprendre qu'il pouvait pas rentrer chez lui, mais comme il avait commencé à avoir des troubles cognitifs » (IDE 1, L87) « une patiente qui est démente (...) il faut un peu dévier sur une autre discussion » (IDE 1, L150-151) « c'est très important la communication, par d'autre biais même si eux ne peuvent pas se faire comprendre on arrive par des pictogrammes (...) Ou des ardoises » (IDE 1, L163-165) « il se passe un truc en service, tu l'as jamais fait, tu es un peu paniqué. Mais après j'ai pas aimé, ça va trop vite, justement t'as pas le temps de discuter. Euh, c'est assez froid » (IDE 2, L154-156) « j'ai fait une formation Snoezelen » (IDE 2, L167-168) « on a fait toucher-massage » (IDE 2, L179) « il faut d'abord en avoir parlé, avoir instauré un climat de confiance » (IDE 2, L194) « y a des patients tu sais pas pourquoi ça passe pas quoi » (IDE 2, L199-200) « il faut pas insister » (IDE 2, L204) « si la personne arrive pas à l'expliquer ou autre, bon, bin faut passer la main quoi. Après sinon bin tu fais presque un passage en force et là...c'est pas bon, quoi » (IDE 2, L210) « on a fait l'humanité » (IDE 2, L212) « c'est le collectif, hein, c'est pas une personne qui va faire mieux que l'autre, ça veut rien dire » (IDE 2, L217) « des fois on peut être fatigué, on peut être moins réceptif » (IDE 2, L220) « Il faut se faire confiance » (IDE 2, L221) « on les accompagne sur la fin de leur vie » (IDE 3, L55-56) « repères » (IDE 3, L68) « Nous on guide beaucoup » (IDE 3, L82) « en restant bienveillants bien évidemment et dans l'écoute » (IDE 3, L86) « connaître ses expressions faciales, enfin ses expressions corporelles » (IDE 3, L105-106) « Fallait prendre le temps de l'écouter et de réagir » (IDE 3, L111) « faut toujours expliquer tout ce qu'on fait » (IDE 3, L152) « la relation soignant-soigné est très importante mais tout en investissant un peu la fameuse distance » (IDE 3, L158) « c'est sûr qu'il y a des patients qui te mettent plus à l'aise » (IDE 4, L34) « je reste naturelle » (IDE 4, L33-34) « je tutoie pas les patients » (IDE 4, L35) « il y a des liens qui se créent puisqu'ils restent généralement assez longtemps ici » (IDE 4, L36-37) « y en a à qui on s'attache aussi même si on dit il faut mettre la barrière professionnelle » (IDE 4, L39-40) « si je me fais insulter ou si y en a qui essaient de frapper, je le prends pas mal » (IDE 4, L44) « c'est du fait de sa pathologie » (IDE 4, L45) « la relation qu'on essaie, enfin que j'essaie d'instaurer, c'est une relation de confiance. Euh... Là où ils se sentent bien. A l'écoute » (IDE 5, L50-51) « une personne âgée c'est très vite déstabilisé donc on essaie d'être...de répondre très présent les premiers jours. Pour qu'il soit en confiance et que ça se passe bien pour lui. » (IDE 5, L57-59) « il y a pas que le patient qui compte, c'est qu'il y a la famille aussi » (IDE 5, L71-72) « Si la famille est apaisée, le patient est apaisé et nous on travaille dans des très bonnes conditions » (IDE 5, L74-75) « formations » (IDE 5, L83) « protocole » (IDE 5, L84) « ici on fait plus de soins palliatifs donc on est plus dans le confort. Et c'est pas le cas dans tous les services en fait » (IDE 5, L87-89) « dans un service où le temps de partage avec le patient il est court, va falloir s'adapter à la situation rapidement, au patient rapidement » (IDE 6, L42) « il y a des attitudes qui font comprendre que le patient n'est pas d'accord » (IDE 6, L61) « trouver les mots » (IDE 6, L67) « Tu peux avoir chez certains patients ce qu'on appelle la projection » (IDE 6, L75) « je vais chercher à comprendre » (IDE 6, L80) « savoir passer le relais » (IDE 6, L92)</p>

« ça fait peur aussi des fois quand on est étudiant, des fois les patients ils ne veulent pas de nous parce qu'on sait pas faire ; qu'on apprend quand on est jeune diplômé » (IDE 6, L95)

Cadre de référence	Verbatim : tous les IDE
<p>Comment accompagnez-vous un étudiant en soins infirmiers ?</p>	<p>« j'aime beaucoup accompagner les étudiants (...) c'est aussi notre savoir-faire, notre expérience aussi qui fait que on aime bien accompagner les étudiants » (IDE 1, L177-178)</p> <p>« C'est l'expérience (...) de la dextérité (...) dans les actes techniques » (IDE 1, L191)</p> <p>« tout un panel qu'il faut tapisser » (IDE 1, L195)</p> <p>« qu'on peut toujours trouver avec les compétences (...) ses capacités » (IDE 1, L199-200)</p> <p>« faire confiance aussi aux étudiants » (IDE 1, L206)</p> <p>« il faut être soudés pour que dans l'équipe, dans les patients, ça se passe bien et pas avoir trop de différences, de querelles entre nous » (IDE 1, L209-210)</p> <p>« on a pas été formés » (IDE 2, L32)</p> <p>« chacun est référent d'une élève » (IDE 2, L33)</p> <p>« Deux par deux » (IDE 2, L35)</p> <p>« au départ il y a beaucoup d'observations » (IDE 2, L42)</p> <p>« Ça dépend de l'année de l'élève... si il est autonome, pas du tout autonome » (IDE 2, L43)</p> <p>« t'essaies de connaître un peu la personne... voir si il y a des sensibilités, si il y a une approche un peu différente » (IDE 2, L46)</p> <p>« la confiance » (IDE 2, L57)</p> <p>« ça me demande beaucoup de travail » (IDE 2, L82)</p> <p>« le bilan de mi stage » (IDE 2, L96)</p> <p>« ce que je demande aux étudiants en général c'est, pourquoi tu fais ça ? » (IDE 3, L142)</p> <p>« c'est important parce que ça montre, finalement, le, l'intérêt, qu'à l'étudiant en fait à devenir infirmier » (IDE 3, L144)</p> <p>« Si c'est plus du technique qu'ils veulent voir, bin on va guider un peu plus dans le technique mais tout en restant quand même, en montrant qu'il faut rester très très, dans, la communication avec les personnes âgées » (IDE 3, L147-149)</p> <p>« on a pas de personnes désignées dans le service pour les stagiaires » (IDE 4, L73)</p> <p>« j'essaie au maximum de... d'expliquer tout ce que je fais pour qu'après elle prenne le relais. Enfin surtout au début de leur stage, de bien leur montrer le logiciel » (IDE 4, L80-82)</p> <p>« d'essayer d'être bien à l'écoute de leurs attentes de leurs objectifs de stage et de bien les accompagner tout au long et essayer de leur faire voir le maximum de choses » (IDE 4, L83-84)</p> <p>« ça me dérange pas d'encadrer et j'aime bien partager » (IDE 4, L100)</p> <p>« on est pas dédiées à une personne, elle suit le planning » (IDE 5, L118-119)</p> <p>« on programme pas forcément » (IDE 5, L119-120)</p> <p>« elle nous dit ces objectifs et on essaie de l'accompagner dans ce sens-là » (IDE 5, L120)</p> <p>« Ça dépend de chaque étudiant » (IDE 5, L127)</p> <p>« ça dépend de ce qu'il y a à faire dans le service » (IDE 5, L131)</p> <p>« le plus important c'est de faire visiter. D'accueillir, de se présenter » (IDE 6, L104)</p> <p>« Quand on a un mauvais accueil et qu'on a la boule au ventre bin on n'a pas envie de revenir sur le lieu de stage » (IDE 6, L111)</p> <p>« présenter aussi toute l'équipe » (IDE 6, L113)</p> <p>« savoir cibler un petit peu ce que l'étudiant recherche » (IDE 6, L115)</p> <p>« lui donner le temps aussi d'apprendre à connaître les patients » (IDE 6, L117)</p> <p>« savoir répondre aux questions, l'accompagner sur ses différents projets de soins, euh, lui faire voir des soins, autant des soins relationnels que des soins techniques » (IDE 6, L121)</p> <p>« tout en étant en sécurité, et pour le soignant et pour l'étudiant » (IDE 6, L124)</p> <p>« pour moi c'est important aussi pour l'étudiant d'arriver à cibler quels sont ses points forts, ses points faibles à l'arrivée dans le stage et au départ du stage » (IDE 6, L145)</p>

Cadre de référence	Verbatim : tous les IDE
<p>Comment se construit en équipe l'encadrement des étudiants en soins infirmiers (transmissions des informations, organisation du stage) ?</p>	<p>« les plannings » (IDE 1, L232) « les tuteurs (...) il y en a deux » (IDE 1, L232-233) « leurs objectifs » (IDE 1, L235) « faire le bilan de mi stage avec les personnes avec qui l'étudiante a le plus tourné » (IDE 1, L237) « le portfolio (...) on coche au crayon (...) on fait un bilan de fin de stage » (IDE 1, L240-241) « la première semaine on essaie de les faire tourner avec les AS » (IDE 2, L49) « je vais demander quand même à celles qui ont tourné un peu avec la personne » (IDE 2, L98-99) « que ce soit les AS ou les infirmières, on passe du temps » (IDE 2, L108-109) « on essaye entre nous si on arrive à se croiser sinon ça va être en dehors de la structure, on s'échange par téléphone » L171-172) « d'avoir toutes justement la même ligne de conduite avec l'étudiant » (IDE 3, L172-173) « les objectifs on les affiche dans le service » (IDE 3, L180) « on demande quand même à l'étudiant, qu'est-ce que tu as fait, ou t'en es avec tes patients, au niveau de tes objectifs, qu'est-ce que tu as fait avec la précédente infirmière, comment tu fonctionnes ? » (IDE 3, L181-183) « quelques jours avec les aides-soignantes pour apprendre à connaître les patients pour passer du temps justement avec les patients » (IDE 3, L135-138) « on se regroupe pour ce qui serait le plus intéressant et adapté selon, bin le, première, deuxième, troisième année, leurs objectifs et voir avec elles ce qu'elles cherchent à voir pour que ce soit adapté le plus possible » (IDE 4, L92-93) « y en a qui aiment moins prendre en charge des étudiants » (IDE 4, L97) « on communique beaucoup » (IDE 4, L102) « Même pour les notations, les bilans, on se regroupe un peu avant, ce que chacun a pensé. Pas faire un bilan seul sans l'avis du personnel, même des aides-soignantes, même de toute l'équipe » (IDE 4, L102-104) « c'est les infirmières qui les ont eus le plus, donc elles se réunissent entre elles et puis elles font le, l'évaluation » (IDE 5, L138-139) « c'est la cadre qui valide » (IDE 5, L141) « on a un livret d'accueil » (IDE 6, L139) « il y a aussi une rencontre avec la cadre qui se fait avant le stage » (IDE 6, L140) « des fiches de suivi étudiant » (IDE 6, L142) « c'est très important aussi que pendant les bilans l'étudiant soit présent » (IDE 6, L149)</p>

Cadre de référence	Verbatim : tous les IDE
<p style="text-align: center;">Inattendu</p> <p>Pour vous, c'est quoi prendre soin ?</p> <p>Quelle place accordez-vous à la relation soignant-soigné ?</p> <p>Comment accompagnez-vous un étudiant en soins infirmiers ?</p>	<p>« <i>Moi je pense que le prendre soin c'est un peu une valeur</i> » (IDE 6, L37)</p> <p>« <i>J'ai jamais pris un numéro et je sais qu'il y a des collègues qui gardent contact avec les patients en dehors</i> » (IDE 4, L56-57)</p> <p>« <i>Il faut pas oublier que le patient, en tout soin il y a un consentement à avoir. Autant de la part du patient que du soignant</i> » (IDE 6, L 58)</p> <p>« <i>C'est que j'ai été dans un CHU</i> » (IDE 1, L 221)</p> <p>« <i>C'est très grand et vraiment on a été très bien, euh, enfin personnellement mais je suis pas la seule à le penser, très bien entourés par le cadre, par les cadres infirmiers, aides-soignants, et c'est vrai que comme c'est un CHU, c'est universitaire donc, ils sont là pour apprendre aussi et je pense qu'il y a ça aussi qui fait que j'aime bien pouvoir aussi encadrer les élèves quoi</i> » (IDE 1, L 221-225)</p>

Annexe VII : Autorisation de diffusion du mémoire



AUTORISATION DE DIFFUSION DU TRAVAIL DE FIN D'ÉTUDES

Annexe de la procédure relative à la conservation et à la diffusion des TFE.

Ne peut être diffusé qu'un travail de fin d'études ayant obtenu une note supérieure ou égale à 15/20 à l'écrit, sous réserve d'être sélectionné par l'équipe pédagogique.

Remarque : aucun étudiant ne peut s'opposer à la conservation (archivage) par l'E.R.F.P.P. de son travail de fin d'études en version papier (5 ou 10 ans) et en version numérique (illimitée).

Je soussignée (Prénom. NOM) : Marylise BERARD

Promotion : 2020-2023

Autorise, sans limitation de temps, l'IFSI-E.R.F.P.P. G.I.P.E.S d'Avignon et du Pays de Vaucluse

à **diffuser** le travail de fin d'étude que j'ai effectué en tant qu'étudiant en soins infirmiers : (Titre du TEFE)

« *La communication, facteur d'influence de la relation soignant-soigné et gage de la qualité des soins* »

En version papier (au centre de documentation de l'E.R.F.P.P.) :

Oui ■

En version numérique - PDF (sur le catalogue en ligne du centre de documentation) :

Oui ■

Je soussignée, Berard Marylise, déclare avoir été informé(e) des conditions d'intégration, de diffusion et de conservation de mon travail de fin d'études par l'E.R.F.P.P. G.I.P.E.S. d'Avignon et du pays de Vaucluse et les accepter sans limite de temps. Ces conditions sont précisées dans la procédure relative à la conservation et à la diffusion des TFE consultable en annexe du cahier des charges du travail de fin d'étude.

Avignon, le 30/05/2023

Signature: **Berard Marylise**

La communication, facteur d'influence de la relation soignant-soigné et gage de la qualité des soins

Résumé :

Ce mémoire aborde la question de la communication et de la relation comme outils du soin, avec le patient, au sein de l'équipe soignante et avec l'étudiant infirmier. La recherche que j'ai effectuée pour ce travail de fin d'études dans les domaines de la psychologie, des sciences de l'éducation, des soins infirmiers, de l'éthique et de la loi m'a permis de mettre en évidence les éléments suivants : communiquer ne va pas de soi et l'essence du soin est avant tout relationnelle. La communication est essentielle pour instaurer une relation de confiance. Pour acquérir des connaissances sur le sujet, j'ai entrepris une enquête de terrain auprès de six infirmières (trois jeunes diplômées et trois expérimentées) dans des services de courte, moyenne et longue durée afin de confronter mes lectures avec la réalité du terrain. Cette enquête exploratoire, avec des entretiens semi-directifs basés sur des questions courtes prédéterminées dans le but de m'aider à garder un thème précis, m'a permis de tirer la conclusion suivante : avec le recul, on peut affirmer que c'est la communication autour de l'étudiant infirmier qui est le plus problématique. Un manque d'outil et de formation au tutorat ne permettent pas à l'étudiant infirmier de tirer pleinement profit de la période de stage. Une communication efficiente participant au développement d'une posture propice à la qualité des soins pour l'étudiant infirmier, c'est sur ces paramètres que s'ouvre une nouvelle perspective de recherche sur ce sujet.

238 mots

Mots clés : Communication, Formation, Étudiant en soin infirmiers, Tutorat, Qualité des soins

Communication, a factor influencing the relationship between the carer and the patient and a guarantee of the quality of care

Abstract:

This end of course assignment addresses the issue of communication and relationship as tools of care, with the patient, within the healthcare team and with the nursing student. Indeed, without relationship between the carer and the patient there can be no care. The research I carried out for this dissertation in the fields of psychology, educational sciences, nursing, ethics and law enabled me to highlight the following elements: communicating is not a given and the essence of care is above all relational. Communication is key to building trust. To gain knowledge on the subject, I undertook a field study of six nurses (three young graduates and three experienced) in short, medium and long-term services to compare my readings with the reality of the field. This exploratory survey, with semi-directional interviews based on predetermined short questions to help me keep a specific theme, allowed me to draw the following conclusion: in retrospect, we may assert that it is the communication around the nursing student that is most problematic. A lack of tools and tutoring training does not enable the nursing student to take full advantage of the work placement period. An efficient communication contributing to the development of a posture supportive of the quality of care for the nursing student, it is on these parameters that a new research perspective opens up on this issue.

224 words

Keywords: Communication, Education, Nursing Student, Tutoring, Quality of Care