

MEKRINI Smahane

Promotion 2021/2024



L'accompagnement au cœur du soin



Mémoire de fins d'études

UE 5.6 S6 Analyse de la qualité et traitement de données scientifiques et professionnelles

Directrice de mémoire Mme BALLOIS Dorothée

Date de remise du travail : 20/05/2024



Remerciements

À ma directrice de mémoire, Mme BALLOIS Dorothée qui a su mettre en place un accompagnement pédagogique porteur de sens et qui, au-delà de son accompagnement lors de ce travail, a su incarner la bienveillance tout au long de ma formation. Elle m'a conseillée, guidée et soutenue et je la remercie pour son implication.

À mon mari et à mes trois petits garçons, pour qui ce parcours n'a pas été simple à certains moments. Leur force et leur accompagnement m'ont permis d'atteindre le bout de cette formation.

À ma famille, qui m'a soutenue et qui a cru en ma réussite.

À mes copines d'école, Léa, Mailys, Laurie, qui sont devenues des amies pour la vie et pour toutes les belles personnes que j'ai pu rencontrer.

A l'ensemble de l'équipe pédagogique pour leurs investissements.

MERCI

Table des matières

1	Introduction	1
2	Situation d'appel.....	1
2.1	Description de la situation	1
2.2	Questionnement	4
3	Question de départ.....	5
4	Cadre de référence.....	6
4.1	Législation et définitions	6
4.1.1	L'accompagnement d'un patient en fin de vie	9
4.1.2	L'accompagnement pédagogique	11
4.1.3	Les émotions.....	15
5	Enquête exploratoire.....	17
5.1	Outil utilisé	17
5.2	Population choisie	18
5.3	Lieux d'investigation.....	18
5.4	Guide d'entretien	18
5.5	Grille d'analyse.....	19
5.6	Analyse : Entretien par entretien	20
5.7	Synthèse de l'enquête exploratoire.....	32
5.8	Limite de l'enquête.....	33
6	Problématique.....	33
7	Question de recherche	34
8	Conclusion.....	34
9	Bibliographie	35
10	Annexe.....	I
	Annexe I : Guide d'entretien	II

Annexe II : Grille d'analyse	III
Annexe III : Retranscription des entretiens	IV
Annexe IV : Tableaux d'analyse des entretiens	XXVI
Annexe V : Demande d'autorisation d'entretien.....	LXXI
Annexe VI : Autorisation	LXXII
Annexe : Autorisation de diffusion du travail	LXXV

1 Introduction

Mon travail de fin d'étude repose sur une situation lors de mon dernier stage de 1^{ère} année dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

Le contexte de cette situation me mène à me questionner sur différents aspects de la prise en charge de patients en fin de vie, des émotions qui peuvent altérer ou au contraire améliorer cette prise en soins, mais également sur le point de vue du stagiaire infirmier et de la gestion pédagogique qui s'articule autour de son apprentissage.

2 Situation d'appel

2.1 Description de la situation

Étudiante en soin infirmier, j'effectue mon dernier stage de 1^{ère} année dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

L'établissement est composé de 3 étages pour un total de 85 patients. Au niveau de l'effectif, on retrouve 5 infirmières (Infirmières diplômées d'État) dont une intérimaire, 8 aide soignantes (AS), 3 agents des services hospitaliers (ASH), 1 psychologue et 1 psychomotricien, ainsi que la cadre de santé et le médecin coordinateur.

Dans le cadre de ce stage, je suis amenée à prendre en charge 3 patients avec différentes pathologies. Mes horaires varient d'une semaine à l'autre.

Lors de la situation, je me trouve en horaire d'après-midi depuis plusieurs jours. Durant cette plage horaire, le rythme est différent, il y a moins de soins et cela me permet de prendre en charge des patients qui ne me sont pas attribués.

Ce jour-là, je prends en soin Mme Bono, âgée de 88 ans, qui est là depuis plusieurs années, à la suite d'un maintien à domicile impossible. Ne connaissant pas cette patiente, avant de me rendre en chambre, l'infirmière que je nommerais Joy me présente celle-ci en me précisant qu'elle se

trouve en soins palliatifs depuis plusieurs semaines. Je ne savais pas ce que cela impliquait sur le moment. Elle me précise également que dans la semaine, elle avait subi une fausse route lors du repas en chambre. Cette patiente souffre d'Alzheimer à un stade très avancé.

Depuis sa fausse route, une prescription a été établie en plus de ses traitements habituels, des aérosols pour fluidifier les muqueuses, de l'oxygène (O₂) à 2 L/min, ainsi qu'un patch SCOPODERM® afin de réduire l'encombrement bronchique par réduction du volume de sécrétions.

Je prépare mon chariot satellite avec le matériel nécessaire à la pose de son aérosol et me dirige vers sa chambre. Je tape à la porte et rentre. Je m'aperçois rapidement que la patiente a du mal à respirer. Sa fréquence respiratoire est élevée et elle se trouve en polypnée malgré le masque O₂. Ses doigts sont cyanosés. La patiente semble souffrir, elle émet de petits cris et son visage semble douloureux, elle est très agitée.

J'avertis Joy, qui se déplace immédiatement et qui procède à une aspiration afin de dégager les voies aériennes, mais sans succès. Le kinésithérapeute avait déjà essayé à plusieurs reprises dans la matinée. Elle augmente l'O₂ à 6 L, sort de la chambre et téléphone au médecin.

Le médecin indique d'appliquer le protocole du service concernant les patients en soins palliatifs. Je ne connais pas ce protocole. Je demande à Joy de quoi il s'agit, elle me répond tout en marchant dans le couloir : « La patiente s'étouffe, on va la soulager, vient avec moi, je vais te montrer les médicaments ». À ce moment-là de ma formation, avec les compétences et connaissances que j'ai acquises, son explication me semble anodine, je ne fais pas encore de liens concrets, car je n'ai pas encore reçu l'apport théorique nécessaire. Je ne mesure pas les effets et le but de ce protocole. L'association de la morphine et de l'Hypnovel® dans cette situation ne m'alerte pas, car pour moi, la morphine « c'est pour soulager la douleur » et l'Hypnovel® m'est inconnu. Je n'ose pas demander plus d'information, car l'infirmière me semble pressée.

Une fois arrivée en salle de soins, Joy m'explique que nous allons administrer en premier la morphine à la patiente afin de la « soulager », elle sort le médicament qui se trouve dans une boîte fermée à clé et prépare sa dilution. Joy me montre également le protocole qui est affiché dans la salle de soin. Étant sur ce lieu de stage depuis seulement quelques jours, je n'avais pas

encore vu tous les protocoles. Sur celui-ci, on peut lire différents critères qui correspondent à l'état de Mme Bono : Fréquence respiratoire supérieure ou égale à 30, Saturation inférieure ou égale à 90 %...

Après cela, nous nous dirigeons ensuite dans la chambre de la patiente. Joy administre la préparation de la morphine sans expliquer son geste à la patiente. La patiente est somnolente avec des phases de gémissement et d'agitations. Elle ne répond pas lorsque nous lui indiquons notre présence. Joy rassure la patiente, elle lui adresse quelques mots : « Ça va aller, Mme Bono ». Elle m'explique par la suite que nous repasserons dans une vingtaine de minutes afin d'appliquer le reste du protocole, c'est-à-dire l'Hypnovel®.

Une vingtaine de minutes plus tard, elle me propose de préparer avec elle l'Hypnovel® afin de pouvoir m'évaluer sur mes compétences. L'ambiance est plus détendue, elle ne me met pas de pression et m'explique comment procéder. Cependant, elle ne m'explique pas les propriétés de ce médicament et je ne demande pas non plus. Elle m'indique simplement que cela va la détendre un peu, ce qui me suffit pour le moment.

À la suite de cela, nous nous rendons dans la chambre avec la préparation de l'Hypnovel. Mme Bono est moins agitée, mais son état ne s'est pas amélioré. En effet, la patiente est aréactive et semble encore en détresse respiratoire...

J'administre l'Hypnovel en annonçant mon soin, mais la patiente ne me répond pas, sa fréquence respiratoire est saccadée, je ne communique pas davantage avec elle. Joy m'indique que le médecin arrive et que je peux en attendant aller finir mes autres soins. Elle reste en chambre avec une aide-soignante afin de surveiller l'état de la patiente. Sur le moment, j'aurais préféré rester dans la chambre afin de suivre l'évolution de notre prise en charge, mais l'aide-soignante veut rester également, donc je me rends auprès des autres patients. Je n'ose pas demander de rester, car ayant des toilettes au lit à effectuer sur certains des autres patients, je ne veux pas prendre du retard ou que l'équipe pense que je ne souhaite pas m'en charger. Le reste de l'après-midi s'écoule et je prends des nouvelles de Mme Bono à plusieurs reprises, j'apprends par une aide-soignante que la patiente est décédée.

À ce moment-là, je ne comprends pas pourquoi la patiente est décédée, je pensais que nous allions la soulager afin de l'aider à aller mieux. Je me demande s'il y a eu des complications.

Je demande à l'aide-soignante ce qui s'est passé et elle me répond que nous ne pouvions plus rien faire à part la soulager. Je comprends instantanément que le protocole appliqué ne sert pas à améliorer l'état de santé, mais à limiter les souffrances en fin de vie. Je me suis mise à part et j'ai pleuré, je n'ai pas compris la visée de ce soin et donc je ne me suis pas préparé psychologiquement à ce que la patiente décède à la suite de cela. Je n'ai pas eu le temps de me mettre en accord avec moi-même et l'idée que je me fais du métier d'IDE. J'ai conscience de ne pas pouvoir accompagner tout le monde vers la guérison, cependant je me demande : « Est-ce que j'aurais effectué ce soin, si j'avais compris ? »

2.2 Questionnement

Dans cette situation, plusieurs sujets me questionnent. Pour commencer, que représentent pour moi les soins palliatifs ? Est-ce un protocole courant en EHPAD ? Ma représentation lors de ce stage est que les patients en soins palliatifs souffrent d'une maladie grave. Ma vision est incomplète et je ne mesure pas encore le processus décisionnel derrière ce choix thérapeutique.

Aujourd'hui, je sais que ces soins visent à améliorer la qualité de vie des patients atteints de maladies graves, mais également que ces patients se trouvent en phase terminale. Ils sont destinés à soulager la douleur et les autres symptômes, mais ils ne sont pas curatifs.

Dans la situation décrite, la patiente est en effet en soins palliatifs depuis plusieurs semaines, du fait que son état se dégrade et qu'aucun traitement curatif ne peut être mis en place.

C'est dans le cadre de la fin de prise en charge en soins palliatifs que des protocoles de sédation profonde et continue peuvent être mis en place. Pour cette patiente, j'ai appris plus tard qu'une réunion collégiale avec les différents professionnels de santé a eu lieu afin d'ajouter Mme Bono sur la liste des personnes en soins palliatifs, car les traitements qu'elle subissait s'apparentaient à de l'acharnement thérapeutique. Mme Bono était au clair avec cela.

Cependant, n'ayant pas les connaissances nécessaires lors de la situation pour comprendre le protocole, cela me heurte, malgré que je sache que notre prise en charge est légale et protocolisée. Ce sentiment de confusion me mène à me demander à quel moment la sédation est vraiment bénéfique aux patients ? Sont-ils maîtres de cette décision ? Si cela est le cas, comment différencier cela de l'euthanasie sachant que cela mène irrévocablement à la mort ?

Cette réflexion me mène également à m'interroger sur l'objectivation du patient. Dans ma situation, à aucun moment le consentement de la patiente n'est à nouveau demandé par l'IDE. Le protocole est appliqué de manière mécanique sans considération pour le patient et son ressenti. Je me demande alors si cela est un mécanisme de défense de la part du professionnel ? Ressentons-nous plus de difficultés à accompagner des patients en fin de vie que nous connaissons depuis plusieurs années ? Cela explique-t-il un certain détachement ?

Les émotions sont particulièrement importantes dans le domaine des soins de santé, car nous devons être capables de connaître nos limites afin d'offrir un soutien émotionnel adapté aux patients et à leur famille. Dans cette situation, mes émotions ont pris le dessus, car mes représentations spirituelles de la mort et de l'accompagnement en fin de vie sont à l'opposé de ce soin.

Cette prise en charge qui était peut-être anodine pour l'infirmière m'a profondément touché. En effet, étant encore élève, il me manque des connaissances et des compétences permettant d'appréhender au mieux les situations et les soins. En service, ces compétences sont mobilisées grâce à l'accompagnement des professionnels de terrain. J'ai eu l'impression que le manque d'information sur le protocole, les soins palliatifs et le projet de soin de la patiente m'ont mis en grandes difficultés émotionnelles et m'ont poussé à me questionner sur le fait d'être capable ou non d'effectuer ce soin dans le cadre de mes fonctions. Un accompagnement différent aurait peut-être fait émerger un autre questionnement.

3 Question de départ

La situation vécue et le questionnement qui en découle m'amènent à réfléchir à la question suivante :

En quoi la prise en soin d'un patient en fin de vie, nécessite-t-elle l'accompagnement singulier d'un étudiant infirmier afin d'appréhender au mieux ses émotions ?

4 Cadre de référence

4.1 Législation et définitions

Afin d'introduire mon travail de recherche sur l'accompagnement en fin de vie, je me base sur la législation en vigueur en matière de soins et de prise en charge des patients.

En France, depuis les années 80 à aujourd'hui, de nombreuses avancées législatives en matière de soins et de prise en charge du patient ont vu le jour.

Cela débute en 1986 avec la circulaire Laroque qui précise la prise en charge de la douleur dans sa globalité. De nombreuses lois ont suivi par la suite afin de renforcer ce mouvement en faveur du patient, de sa prise en soin et de l'accompagnement qui peut être mis en place durant sa fin de vie.

La loi Kouchner de 2002 relative aux droits des malades et à la qualité des systèmes de santé signa le début des débats concernant notamment la notion d'acharnement thérapeutique et de l'institution de la personne de confiance. Par la suite, la Loi Leonetti de 2005 relative aux droits des patients en fin de vie voit le jour. Le législateur y précise « la sédation comme moyen de soulagement des souffrances rebelles », « l'acharnement thérapeutique devient l'obstination déraisonnable » et « l'institution des directives anticipées ».

Malgré le développement de ses lois, la plus grande partie des citoyens français sont en faveur de l'euthanasie, mais aucune révision n'est envisagée avant 2012, avec le rapport Sicard qui fait suite à une demande du gouvernement de faire un état des lieux des soins palliatifs et d'organiser des débats publics.

Ce rapport met en évidence les inquiétudes des concitoyens français concernant leur peur de subir un acharnement thérapeutique, de souffrir et d'être mal accompagné. Il précise également le nombre de lits ouverts identifiés en soins palliatifs et le nombre d'unités de soins palliatifs insuffisantes.

Ces débats publics ouvrent la réflexion sur de nouvelles perspectives afin de renforcer le droit des malades en fin de vie. Pour cela, une nouvelle loi dite Claeys/Leonetti

En 2016, elle est adoptée.

Cette loi qui vient renforcer celle de 2005 instaure le développement des soins palliatifs, la création d'un droit à demander une sédation et le renforcement des directives anticipées afin d'assurer que les volontés des patients soient respectées.

Le développement des soins palliatifs : augmentation des moyens et des unités de soins palliatifs

Droit à demander une sédation : qui reste protocolisé et qui précise qu'il ne s'agit pas d'un droit à l'euthanasie ou d'un suicide assisté et qui n'est pas un droit à mourir.

Art.1110-5-2 : À la demande du patient d'éviter toute souffrance et de ne pas subir d'obstination déraisonnable, une sédation profonde et continue provoquant une altération de la conscience maintenue jusqu'au décès, associée à une analgésie et à l'arrêt de l'ensemble des traitements de maintien en vie, est mise en œuvre dans les cas suivants :

1° Lorsque le patient atteint d'une affection grave et incurable et dont le pronostic vital est engagé à court terme présente une souffrance réfractaire aux traitements ;

2° Lorsque la décision du patient atteint d'une affection grave et incurable d'arrêter un traitement engage son pronostic vital à court terme et est susceptible d'entraîner une souffrance insupportable.

Lorsque le patient ne peut pas exprimer sa volonté et, au titre du refus de l'obstination déraisonnable mentionnée à l'article L. 1110-5-1, dans le cas où le médecin arrête un traitement de maintien en vie, celui-ci applique une sédation profonde et continue provoquant une altération de la conscience maintenue jusqu'au décès, associée à une analgésie.

La sédation profonde et continue associée à une analgésie prévue au présent article est mise en œuvre selon la procédure collégiale définie par voie réglementaire qui permet à l'équipe soignante de vérifier préalablement que les conditions d'application prévues aux alinéas précédents sont remplies.

À la demande du patient, la sédation profonde et continue peut-être mise en œuvre à son domicile, dans un établissement de santé ou un établissement mentionné au 6e du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles.

L'ensemble de la procédure suivie est inscrit au dossier médical du patient.

Renforcement des directives anticipées : elles s'imposent sauf en cas d'urgence vitale et en faisant disparaître la notion de durée de validité.

La vision de l'Organisation mondiale de la Santé sur les soins palliatifs a évolué au rythme des besoins de la population. Ils constatent que seule une partie infime des patients qui ont besoin de soins palliatifs en bénéficient réellement, car la mise en place des programmes, des ressources et des formations de professionnels de santé afin d'améliorer l'accès à ces services n'est pas adaptée.

Selon l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé), « les soins palliatifs améliorent la qualité de vie des patients et de leur famille confrontée aux problèmes associés à des maladies potentiellement mortelles, qu'ils soient d'ordre physique, psychosocial ou spirituel. » Cette définition de cette prise en charge évolue au fil des années en parallèle avec les textes de lois, en 1990, selon l'OMS :

« Les soins palliatifs sont des soins actifs, complets, donnés aux malades dont l'affection ne répond pas au traitement curatif ». La lutte contre la douleur et d'autres symptômes et la prise en considération des problèmes psychologiques, sociaux et spirituels sont primordiales. Le but des soins palliatifs est d'obtenir la meilleure qualité de vie possible pour les malades et leur famille.

« De nombreux éléments des soins palliatifs sont également applicables au début de l'évolution de la maladie, en association avec un traitement anticancéreux ». Les soins palliatifs affirment la vie et considèrent la mort comme un processus normal, ne hâtent ni ne retardent la mort, procurent un soulagement de la douleur et des autres symptômes pénibles, intègrent les aspects psychologiques et spirituels dans les soins aux malades, offrent un système de soutien pour aider les malades à vivre aussi activement que possible jusqu'à la mort, offrent un système de soutien qui aide la famille à tenir pendant la maladie du patient et leur propre deuil. »

En 1999, la loi « Droits de la personne malade et des usagers du système de santé » vient encadrer cette prise en charge et va mener au programme national de développement des soins palliatifs.

Ce programme apporte des précisions :

« Les soins palliatifs cherchent à améliorer la qualité de vie des patients et de leur famille, face aux conséquences d'une maladie potentiellement mortelle, par la prévention et le soulagement

de la souffrance, identifiée précocement et évaluée avec précision, ainsi que le traitement de la douleur et des autres problèmes physiques, psychologiques et spirituels qui lui sont liés ».

« Les soins palliatifs procurent le soulagement de la douleur et des autres symptômes gênants, soutiennent la vie et considèrent la mort comme un processus normal, n'entendent ni accélérer ni repousser la mort, intègrent les aspects psychologiques et spirituels des soins aux patients, proposent un système de soutien pour aider les patients à vivre aussi activement que possible jusqu'à la mort, offrent un système de soutien qui aide la famille à tenir pendant la maladie du patient et leur propre deuil, utilisent une approche d'équipe pour répondre aux besoins des patients et de leurs familles en y incluant si nécessaire une assistance au deuil ».

« Peuvent améliorer la qualité de vie et influencer peut-être aussi de manière positive l'évolution de la maladie, sont applicables tôt dans le décours de la maladie, en association avec d'autres traitements pouvant prolonger la vie, comme la chimiothérapie et la radiothérapie, et incluent les investigations qui sont requises afin de mieux comprendre les complications cliniques gênantes et de manière à pouvoir les prendre en charge. »

4.1.1 L'accompagnement d'un patient en fin de vie

Afin de parler de l'accompagnement d'un patient en fin de vie, j'ai trouvé intéressant de confronter ces définitions avec la conférence de consensus de 2004 organisée par la Direction générale de la Santé, la Ligue nationale contre le cancer et la Fondation de France, qui s'intitule « l'accompagnement des personnes en fin de vie et de leurs proches », qui se situe dans le prolongement du rapport « Fin de vie et accompagnement » de Marie de Hennezel, qui a été remis en octobre 2003 au Ministre de la Santé Jean François Mattei.

En effet dans cette conférence, diverses questions sont abordées par le jury, qui poussent inévitablement à une réflexion sur l'accompagnement en fin de vie et qui me poussent à effectuer des recherches afin de comprendre « qu'est-ce que l'accompagnement » d'un patient, mais aussi d'un patient en fin de vie.

Différentes versions pour définir l'accompagnement existent. Dans l'ouvrage "Accompagnement" de Anne-Marie MOTTAZ, cadre de santé formatrice, l'auteur parle du concept d'accompagnement comme difficilement définissable. Elle explique que ce terme prendra son essor dans le champ professionnel au fil des années que ce soit dans la santé,

le social ou l'éducation, « ce qui augmente la difficulté d'en cerner le sens et ne permet pas actuellement de le considérer comme stabilisé ».

La définition classique dans les dictionnaires Français s'apparente aux termes de soutenir, entourer, guider, mener, mais ces termes ne sont que le fondement de base de tout ce qui englobe l'accompagnement d'un malade, d'autant plus d'un malade en fin de vie.

Lorsque nous revenons à la conférence, il est indiqué que « l'accompagnement est un processus dynamique qui engage différents partenaires dans un projet cohérent au service de la personne, soucieux de son intimité et de ses valeurs propres ». La pluridisciplinarité de cet accompagnement a été déterminée comme une responsabilité collective par le législateur avec la loi de juin 1999 visant à garantir les droits à l'accès aux soins palliatifs, mais également la loi de mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Cependant, même s'il est nécessaire d'aborder l'accompagnement en équipe, je pense qu'il s'agit également d'une démarche dynamique, participative et personnelle qui permettrait aux soignants d'accompagner jusqu'au bout la personne, notamment en fin de vie, en tenant compte de sa singularité, de son adaptation face à la maladie, et cela de façon cohérente.

L'accompagnement relève des bonnes pratiques professionnelles, tout au long du processus de sa maladie, le patient est accompagné par étape et selon ses capacités à intégrer certaines notions. Le développement de son état va faire évoluer la relation pendant la prise en charge. Cette adaptation aux changements laisse place « au prendre soin » qui est définie dans ce consensus comme : « Prendre soin nécessite compétence, attention, écoute, tact et discrétion afin de préserver le sens et la justesse des décisions adoptées dans la concertation ».

Je pense que l'initiative la plus adaptée est de respecter les droits des malades en fin de vie afin de faciliter ce qu'ils souhaitent exprimer pour pouvoir prendre en compte et intégrer leur demande, ce qui facilitera notre accompagnement.

La prise en charge de ce moment qui est inévitable impose donc une dynamique transdisciplinaire afin d'intégrer non seulement les différents acteurs professionnels, mais également les proches, la famille ainsi que le malade lui-même.

« La mort n'est pas le mot de la fin, mais un sujet d'étude éternel » cet accompagnement vers la mort donne tout son sens à cette phrase écrite par le psychologue Philip D. Jaffé dans la

préface du livre « Morts et deuils en milieux scolaire regards pédagogiques, cliniques et socioculturels ».

En effet, étudier nos réactions, comportements à adapter et accompagnement face à la mort est un sujet qui se développe de façon continue, tel l'être humain est singulier.

La mort est un événement inéluctable ne cessant de questionner le monde, quelle que soit la catégorie professionnelle, culturelle ou socioculturelle, c'est un sujet qui touche tout le monde. L'aspect philosophique qu'apporte Jacques RICOT dans son ouvrage « La philosophie en fin de vie » sur la mort inéluctable tend à penser qu'en général, « la mort se présente comme un événement biologique auquel chaque membre de l'espèce humaine ne saurait échapper » mais aussi que donner un sens uniquement biologique à cet événement est ambivalent, car si la mort est naturelle et que c'est le destin inéluctable de la vie cellulaire et de la sénescence, cela équivaut à penser qu'on ne peut pas mourir d'une maladie ou d'un accident.

Ce paradoxe questionne d'autant plus qu'il s'agit d'une pensée que tout un chacun pourrait avoir. Lorsque nous rencontrons une personne qui nous apprend le décès d'un proche, mort de « vieillesse » ou de « mort naturelle » suggère-t-il qu'il y a une autre forme de mort ? Pas seulement biologique mais dû à un facteur favorisant ? C'est pour cela que je pense qu'on ne peut pas juste inscrire la mort dans une loi biologique, et que c'est un sujet d'étude en constante évolution et adaptation.

L'accompagnement en fin de vie doit également prendre en compte le processus d'apprentissage du soignant afin de pouvoir adapter le soin dans toutes ces spécificités, pour le patient ainsi que pour l'apprenant.

4.1.2 L'accompagnement pédagogique

Lorsque nous parlons de pédagogie, nous avons tendance à imaginer la pédagogie de l'enfant dans ses premières années d'apprentissage, dans la façon dont l'adulte s'adresse à lui, dans son éducation. C'est la première définition que donne le dictionnaire LAROUSSE : « Ensemble des méthodes utilisées pour éduquer les enfants et les adolescents ». Mais alors qu'en est-il des adultes ? Cette notion de pédagogie, d'accompagnement, est pourtant essentielle dans différentes phases de leur vie.

Le rôle d'une personne pédagogue prend en compte les aspects de l'enseignant, mais également ceux de l'apprenant. Les rôles sont définis comme complémentaires.

Pour comprendre ces aspects, je me suis basé sur le modèle du triangle pédagogique de Jean Houssaye qui définit « tout acte pédagogique comme l'espace entre 3 sommets : « l'enseignant, l'étudiant, et le savoir ».

Les 3 sommets de ce triangle sont reliés par différents aspects de la relation. « La relation didactique : est le rapport qu'entretient l'enseignant avec le savoir et qui lui permet d'enseigner, la relation pédagogique : est le rapport qu'entretient l'enseignant avec l'étudiant et qui permet le processus de « former », enfin la relation d'apprentissage : est le rapport que l'élève va construire avec le savoir dans sa démarche pour « apprendre ».

Afin de pouvoir lier les phases précédentes et à ma situation d'appel, je vais faire référence à l'article de Nadia Peoc'h « Le MAAP, un modèle de compréhension d'une pratique d'accompagnement de l'étudiant en soins infirmiers » qui parle des modes d'accompagnements pédagogiques personnalisés qui est un modèle opératoire de compréhension d'une pratique d'accompagnement de l'étudiant en soins infirmiers du point de vue du cadre formateur en IFSI.

Cela me permet de superposer le point de vue de la personne encadrante en IFSI avec celui de la personne qui encadre lors de l'accompagnement d'un étudiant infirmier.

L'auteur parle des « modes d'accompagnement pédagogique », elle en définit 3 principaux, le MAPt, le MAPa et le MAPd, qu'elle détaille ainsi :

Le Mode d'Accompagnement Pédagogique transmissif (MAPt) s'intéresse à l'apprentissage de l'étudiant au regard de la théorie et pose la question de comment il apprend.

Le Mode d'Accompagnement Pédagogique appropriatif (MAPa) s'inscrit dans l'articulation entre les terrains de stage et le développement personnel de l'étudiant au regard de son vécu expérientiel.

Le Mode d'Accompagnement Pédagogique dialogique (MAPd) prend en compte l'étudiant en l'aidant à développer la prise de conscience qu'il a de lui-même, dans ses valeurs, ses modes de fonctionnement affectif, émotionnel et intellectuel.

L'ensemble de ces trois modes préfigure un accompagnement dont la visée éthique ambitionne la professionnalisation de l'étudiant en soins infirmiers.

Pour prendre l'exemple de ma situation, je pense que l'élément manquant a été « la relation pédagogique est le rapport qu'entretient l'enseignant avec l'étudiant et qui permet le processus former ». En effet, mon interlocuteur lors de la situation a su mettre à profit son savoir afin d'agir, mais le lien d'apprentissage inexistant ne m'a pas permis à mon tour d'apprendre afin de me forger mon propre fondement du savoir et de comprendre la situation.

Cette conclusion me mène sur un questionnement qui concerne la fonction du tutorat. Les enjeux, les difficultés pouvant être rencontrées par le tuteur et les choses qui peuvent impacter sa transmission du savoir.

Dans son article de Nadia Peoc'h indique « qu'en pédagogie, le tuteur est une personne qui permet à une autre personne ou à un groupe d'individus (apprentis, étudiants, élèves, adultes en formation et en quête de savoir) d'apprendre à se connaître lui-même par le biais de sa formation. Par ailleurs, la connaissance de soi jamais achevée, sans arrêt remodelée et toujours en chantier, permettrait de construire son identité personnelle et sociale au fil du temps qui passe et à venir, situant l'apprenant dans son « être au monde ». Cette explication laisse entrevoir la complexité et la responsabilité qui accompagne le tutorat.

Au-delà de la fonction que chacun arbore, se cache l'être humain. C'est la difficulté qui peut souvent émerger. On peut se poser la question de savoir si, lors d'un accompagnement, c'est le titre ou l'humain qui domine ? Que ressent le tuteur lorsque des situations qui peuvent également le toucher se manifestent ? Comment adopter une attitude enveloppante, rassurante, bienveillante et s'assurer que l'étudiant en face est prêt à affronter la situation, si le tuteur lui-même adopte des attitudes d'évitement comme mécanismes de défense ? Est-ce que l'usure professionnelle entre en jeu ?

Je pense que dans une situation telle que celle vécue, l'humain se confronte à l'humain. L'élément manquant qui aurait permis un accompagnement porteur de sens n'est pas juste lié à ce qui est écrit dans les livres ou à certains concepts prédéfinis.

Cette réflexion me pousse donc à me questionner sur les ressentis et les émotions qui se développent lorsque nous sommes confrontés à l'autre, mais également sur l'effet que peut avoir l'institution sur le comportement d'un soignant.

Dans l'article « Élaboration d'un questionnaire d'investigation des mécanismes de défense chez les soignants (QIMDS) » de Marie-Louise Costantini-Tramoni, Jean-Baptiste Lanfranchi et Anne Lancelot, les auteurs parlent d'un processus complexe selon 3 facteurs : social, organisationnel et intra personnel qui contribuent, toujours selon les auteurs, à un syndrome d'usure professionnelle.

Dans certains cas, cela peut expliquer la réaction de certains professionnels. Néanmoins, dans l'article, il y a une prédominance du facteur inter professionnel qui est « le plus difficile à aborder, tant l'interaction avec les autres facteurs est importante »

Comme indiqué par Canoui, Mauranges, 1999, Delbrouck, 2003 et Manoukian, 2009, « une des conséquences les plus préjudiciables de ce syndrome d'usure professionnelle du soignant, dans le cadre de la dimension relationnelle du soin, est, alors, l'objectivation, voire la déshumanisation du patient. En effet, l'aspect émotionnel de cette relation est déjà considéré par les soignants comme une source de tensions psychologiques supplémentaires ».

Nous pouvons également supposer que l'encadrement d'un élève infirmier est une source de tension psychologique supplémentaire, car comme indiqué dans l'article, ce syndrome peut être accentué « la politique de soins actuelle oblige les soignants à accomplir des tâches de plus en plus lourdes et complexes, avec des moyens constants, voire plus limités ». Ces contraintes ne permettent pas d'atteindre la qualité du travail exigée, alors que la société a fait des idéaux d'excellence une valeur dominante.

L'accompagnement « idéal » d'un élève infirmier est également attendu comme valeur dominante de référence. Cependant, cet aspect ne prend pas en compte la globalité du processus qui se joue autour de l'accompagnement. Dans l'article il est mentionné que plusieurs auteurs (Canoui, Mauranges, 1999 ; Morasz, 1999 ; Ruzniewski, 1995) ont constaté que le soignant, en fonction de ses ressources psychiques propres, emploie des mécanismes de défense, afin de s'adapter.

4.1.3 Les émotions

Selon le dictionnaire Larousse, l'émotion est définie comme une : « réaction affective transitoire d'assez grande intensité, habituellement provoquée par une stimulation venue de l'environnement ».

En effet, les réactions émotionnelles sont naturelles, la question est de savoir comment y faire face et de quelle manière l'exprimer : verbale, non verbale ou comportementale. Nous répondons tous à une émotion de manière singulière et inattendue, le tout est de connaître nos limites et de savoir lorsqu'une situation nous touche plus particulièrement. Comme le dit Huynh Truc, Alderson et Thompson dans leur article dans « Recherche en Soins Infirmiers » : « Le fait que l'engagement émotionnel des infirmières envers leurs patients transcende les limites des sentiments personnels, contribue à la qualité et à l'excellence des soins infirmiers », en effet les émotions contribuent à l'empathie et à la qualité des soins, néanmoins, elles peuvent également les altérer. Comme ils l'expliquent, l'engagement émotionnel transcende les limites des sentiments personnels, à ce titre, le risque est donc que des situations nous renvoient à certaines expériences personnelles, à des valeurs culturelles ou à des croyances qui viennent impacter nos réactions.

Selon Formarier, M et Jovic, L. (2012) Les concepts en sciences infirmières : « on ne peut pas travailler sans émotions », ces émotions sont un « moteur » dans les soins. Ils indiquent également que ces émotions peuvent être reconnues et régulées lors d'une prise en charge. Cela permet d'une certaine façon, de les exprimer et de ne pas les laisser devenir délétères lors de la rencontre avec la souffrance du patient. Ces émotions peuvent également être contenues. Le corps réagit de la façon dont notre subconscient décide de traiter l'information.

Le soignant est, la plupart du temps à son insu, dépositaire de la souffrance psychique du soigné. Le plus souvent, dans le cadre de sa pratique, la gestion de cette souffrance est ignorée. Les conditions de travail difficiles ont des effets délétères sur l'intégrité physique et psychique des soignants et s'expriment parfois sous une forme grave.

Dans son ouvrage « Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital » Catherine Mercadier, indique également que la place des émotions dans le soin est essentiel. Il est cependant important de savoir prendre en compte l'impact émotionnelle que suscite cette prise en charge.

« Le travail émotionnel appartient à la face cachée du travail infirmier ». A travers les entretiens menés avec des professionnels de santé, l'auteur a pu mettre en exergue le rapport entre la prise en charge d'un patient et les émotions du soignant. Elle explique que « prendre en compte cette dimension du travail est un facteur clé de l'humanisation des soins à l'hôpital », car c'est pour se protéger mais aussi pour respecter les normes d'expression émotionnelle au sein de l'hôpital, comme au sein de la société, que les soignants mettent en place des mesures de prévention qui consistent à la mise à distance du malade.

Chaque individu et chaque prise en charge est unique et singulière. C'est pourquoi, il est essentiel de savoir reconnaître les facteurs qui favorisent ou au contraire qui mettent en danger la relation.

Dans l'ouvrage « Une même réalité psychologique à travers le monde ? » de Anna Tcherkassof l'auteur indique que « les études montrent que les émotions varient considérablement d'une société à l'autre ». Il existe ainsi, selon les émotions, des différences dans leur fréquence d'apparition, des différences au sujet de ce qui les suscite, en matière d'expressions, de croyances à leur propos, et de régulation, d'une culture à l'autre » ou encore « L'émotion est intrinsèquement liée à un système de significations culturel, partagé par les membres d'une même société, au sein duquel elle est vécue, exprimée, régulée et représentée ». Cela vient ajouter le facteur personnel au contact du soignant envers le soigné.

En effet, les émotions sont intimement liées à notre vécu et à ce qui fait de nous un être singulier, riche de ses expériences, de ses convictions culturelles et de son rapport avec le monde extérieur. Cela va orienter notre attitude, notre façon d'être et nos interactions quotidiennes et donc déterminer sur nos émotions. Ces facteurs influent donc forcément sur l'environnement du soignant, ce qui englobe l'équipe, les patients et les étudiants.

Cette réflexion m'amène sur le sujet de la place de la culture dans le soin et de quelle manière nos émotions la laisse transparaitre. Car en plus des enjeux institutionnels qui viennent alourdir les conséquences sur la psyché des soignants, il y a la place de la culture et de ce qui fait de nous des êtres différents des uns et des autres.

Dans le dictionnaire français, la culture est définie comme un « ensemble des aspects intellectuels, artistiques d'une civilisation ». Cette définition vient introduire mes recherches sur le fait que certains individus issus de différentes civilisations doivent parfois interagir avec plusieurs cultures en même temps.

Le terme qui vient définir cette approche est l'acculturation : « processus qui se produit quand deux cultures se trouvent en contact et interagissent l'une sur l'autre ». Dans la revue transculturelle « l'autre » de la version « clinique transculturelle 4 », l'article « impuissance et contre-transfert culturel » m'a permis de pouvoir de me questionner sur le ressenti d'un soignant lors d'une prise en charge car la perception de la santé, de la maladie et de la mort fait parfois écho et orientent plus ou moins consciemment le comportement et peuvent aboutir à une impasse thérapeutique. Ces influences permettent de maintenir un équilibre et d'adapter sa façon d'être selon la situation. Cependant, certaines perceptions sont plus fortes que d'autres et peuvent toucher émotionnellement. Les auteurs de l'article indiquent que les discussions autour de ce sujet facilitent l'élaboration et la résolution d'impasse thérapeutique liée au contre transfert culturel auquel doivent faire face les professionnels.

Ce qui vient toucher émotionnellement lors d'une prise en charge, est la confrontation entre la réalité, ce en quoi nous croyons et ce qui vient toucher le patient. Ces trois aspects imbriqués rendent certaines situations complexes avec une prise en charge non adaptée.

Dans cette situation, en matière de relation avec la mort, les préjugés et les préférences s'opposent parfois à la situation vécue et mènent inévitablement à un rapport émotionnel intense. Apprendre à reconnaître, comprendre et mettre les mots sur les difficultés rencontrées permet de prendre du recul sur la situation et permet également le développement d'une réflexion porteuse de sens qui permettra de mettre en place des conditions appropriées, pour une prise en charge adaptée de façon globale et d'être plus apte à transmettre son savoir.

5 Enquête exploratoire

5.1 Outil utilisé

Afin de comprendre certains phénomènes et réactions lors d'une prise en charge ou lors d'un accompagnement d'un élève, je souhaite utiliser un entretien de recherche qui me permet d'obtenir des données de fond. Pour cela, je vais utiliser un questionnaire semi-directif. Pour comprendre ce qu'est un entretien semi-directif, je me réfère à la définition de Gaspard Claude « L'entretien semi-directif, aussi appelé entretien qualitatif ou approfondi, est une méthode d'étude qualitative. » Son but est de récolter des informations qui apportent des explications ou des éléments de preuve à un travail de recherche. »

Avec ce type d'entretien, les questions sont prédéfinies. La personne est invitée à élargir ses réponses. L'enquêteur garde la maîtrise du déroulement de l'entretien en permettant à la personne en face de se l'approprier.

5.2 Population choisie

Je souhaite effectuer mon enquête en menant 6 entretiens. En première partie, mon enquête portera sur 3 infirmiers(es) qui se trouvent dans un service au cœur de ma problématique. Je vise des professionnels travaillant dans des services de soins palliatifs. Deuxièmement, afin de pouvoir comparer et mettre en lien ma situation, je souhaite également mener une enquête avec 3 infirmiers(es) d'un service de médecine qui accueille des lits identifiés « soins palliatifs » afin de pouvoir développer mon questionnement. Le fait de s'entretenir avec des infirmiers qui ne sont pas particulièrement formés aux soins palliatifs me permettra peut-être de comprendre et de répondre à ma problématique. Par ailleurs, je vais également pouvoir interroger plus facilement des infirmiers tuteurs de stage.

5.3 Lieux d'investigation

Je souhaite rencontrer et mener des entretiens avec des infirmiers en soins palliatifs. En effet, leur mission tend à satisfaire les réponses apportées concernant mon questionnement et favorise mes recherches. De plus, cet institut est composé d'un service de soins palliatifs, mais également d'une équipe mobile de soins palliatifs. De nombreux étudiants effectuent des stages en soins infirmiers dans leur structure, ce qui va en effet me permettre de connaître leur méthode d'apprentissage, leur ressenti et les problématiques liées à certaines prises en charge. Dans la deuxième partie, afin de pouvoir faire un comparatif, je souhaite rencontrer des infirmiers d'un service de médecin de l'hôpital accueillant des lits identifiés « soins palliatifs ».

5.4 Guide d'entretien

Afin de réaliser mes 5 entretiens semi-directifs, je me base sur un guide d'entretien que j'ai rédigé en amont. Ce guide d'entretien comporte des questions sur mes trois thèmes principaux : l'accompagnement en fin de vie, l'accompagnement pédagogique et les émotions.

L'entretien sera anonyme et devra durer entre 15 et 30 min par personne. Les questions posées devront être les mêmes à chaque entretien.

(Cf. Annexe I).

5.5 Grille d'analyse

Afin de réaliser une analyse à la suite des entretiens semi directif effectués, j'ai réalisé une grille d'analyse qui m'a permis de comparer les réponses entre elles tout en les mettant en lien avec mon cadre de référence.

Cette analyse permet de mettre en exergue les thèmes principaux aborder durant les entretiens.

(Cf. Annexe II).

5.6 Analyse : Entretien par entretien

Afin de préserver l'anonymat des infirmières interrogées, elles ont été renommées mais leur expérience professionnelle est réel.

- J'ai réalisé un premier entretien le 1^{er} avril 2024 avec Lucie (IDE1), qui a durée 14,50 minutes, infirmière depuis juillet 2022 travaillant en soins palliatifs depuis 8 mois.

Selon elle, l'accompagnement des personnes en fin de vie nécessite « un type d'accompagnement doux, calme, imposer un climat de confiance » elle précise également que pour elle « tout type de public a son type de soignant et son type de prise en charge ».

(IDE1, L19).

Elle explique que le type de personnalité du soignant peut entraver la prise en charge « je pense que si t'es quelqu'un de très énergique, très euh, très énervé, fin, ça ne peut pas coller ».

(IDE1, L12).

Durant l'entretien, elle indique qu'il s'agit d'un accompagnement adaptatif au rythme du patient.

Selon mon cadre de référence, l'accompagnement relève des bonnes pratiques professionnelles, tout au long du processus de sa maladie, le patient est accompagné par étape et selon ses capacités à intégrer certaines notions, et c'est ce qui est appliqué dans ce service, selon elle.

Concernant l'accompagnement du professionnel pour ce type de prise en charge, elle indique que cet accompagnement est nécessaire, car elle constate que certaines de ses collègues « gèrent beaucoup moins bien le deuil et la fin de vie » mais elle précise que cet accompagnement est « personnel dépendant » car elle ne se sent pas dans cette demande « je sais que moi je n'ai pas de difficultés à gérer ça » (IDE1. L25).

Dans ce service les psychologues du travail interviennent une fois par mois auprès des professionnelles, ils peuvent également faire appel au psychologue de l'équipe. Durant mes recherches, j'ai pu constater que la prise en charge de ce moment qui est inévitable, impose une dynamique transdisciplinaire afin d'intégrer non seulement les différents acteurs professionnels, mais également les proches, la famille ainsi que le malade lui-même.

Les mécanismes de défense mis en place par les soignants sont différents d'une personne à une autre.

Concernant cette fois l'accompagnement pédagogique, elle explique qu'ils accompagnent l'étudiant dans un cheminement de « lâché prise » afin qu'il puisse comprendre la réelle prise en charge dans ce service « On les accompagne dans ce cheminement professionnel ou un soin ce n'est pas forcément un acte technique, après s'ils ont besoin psychologiquement, pareil y'a la psy et même nous on parle beaucoup avec les étudiants ils font partie intégrante de l'équipe. ». (IDE1, L43). Dans mon cadre de référence, la relation d'apprentissage : est le rapport que l'élève va construire avec le savoir dans sa démarche pour « apprendre ». Selon elle, l'accompagnement proposé va permettre de sortir l'élève de cette image de soins actifs qui peuvent être enseignés durant la formation afin de laisser place à un type de soin particulier, qui est certes passif, mais qui reste des soins, ce qui va permettre la construction de la démarche pour apprendre. Cette réponse est complétée par son avis sur le rôle du tuteur de stage, qu'elle décrit comme la création d'une relation de confiance afin que l'étudiant puisse considérer le tuteur comme le « référent » (IDE1, L49) « l'acteur central » durant le stage. (IDE1, L52) Elle indique que cela facilite le dialogue avec l'étudiant s'il éprouve des difficultés.

Cependant, elle indique qu'un accompagnement plus singulier de l'étudiant lors d'une situation de prise en charge en fin de vie n'est pas nécessaire. Selon elle, expliquer et accompagner l'étudiant dans un cheminement professionnel qui va le sortir de la théorie afin d'adapter la pratique est suffisant.

Durant cet accompagnement pédagogique, elle explique que les émotions personnelles peuvent entrer en jeu dans la relation « comme dans toute relation humaine » (IDE1, L63). Elle indique que les émotions peuvent jouer sur la façon de communiquer et sur la façon d'être « toutes les émotions jouent sur ta façon de communiquer avec les autres, que ce soit bien ou mal, si t'es un peu plus joyeuse tu seras un peu plus cool avec l'étudiant, ça dépend. » (IDE1, L65)

Par la suite, selon elle, toutes les situations de fin de vie sont différentes et parfois avec des patients avec lesquels elle tisse plus de liens, cependant durant une prise en charge qui peut être difficile émotionnellement, elle indique ne pas avoir de problème à gérer ses émotions « c'est triste à dire mais je pense que c'est comme tout tu t'habitue entre guillemets à la fin de vie et à avoir 4 décès par jour, et bon c'est pas bien mais c'est une question d'habitude et euh personnellement j'ai pas du mal à gérer ». (IDE1, L73).

Elle explique que cela peut également provoquer des émotions positives « ce n'est pas parce qu'ils sont en fin de vie qu'il faut arriver tirer la gueule et pleurer avec eux, justement on fait des blagues on va faire un tour dehors, voir le soleil... » (IDE1, L76). Dans mon cadre de référence j'explique que Catherine MERCADIER indique que « prendre en compte cette dimension du travail qui est « les émotions du soignant » est un facteur clé de l'humanisation des soins à l'hôpital », car c'est pour se protéger mais aussi pour respecter les normes d'expression émotionnelle au sein de l'hôpital, comme au sein de la société, que les soignants mettent en place des mesures de prévention qui consistent à la mise à distance du malade. Chaque individu et chaque prise en charge est unique et singulière. C'est pourquoi, il est essentiel de savoir reconnaître les facteurs qui favorisent ou au contraire qui mettent en danger la relation.

Selon elle, ce qui peut jouer un rôle sur son comportement est plutôt l'exigence des patients dans certaines situations « moi c'est plus dans le sens que ce sont des patients en fin de vie et ils sont très exigeant sur des petits trucs, vraiment la place d'un verre, de ceci de cela » (IDE1, L78). Elle explique que ces patients en fin de vie sont très dans la demande et dans une demande de satisfaction ce qui peut être parfois « stressant » (IDE1, L81).

Au-delà des émotions et afin de conclure mon questionnaire, je souhaite savoir si la culture, les valeurs et les croyances peuvent jouer un rôle dans la prise en charge. Selon elle, la réponse est oui, dans son service les soignants s'accordent sur certains points durant la prise en charge des personnes en fin de vie ou décédées. « On est toute un peu formées au même son de cloche des docteurs, euh genre on s'accorde tous sur le fait que quand le patient décède, il reste dans la chambre, les choses qu'on explique aux familles, ou même quand ils sont en train de décéder « ils vous entendent parler leur » ou « ils sentent votre présence tout ça » (IDE1, L 87). Elle donne également l'exemple de collègues qui, en fonction de leur religion s'adaptent mieux aux patients de la même confession.

- J'ai ensuite réalisé un entretien avec Anna le 1^{er} avril 2024, qui a durée 17,52 minutes, infirmière depuis juillet 2022 travaillant en soins palliatifs depuis sa sortie d'école.

Pour commencer, selon elle, l'accompagnement des personnes en fin de vie nécessite une prise en charge particulière « ça nécessite beaucoup de temps, beaucoup d'écoute, je trouve qu'il y a des qualités qu'il faut quand même avoir, beaucoup d'empathie aussi.

Et après en terme technique aussi, il y a les deux » (IDE2, L9). Cela rejoint mon cadre de référence qui indique qu'il s'agit également d'une démarche dynamique, participative et personnelle qui permettrait aux soignants d'accompagner jusqu'au bout la personne notamment en fin de vie en tenant compte de sa singularité, de son adaptation face à la maladie et cela de façon cohérente.

Concernant l'accompagnement des professionnelles, elle indique que pouvoir parler de ses difficultés est très important. Se sentir soutenue et avoir la possibilité de passer le relais est confortable pour elle dans certaines situations. En effet, j'indique dans mon cadre de référence que la dynamique transdisciplinaire qui permet d'intégrer non seulement les différents acteurs professionnels, mais également les proches, la famille ainsi que le malade lui-même favorise une harmonisation dans les équipes.

En ce qui concerne l'accompagnement pédagogique, elle m'explique qu'elle essaie au maximum de s'adapter à l'élève « c'est quand même un stage pas comme les autres on sait qu'au niveau émotionnel, bah voilà » (IDE2, L40). Son but est d'accompagner l'élève dans ce qu'il aimerait voir ou apprendre de ce stage. Elle indique également qu'elle est consciente que l'adaptation dans ce genre de service est compliquée émotionnellement et qu'elle reste vigilante et à l'écoute. De plus, étant elle-même tutrice, elle me donne son avis sur le rôle du tutorat en m'indiquant qu'il s'agit de « transmettre », « de partager » et part du principe que les étudiants ont également des choses à lui apporter, « moi je pars toujours du principe que les étudiants ont aussi à nous apporter, parce que bah on sait à quel point notre métier évolue, comment les pratiques évoluent et les recommandations aussi, donc bah on va dire c'est plutôt donnant donnant » (IDE2, L56).

Cependant elle m'explique que pour elle et ses collègues, le fait de devoir encadrer des élèves en étant diplômé que depuis quelques mois, était assez difficile dû au manque d'expérience. Selon elle, concernant l'accompagnement de l'étudiant dans des situations de fin de vie, l'étudiant est à sa juste place, cela lui permet de pouvoir profiter de son statut qui ne lui confère pas encore la responsabilité de devoir gérer un secteur seul et indique que cela est avantageux pour les patients qui, à ce stade de leur vie, ont besoin de prendre leur temps.

Durant l'accompagnement pédagogique, elle affirme que les émotions personnelles peuvent entrer en jeu dans la relation « Chacun je pense à des problèmes personnels et du coup bah ça nécessite encore plus d'efforts enfaite parce que du coup tu transmets et tu te dois du coup de

voilà montrer les bonnes pratiques » (IDE2, L98). Malgré l'effort dont elle fait preuve, elle explique qu'à certains moments, les émotions prennent le dessus « il y a comme tout le monde des jours avec et des jours sans, voilà par exemple quand il manque une infirmière déjà ça nous met dans le jus et en plus de ça on a un étudiant avec nous à qui on doit transmettre quelque chose, c'est difficile je pense. » (IDE2, L101). Elle explique cet impact émotionnel par la réalité du terrain qui est difficile et qui engendre du stress « si le monde était beau, qu'on n'avait jamais de manque personnel, que tout roulait bien, que les médecins prescrivaient bien, que les patients étaient gérés, ça serait le plus beau des mondes » (IDE2, L104). En ce qui concerne les émotions et le rôle qu'elles peuvent avoir sur son comportement lors d'une situation de soins en fin de vie, elle évoque le souvenir d'une situation qui l'a particulièrement perturbé. Lors d'une situation de fin de vie, elle pensait être le vecteur qui a accéléré le décès d'un patient après lui avoir diminué son taux d'oxygène, quelques minutes plus tard la famille lui signale qu'il ne respire plus, « je quitte la chambre et je suis partie dans tous mes états, je pleure, mes collègues m'ont ramassé en pleurs et moi j'avais cette culpabilité alors qu'en soi c'était la consigne de tout le monde ». (IDE2, L146) Elle explique que cette situation l'a touchée, car le patient n'était pas décédé mais avait juste fait une longue pause respiratoire de 2 minutes 40 chose qu'elle n'avait jamais vu, elle parle d'ascenseur émotionnel. Comme indiqué dans mon cadre de référence, nous répondons tous à une émotion de manière singulière et inattendue, le tout est de connaître nos limites et savoir lorsqu'une situation nous touche plus particulièrement. Et comme le dit Huynh Truc, Alderson et Thompson dans leur article dans « Recherche en Soins Infirmiers » : « Le fait que l'engagement émotionnel des infirmières envers leurs patients transcende les limites des sentiments personnels, contribue à la qualité et à l'excellence des soins infirmiers ». Pour terminer, selon elle, la culture, les valeurs et les croyances peuvent inconsciemment impacter la prise en charge des patients « mais on essaie toujours de recentrer vraiment le patient dans tout ça » (IDE2, L176). Elle explique que chacun à ses croyances et ses habitudes mais elle s'efforce avec ses collègues de ne pas les faire passer au-dessus de celle du patient.

- J'ai réalisé par la suite un troisième entretien le 1^{er} avril 2024 avec Lou (IDE3), qui a durée 17,02 minutes, infirmière depuis août 2022 travaillant en soins palliatifs depuis sa sortie d'école.

Selon elle, le service des soins palliatifs est une spécialité à part entière, les patients ont conscience de la suite des événements les concernant et donc la prise en charge est différente d'un autre service. Elle indique que les soignants sont plus axés sur certains points, « on va s'adapter, à la douleur, à leur confort, au bien-être. Voilà, on va vraiment être attentif voilà sur ces points-là, la douleur et la qualité de vie. » (IDE3, L11). Elle déclare également que la posture soignante prime et que chaque individu a le droit au même traitement cependant au vu de certains diagnostics, l'investissement est différent « quand on sait que le patient va décéder, forcément qu'on est peut-être encore plus euh il y a un investissement, je dirais, qui est encore plus important pour moi en tous cas. » (IDE3, L17). A travers son investissement on comprend que, comme indiqué dans mon cadre de référence « l'accompagnement est un processus dynamique qui engage différents partenaires dans un projet cohérent au service de la personne, soucieux de son intimité et de ses valeurs propres ».

Sur l'accompagnement des professionnels, elle explique que pour elle, être formée pour ce type de service est important, « il y a des choses qu'on ne fera jamais dans d'autres services qu'ici on s'autorise à pratiquer » (IDE3, L24).

Concernant l'accompagnement pédagogique, elle indique qu'avec ses collègues, elle reste attentive aux émotions de l'élève, ce qu'il peut ressentir durant une prise en charge et cherche à favoriser le dialogue. Cependant selon elle, le volet soins palliatifs a déjà été étudié en école et que donc en venant sur ce lieu de stage l'élève sait à quoi s'attendre « je pense que suivant à quel stade il en est dans sa formation en général c'est déjà vu le volet sont palliatifs, il est abordé, donc normalement ils viennent ici, ils savent à quoi s'attendre. Après voilà on ne peut pas reprendre les soins palliatifs avec eux quoi, on le fait au fur et à mesure des questions. » (IDE3, L44). Pour compléter sa réponse, elle indique que le tutorat de l'élève n'est pas une tâche facile. Différents facteurs vont orienter cet accompagnement selon elle « En tout cas moi pour ma part ce n'est pas quelque chose avec laquelle je suis à l'aise parce que bon, déjà il y a un petit manque de confiance en moi qui fait que voilà, je ne me sens pas à l'aise avec ça » (IDE3, L56), « Il y a une espèce de légitimité quand on est jeune diplômé à se dire qui je suis pour venir lui dire alors qu'il y a 6 mois, j'étais à sa place. » (IDE3, L58), ou encore « Leur déléguer, tu as l'impression de pas forcément bien avoir pris en charge tes patients quoi. Je ne sais pas, y a quelque chose qui se passe qui n'est pas évident. » (IDE3, L61).

Elle indique que le type d'accompagnement dépendra de l'attitude de l'élève, de son positionnement et de l'investissement qu'il va y mettre « On l'accompagne selon comme il est » (IDE3, L71). Dans mon cadre de référence j'explique que l'aspect émotionnel de la relation avec le soigné est déjà considéré comme une source de tension psychologique pour les soignants et que je suppose que l'encadrement d'un élève infirmier, avec ce que cela représente pour l'avenir de la profession, vient s'ajouter et accentuer cette tension. Ces contraintes ne permettent pas d'atteindre la qualité du travail exigée, alors que la société a fait des idéaux d'excellence une valeur dominante. Cette pression peut expliquer les propos et le ressenti de l'infirmière.

Par la suite elle explique que ses émotions personnelles envers les patients peuvent entraver sa relation avec l'étudiant « si on est avec un patient par exemple, avec lequel depuis des mois on a créé une relation, on a créé des choses. C'est vrai que peut-être on ne va pas être attentif avec l'étudiant, on va avoir tendance à vouloir maîtriser la chose et peut-être qu'on ne va pas avoir la juste position avec l'étudiant. ». Elle explique cependant que si le soignant arrive à gérer ses émotions, la relation avec l'étudiant sera équilibrée, au contraire si le soignant a tendance à se laisser déborder il y aura forcément un impact sur cette relation. Dans mon cadre de référence j'indique que Nadia Peoc'h explique « qu'en pédagogie, le tuteur est une personne qui permet à une autre personne ou à un groupe d'individus (apprentis, étudiants, élèves, adultes en formation et en quête de savoir) d'apprendre à se connaître lui-même par le biais de sa formation. Mais au-delà de la fonction que chacun arbore, se cache l'être humain. C'est la difficulté qui peut souvent émerger. On peut se poser la question de savoir si lors d'un accompagnement, c'est le titre ou l'humain qui domine et la réponse donnée ici laisse entrevoir une éventuelle réponse.

Elle indique également que ses émotions personnelles influencent parfois son comportement lors de situations difficiles : pleurer avec les familles est déjà arrivé même si elle évite de le faire au maximum « je pense que bah c'est juste le côté humain du travail qui se passe ici en fait donc voilà. » (IDE3, L101). Comme indiqué par Formarier, M et Jovic, L. (2012) Les concepts en sciences infirmières : « on ne peut pas travailler sans émotions », ces émotions sont un « moteur » dans les soins. Ils indiquent également que ces émotions peuvent être reconnues et régulées lors d'une prise en charge.

Pour terminer selon elle, la culture, les valeurs et les croyances du soignant n'impactent pas forcément sur la prise en charge, les dernières volontés du patient priment et les soignants s'adaptent en fonction. Cependant selon Anna Tcherkassof « L'émotion est intrinsèquement liée à un système de significations culturel, partagé par les membres d'une même société, au sein duquel elle est vécue, exprimée, régulée et représentée ». Cela vient ajouter le facteur personnel au contact du soignant envers le soigné. Inconsciemment, cela va orienter notre attitude, notre façon d'être et nos interactions quotidiennes, et donc déteindre sur nos émotions. Ces facteurs influent donc forcément sur l'environnement du soignant, ce qui englobe l'équipe, les patients et les étudiants.

- J'ai ensuite réalisé un entretien avec Chloé le 27 avril 2024, qui a durée 34.35 minutes, infirmière depuis juillet 2017 et travaillant en court séjour gériatrique depuis 7 ans.

Selon elle, l'accompagnement en fin de vie nécessite une « attention particulière ». La prise en charge est faite en fonction du patient, à son rythme. Elle indique qu'il s'agit d'une prise en charge particulière, car il y a un contexte particulier. « Souvent ils savent, s'ils ne sont pas complètement sédatisés, ils savent que voilà, on est plutôt sur les derniers jours de vie plutôt que le début. Donc tu as toutes les angoisses derrière et donc forcément, c'est un temps particulier avec eux, pour essayer en tout cas de faire en sorte qu'ils soient le mieux possible » (IDE4, L23). Selon mon cadre de référence, l'accompagnement relève des bonnes pratiques professionnelles, tout au long du processus de sa maladie, le patient est accompagné par étape et selon ses capacités à intégrer certaines notions. Le développement de son état va faire évoluer la relation pendant la prise en charge. Ici j'interprète et mets en lien cette référence, avec ce que l'infirmière indique comme « une attention particulière ».

Concernant l'accompagnement des professionnels, elle indique qu'être accompagné est très important et savoir qu'ils peuvent être entendus est confortable pour eux. Parler de ses émotions et de comment y faire face, fait partie de cette démarche. Par la suite, elle parle beaucoup du penchant 'formation' qui est selon elle essentiel et qui leur permet de trouver des alternatives à certaines situations. Ce mode de fonctionnement qu'elle décrit favorise la pluridisciplinarité de l'accompagnement en fin de vie qui a été déterminée comme une responsabilité collective par le législateur avec la loi de juin 1999 visant à garantir les droits à l'accès aux soins palliatifs,

mais également la loi de mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Selon elle, concernant l'accompagnement pédagogique de l'étudiant, leur mode de fonctionnement consiste à s'adapter à l'étudiant s'ils observent des difficultés. « On essaie quand même de s'adapter à l'étudiant pour que ça se passe pour le mieux, on se dit potentiellement, ça va être mon collègue. Parce que c'est quand même le but à la fin, qu'il soit diplômé donc faut qu'on ait envie de travailler avec lui. » (IDE4, L62). Elle explique essayer de le mettre à l'aise, ne pas l'obliger à assister à une prise en charge difficile s'il n'est pas prêt et lui laisser le choix de se confier à d'autres professionnels s'il n'est pas prêt à le faire avec elle. Dans mes recherches j'ai en effet mis en lien que le rôle d'une personne pédagogue prend en compte les aspects de l'enseignant, mais également ceux de l'apprenant. Les rôles sont définis comme complémentaires. C'est ce qui est fait ici. Elle termine en expliquant qu'il s'agit en effet de soins particuliers et que de ce fait l'accompagnement de l'élève sera plus particulier également cependant elle cherche à positionner l'élève en tant que futur professionnel « le jour où t'es professionnel, dans n'importe quel service tu peux tomber sur une fin de vie » (IDE4, L122). Elle indique également que ses émotions personnelles peuvent entrer en jeu dans la relation pédagogique « dans les relations humaines euh il y a des gens avec qui ça passe très bien, il y a des gens avec qui ça passe moins bien » (IDE4, L126), cependant elle explique que cela ne faussera pas son jugement sur les compétences de l'élève et qu'elle juge tout le monde la même manière.

Concernant l'exemple d'une situation où ses émotions ont pu jouer un rôle sur son comportement, l'infirmière raconte une situation de fin de vie d'une patiente d'environ une soixantaine d'années qui décède et dont la mère est toujours en vie. La venue dans le service de la mère de la patiente décédée était, selon elle perturbante, car il ne s'agit pas de l'ordre normal des choses « Et donc c'est une petite dame avec les cheveux tout blanc qui est arrivée et là elle s'est jeté dans mes bras et en fait, je pense que j'aurais pu me mettre à pleurer avec elle parce que voilà, je pense que c'est un contexte particulier en plus » (IDE4, L165). Cependant, elle explique que toutes les relations ne sont pas identiques. Les émotions sont présentes mais différemment selon la relation qui s'est instaurée avec le patient « tu as de l'émotionnel bien sûr qui passe parce qu'on a un outil qui est dans l'humain, donc ne pas avoir d'émotion, ce n'est pas possible, mais ça reste professionnel » (IDE4, L197). Comme l'indique Catherine MERCADIER « le travail émotionnel appartient à la face cachée du travail infirmier ».

Pour terminer sur l'impact que peut avoir la culture, les valeurs et les croyances sur la prise en charge, selon elle chacun travaille de manière déferente et cela est lié à ce que cette personne est en tant qu'individu « donc je pense que oui on met un peu de nous, ça ne peut pas être autrement ». (IDE4, L212). Elle indique également que l'éducation joue un rôle dans la manière d'être aux autres, le niveau de respect dans la prise en charge dépend également de ce facteur selon elle. En effet dans mes recherches, je mets en exergue le fait que les émotions sont intimement liées à notre vécu et à ce qui fait de nous des êtres singuliers, riche de ses expériences, de ses convictions culturelles et de son rapport avec le monde extérieur.

- J'ai ensuite réalisé un entretien avec Maelle le 08 mai 2024, qui a durée 18.53 minutes, infirmière depuis juillet 2022 et travaillant en court séjour gériatrique depuis septembre 2023.

Selon elle l'accompagnement des personnes en fin de vie nécessite une prise en charge particulière, « que ce soit sur la prise en charge de la douleur, sur la prise en charge du côté psychologique pour ceux qui sont conscients, avec les angoisses tout ça, mais c'est souvent plus la douleur qui joue dessus et du coup c'est enfin, c'est bien de pouvoir prendre le temps de faire les choses doucement, lentement, que les patients soient apaisés tout ça. » (IDE5, L9). Elle englobe dans cette prise en charge toutes les facettes de cet accompagnement de façon optimale. Cette démarche rejoint mon cadre de référence ou l'on peut comprendre que cet accompagnement en fin de vie touche toutes les sphères qui entourent le patient.

Concernant à présent l'accompagnement des professionnels dans ces prises en charges, selon elle, avoir des repères et des explications sur la prise en charge de ce type de patient est nécessaire au niveau de la gestion « pure ». Cependant elle indique qu'au niveau psychologique cela n'est pas forcément nécessaire pour ce type de patient « après au niveau psychologique je ne pense pas qu'un accompagnement spécifique soit nécessaire, je pense plus sur des services où il y a des jeunes personnes à la limite qui décèdent » (IDE5, L20). Ce discours est en contradiction avec la suite de son raisonnement ou elle explique qu'en effet des moyens sont mis en œuvre afin de les soutenir psychologiquement « après c'est vrai que si on a des décès un peu compliqués, on peut faire appel aux psychologues, soit des soins palliatifs, soit de l'établissement pour pouvoir justement en parler. Donc on sait qu'on a cette solution-là de se

dire bon bah là ça ne va pas, je peux en parler » (IDE5, L23). Elle justifie ce positionnement par « après c'est vrai qu'ici bah on sait que malheureusement voilà quoi, c'est malheureux de dire ça mais c'est de la personne âgée. On sait qu'ici on va plus avoir des gens qui vont décéder ». (IDE5, L26)

Concernant l'accompagnement pédagogique de l'élève, selon elle, il est important de prévenir des prises en charge qu'il peut y avoir dans ce service. Elle indique également prendre en compte l'environnement, les expériences et le vécu personnel des élèves afin de ne pas faire d'erreur sur ce qui pourrait les toucher. Elle explique accompagner l'élève au maximum dans des situations difficiles, car malgré qu'il soit un futur professionnel, ce n'est pas évident pour tout le monde d'affronter certaines situations, cet accompagnement tend vers la professionnalisation, mais en prenant en compte l'élève et son ressenti. Selon Jean Houssay les 3 sommets du triangle pédagogique sont reliés par différents aspects de la relation. « La relation didactique : est le rapport qu'entretient l'enseignant avec la savoir et qui lui permet d'enseigner, la relation pédagogique : est le rapport qu'entretient l'enseignant avec l'étudiant et qui permet le processus « former », enfin la relation d'apprentissage : est le rapport que l'élève va construire avec le savoir dans sa démarche pour « apprendre ». La démarche proposée ici se trouve dans l'espace de ces trois sommets. Elle explique également que l'accompagnement proposé et plus porté sur la fin de vie et sur tout ce qui s'articule autour.

Concernant ses émotions personnelles, elle explique qu'elles peuvent entrer en jeu dans sa relation avec l'élève mais qu'elle essaie de ne pas l'impacter « j'essaie de pas aller perturber l'élève, il n'est pas là pour vivre ça quoi » (IDE5, L66). Cependant elle explique que l'étudiant à une certaine posture à avoir et que si cela n'est pas le cas, elle n'hésite pas à le lui rappeler.

Elle explique qu'une situation qui l'a marqué à eu un impact sur son comportement. Durant une prise en charge elle explique avoir eu beaucoup de colère après le décès d'une patiente. Selon elle, une de ses collègues de nuit n'a pas effectué son travail correctement « la colère de perdre cette patiente qui était en fin de vie oui, mais qui s'est dégradée plus rapidement que prévu bah voilà ça m'a beaucoup déstabilisé, ça m'a mise en colère et j'étais en colère avec tout le monde » (IDE5, L77). Cette explication donne son sens à l'argumentation donnée dans mon cadre de référence ou plusieurs auteurs mettent en avant le fait que les émotions font partie intégrante de ce métier et que celles-ci à un impact sur notre comportement.

En ce qui concerne l'impact de la culture, des valeurs et des croyances, elle affirme que cela en effet peut impacter sur une prise en charge. Elle indique croire en quelque chose après la mort qui implique que durant une fin de vie ou un décès elle agit d'une certaine manière à l'égard du patient « moi je suis de confession catholique et je crois en quelque chose, alors déjà je respecte les croyances de chacun, les rituels de chaque religion sur la fin de vie et moi je sais que voilà je ne me permets pas dans une chambre où il y a une fin de vie ou un décès de rigoler, de manquer de respect » (IDE5, L88). Comme indiqué dans mon cadre de référence, le fait que les émotions transcendent les limites des sentiments personnels, contribue à la qualité et à l'excellence des soins infirmiers.

5.7 Synthèse de l'enquête exploratoire

À travers mes analyses, j'ai pu constater que tous les soignants s'accordent sur le fait que l'accompagnement en fin de vie est particulier. Elles nuancent cette approche de manière différente, avec des termes différents, cependant le but recherché est le même. La prise en charge globale, le temps donné aux patients, les soins particuliers apportés ainsi que l'accompagnement vers une forme de soins empathique, rejoint la pensée de ces infirmières qui sont pourtant dans des services différents, certaines en soins palliatifs et d'autres en court séjour gériatrique.

J'ai pu observer que pour l'accompagnement des professionnelles lors de situations de soin en fin de vie, la grande majorité expose leur besoin d'être formée, soutenue et de se sentir écoutée lors de situations difficiles.

Concernant l'accompagnement pédagogique, j'ai pu constater que malgré l'engagement des professionnelles, cet accompagnement est plus singulier dans un service que dans l'autre. En effet, la guidance va être plus importante, plus adaptative à l'élève et plus empathique à l'exposition de situation difficile en court séjour gériatrique qu'en soins palliatifs. Cette constatation rejoint le fait que certaines infirmières indiquent « s'habituer » à ces prises en charge de fin de vie ou de décès en soins palliatifs. Ce qui en découle peut-être, est un comportement où se rendre compte qu'une situation peut heurter, est difficile.

Durant l'enquête, j'ai remarqué que les émotions personnelles des soignantes sont constamment mises à l'épreuve. Elles font partie intégrante de leur travail. Sans qu'elles ne le décrivent avec ces termes, le ressenti lors des entretiens et qu'il y a une constante recherche d'une « juste distance » entre ce qui est vécu avec le patient ou l'élève et le positionnement qu'elle souhaite ou qu'elles « devraient » avoir.

Cela se ressent également sur les questions qui les caractérisent, sur leurs valeurs, croyances et culture. Elles expriment toutes le fait que cela peut impacter la prise en charge, car c'est ce qui les définit, mais qu'elles s'efforcent de respecter avant tout le patient.

Cette analyse me permet de confronter la notion de « juste distance » et celle de « l'engagement émotionnel ».

5.8 Limite de l'enquête

Durant la rédaction de mon travail j'ai en effet rencontré certaines difficultés. Pour ma part, il a été difficile de réaliser les entretiens car l'organisation des rendez-vous avec les professionnels et mon emploi du temps en stage préprofessionnel ne correspondait pas. Ces rencontres ont dû se faire durant les week-ends avec parfois des équipes qui n'étaient pas au complet ou qui n'avaient pas connaissance de ma venue.

De plus, les soignants étaient majoritairement de jeunes diplômés avec une expérience de quelques mois, les éléments à analyser dans les entretiens avec les IDE qui avaient une longue expérience était très différente.

Par ailleurs, mes attentes et mes propres émotions ont pu influencer mon interprétation des réponses.

6 Problématique

À travers ces différents entretiens, j'ai pu mettre en évidence le fait que les émotions entrent en jeu à chaque moment de la vie professionnelle des soignants. La plupart du temps, ses émotions sont reconnues et mises en lien avec leurs réactions. Les différents thèmes abordés durant les entretiens, mettent en lien le même vecteur, celui des émotions. La recherche de contrôle de celles-ci est également omniprésente dans leur discours. Selon les personnes interrogées, la gestion de ces émotions est différente. En comparant les entretiens, j'ai également pu constater que, malgré leur désir d'appréhender au mieux leurs émotions, il est plus ou moins difficile de le faire selon les circonstances.

J'ai pu observer que l'expérience et la durée de la prise de poste dans ce genre de service n'empêchait pas le combat perpétuel et journalier entre « juste distance » et « engagement émotionnel ».

La question qui peut se poser ici est de savoir s'il est possible d'être engagé émotionnellement à juste distance. Peut-on réellement concevoir que le moteur du soin soit les émotions sans accepter que le contrôler celles-ci soient aléatoire et propre à chacun. Définir l'engagement émotionnel et la juste distance ne doit pas être universel, mais personnalisé à chaque individu.

7 Question de recherche

À partir de mes analyses et de la mise en lien avec mon cadre de référence, je me pose cette question :

« En quoi la recherche à tout prix de la juste distance et de l'engagement émotionnel peut-il perturber la prise en charge des patients ? »

8 Conclusion

Ce travail de recherche m'a permis de mettre des mots sur des interrogations qui concernent plusieurs sphères de ma future vie de soignante.

Il m'a également permis de reconnaître mes propres émotions et réactions face à certaines situations. Ce travail a consolidé les bases relationnelles que j'ai pu acquérir durant ces trois ans de formation.

Il n'est pas évident de sortir d'une situation qui nous touche et de prendre du recul afin de pouvoir l'analyser. Cependant, prendre le temps chaque jour, de relever ce qui est venu perturber la résonance de notre confort intérieur est primordial dans un travail qui confronte les êtres humains. Selon la position, la perception peut être gérée de différentes façons.

A ce jour je ne suis pas capable de savoir si les différentes émotions auxquelles je serais confrontée en tant qu'infirmière vont me permettre dans chaque situation de réagir de la meilleure manière, mais je suis sûre que respecter chaque individu avec ses différences, ses perceptions et ses réactions, peut me permettre d'établir une relation ou de comprendre les émotions de l'autre, peut m'aider à accomplir le projet d'accomplissement professionnel que je souhaite atteindre.

9 Bibliographie

[Accompagnement long 2.doc \(has-sante.fr\) \(consensus\)](#)

[Comprendre la loi Claeys-Léonetti de 2016 - Ministère de la Santé et de la Prévention \(sante.gouv.fr\)](#)

Costantini-Tramoni, M., Lanfranchi, J. & Lancelot, A. (2010). Élaboration d'un questionnaire d'investigation des mécanismes de défense chez les soignants (QIMDS). *Bulletin de psychologie*, 509, 335-349

[culture - Définitions, synonymes, prononciation, exemples | Dico en ligne Le Robert](#)

Daxhelet, M., Johnson-Lafleur, J., Papazian-Zohrabian, G. & Rousseau, C. (2018). Impuissance et contre-transfert culturel : Le rôle des discussions de cas interinstitutionnelles pour dénouer les impasses thérapeutiques. *L'Autre*, 19, 21-31.

[Définitions : accompagnement - Dictionnaire de français Larousse](#)

[Définitions : émotion - Dictionnaire de français Larousse](#)

[Définition et organisation des soins palliatifs en France | SFAP - site internet](#)

Formarier et Jovic. (2009). Les concepts en sciences infirmières, 2ème édition.

Houssaye, J. (1994). Le triangle pédagogique ou comment comprendre la situation. *Les concepts en sciences infirmières : 1994/3 (N°38)* (pp. 17-19). Toulouse : Association de Recherche en Soins Infirmiers.

[L'entretien semi-directif : définition, caractéristiques et étapes \(scribbr.fr\)](http://scribbr.fr)

[Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie \(1\) - Légifrance \(legifrance.gouv.fr\)](http://legifrance.gouv.fr)

[LOI no 99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs \(1\) - Légifrance \(legifrance.gouv.fr\)](http://legifrance.gouv.fr)

Mercadier, C. (2002, 2008). Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital, 9ème tirage.

Paris : Éditions Seli Arslan.

Mottaz, A. (2012). Accompagnement. Dans : Monique Formarier éd., *Les concepts en sciences infirmières : 2ème édition* (pp. 42-43). Toulouse : Association de Recherche en Soins Infirmiers.

Péoc'h, N. (2008). Le MAPP (Mode d'Accompagnement Pédagogique Personnalisé) Un modèle opératoire de compréhension d'une pratique d'accompagnement de l'étudiant en soins infirmiers. *Recherche en soins infirmiers*, 92, 95-105.

Ricot, J. (2019). *Penser la fin de vie*. Presses de l'EHESP.

Ricot, J. (2003). *Philosophie et fin de vie*. Presses de l'EHESP.

Tcherkassof, A. (2013). *Les émotions et leurs expressions*. Presses universitaires de Grenoble.

Truc, H., Alderson, M. & Thompson, M. (2009). Le travail émotionnel qui sous-tend les soins infirmiers : une analyse évolutionnaire de concept. *Recherche en soins infirmiers*, 97, 34

10 Annexe

Table des annexes

Annexe I : Guide d'entretien	II
Annexe II : Grille d'analyse	III
Annexe III : Retranscription des entretiens	IV
Annexe IV : Tableaux d'analyse des entretiens	XXVI
Annexe V : Demande d'autorisation d'entretien.....	LXXI
Annexe VI : Autorisation	LXXIII
Annexe VII : Autorisation de diffusion du travail	LXXV

Annexe I : Guide d'entretien

Guide d'entretien

Dans le cadre de mon parcours en IFSI et pour réaliser un travail de fin d'études, je dois mener des entretiens avec des professionnels de santé.

Ces entretiens seront anonymes et enregistrés afin que je puisse les retranscrire.

<i>Thème</i>	<i>Questions sociologiques</i>
Accompagnement pédagogique	Quel est votre prénom ? Depuis quand avez-vous le DE ? Depuis combien de temps travaillez-vous dans le service ?

Soins palliatif et fin de vie

-Pensez-vous que l'accompagnement des personnes en fin de vie nécessite une prise en charge en soin particulière ? Si oui, en pourquoi ? Si non, pourquoi ?

-Pensez-vous que le professionnel a besoin d'un accompagnement particulier pour ces prises en soin ?

Accompagnement pédagogique

-Pouvez-vous me dire comment les étudiants infirmiers sont accompagnés durant leur stage ?

-Pouvez-vous m'expliquer en quoi consiste le rôle de tuteur de stage pour vous ?

-Pensez-vous que la prise en charge des patients en fin de vie nécessite un accompagnement plus singulier de l'étudiant ? Si oui, en quoi ? Si non, pourquoi ?

Les émotions

-Pensez-vous que vos émotions personnelles peuvent entrer en jeu dans la relation pédagogique ?

-Avez-vous des exemples de situations de soins en fin de vie, où vos émotions ont joué un rôle sur votre comportement ?

-Pensez-vous que la culture, les valeurs et croyances du soignant peuvent impacter la prise en charge des patients ?

Annexe II : Grille d'analyse

Grille d'analyse

-Pensez-vous que l'accompagnement des personnes en fin de vie nécessite une prise en charge en soin particulière ? Si oui, en pourquoi ? Si non, pourquoi ?	J'aimerais comprendre quel genre d'accompagnement est mis en place par les IDE, je souhaite mettre en lien mes recherches sur l'accompagnement en fin de vie et la réalité du terrain
-Pensez-vous que le professionnel a besoin d'un accompagnement particulier pour ces prises en soin ?	Du fait de la spécificité du service, je cherche à savoir si les professionnels ressentent le besoin d'être préparé à cette prise en charge qui peut parfois être difficile.
-Pouvez-vous me dire comment les étudiants infirmiers sont accompagnés durant leur stage ?	Je cherche à savoir si les étudiants sont préparés en amont à la prise en charge des patients en soins palliatifs
-Pouvez-vous m'expliquer en quoi consiste le rôle de tuteur de stage pour vous ?	Je souhaite avoir un avis global du rôle de tuteur de stage, les avantages, les inconvénients, les difficultés
-Pensez-vous que la prise en charge des patients en fin de vie nécessite un accompagnement plus singulier de l'étudiant ? Si oui, en quoi ? Si non, pourquoi ?	Je cherche à savoir si l'accompagnement d'un élève est réévalué selon le type de prise en charge
-Pensez-vous que vos émotions personnelles peuvent entrer en jeu dans la relation pédagogique ?	J'aimerais comprendre si les émotions personnelles des soignants impactent leur jugement professionnel dans le suivi de l'élève infirmier ?
Avez-vous des exemples de situations de soins en fin de vie, où vos émotions ont joué un rôle ?	Cela me permettra de mettre en exergue mes recherches
Pensez-vous que la culture, les valeurs et croyances du soignant peuvent impacter la prise en charge des patients ?	Je souhaite savoir si la culture, les valeurs ou les croyances impactent les réactions émotionnelles et le regard du soignant sur la prise en charge

Annexe III : Retranscription des entretiens

Entretien n°1 avec Lucie (IDE1), infirmière depuis juillet 2022 travaillant en soins palliatifs depuis 8 mois.

- 1 Moi : Est-ce que tu peux te présenter, me dire depuis quand tu es diplômée et depuis
2 combien de temps tu es dans le service ?
- 3 Lucie : Euh Lucie et je suis diplômée de 2022, juillet 2022
- 4 Moi : D'accord et du coup depuis combien de temps tu travail dans le service ?
- 5 Lucie : Depuis septembre 2023
- 6 Moi : Ok, euh donc on va pouvoir attaquer les questions
- 7 Moi : Pensez-vous que l'accompagnement des personnes en fin de vie nécessite une prise
8 en charge en soin particulière ? Si oui, en pourquoi ? Si non, pourquoi ?
- 9 Lucie : Euh, ben déjà je pense que tout type de public que ce soit en chir' ou les enfants,
10 chaque public à son type de soignant et sont type de prise en charge et je pense encore plus
11 en soins palliatif, il faut avoir un type d'accompagnement doux, calme, imposer un climat
12 de confiance , c'est euh, voilà quoi, après ça veut rien dire mais je pense que si t'es
13 quelqu'un de très énergique , très euh, très énervé, fin, ça peut pas coller, c'est des personnes
14 en fin de vie donc elles sont calment, elles prennent le temps « de » et surtout dans le service
15 le type de prise en charge est particulier dans le sens, si le patient veut faire une toilette à
16 18h ben il aura une toilette à 18h quoi, on s'adapte au rythme du patient.
- 17 Moi : Ok, et Pensez-vous que le professionnel a besoin d'un accompagnement particulier
18 pour ces prises en soin ?
- 19 Lucie : Euh, nous en tant que professionnel ?
- 20 Moi : Oui
- 21 Lucie : Euh, je pense, après c'est vachement personnel dépendant, ça dépend de comment
22 tu es, t'as des collègues qui gèrent beaucoup moins bien le deuil et la fin de vie que d'autres,
23 après nous on a les psychologue du travail qui viennent je crois une fois par mois, et on a
24 aussi le psychologue de l'équipe qui est la si besoin mais je pense que ça dépend des gens,
25 je sais que moi j'ai pas de difficultés à gérer ca et d'autres collègues ont plus de mal, elles
26 rapportent ca à la maison donc c'est bien de savoir que t'as les professionnels adéquat à
27 coté de toi pour décharger un peu de tout ca
- 28 Moi : Très bien, pouvez-vous me dire comment les étudiants infirmiers sont accompagnés
29 durant leur stage ?

30 Lucie : Alors nous c'est un peu particulier le fonctionnement, les étudiants tournent avec
31 toutes les infirmières, mais y'a une infirmière par équipe et contre équipe qui est référente,
32 qui fait les bilans, qui s'occupe des objectifs de stage en gros y'a qu'une tutrice entre
33 guillemet pour tous les étudiants même s'ils tournent avec tout le monde donc le
34 fonctionnement exact je serais pas te dire elles proposent un parcours, euh après les deux
35 premières semaine c'est en 7h puis en 10h et puis après au niveau psychologique, euh c'est
36 avec nous, on a plus l'habitude, moi je sais que j'ai eu des étudiants qui me disaient le
37 patient il chauffe on fait pas d'hemoc ? Ben euh non, y'a pas d'intérêt, on ne va pas le traiter
38 donc y'a pas d'intérêt, il est anémié on ne le transfuse pas ? Ben non, euh je pense que
39 quand on est étudiant et qu'on nous apprend les soins actifs c'est compliqué de se dire qu'on
40 lâche prise, un soin ici c'est piquer sur chambre aussi bien que de faire un soin de bouche,
41 c'est euh un type de soin particulier et on les accompagne dans ce sens à dire on est infirmier
42 on fait des soins actifs on pose des perf' mais on fait des soins aussi passifs, on fait des
43 massages par exemple, ça reste un soin. On les accompagnements dans ce cheminement
44 professionnel ou un soin ce n'est pas forcément un acte technique après s'ils ont besoin
45 psychologiquement pareil y'a la psy et même nous on parle beaucoup avec les étudiants ils
46 font partie intégrante de l'équipe

47 Moi : D'accord et pouvez-vous m'expliquer en quoi consiste le rôle de tuteur de stage pour
48 vous ?

49 Lucie : Ben je pense que la tutrice c'est la référente entre guillemet de l'étudiant, elle gère
50 un peu son stage, ici je ne le suis pas mais dans mes autres lieux de travail oui et je sais que
51 j'essaie de, euh pas créer une relation copain copine parce que ce n'est pas ça mais créer
52 une relation de confiance ou s'ils ont besoin ils m'en parlent quoi, être vraiment l'acteur
53 centrale de son stage.

54 Moi : Ok, du coup Pensez-vous que la prise en charge des patients en fin de vie nécessite
55 un accompagnement plus singulier de l'étudiant ? Si oui, en quoi ? Si non, pourquoi ?

56 Lucie : Ouais ben après c'est un peu ce que j'ai dit au début, plus singulier dans le sens ou
57 c'est notre manière de fonctionner, fin, moi du coup y'a pas longtemps que je suis diplômé,
58 je le vois encore avec ce que j'ai appris à l'école dans le sens ou y'a pas que les soins
59 techniques, on essaie de les faire évoluer dans ça, après rien d'autre de particulier s'ils ont
60 besoin y'a la psy ou l'équipe

61 Moi : Pensez-vous que vos émotions personnelles peuvent entrer en jeu dans relation
62 pédagogique ?

63 Lucie : Euh oui, je pense oui, comme dans toute relation humaine mais oui je pense, oui, si
64 t'as passé une mauvaise journée tu peux être un peu plus fébrile, pas seulement avec
65 l'étudiant mais avec tes collègues toutes les émotions jouent sur ta façon de communiquer
66 avec les autres, que ce soit bien ou mal, si t'es un peu plus joyeuse tu seras un peu plus cool
67 avec l'étudiant ça dépend

68 Moi : Avez-vous des exemples de situations de soins en fin de vie, où vos émotions ont joué
69 un rôle sur votre comportement ?

70 Lucie : Je réfléchis à la question... euh chaque situation en fin de vie est différente y'a des
71 patients avec qui on tisse plus de liens et selon les émotions du jour, si la veille on a passé
72 une bonne journée ben on va essayer d'accompagner plus sereinement... Après, moi niveau
73 tristesse, fin c'est triste à dire mais je pense que c'est comme tout tu t'habitue entre guillemet
74 à la fin de vie et à avoir 4 décès par jour et bon c'est pas bien mais c'est une question
75 d'habitude et euh personnellement j'ai pas du mal à gérer, après ça peut être des émotions
76 positifs, avec mes collègues et on s'accordent sur ça, c'est pas parce qu'ils sont en fin de vie
77 qu'il faut arriver tirer la gueule et pleurer avec eux, justement on fait des blagues on va faire
78 un tour dehors voir le soleil, mais après moi c'est plus dans le sens que c'est des patients en
79 fin de vie ils sont très exigeant sur des petits trucs, vraiment la place d'un verre, de ceci de
80 cela, après ça va je pense que j'ai pas trop de problème de patiente mais je pense que pour
81 quelqu'un de nerveux ça peut être stressant, je le suis un peu parce que vraiment des fois on
82 passe 10 min à installer quelqu'un dans le lit parce que c'est pas suffisant parce que c'est
83 pas assez bien, je pense ouais plus ça ou j'aurais plus de mal à gérer mais après jamais dans
84 l'extrême tout se fait

85 Moi : D'accord du coup ma dernière question, pensez-vous que la culture, les valeurs et
86 croyances du soignant peuvent impacter la prise en charge des patients ?

87 Lucie : euh oui, je pense après on est toute un peu formées on a toutes le même son de
88 cloche des docteurs, euh genre on s'accordent tous sur le fait que quand le patient décède
89 il reste dans la chambre, les choses qu'on explique aux familles, ou même quand ils sont
90 entrain de décéder « ils vous entendent parlez leur » euh « ils sentent votre présence » tout
91 ça, après est ce que c'est prouvé scientifiquement je sais pas en tout cas c'est des croyances
92 dans le domaine des soins pall' après je pense au niveau religion moi je suis athée mais je
93 pense que ça peut jouer dans la prise en charge fin on a en ce moment une patiente
94 musulmane en fin de vie et on a des collègues musulmanes qui sont plus, euh, qui font plus
95 attention que nous, euh par exemple à remettre le voile de la patiente, des petites choses
96 comme ça ou nous on essaie de faire attention mais vu que c'est pas notre religion ni notre
97 culture on est moins compétente forcément.

98 Moi : Parfait merci pour tes réponses et d'avoir participé.

Entretien n°2 avec Anna (IDE2), infirmière depuis juillet 2022 travaillant en soins palliatifs depuis sa sortie d'école.

1 Moi : Est-ce que tu peux te présenter, me dire depuis quand tu es diplômée et depuis
2 combien de temps tu es dans le service ?

3 Anna : Du coup moi je m'appelle Anna, euh ça fait euh bientôt 2 ans que j'ai mon diplôme
4 d'état, et ça fait du coup bientôt 2 ans que je travaille ici dans l'unité soins palliatifs, c'est
5 mon 1^{er} poste.

6 Moi : D'accord, alors est-ce que vous pensez que l'accompagnement des personnes en fin
7 de vie nécessite une prise en charge en soin particulière ? Si oui, en pourquoi ? Si non,
8 pourquoi ?

9 Anna : Oui bah oui, du coup je dirais oui. Ça nécessite beaucoup de temps, beaucoup
10 d'écoute, je trouve qu'il y a des qualités qu'il faut quand même avoir, beaucoup d'empathie
11 aussi. Et après en terme technique aussi, il y a les 2. Il y a beaucoup de soins techniques en
12 soins palliatifs, chose qu'on ne pense pas souvent, mais en fait c'est là que, bah après moi
13 je travaille en oncologie palliatif donc du coup on se retrouve avec des patients qui ont
14 différents cancers à différents endroits d'où plein de soins techniques qu'on peut être amené
15 à faire pour les soulager.

16 Moi : Ok, donc du coup pensez-vous que le professionnel a besoin d'un accompagnement
17 particulier pour ces prises en soin ?

18 Anna : Oui, je pense que quand même c'est important de pouvoir parler de ces prises en
19 charge, ben déjà on a quand même une psychologue qui vient tous les mois pour nous, pour
20 l'équipe, elle est externe à la clinique et donc du coup bah tous les mois elle nous reçoit
21 équipe et contre équipe pour parler bah de notre vie en fait. On peut parler de ce qu'on veut,
22 de nos prises en soin qui nous ont marqué, de nos prises en charge de euh ou peu importe,
23 vraiment on parle de tout ce qu'on veut et ça nous aide vachement. Après ben on se parle
24 beaucoup entre nous on est une équipe justement assez jeune, jeune DE et aussi jeune en
25 âge et on s'épaule vachement les unes les autres. Et je trouve que c'est important dans ces
26 prises en charge de fin de vie de pouvoir compter sur ses collègues, de passer le relais quand
27 nous on se projette trop, quand il y a des situations délicates, pour pouvoir déverser.

28 Moi : Au niveau de l'accompagnement pédagogique du coup, pouvez-vous me dire
29 comment les étudiants infirmiers sont accompagnés durant leur stage ?

30 Anna : Alors du coup déjà moi je suis bah tutrice pour les étudiants donc on essaye de les
31 accueillir, donc-moi si je travaille avec l'infirmière référente, c'est l'infirmière principale en
32 fait. On essaie de les accueillir à deux et en fait on leur fait faire déjà le parcours de stage
33 des étudiants, de voir quand est-ce qu'ils sont là, quand est-ce qu'ils ne sont pas là. On essaie
34 de les faire tourner sur les 2 secteurs parce qu'on a un secteur unité soin longue durée et un

35 secteur unité soins palliatifs. Donc voir ce qu'ils veulent, ce qu'ils ne veulent pas aussi et on
36 s'adapte avec eux. Bah selon leur niveau d'étude, s'ils sont en 2e année, s'ils sont en 3e
37 année, quels sont leurs objectifs, et en fait tout le long on va les accompagner, euh bah selon
38 ce qu'ils ont envie de voir, si c'est difficile aussi pour eux parce que d'emblée c'est quand
39 même pas un stage comme les autres on sait qu'au niveau émotionnel, bah là je pense à une
40 étudiante qui arrivait qui était en 2e année, du coup elle avait jamais fait d'hospitalisation
41 bah médecine on va dire, donc c'était compliqué déjà pour elle parce qu'elle se sentait un
42 peu en décalage, elle avait pas fait de soins techniques, et cetera, donc on va l'accompagner
43 dans ça, et aussi au niveau émotion, c'est sûr que c'est chargé en émotions, donc on lui a dit
44 d'emblée que s'il y a des situations qui sont délicates, que bah elle peut complètement nous
45 en parler ou pas, bah qu'on l'a laisse pas toute seule enfaite c'est super important qu'ils
46 puissent eux bah eux aussi déverser, parce que nous, on peut, entre guillemets, s'habituer,
47 parce qu'on travaille au quotidien avec ça, donc on essaie au maximum fin de savoir où sont
48 nos limites, quelqu'un qui n'est pas du soin palliatif, qui n'est pas confronté tous les jours à
49 la mort, ni à la vie, ni aux familles, ça peut être difficile en fait pour eux de trouver leur
50 place et tout ça...

51 Moi : Ok donc du coup vu que vous êtes tutrice ça tombe bien, pouvez-vous m'expliquer en
52 quoi consiste le rôle de tuteur pour vous ?

53 Anna : Euh ben enfaite ça consiste euh ben déjà de suivre vraiment l'étudiant, d'essayer de
54 voir où est ce qu'il en est, euh bah de transmettre je trouve que c'est plutôt cool, fin c'est le
55 partage enfaite, parce qu'après moi je pars toujours du principe que les étudiants ils ont aussi
56 à nous apporter, parce que bah on sait à quel point notre métier il évolue, comment les
57 pratiques elles évoluent et les recommandations aussi, donc bah on va dire c'est plutôt
58 donnant donnant et tout ça, ensuite bah on essaie de faire les bilans de mi-stages, de voir
59 euh, moi je leur propose toujours un parcours pour qu'ils voient un maximum de choses et
60 je trouve que c'est au tuteur un peu de montrer tout ça et donc de dire bah voilà, on a la salle
61 de geste, on a la salle blanche, c'est là où on prépare les chimiothérapies pour qu'ils voient
62 un petit peu quand même autre chose dans son stage pour qu'ils puissent avoir un maximum
63 bah d'apports pour lui, et on essaie de le suivre quoi tout au long. Et puis après dans tous les
64 cas je m'entretiens toujours avec mes collègues parce que se sera pas toujours avec moi que
65 l'étudiant va tourner et ce qui est bien aussi. Et puis je trouve ça formateur, parce qu'ils
66 posent des questions que nous avec les automatismes on peut oublier, ça nous renvoi à notre
67 pratique mais ce qui est difficile, après euh ce qui peut être difficile pour nous, c'est qu'il y
68 a eu beaucoup d'étudiants en très peu de temps et enfaite, sachant qu'on est une équipe jeune,
69 c'est très difficile parce que moi je sortais à peine du DE que même pas je pense 2, 3 mois
70 après, j'avais déjà une étudiante avec moi donc c'était euh j'étais déjà même pas prête à
71 gérer mes patients, mes secteurs et cetera, que je devais déjà transmettre ce que je venais
72 d'apprendre. Donc ça c'était pour moi un peu dure et ça l'a été un petit peu aussi pour mes
73 collègues parce qu'on était toutes pareilles et c'est difficile de tous avoir du temps pour eux
74 et c'est un peu frustrant parce que bah c'est un savoir, c'est un partage et finalement quand

75 t'as pas le temps nécessaire bah du coup tu bâcle des choses que t'aurais voulu plus faire
76 avec l'étudiant et voilà.

77 Moi : D'accord et pensez-vous que la prise en charge des patients en fin de vie nécessite un
78 accompagnement plus singulier de l'étudiant ? Si oui, en quoi, sinon pourquoi ?

79 Anna : Euh oui parce que moi je trouve que ce qu'il y a de bien quand on est un étudiant par
80 rapport à un accompagnement en fin de vie, c'est que vraiment il y a la juste place de dire
81 que l'étudiant il a encore tout le temps enfaite, il n'a pas un secteur à gérer. Souvent en plus
82 on leur demande de prendre bah euh, voilà en fin de vie au moins un ou deux patients. Parce
83 que théoriquement parlant l'infirmière ici à 6 patients pour elle quand le service est plein.
84 Donc du coup pour l'étudiant c'est déjà un ou 2 patients, c'est déjà très bien dans sa globalité
85 et quand on est étudiant je trouve qu'on a plus le temps auprès du patient et c'est encore
86 mieux parce que bah c'est l'entre-deux, moi je leur dis à chaque fois aux étudiants, bah de
87 profiter parce que vous avez pas à gérer tous les autres patients, en plus en fin de vie on sait
88 comment les patients ont juste besoin de temps, enfin de présence donc ça fait déjà
89 énormément dans leur prise en charge d'être auprès d'eux. Et quand il n'y a pas les familles,
90 qu'on prenne le relais, que très souvent ils aiment beaucoup. Donc je trouve que l'étudiant,
91 a un bon rôle à jouer dans le sens où il peut être un peu à l'écoute de chaque patient et c'est
92 cool. C'est privilégié je trouve comme relation. On essaie de les accompagner dans ce sens.

93 Moi : Très bien, et pensez-vous que vos émotions personnelles peuvent entrer en jeu dans
94 la relation pédagogique ?

95 Anna : Oui, oui, je pense. Ah, c'est un peu difficile. Je réfléchis (rire) je dirais oui d'emblée,
96 je pense que ça joue. Chacun je pense à des problèmes personnels et du coup bah ça
97 nécessite encore plus d'efforts enfaite parce que bah du coup tu transmets et tu te dois du
98 coup de bah voilà montrer les bonnes pratiques. Et porter l'intérêt pour ce que tu fais, chose
99 qu'on fait quotidiennement mais que bah il y a des jours, il y a comme tout le monde des
100 jours avec et des jours sans, voilà par exemple quand il manque une infirmière déjà ça nous
101 met dans le jus et en plus de ça on a avec nous un étudiant à qui on doit transmettre quelque
102 chose, mais c'est difficile je pense. C'est plus par rapport à ça. Si le monde était beau, qu'on
103 avait jamais de manque personnel, que tout roulait bien, que les médecins prescrivaient
104 bien, que les patients était géré, ça serait le plus beau des mondes, euh on aurait le temps de
105 tout leur apprendre dans toutes les formes, et cetera, mais c'est pas la réalité du terrain donc
106 bah des fois effectivement on peut être agacé pour 1000 et une raisons, et bah du coup c'est
107 difficile, c'est encore plus frustrant parce qu'on a l'étudiant qui est à côté de nous et enfaite
108 bah on peut pas faire comme on aurait voulu donc c'est ça qui est un peu pénible donc
109 forcément nos émotions bah il y a des jours où on sera moins patient, par exemple à chaque
110 fois que j'avais une étudiante malheureusement bah j'ai jamais fini à l'heure, mais c'est pas
111 leur faute mais c'est que enfaite si tu veux prendre le temps, bah du coup tu pars pour un
112 soin, tu te dis que toi tu le ferais en 20 Min mais en fait t'es dans la Chambre, ça fait 45 min
113 parce que bah tu décomposes tous les gestes d'un soin technique et cetera, mais après ça fait
114 partie du job.

115 Moi : : Ok, Avez-vous des exemples de situations de soins en fin de vie, où vos émotions
116 ont joué un rôle sur votre comportement ?

117 Anna : Hmm, là, ça n'a rien à voir avec l'étudiant, non ?

118 Moi : Non

119 Anna : Ok oui, j'en ai une oui, oui complètement. Ben en fait, j'ai eu euh dans la Chambre
120 12, un patient qui était sous oxygène. Je peux raconter ?

121 Moi : Oui oui de toute façon ça reste anonymisé

122 Anna : Et en fait, il y avait un patient qui était à la Chambre 12 et en fait ce patient était en
123 fin de vie et en fait il nécessitait beaucoup d'oxygène il désaturé, et cetera et euh mais il
124 était en fin de vie et en fait, je suis arrivée le matin, il avait encore l'oxygène plus de 6 L, il
125 avait 9 L je crois d'oxygène et en fait chose qu'en soins palliatifs on voit pas tous les 4
126 matins, c'est à dire 9 l, ça fait beaucoup fin même visuellement il avait le masque comme
127 ça, à haute concentration et il y avait la famille qui était auprès de lui et on voit avec le
128 médecin, on se dit bon ben on va quand même commencer à diminuer l'oxygène, parce que
129 là on sait très bien que bah c'est l'oxygène qui le maintien, et ça c'est une forme euh, c'est
130 une thérapeutique, et cetera. Donc on se pose tous la question de façon collégiale et puis on
131 décide du coup de réduire l'oxygène petit à petit dans la journée. Et donc c'est moi qui ai ce
132 patient en charge à 15h00, du coup je commence euh on fait le tour, on fait un soin de
133 bouche pour ce patient, il était déjà comateux, fin il avait plus conscience, et cetera, et je
134 baisse l'oxygène de 1 fin même pas, je baisse de 3 parce que c'est par 3, en plus on passe de
135 de 9 à 6, on fait le soin de boucher, et cetera, je remets du coup le masque avant de partir et
136 en fait je pars de la chambre et même pas 10min plus tard y'a la famille qui m'appelle qui
137 me dit il respire plus. Donc là moi je fais forcément le lien de cause à effet je me dis fin
138 c'est moi qui ai fait quelque chose fin voilà et donc j'ai direct le sentiment de culpabilité, je
139 pensais pas du tout que ça allait être autant tôt donc je vais auprès d'eux et ils me disent fin
140 la femme elle me dit il respire plus, après ils étaient super raccord avec la fin de vie donc
141 ils ont pas plus parlaient de ça et donc j'ai dit d'accord y'a pas de problème, moi je vous
142 laisse auprès de lui et moi je vois juste visuellement qu'effectivement, il ne respire plus.
143 Mais je les laisse bah du coup avec lui ils me disent on est d'accord que c'est la fin ? Je leur
144 dis effectivement on se rapproche plus de la fin. Je quitte la chambre et après moi je suis
145 partie dans tous mes étages je pleure, mes collègues m'ont ramassé en pleurs et moi je fin
146 j'avais cette culpabilité alors qu'en soi c'était la consigne de tout le monde. On en avait
147 discuté donc c'est ce qu'il fallait faire, mais que ça soit autant rapide ça faisait vraiment bah
148 moi qui avais mis fin à ses jours et euh en fait au final, j'en parle au médecin le médecin a
149 été complètement d'accord, il m'a dit, mais anna, fin, ils m'ont tous remonté le moral tout
150 ça puis elle m'a dit, bon on va quand même constater le décès et en fait on revient dans la
151 chambre du coup il s'est bien passé une bonne demi-heure, on revient dans la chambre et
152 quand j'ouvre la porte, j'ai l'impression que je l'entends respirer et en fait je regarde
153 directement sur le torse et je vois, qu'il respire. Du coup je regarde la famille et là je vois

154 que le médecin commençait à partir dans un discours comme s'il était décédé alors que bon
155 euh puis en fait la femme nous dit que en fait il respire à nouveau donc en fait il n'était pas
156 mort ! Donc du coup c'était l'ascenseur émotionnelle ! En fait il avait fait une pause de 2
157 Min 40, chose qui nous est jamais arrivé parce qu'il y a beaucoup de patients qui font des
158 pauses respiratoires, ça dure une minute c'est déjà bien long, une minute 30 donc euh du
159 coup euh non, c'était vraiment un record de pause respiratoire et au final je suis repartie
160 dans la chambre et je me suis sentie un peu fin un peu bête fin bref au final le patient il est
161 décédé, il a tenu bah euh un jour, un jour et demi en plus donc bah ça n'avait aucun lien
162 avec le fait que j'avais baissé l'oxygène petit à petit, mais en fait ça faisait ascenseur
163 émotionnel dans cette fin de vie et voilà quoi.

164 Moi : Bon ok merci ! Du coup ma dernière question, pensez-vous que la culture, les valeurs
165 et croyances du soignant peuvent impacter la prise en charge des patients ?

166 Anna : Oui. Oui je pense, parce qu'à chaque fois on se pose des questions, ben on est toutes
167 différentes, donc on a toutes des valeurs différentes même s'il y en a euh fin quelques-unes
168 qui se ressemblent vraiment, c'est pour ça qu'on est toutes en soins palliatifs d'ailleurs. Mais
169 après, même par rapport aux croyances, on est toutes différentes et je pense que c'est ce qui
170 nous complète. Mais tu as dit est-ce que ça impacte la prise en soin en fin de vie c'est ça ?

171 Moi : Oui

172 Anna : On essaye en tout cas que ça impacte le moins possible, mais je pense
173 qu'inconsciemment ça euh je pense c'est sûr que ça doit impacter, mais on essaie d'être euh
174 fin toujours de recentrer vraiment le patient dans tout ça, parce que c'est ni notre père, ni
175 notre frère, ni je ne sais pas qui donc en fait les soins, on les fait pour le patient et pas pour
176 nous et pas pour quelqu'un de notre famille, et à chaque fois, même si on a nos petites
177 croyances dans nos têtes, on fait vraiment ce que le patient souhaite et vraiment c'est notre
178 priorité, fin on fait vraiment en fonction de ce que le patient aurait souhaité et que la famille
179 aussi souhaite, parce que dans les soins palliatifs on inclut beaucoup la famille tout ça...
180 mais je pense que ouais ouais, ça c'est sûr ça se fait parce qu'on en a déjà parlé, y'a des gens
181 tout le long qui vont parler à des patients, même s'ils nous répondent pas. Y'a des gens, non.
182 Mais très souvent on le fait, fin sur ça, on parle presque toutes aux patients, même s'ils ne
183 nous répondent pas. Mais c'est vrai que ça c'est selon les croyances vachement. Après il y a
184 des gens qui vont préférer, c'est des brouilles, mais, je ne sais pas par exemple éteindre la
185 lumière fin les trucs comme ça quand le patient est inconscient, quand vraiment on parle
186 d'un cas, ou le patient ne peut pas exprimer son souhait. Mais c'est sûr que oui, chacune a
187 ses croyances par rapport à ça, mais on essaie que se soit pas au-dessus de la croyance du
188 patient en fait.

189 Moi : Ben super ben écoute merci beaucoup d'avoir répondu à toutes mes questions et
190 d'avoir participé.

Entretien n°3 avec Lou (IDE3), infirmière depuis août 2022 et travaillant en soins palliatifs depuis sa sortie d'école.

1 Moi : Est-ce que tu peux te présenter, me dire depuis quand tu es diplômée et depuis
2 combien de temps tu es dans le service ?

3 Lou : Moi, je m'appelle Lou et j'ai le DE depuis juillet 2022.

4 Moi : Ok, et depuis combien de temps du coup, vous êtes dans le service ?

5 Lou : J'ai attaqué au mois d'août 2022, donc ça va faire 2 ans.

6 Moi : D'accord, alors pour ma première question, est-ce que vous pensez que
7 l'accompagnement des personnes en fin de vie nécessite une prise en charge en soin
8 particulière ? Si oui, en pourquoi ? Si non, pourquoi ?

9 Lou : Ah Ben oui, les soins palliatifs, c'est une spécialité à part entière euh voilà, c'est des
10 gens qui sont en fin de vie, ils savent le pronostic qui leur est réservé, donc forcément que
11 la prise en charge, elle est différente. Voilà, on va s'adapter, à la douleur, à leur confort, au
12 bien-être. Voilà, on va vraiment être attentif euh voilà sur ces points-là la douleur et la
13 qualité de vie. Mais je pense c'est la posture soignante qui prime. Je pense que voilà, la base
14 c'est d'être humain envers tout le monde. Considérer chaque patient, peu importe dans quelle
15 catégorie, qui soit en chirurgie, en digestif, en réanimation ou en soins palliatifs ou n'importe
16 voilà. Ils ont le droit tous à la même bienveillance, bienveillance, et cetera. Mais c'est sûr
17 que bon, quand on sait que le patient va décéder, forcément qu'on est peut-être encore plus
18 euh il y a un investissement, je dirais, qui est encore plus important pour moi en tous cas.
19 Après, voilà on se comporte du mieux qu'on peut.

20 Moi : Ok, donc du coup pensez-vous que le professionnel a besoin d'un accompagnement
21 particulier pour ces prises en soin ?

22 Lou : Je pense que c'est important d'être formé à ce qu'est la spécialité des soins palliatifs.
23 Avoir notion de certaines choses, même certaines pratiques, ne serait-ce qu'en termes de
24 traitement tout ça. Il y a des choses qu'on ne fera jamais dans d'autres services qu'ici on
25 s'autorise à pratiquer à les pratiquer parce que justement voilà, pour le confort du patient, il
26 y a des traitements qu'on va faire en IV qui normalement se passent que en sous cutané par
27 exemple mais voilà, parce que c'est bon, c'est vu avec les médecins et tout ça, mais c'est
28 vraiment pour privilégier le patient quoi, ne pas lui imposer des euh soins invasifs voilà
29 mais donc oui, je pense qu'il y a des petites notions comme ça et des petites choses voilà
30 auxquelles si on n'est pas habitué ou pas préparé, c'est compliqué. Après le fait que voilà, il
31 y ait les anciennes dans le service fin, il y a un genre de tutorat qui s'est mis en place, il y a
32 aussi l'expérience qui fait que voilà, le fait de côtoyer au quotidien, voilà.

33 Moi : Ok et pouvez-vous me dire comment les étudiants infirmiers sont accompagnés durant
34 leur stage ?

35 Lou : Ben on essaie au maximum voilà d'être bienveillant là-dessus, de voilà, de rien
36 imposer. S'il y a des soins qui sont compliqués, s'il y a un décès, de voir un corps mort, c'est
37 compliqué. Il y a plein de petites choses comme ça, même ne serait-ce que
38 l'accompagnement des familles ou des personnes qui peuvent renvoyer à des
39 problématiques personnelles ou familiales fin voilà, on peut se projeter, voilà, on est attentif
40 à ça. Et aussi à leur laisser la parole fin de euh voilà, de verbaliser, de pas se sentir mal à se
41 dire « Ah non mais ça veut dire que je ne suis pas à l'auteur » où penser que « je ne peux
42 pas être infirmier si je n'arrive pas à gérer la situation » non vraiment ce n'est pas ça. Donc
43 voilà on essaie d'être attentif à tout ça. Après je pense que déjà dans la formation infirmière,
44 normalement déjà il y a une partie où on parle des soins palliatifs, donc je pense que suivant
45 à quel stade il en est dans sa formation en général c'est déjà vu le volet sont palliatifs, il est
46 abordé, donc normalement ils viennent ici, ils savent à quoi s'attendre. Après voilà on ne
47 peut pas reprendre les soins palliatifs avec eux quoi on le fait au fur à mesure des questions.

48 Moi : Ok. Alors je ne sais pas si vous êtes tutrice de stage mais pouvez-vous m'expliquer en
49 quoi consiste le rôle de tuteur pour vous ?

50 Lou : Alors je ne suis pas responsable des étudiants, mais bon ben je suis passée par la case
51 déjà de l'école donc on a appris à faire ce tutorat qui n'est pas forcément simple hein suivant
52 bah déjà notre personnalité, ce n'est pas forcément pratique quand on est jeune IDE ce n'est
53 pas évident aussi de se positionner, après ben voilà, c'est de l'accompagner dans son
54 parcours, de bah, de l'épauler, de répondre aux questions, de voilà, de l'accompagner quoi.
55 C'est vraiment de l'accompagnement sur le terrain de stage, après ce n'est pas forcément
56 une tâche facile à faire. En tout cas moi pour ma part ce n'est pas quelque chose avec
57 laquelle je suis à l'aise parce que bon, déjà il y a un petit manque de confiance en moi qui
58 fait que voilà, je ne me sens pas à l'aise avec ça. Il y a une espèce de légitimité quand on est
59 jeune diplômé à se dire qui je suis pour venir lui dire alors qu'il y a 6 mois, j'étais à sa place.
60 Y a ça, et le fait que voilà, si y a beaucoup d'élèves en même temps, voilà ce n'est pas
61 évident, même pour nous dans notre travail. Voilà leur déléguer, t'as l'impression de pas
62 forcément bien avoir pris en charge tes patients quoi. Je ne sais pas, y a quelque chose qui
63 se passe qui n'est pas évident. Après bah ça nous permet quand même de toujours rafraîchir
64 hein, y a des questions par exemple pourquoi tu fais ça là ? Ben Ouais, c'est vrai pourquoi
65 je le fais ? Se remettre en question grâce à ça, de voilà, de réajuster.

66 Moi : D'accord et pensez-vous que la prise en charge des patients en fin de vie nécessite un
67 accompagnement plus singulier de l'étudiant ? Si oui, en quoi, sinon pourquoi ?

68 Lou : C'est compliqué parce que ça dépend aussi de la position de l'étudiant, la façon dont
69 il va se positionner dans son stage, l'investissement qu'il va y mettre. Et voilà le savoir-être
70 qu'il a. C'est sûr que on va attendre que voilà, euh qu'il ait une attitude quand même
71 bienveillante, voilà quoi c'est le positionnement. On l'accompagne selon comme il est. Je
72 trouve que ce n'est pas évident parce qu'il faut jongler entre euh bah montrer qu'on est
73 investi, poser des questions ou demander à faire certains soins tout en étant assez discret,
74 fin auprès des patients, discrets fin à juste mesure hein. Mais voilà, parfois il y a des patients

75 où il faut que ça soit très calme dans la chambre, d'autres ils ont besoin que ce soit vivant,
76 donc voilà.

77 Moi : Très bien, et pensez-vous que vos émotions personnelles peuvent entrer en jeu dans
78 la relation pédagogique ?

79 Lou : Oui, ben oui, si on est avec un patient par exemple, avec qui le euh fin avec lequel
80 depuis des mois on a créé une relation, on a créé des choses. C'est vrai que peut-être on ne
81 va pas être attentif avec l'étudiant, on va avoir tendance à vouloir maîtriser la chose et peut-
82 être qu'on ne va pas avoir la juste position avec l'étudiant. Donc ça peut entraver. C'est
83 pareil, je pense que bah il y a des étudiants selon le positionnement, c'est plus compliqué de
84 trouver la façon de l'encadrer au mieux et est-ce que ça va impacter ? Bah oui ça va impacter
85 l'étudiant comme ça peut impacter nos collègues. C'est sûr qu'on essaye de euh fin, c'est
86 personnel dépendent, si on arrive à se contrôler et à gérer ses émotions, voilà, ça va glisser.
87 Si on est quelqu'un ou les émotions prennent le dessus, forcément, ça va impacter. Pour ma
88 part, moi, j'essaie au maximum de rester fidèle à moi-même, assez neutre. Mais oui, c'est
89 sûr qu'il y a des journées qui sont plus contrariantes, où on est un peu débordé, où un patient
90 qui voilà qui chauffe ou quelque chose où il faut réagir vite c'est vrai que peut-être là
91 l'étudiant ça va pas être la priorité entre guillemets mais une fois que la crise est passée de
92 reprendre avec lui, de dire voilà là désolé, je t'ai mis de côté ou je t'ai pas trop expliqué ou
93 je t'ai pas délégué, mais là on n'avait pas le temps, ça c'est important de le reprendre après
94 derrière.

95 Moi : : Ok, Avez-vous des exemples de situations de soins en fin de vie, où vos émotions
96 ont joué un rôle sur votre comportement ?

97 Lou : Là comme ça je ne vois pas forcément de situation. Après voilà c'est vrai qu'on crée
98 des liens assez forts autant avec le patient qu'avec sa famille, parfois plus avec la famille
99 qu'avec le patient. Tout dépend de la situation, patient qui parle, qui ne parle pas, patient
100 éveillé, pas éveillé, voilà donc ça nous est arrivé de voilà de pleurer aussi avec les familles,
101 bon, on essaie de le faire au moins possible, hein mais voilà c'est arrivé, que nos émotions
102 débordent et qu'ils le ressentent et je pense que bah c'est juste le côté humain du travail qui
103 se passe ici en fait donc voilà.

104 Moi : D'accord pour finir pensez-vous que la culture, les valeurs et croyances du soignant
105 peuvent impacter la prise en charge des patients ?

106 Lou : Le patient avant d'arriver à la phase du décès, il a la possibilité de donner ses directives
107 anticipées, donc en fonction de ses volontés s'il en a fait, voilà, on s'adapte, on adapte et on
108 respecte ses volontés. Pareil si la famille elle dit voilà le jour où il décède, ben euh ce t-shirt
109 il aimait bien au lieu de mettre une blouse d'hôpital, on va mettre un t-shirt tout ça, on
110 respecte les volontés du patient avant de penser à nous et ce qu'on voudrait pour nous. Euh
111 voilà, on essaie de respecter au maximum déjà les souhaits du patient, et on essaie toujours
112 de se mettre à la place des familles et de se dire est-ce qu'on est juste et voilà peut-être que
113 des fois on se loupe hein mais voilà, on essaie de pas se dire moi j'aimerais être comme ça,

- 114 donc je fais comme ça, non, on fait en fonction de qui la personne était et de ce qu'on a
115 connu de cette personne, pareil pour les rites religieux.
- 116 Moi : Ecoute ben merci d'avoir participé et merci pour toutes tes réponses.
- 117 Lou : J'espère avoir pu t'aider.

Entretien n°4 avec Chloé (IDE 4), infirmière depuis juillet 2017 travaillant en soins palliatifs depuis 7 ans.

1 Moi : Est-ce que vous pouvez vous présenter, me dire depuis quand vous êtes diplômée et
2 depuis combien de temps vous êtes dans le service ?

3 Chloé : Alors moi c'est Chloé, je suis diplômée de juillet 2017, hum j'ai commencé à
4 travailler le 16 août 2017. J'ai un parcours purement gériatrique. J'ai commencé de nuits sur
5 de la suppléance et au milieu de cette année-là, j'ai fait un remplacement dans mon service
6 actuel et depuis j'y suis toujours.

7 Moi : Super, ben on va pouvoir commencer, pensez-vous que l'accompagnement des
8 personnes en fin de vie nécessite une prise en charge en soin particulière ? Si oui, en
9 pourquoi ? Si non, pourquoi ?

10 Chloé : Alors oui, je pense que oui euh c'est pour moi, c'est des patients, alors j'ai pas envie
11 de dire euh fin pour moi c'est une attention particulière en fait. Soit il y a la personne en fin
12 de vie qui est encore un peu présente parce que pas forcément sédaté ou alors avec une
13 sédation peu profonde donc encore un peu là mais forcément ils vont être un peu plus
14 ralentis qu'une personne qui est pas en fin de vie donc il faut aussi faire un peu à leur rythme,
15 voir s'ils peuvent encore faire quelque chose parce qu'il y en a certains, quand ils sont encore
16 là, ils sont capables encore de faire quelques trucs, et c'est quand même des personnes qui
17 ont des angoisses assez particulières. Donc je trouve que c'est une prise en charge un peu
18 particulière, avec du temps qu'on peut accorder à ces patients-là de manière différente. Donc
19 oui pour moi c'est une prise en charge qui est quand même plus particulière, ou en tout cas
20 qu'on adapte un peu plus. De toute façon, on s'adapte à tout patient. Il y a des patients qui
21 ont besoin ça et il y a des patients qui n'ont pas envie qu'on les embête même en fin de vie,
22 mais oui ce sont des patients qui ont besoin d'une attention assez particulière parce que
23 contexte particulier. Souvent ils savent, s'ils ne sont pas complètement sédatisés, ils savent
24 que voilà, on est plutôt sur les derniers jours de vie plutôt que le début. Donc tu as toutes
25 les angoisses derrière et donc forcément c'est un temps particulier avec eux, pour essayer
26 en tout cas de faire en sorte qu'ils soient le mieux possible.

27 Moi : D'accord et pensez-vous que le professionnel a besoin d'un accompagnement
28 particulier pour ces prises en soin ?

29 Chloé : Alors oui et on est très dans la demande parce que du coup, c'est ce que tu me disais
30 tout à l'heure avant qu'on commence. Nous, on n'a pas de lit identifié soins palliatifs. C'est
31 une demande qui est faite par notre service donc c'est en train d'être mis en place afin que
32 cela soit officiel et du coup on est déjà certaines d'entre nous à avoir participé à la formation
33 soins palliatifs que l'hôpital propose car c'est une obligation pour mettre en place ce type de
34 lit et de prise en charge. Nos médecins aussi doivent se former euh voilà, on a une cadre qui
35 est aussi très portée là-dessus et donc on est tous aussi très en demande d'être formé sur tout

36 ce qu'ils appellent les soins de support, la plupart d'entre nous l'est déjà. Moi je suis formé
37 au toucher massage, j'ai également demandé la formation hypnose, j'ai une collègue qui est
38 sûr de l'aromathérapie, fin voilà, on est toutes un peu formés car malgré que cela ne soit pas
39 encore officiel, on est confronté chaque jour à ce type de prise en charge dans notre service
40 et du coup hum tout ça permet un accompagnement un peu plus particulier. Et encore, on
41 l'utilise aussi chez des patients qui ne sont pas en fin de vie parce que c'est des choses qui
42 sont quand même assez utiles et ça nous permet quand même de limiter un peu les
43 thérapeutiques médicamenteuses. Après, si on prend le penchant « accompagnement » autre
44 que sur de la formation, style humm des difficultés sur une prise en charge, ou une situation
45 où on n'est pas d'accord sur la prise en charge, ben quand on en a besoin, on demande à en
46 parler. Du coup, souvent on en reparle avec l'équipe mobile soins palliatifs qui intervient
47 très régulièrement chez nous. On les voit quasiment tous les jours. Du coup on en reparle
48 avec eux après coup. Mais on communique assez dans l'équipe. Déjà on en parle entre nous
49 et en plus on sait qu'on a le support de l'équipe mobile soins palliatifs qui sont là pour
50 rediscuter des situations. Donc forcément ça prend en compte aussi du coup nos émotions
51 et comment y faire face pour réagir à telle ou telle situation.

52 Moi : Ok, et du coup pouvez-vous me dire comment les étudiants infirmiers sont
53 accompagnés durant leur stage ?

54 Chloé : Bah c'est de l'accompagnement comme on peut avoir un peu partout hein. Le bilan
55 de mi stages avec l'étudiant, le bilan de fin de stage qu'on fait avec l'étudiant et puis après
56 bah t'as les stages qui se passent pas trop bien et auquel cas on essaie de rectifier le tir à
57 certains moments comme partout, après nous chez nous, ça nous est arrivé de voir un
58 étudiant avec une grosse difficulté et du coup d'essayer de au lieu que ça soit forcément
59 l'étudiant qui s'adapte au lieu de stage, ce qu'on demande normalement, ben on essaie de
60 s'adapter un peu plus à lui pour essayer. Voilà de limiter un peu plus les difficultés et de
61 réussir à le mettre un peu plus à l'aise. On essaie quand même de s'adapter à l'étudiant pour
62 que ça se passe pour le mieux, on se dit potentiellement, ça va être mon collègue. Parce que
63 c'est quand même le but à la fin, qu'il soit diplômé donc faut qu'on ait envie de travailler
64 avec lui. C'est pour ça que je pense qu'on est quand même quelques-unes à aimer encadrer,
65 mais entre autres parce que voilà, on sait que derrière y'a un but, après au niveau
66 accompagnement psychologique de certaines situations qui peuvent arriver de fin de vie, de
67 décès, on prévient toujours parce qu'on est quand même sur un service gériatrique donc on
68 sait qu'il y aura l'accompagnement en fin de vie. Si on a un décès, on n'oblige pas l'étudiant
69 mais on propose toujours parce que malgré tout, le jour où on est professionnel, il va falloir
70 gérer. Donc voilà, mais on propose, on n'oblige pas. Donc s'ils veulent aller voir la toilette
71 mortuaire, le retrait d'un pacemaker ou autre, on leur propose on n'impose pas parce que ça
72 reste quand même quelque chose de difficile. Moi je trouve ça important de pas imposer
73 cette chose là parce qu'il faut quand même être prêt, voilà bah parce qu'on a parfois des
74 corps qui sont un peu torturés, ce n'est pas forcément des belles morts à chaque fois, donc
75 ça peut être un peu choquant donc forcément on propose et ensuite si l'étudiant ne veut pas
76 il le sait, il sera pas pénalisé. On prévient toujours en disant que ça ne le pénalisera pas dans

77 son stage et s'il a voulu y aller, bien sûr, on revoit avec lui derrière si ça va déjà, poser la
78 question, s'il a des questions, on cherche toujours quand même à savoir si ça va ou si ça va
79 pas, et pareil s'il y a une situation de fin de vie ou une situation un peu compliquée on
80 cherche quand même à savoir si ça va, s'il a des questions et après nous on a quand même
81 des médecins qui sont plutôt ouverts donc pareil on leur dit toujours de pas hésiter à aller
82 voir les médecins l'équipe mobile de soins palliatifs est très présente, donc de pas hésiter
83 aussi à aller leur poser des questions et voilà.

84 Moi : Ok et pouvez-vous m'expliquer en quoi consiste le rôle de tuteur de stage pour vous
85 ?

86 Chloé : Alors moi je pense que c'est un réel accompagnement. Moi en tout cas, je fonctionne
87 comme ça quand j'ai un étudiant et que c'est moi la tutrice. Déjà je dis toujours à mon
88 étudiant, qu'il n'y a pas de souci s'il se sent mieux avec quelqu'un d'autre, il n'y a pas de
89 souci, s'il a besoin de parler de quelque chose mais qu'il ne se sent pas de me le dire à moi,
90 y a pas de problème. Il peut aller voir ma collègue, elle va me le dire, c'est normal parce
91 qu'il faut que je puisse en tenir compte, mais je ne vais pas le prendre mal parce qu'il n'est
92 pas venu me voir. Moi je suis censée être quelqu'un de référent sur le service. Si y a un souci
93 ou quoi que ce soit, mes collègues vont me prévenir et normalement l'étudiant est censé
94 venir me voir moi en priorité mais voilà, si ça passe mieux avec quelqu'un d'autre, y a pas
95 de problème. Donc si tu veux le tuteur, en tout cas chez nous, mais pour moi aussi, on est
96 vraiment sur le côté, c'est nous qui remplissons les bilans, logiquement c'est très rare que ça
97 soit pas le tuteur, ou alors c'est vraiment il y a eu un truc qui fait que voilà, mais en voyant
98 ça pour que ça soit bloqué et on est vraiment les personnes, c'est ça en fait référence, surtout
99 pour moi c'est vraiment ça le tuteur après je pense qu'on a, on a un rôle aussi d'essayer de
100 faire en sorte que ça soit un peu lissé l'apprentissage pas que ça parte un peu dans tous les
101 sens et qu'on soit tous un peu cohérent sur comment on fonctionne. Nous, pour le coup,
102 dans le service, on est à peu près cohérentes.

103 Moi : Ok, du coup Pensez-vous que la prise en charge des patients en fin de vie nécessite
104 un accompagnement plus singulier de l'étudiant ? Si oui, en quoi ? Si non, pourquoi ?

105 Chloé : Ben je dirais en fait comme tout à l'heure, je dirais oui et non dans le sens où on
106 adapte la prise en charge avec les patients, c'est une prise en charge particulière avec des
107 soins particuliers donc oui mais après, c'est un moyen aussi pour que l'étudiant voit ce qui
108 peut être proposé que ce soit sur les soins de supports et autres qu'on voit vite fait à l'école
109 et qu'on approfondit pas plus que ça, qu'on va approfondir plus en fait en milieu
110 professionnel, donc pour le coup oui là ça peut être ça. Ça devient un peu plus particulier.
111 Mais après c'est très, c'est propre à chaque étudiant. J'ai envie de dire, parce que t'en as où
112 tu sens, qu'ils sont assez à l'aise avec la fin de vie, t'as des personnes qui sont faits pour ça,
113 pour travailler avec des patients en fin de vie on sent qu'ils sont hyper à l'aise, voilà, et on
114 sent qu'il y a des étudiants ou non c'est assez réticent ça les perturbe, là, forcément, on va
115 adapter notre position. C'est à dire qu'un étudiant qui est hyper à l'aise, on va lui demander
116 si ça va mais on ne va pas peut-être pas forcément aller plus loin, alors qu'un étudiant où on

117 sent qu'il est un peu réticent à rentrer dans la chambre, qu'on sent qu'il évite un peu le soin
118 ou autre, forcément on va aller chercher pourquoi, qu'est-ce qui se passe, qu'est-ce
119 qui te perturbe, est-ce que ça te rappelle quelque chose ? Forcément on va essayer d'aller
120 chercher pour qu'ensuite ils puissent aller faire sa prise en charge parce que bah voilà, le
121 jour où t'es professionnel, dans n'importe quel service tu peux tomber sur une fin de vie
122 mais bah voilà on va un peu plus personnaliser.

123 Moi : Ok, et pensez-vous que vos émotions personnelles peuvent entrer en jeu dans relation
124 pédagogique ?

125 Chloé : (Rire) C'est mieux que non on est d'accord, après on est humain. Donc dans les
126 relations humaines euh il y a des gens avec qui ça passe très bien, il y a des gens avec qui
127 ça passe moins bien. Après quand je dis c'est mieux que non, ça m'est arrivé d'avoir des
128 étudiants avec qui le courant avez du mal à passer, mais je les encadrais de la même manière
129 qu'avec un étudiant avec qui je m'entends très bien, ce n'est pas parce que le courant ne
130 passe pas que je vais le prendre en grippe que je ne vais pas euh que je vais le laisser dans
131 un coin ou que je ne vais pas l'encadrer comme j'aurais encadré un autre étudiant avec qui
132 je m'entendrais. Moi en gros, ce que je demande vraiment à l'étudiant, c'est qu'il se montre
133 motivé et que je n'ai pas à aller le chercher toutes les 30 secondes. C'est à dire que je vais
134 le faire une fois, deux fois et à la troisième je vais lui dire que si ça ne l'intéresse pas je ne
135 vais pas insister indéfiniment, ça me sert à rien. Moi mon diplôme je l'ai, tu veux pas, tu
136 veux pas. Mais ça je le ferai à un étudiant avec qui je m'entends comme avec un étudiant
137 que j'apprécie moins en fait. Donc oui, t'as une part émotionnelle parce que voilà y en a
138 avec qui ça passe mieux d'autres moins mais en même temps j'essaye de faire en sorte que
139 ça n'impacte pas ma façon d'agir.

140 Moi : Très bien et avez-vous des exemples de situations de soins en fin de vie, où vos
141 émotions ont joué un rôle sur votre comportement ?

142 Chloé : Alors cette situation-là, c'est vraiment celle où on va dire entre guillemets, ou j'ai
143 été le plus perturbé et encore, ce n'est pas tout à fait ça le mot, mais euh c'était le début de
144 mon diplôme parce que j'étais en SSR, donc je travaillais encore de nuit et c'était une dame
145 qui avait une soixantaine d'années, donc pas forcément très âgée, 60, 65 ans. Elle avait eu
146 un cancer du sein. Elle n'avait pas voulu se faire traiter parce qu'elle avait refusé de perdre
147 ses cheveux avec les chimios. Et donc c'est parti en cancer généralisé. Et c'est la première
148 fois de ma vie que je voyais des directives anticipées vraiment bien faites, noté dans les
149 règles. Elle avait ses 2 enfants qui étaient tout le temps dans le service, tout le temps avec
150 elle, et qui à un moment donné était venu nous voir en nous disant qu'ils trouvaient ça un
151 peu long et qu'ils avaient envie de maintenant la laisser partir. Ils avaient bien compris que
152 c'était la fin. C'était une dame qui avait aucune sédation de mise en place, mais qui était
153 comme sédaté, c'est à dire qu'elle réagissait plus avec l'environnement. Elle était dans un
154 coma mais voilà mais hyper confortable. Enfin je n'ai jamais vu une patience aussi
155 confortable de ma vie. Et du coup nous on avait dit aux enfants qu'on pensait qu'elle
156 attendait qu'ils sortent de la chambre, qu'elle ne voulait pas partir devant eux, ils sont donc

157 partis faire un tour. Bon, littéralement a priori on s'est pas trompé puisqu'ils sont venus nous
158 voir 20 Min après pour nous dire qu'elle était parti. Donc là déjà ils ont été assez touchant
159 et en fait là, ce qui m'a perturbé le plus en tout cas à l'époque, c'est qu'on me dise que sa
160 maman aller arriver. Et donc moi j'ai un petit moment de bug parce que bah je travaillais en
161 gériatrie, donc des mamans et des papas on n'en voit pas. En moyenne ils sont déjà décédés
162 donc sur le coup je n'ai pas trop réagi, puis après je suis repartie voir le dossier, puis j'ai vu
163 l'âge donc je me suis dit ouais bah elle est relativement jeune donc bon. Et donc c'est une
164 petite dame avec les cheveux tout blanc qui est arrivée et là elle s'est jeté dans mes bras et
165 en fait, je pense que j'aurais pu me mettre à pleurer avec elle parce que voilà, je pense que
166 c'est un contexte particulier en plus. Voilà j'étais jeune diplômée, c'était dans mes premiers
167 décès donc forcément même si on en a vu en stage ou autre on n'est pas forcément préparé
168 à ça. Et en plus voilà contexte particulier avec une dame qui a encore sa maman et ce n'est
169 pas dans la logique des choses de perdre son enfant. Donc là j'ai contrôlé et encore j'aurais
170 pu pleurer avec elle, elle l'aurait pas mal pris parce qu'elle aurait tout à fait compris. Mais
171 voilà, ça a été un contexte un peu particulier. Alors après ça reste un bon souvenir entre
172 guillemets parce que c'était une chouette famille. Ils nous ont remercié 15 fois et c'est surtout
173 une dame où je me dis, si je devais mourir, je voudrais mourir comme ça parce que c'est très
174 bête à dire, mais c'était une belle morte, c'est pour te dire, que quand l'interne est venu faire
175 le constat de décès, elle est rentrée dans la chambre et la première chose qu'elle m'a dit c'est :
176 « mais elle est pas morte ». Elle était tellement apaisée, les traits pas du tout tirés, voilà, on
177 sentait qu'elle était partie en paix. Moi je pars du principe, je me suis dit après, c'est mon
178 avis personnel, pour le coup, je me suis dit, cette dame, elle savait qu'elle allait décéder, elle
179 a fait ses directives anticipées, elle était très au clair sur sa fin de vie et elle était très en
180 accord avec ce qui était en train de se passer. On a eu des patients qui sont plutôt dans la
181 lutte, ils sont euh ouais je trouve que ça c'est des corps torturés. On sent que les traits sont
182 tirés, même si on fait en sorte qu'ils soient le plus confortables possible, ils n'ont pas envie
183 de partir, ils n'ont pas fini ce qu'ils avaient à faire ou en tout cas ils ne sont pas en accord
184 avec ce qui est en train de se passer. Et là c'est vrai qu'elle c'était pas du tout le cas et du
185 coup c'était euh ouais, c'était une famille très touchante et c'était très bah c'était malgré tout
186 très détente, très relaxé comme situation, d'habitude c'est une situation qui est quand même
187 très compliquées. Il y a une atmosphère un peu particulière sur les décès je ne serai pas la
188 décrire mais en tout cas c'est mon avis, je trouve qu'il y a ouais il y a une petite atmosphère
189 un peu particulière où on ne sait pas toujours comment réagir en fonction des familles. Et
190 c'est vrai que cette famille là ça a été. Des décès, j'en ai quelques-uns à mon actif. Alors on
191 s'habitue pas hein mais après voilà, c'est ce que je dis toujours y a des patients ils montent
192 ici pour décéder donc en fait t'as pas le temps forcément de discuter avec eux et d'apprendre
193 à les connaître autour voire même ils ont pas de famille donc clairement tu les connais que
194 de ce que tu vas voir donc t'as une relation avec lui mais qui est vraiment très différente, t'as
195 de l'émotionnel bien sûr qui passe parce qu'on a un outil qui est dans l'humain, donc ne pas
196 avoir d'émotion c'est pas possible mais ça rester professionnel, quand ton patient tu
197 commences à l'avoir un peu connu, tu as un peu parlé avec lui, t'as pas mal parlé avec la

198 famille puis que tu vois qu'il se dégrade, puis qui finit par décéder, forcément que ça te
199 touche, je voudrais bien voir le soignant qui te dit que ça ne le touche pas du tout.

200 Moi : Super merci, du coup ma dernière question, pensez-vous que la culture, les valeurs et
201 croyances du soignant peuvent impacter la prise en charge des patients ?

202 Chloé : Euh, vaste question, je pense que oui, euh je pense qu'en fait on euh on travaille
203 tous de manière très différente et je pense que c'est lié à ce qu'on est. Tu me dis valeur,
204 croyance et autres et je mettrai même éducation parce que je pense qu'on a tous été éduqués
205 de manière différente et que pour le coup, notre éducation donne aussi la manière dont on
206 travail. C'est à dire qu'on a tous un niveau de respect différent, mais parce que voilà, on
207 nous a appris à respecter d'une certaine manière et peut-être que la manière dont je vais
208 respecter la personne ne va pas forcément être la même qu'une autre personne et ainsi de
209 suite. Donc je pense que oui on met un peu de nous, ça peut pas être autrement. Moi pour
210 la petite histoire quand j'avais passé mon mémoire sur le thème du « être touché » je parlais
211 du principe que tu ne pouvais pas rentrer en contact physique avec un patient, ce qu'on fait
212 tous les jours, c'est à dire aussi bien quand je vais lui toucher la main, quand je vais aller lui
213 faire une prise de sang, quand je vais aller lui faire la toilette euh voilà on rentre quand
214 même ultra dans l'intimité de nos patients quoi donc je parlais de ce principe là en disant je
215 peux pas toucher mon patient sans une émotion qui passe, et quand j'ai passé ma soutenance
216 le co-jury que j'avais, me fait la remarque en me disant, votre mémoire, est bien, mais la
217 partie distance professionnelle, elle est très floue. Et moi j'ai répondu oui, c'est normal. Donc
218 là euh petit bug (rire) et j'explique que c'est normal parce que pour moi c'est flou dans le
219 sens où on demande à un moment donné de rentrer en relation avec un patient, et en même
220 temps on dit qu'il faut une distance professionnelle et pas trop rentrer dans l'intimité de mon
221 patient, mais qu'est-ce qu'il y a de plus intime que de faire une toilette intime à un patient ?
222 Et donc j'avais dit au co-jury j'avais dit, mais on en reparlera dans 10 ans, je pourrais peut-
223 être vous donner une meilleure définition de la distance professionnelle qu'on est censée
224 avoir. Alors aujourd'hui je sais pas si j'ai une meilleure définition mais en tout cas pour moi
225 c'est vraiment le partage et dans des situations de fin de vie, de décès, déjà moi je parle, je
226 lui parle comme s'il était encore là, c'est vrai qu'un jour, je m'étais fait la réflexion en me
227 disant pourquoi tu lui dis ce que tu fais ? Mais c'est un réflexe en fait, vraiment, c'est du
228 réflexe. Après c'est des habitudes, j'aurais tendance quand je travaillais la nuit de laisser
229 toujours une lumière, et j'essaye toujours, je me dis toujours j'ai envie de rendre la personne
230 belle parce que la plupart du temps, nous on a quand même les familles qui viennent, c'est
231 très rare qu'on n'ait pas de famille qui viennent. On a les familles qui viennent et je me dis
232 c'est la dernière, fin ce n'est pas la dernière image, mais en tout cas à l'hôpital, ils auront
233 une image quand même. Quand ils décèdent on leur met le collier cervical par exemple et
234 donc dans ces cas-là c'est vrai que moi j'ai un peu tendance à monter un peu plus le drapeau
235 pour essayer que ça ne se voit pas trop. Et voilà essayer de euh ouais de rendre la personne
236 présentable. Si c'est un monsieur et que ça fait 3 jours qu'il n'a pas été rasé parce que pas
237 très confortable machin je vais aller le raser par exemple. Ouais en fait c'est ça j'ai envie de
238 rendre la personne belle pour sa famille.

- 239 Moi : Parfait ben merci pour tes réponses et merci d'avoir participé.
- 240 Chloé : Avec plaisir.

Entretien n°5 avec Maelle (IDE5), infirmière depuis juillet 2022 travaillant en gériatrie depuis septembre 2023.

1 Moi : Est-ce que tu peux te présenter, me dire depuis quand tu es diplômée et depuis
2 combien de temps tu es dans le service ?

3 Maelle : Du coup, je m'appelle Maelle et je suis diplômée depuis le 13 juillet 2022, et je suis
4 dans le service depuis septembre 2023.

5 Moi : Super on va pouvoir attaquer les questions

6 Moi : Pensez-vous que l'accompagnement des personnes en fin de vie nécessite une prise
7 en charge en soin particulière ? Si oui, en pourquoi ? Si non, pourquoi ?

8 Maelle : Euh pour moi je dirais oui, parce que surtout, la personne âgée enfin, toute
9 personne en fin de vie nécessite un accompagnement particulier, que ce soit sur la prise en
10 charge de la douleur, sur la prise en charge du côté psychologique pour ceux qui sont
11 conscients, avec les angoisses tout ça, mais c'est souvent plus la douleur qui joue dessus et
12 du coup c'est enfin, c'est bien de pouvoir prendre le temps de faire les choses doucement,
13 lentement, que les patients soient apaisés tout ça.

14 Moi : Ok, et par rapport à ça pensez-vous que le professionnel a besoin d'un
15 accompagnement particulier pour ces prises en soin ?

16 Maelle : Je pense que oui, moi je suis infirmière depuis 2022 mais j'étais aide-soignante
17 diplômée en 2010 et j'ai travaillé en gastro où il y avait des lits identifiés soins palliatifs et
18 on nous avait fait faire la formation justement et je me dis c'est bien d'avoir des, euh
19 comment dire euh des repères, des explications sur bah justement, comment prendre en
20 charge un patient en fin de vie, l'entourage aussi donc oui pour moi c'est nécessaire. Après
21 au niveau psychologique je ne pense pas qu'un accompagnement spécifique soit nécessaire,
22 je pense plus sur les services où il y a des jeunes personnes à la limite qui décèdent. Après
23 c'est vrai que si on a des décès un peu compliqués, nous on peut faire appel aux
24 psychologues, soit des soins palliatifs, soit de l'établissement pour pouvoir justement en
25 parler. Donc on sait qu'on a cette clé la de se dire bon bah là ça va pas, je peux en parler.
26 Après c'est vrai qu'ici bah on sait que malheureusement voilà quoi, c'est malheureux de dire
27 ça mais c'est de la personne âgée. On sait qu'ici on va plus avoir des gens qui vont décéder.

28 Moi : Très bien, pouvez-vous me dire comment les étudiants infirmiers sont accompagnés
29 durant leur stage ?

30 Maelle : Alors bah déjà on prévient, on les prévient qu'ici il y a quand même souvent des
31 décès et que s'ils n'ont jamais vu de personne décédée, s'ils n'ont jamais assisté ou si même
32 il y a des expériences personnelles dans leur propre vie, voilà qu'il faut qu'ils nous le disent.
33 On n'envoie jamais un élève comme ça dans une chambre où on sait que la personne va
34 décéder où est déjà décédée. On propose d'y aller avec eux. On est beaucoup dans

35 l'accompagnement parce que bah c'est des futurs professionnels mais ce n'est pas quelque
36 chose qu'on voit comme ça et on est très à l'écoute de leur vie personnelle parce qu'il y en a
37 beaucoup bah qu'ont eu des décès dans leur famille et qui peuvent aussi mal le vivre. Donc
38 on pose beaucoup de questions pour être sûr de pas mettre les gens un peu dans des
39 situations délicates.

40 Moi : D'accord et pouvez-vous m'expliquer en quoi consiste le rôle de tuteur de stage pour
41 vous ? Je ne sais pas si vous l'êtes ?

42 Maelle : Eh Ben je suis en train de faire ma formation, j'en suis à ma 2e partie, mais du
43 coup pour moi le tutorat c'est de pouvoir faire le suivi durant tout le stage. Faire avec lui,
44 évaluer ses objectifs de stage, les retravailler s'il y a besoin ou en cours de stage faire son
45 évaluation un peu. Être un peu aussi dans le côté bah de pousser à aller faire des recherches
46 parce qu'il faut une bonne partie de travail personnel et il faut qu'il s'implique. Donc on les
47 pousse un peu dans ce sens-là. Enfin montrer qu'ils s'impliquent. Aussi pour moi je pense
48 qu'il faut le laisser faire le maximum de chose, comment je peux voir s'il sait faire, si je ne
49 le laisse pas faire ? Et puis c'est en faisant qu'on apprend. Donc pour moi, le rôle de tuteur,
50 c'est aussi savoir dire bah voilà, il faut qu'il apprenne, il faut qu'il fasse, donc bah je laisse
51 faire.

52 Moi : Ok, du coup Pensez-vous que la prise en charge des patients en fin de vie nécessite
53 un accompagnement plus singulier de l'étudiant ? Si oui, en quoi ? Si non, pourquoi ?

54 Maelle : Moi je pense quand même fin j'essaie-moi de faire le distinguo, de dire bah là t'as
55 des patients qui sont bien, là on va chez un patient qui est en fin de vie et on explique. Pareil,
56 on explique qu'il faut prendre le temps, qu'il ne faut pas brusquer, qu'il faut prendre en
57 compte tout ce qu'il y a autour, tout l'environnement familial, tout ça. C'est un
58 accompagnement qui est plus porté sur l'explication de la fin de vie, et cetera.

59 Moi : Pensez-vous que vos émotions personnelles peuvent entrer en jeu dans relation
60 pédagogique ?

61 Maelle : Ouais. Mes émotions personnelles peuvent rentrer en jeu. Après moi j'essaie d'être
62 d'humeur égal quand je suis au travail et de me dire mes problèmes restent à la maison mais
63 des fois bah on sait que ce n'est pas forcément tout le temps vrai, mais après voilà, j'essaie
64 de pas euh comment dire, si vraiment il y a quelque chose qui me gêne et que mes émotions
65 sont perturbées, j'essaie de pas aller perturber l'élève, il n'est pas là pour vivre ça quoi. En
66 revanche si vraiment y a un manque de respect ou que l'élève arrive, qu'il est trop, trop sûr,
67 trop sûr de lui, trop familier avec nous, avec les patients, là je ferais comprendre que le
68 positionnement n'est pas bon.

69 Moi : Ok, et avez-vous des exemples de situations de soins en fin de vie, où vos émotions
70 ont joué un rôle sur votre comportement ?

71 Maelle : Oui c'était pas ici, j'étais au pool, donc je tournais sur les autres services et du coup,
72 j'ai pris la suite d'une infirmière de nuit, qui en gros me dit que tout va bien pour la patiente

73 et moi je retrouve la patiente pas bien du tout et du coup la patiente elle décède avec moi
74 plus tard et j'ai rien pu faire et donc en fait ouais, j'étais en colère toute la journée et ça s'est
75 ressenti dans mon travail voilà, les autres y étaient pour rien, mais en fait la colère de perdre
76 cette patiente qui était en fin de vie oui mais qui s'est dégradée plus rapidement que prévu
77 bah voilà ça m'a beaucoup déstabilisé, ça m'a mise en colère et j'étais en colère avec tout le
78 monde. Parce que je trouvais ça injuste, parce que je trouvais ça pas respectueux pour la
79 personne voilà donc il y a eu de la colère dans le sens où je me dis la fille de nuit avait pour
80 moi clairement pas fait son job correctement et que du coup ça découlait sur moi et moi j'ai
81 fait au mieux, mais malheureusement bah j'avais l'impression que ça ne servait à rien.

82 Moi : Ok, merci et pensez-vous que la culture, les valeurs et croyances du soignant peuvent
83 impacter la prise en charge des patients ?

84 Maëlle : Moi je pense que oui. Après chacun est différent mais je sais que moi je suis de
85 confession catholique et je crois en quelque chose, alors déjà je respecte les croyances de
86 chacun, les rituels de chaque religion sur la fin de vie et moi je sais que voilà je me permets
87 pas dans une chambre où il y a une fin de vie ou un décès de rigoler, de manquer de respect,
88 de voilà c'est un moment où même si la personne est encore là, je pense qu'il faut bah se
89 dire qu'elle est peut-être en train de passer à autre chose et qu'il faut respecter ça. Et donc
90 ouais je suis assez respectueuse de ça. Ce sont des êtres humains qu'on a dans les lits, donc
91 y a une personne, ça a été une personne, y a de la famille autour et faut respecter les
92 sentiments de tout le monde, les choix de tout le monde, les religions et tout ça donc je
93 pense que ouais, nos propres valeurs, notre propre culture peuvent impacter notre prise en
94 charge.

95 Moi : Parfait merci pour tes réponses.

Annexe IV : Tableaux d'analyse des entretiens

Entretien par entretien

Entretien n°1 avec Lucie (IDE1), infirmière depuis juillet 2022 travaillant en soins palliatifs depuis 8 mois.

Questions	Cadre de référence	Verbatim
-Pensez-vous que l'accompagnement des personnes en fin de vie nécessite une prise en charge en soin particulière ? Si oui, en pourquoi ? Si non, pourquoi ?	L'accompagnement relève des bonnes pratiques professionnelles, tout au long du processus de sa maladie, le patient est accompagné par étape et selon ses capacités à intégrer certaines notions. Le développement de son état va faire évoluer la relation pendant la prise en charge. Cette adaptation aux changements laisse place « au prendre soin » qui est définie comme : « prendre soins nécessite compétence, attention, écoute, tact et discrétion afin de préserver le sens et la justesse des décisions adoptés dans la concertation ».	<i>L.9 « Euh, ben déjà je pense que tout type de public que ce soit en chir' ou les enfants, chaque public à son type de soignant et sont type de prise en charge et je pense encore plus en soins palliatif, il faut avoir un type d'accompagnement doux, calme, imposer un climat de confiance »</i> <i>L.16 « On s'adapte au rythme du patient »</i>
-Pensez-vous que le professionnel a besoin d'un accompagnement particulier pour ces prises en soin ?	La prise en charge de ce moment qui est inévitable impose donc une dynamique transdisciplinaire afin d'intégrer non seulement les différents acteurs professionnels mais également les proches, la famille ainsi que le malade lui-même.	<i>L.21 « Euh, je pense, après c'est vachement personnel dépendant, ça dépend de comment tu es, t'as des collègues qui gèrent beaucoup moins bien le deuil et la fin de vie que d'autres »</i>

	<p>L'accompagnement en fin de vie doit également prendre en compte le processus d'apprentissage du soignant afin de pouvoir adapter le soin dans toutes ces spécificités, pour le patient ainsi que pour l'apprenant.</p>	<p><i>L.25 « je sais que moi je n'ai pas de difficultés à gérer ça et d'autres collègues ont plus de mal, elles rapportent ça à la maison donc c'est bien de savoir que t'as les professionnels adéquats à côté de toi pour décharger un peu de tout ça »</i></p>
<p>-Pouvez-vous me dire comment les étudiants infirmiers sont accompagnés durant leur stage ?</p>	<p>Le rôle d'une personne pédagogue prend en compte les aspects de l'enseignant mais également ceux de l'apprenant. Les rôles sont définis comme complémentaires.</p> <p>Pour comprendre ces aspects je me suis basé sur le modèle du triangle pédagogique de Jean Houssaye qui définit « tout acte pédagogique comme l'espace entre 3 sommets – l'enseignant, l'étudiant, et le savoir ».</p> <p>Les 3 sommets de ce triangle sont reliés par différents aspects de la relation. « La relation didactique : est le rapport qu'entretient l'enseignant avec la savoir et qui lui permet</p>	<p><i>L.38 « euh je pense que quand on est étudiant et qu'on nous apprend les soins actifs c'est compliqué de se dire qu'on lâche prise, un soin ici c'est piquer sur chambre aussi bien que de faire un soin de bouche, c'est euh un type de soin particulier et on les accompagne dans ce sens à dire on est infirmier on fait des soins actifs on pose des perf' mais on fait des soins aussi passifs, on fait des massages par exemple, ça reste un soin.</i></p> <p><i>L.43 On les accompagne dans ce cheminement professionnel ou un soin ce n'est pas forcément un acte technique après s'ils ont besoin psychologiquement pareil y'a la psy et même nous on parle beaucoup avec les étudiants ils font partie intégrante de l'équipe</i></p>

	d'enseigner, la relation pédagogique : est le rapport qu'entretient l'enseignant avec l'étudiant et qui permet le processus « former », enfin la relation d'apprentissage : est le rapport que l'élève va construire avec le savoir dans sa démarche pour « apprendre ».	
-Pouvez-vous m'expliquer en quoi consiste le rôle de tuteur de stage pour vous ?	Dans son article de Nadia Peoc'h indique « qu'en pédagogie, le tuteur est une personne qui permet à une autre personne ou à un groupe d'individus (apprentis, étudiants, élèves, adultes en formation et en quête de savoir) d'apprendre à se connaître lui-même par le biais de sa formation. Par ailleurs, la connaissance de soi jamais achevée, sans arrêt remodelée et toujours en chantier, permettrait de construire son identité personnelle et sociale au fil du temps qui passe et à venir, situant l'apprenant dans son « être au monde ». Cette explication laisse entrevoir la complexité et la responsabilité qui accompagne le tutorat.	<i>L.49 « Ben je pense que la tutrice c'est la référente entre guillemet de l'étudiant, elle gère un peu son stage »</i> <i>L. 51 « j'essaie de, euh pas créer une relation copain copine parce que ce n'est pas ça mais créer une relation de confiance ou s'ils ont besoin ils m'en parlent quoi, être vraiment l'acteur centrale de son stage. »</i>
-Pensez-vous que la prise en charge des patients en fin de vie nécessite un accompagnement plus singulier de	L'accompagnement « idéal » d'un élève infirmier est également attendu comme valeur dominante de référence. Cependant cet aspect	<i>L.56 « Ouais ben après c'est un peu ce que j'ai dit au début, plus singulier dans le sens ou c'est notre manière de fonctionner, fin, moi du coup y'a pas longtemps que je suis diplômé, je le vois encore avec ce que j'ai</i>

<p>l'étudiant ? Si oui, en quoi ? Si non, pourquoi ?</p>	<p>ne prend pas en compte la globalité du processus qui se joue autour de l'accompagnement. Plusieurs auteurs (Canoui, Mauranges, 1999 ; Morasz, 1999 ; Ruzniewski, 1995) ont constaté que le soignant, en fonction de ses ressources psychiques propres, emploie des mécanismes de défense, afin de s'adapter.</p>	<p><i>appris à l'école dans le sens ou y'a pas que les soins techniques, on essaie de les faire évoluer dans ça après rien d'autre de particulier s'ils ont besoin y'a la psy ou l'équipe »</i></p>
<p>-Pensez-vous que vos émotions personnelles peuvent entrer en jeu dans la relation pédagogique ?</p>	<p>Au-delà de la fonction que chacun arbore, se cache l'être humain. C'est la difficulté qui peut souvent émerger. On peut se poser la question de savoir si lors d'un accompagnement, c'est le titre ou l'humain qui domine ? Que ressent le tuteur lorsque des situations qui peuvent également le toucher se manifeste ? Comment adopter une attitude enveloppante, rassurante, bienveillante et s'assurer que l'étudiant en face est prêt à affronter la situation, si le tuteur lui-même adopte des attitudes d'évitement comme</p>	<p><i>L.63 « Euh oui, je pense oui, comme dans toute relation humaine mais oui je pense, oui, si t'as passé une mauvaise journée tu peux être un peu plus fébrile, pas seulement avec l'étudiant mais avec tes collègues toutes les émotions jouent sur ta façon de communiquer avec les autres »</i></p> <p><i>L.66 « que ce soit bien ou mal, si t'es un peu plus joyeuse tu seras un peu plus cool avec l'étudiant ça dépend »</i></p>

	<p>mécanismes de défense ? Est-ce que l'usure professionnelle entre en jeu ?</p> <p>Je pense que dans une situation tel que celle vécu, l'humain se confronte à l'humain. L'élément manquant qui aurait permis un accompagnement porteur de sens n'est pas juste lié à ce qui est écrit dans les livres ou à certains concepts prédéfinis.</p> <p>Cette réflexion me pousse donc à me questionner sur les ressentis et les émotions qui se développe lorsque nous sommes confronté à l'autre, mais également à l'effet que peut avoir l'institution sur le comportement d'un soignant.</p>	
<p>-Avez-vous des exemples de situations de soins en fin de vie, où vos émotions ont joué un rôle sur votre comportement ?</p>	<p>En effet les réactions émotionnelles sont naturelles, la question est de savoir comment y faire face et de quelle manière l'exprimer : verbale, non verbale ou comportementale. Nous répondons tous à une émotion de manière singulière et inattendue, le tout est de connaître nos limites et savoir lorsqu'une</p>	<p><i>L.70 « euh chaque situation en fin de vie est différente y'a des patients avec qui on tisse plus de liens et selon les émotions du jour, si la veille on a passé une bonne journée ben on va essayer d'accompagner plus sereinement »</i></p>

	<p>situation nous touche plus particulièrement. Comme le dit Huynh Truc, Alderson et Thompson dans leur article dans « Recherche en Soins Infirmiers » : « Le fait que l'engagement émotionnel des infirmières envers leurs patients transcende les limites des sentiments personnels, contribue à la qualité et à l'excellence des soins infirmiers », en effet les émotions contribuent à l'empathie et la qualité des soins, néanmoins, elles peuvent également les altérer. Comme ils l'expliquent, l'engagement émotionnel transcende les limites des sentiments personnels, à ce titre, le risque est donc que des situations nous renvoient à certaines expériences personnelles, à des valeurs culturelles ou à des croyances qui viennent impacter nos réactions.</p>	<p><i>L.72 « Après, moi niveau tristesse, fin c'est triste à dire mais je pense que c'est comme tout tu t'habitue entre guillemet à la fin de vie et à avoir 4 décès par jour et bon ce n'est pas bien mais c'est une question d'habitude »</i></p> <p><i>L.75 « euh personnellement je n'ai pas du mal à gérer, après ça peut être des émotions positives, avec mes collègues et on s'accorde sur ça, ce n'est pas parce qu'ils sont en fin de vie qu'il faut arriver tirer la gueule et pleurer avec eux »</i></p> <p><i>L.78 « mais après moi c'est plus dans le sens que c'est des patients en fin de vie ils sont très exigeant sur des petits trucs, vraiment la place d'un verre, de ceci de cela, après ça va je pense que je n'ai pas trop de problème de patiente mais je pense que pour quelqu'un de nerveux ça peut être stressant »</i></p> <p><i>L.81 « je le suis un peu parce que vraiment des fois on passe 10 min à installer quelqu'un dans le lit parce que ce n'est pas suffisant parce que c'est pas assez bien, je pense ouais plus ça ou j'aurais plus de mal à gérer mais après jamais dans l'extrême tout se fait »</i></p>
--	--	---

<p>Pensez-vous que la culture, les valeurs et croyances du soignant peuvent impacter la prise en charge des patients ?</p>	<p>En effet, les émotions sont intimement liées à notre vécu et ceux qui fait de nous un être singulier, riche de ses expériences, de ses convictions culturelles et de son rapport avec le monde extérieur. Cela va orienter notre attitude, notre façon d'être et nos interactions quotidiennes et donc déteindre sur nos émotions. Ces facteurs influent donc forcément sur l'environnement du soignant, ce qui englobent, l'équipe, les patients et les étudiants.</p> <p>Dans la revue transculturelle « l'autre » de la version « clinique transculturelle 4 », l'article « impuissance et contre-transfert culturel » m'a permis de pouvoir de me questionner sur le ressenti d'un soignant lors d'une prise en charge car la perception de la santé, la maladie et de la mort font parfois écho et orientent plus ou moins consciemment le comportement et</p>	<p><i>L.87 « euh oui, je pense après on est toute un peu formées on a toutes le même son de cloche des docteurs, euh genre on s'accordent tous sur le fait que quand le patient décède il reste dans la chambre, les choses qu'on explique aux familles, ou même quand ils sont entrain de décéder « ils vous entendent parlez leur » euh « ils sentent votre présente » tout ça »</i></p> <p><i>L.91 « En tout cas c'est des croyances dans le domaine des soins pall'après je pense au niveau religion moi je suis athée mais je pense que ça peut jouer dans la prise en charge »</i></p>
--	--	--

	<p>peuvent aboutir à une impasse thérapeutique. Ces influences permettent de maintenir un équilibre et d'adapter sa façon d'être selon la situation. Cependant, certaines perceptions sont plus fortes que d'autres et peuvent toucher émotionnellement. Les auteurs de l'article indiquent que les discussions autour de ce sujet facilitent l'élaboration et la résolution d'impasse thérapeutique liée au contre-transfert culturel auquel doivent faire face les professionnels.</p> <p>Ce qui vient toucher émotionnellement lors d'une prise en charge, est la confrontation entre la réalité, ceux en quoi nous croyons et ceux qui viennent toucher le patient. Ces trois aspects imbriqués rendent certaines situations complexes avec une prise en charge non adaptée.</p>	
--	--	--

Entretien n°2 avec Anna (IDE 2), infirmière dans le même service depuis sa sortie d'école en 2022.

Questions	Cadre de référence	Verbatim
<p>-Pensez-vous que l'accompagnement des personnes en fin de vie nécessite une prise en charge en soin particulière ? Si oui, en pourquoi ? Si non, pourquoi ?</p>	<p>L'accompagnement relève des bonnes pratiques professionnelles, tout au long du processus de sa maladie, le patient est accompagné par étape et selon ses capacités à intégrer certaines notions. Le développement de son état va faire évoluer la relation pendant la prise en charge. Cette adaptation aux changements laisse place « au prendre soin » qui est définie comme : « prendre soins nécessite compétence, attention, écoute, tact et discrétion afin de préserver le sens et la justesse des décisions adoptés dans la concertation ».</p>	<p>L.9 « <i>Oui bah oui, du coup je dirais oui. Ça nécessite beaucoup de temps, beaucoup d'écoute, je trouve qu'il y a des qualités qu'il faut quand même avoir, beaucoup d'empathie aussi. Et après en terme technique aussi, il y a les 2</i> »</p>
<p>-Pensez-vous que le professionnel a besoin d'un accompagnement particulier pour ces prises en soin ?</p>	<p>La prise en charge de ce moment qui est inévitable impose donc une dynamique transdisciplinaire afin d'intégrer non seulement les différents acteurs professionnels mais également les proches, la famille ainsi que le malade lui-même.</p> <p>L'accompagnement en fin de vie doit également prendre en compte le processus d'apprentissage du soignant afin de pouvoir</p>	<p>L.18 « <i>Oui, je pense que quand même c'est important de pouvoir parler de ces prises en charge, ben déjà on a quand même une psychologue qui vient tous les mois pour nous, pour l'équipe</i> »</p> <p>L.21 « <i>On peut parler de ce qu'on veut, de nos prises en soin qui nous ont marqué, de nos prises en charge de euh ou peu importe, vraiment on parle de tout ce qu'on veut et ça nous aide vachement.</i> »</p>

	<p>adapter le soin dans toutes ces spécificités, pour le patient ainsi que pour l'apprenant.</p>	<p><i>L.25 « Et je trouve que c'est important dans ces prises en charge de fin de vie de pouvoir compter sur ses collègues, de passer le relais quand nous on se projette trop, quand il y a des situations délicates, pour pouvoir déverser.</i></p>
<p>-Pouvez-vous me dire comment les étudiants infirmiers sont accompagnés durant leur stage ?</p>	<p>Le rôle d'une personne pédagogue prend en compte les aspects de l'enseignant mais également ceux de l'apprenant. Les rôles sont définis comme complémentaire.</p> <p>Pour comprendre ces aspects je me suis basé sur le modèle du triangle pédagogique de Jean Houssaye qui définit « tout acte pédagogique comme l'espace entre 3 sommets – l'enseignant, l'étudiant, et le savoir ».</p> <p>Les 3 sommets de ce triangle sont reliés par différent aspect de la relation. « La relation didactique : est le rapport qu'entretient l'enseignant avec la savoir et qui lui permet d'enseigner, la relation pédagogique : est le</p>	<p><i>L.37 « Bah selon leur niveau d'étude, s'ils sont en 2e année, s'ils sont en 3e année, quels sont leurs objectifs, et en fait tout le long on va les accompagner, euh bah selon ce qu'ils ont envie de voir, si c'est difficile aussi pour eux parce que d'emblée c'est quand même pas un stage comme les autres on sait qu'au niveau émotionnel »</i></p> <p><i>L.44 « au niveau émotion, c'est sûr que c'est chargé en émotions, donc on lui à dit d'emblée que s'il y a des situations qui sont délicates, que bah elle peut complètement nous en parler ou pas, bah qu'on l'a laisse pas toute seule enfaite c'est super important qu'ils puissent eux bah eux aussi déverser »</i></p> <p><i>L.48 « parce que nous, on peut, entre guillemets, s'habituer, parce qu'on travaille au quotidien avec ça, donc on essaie au maximum fin de savoir où sont nos limites, quelqu'un qui n'est pas du soin palliatif, qui n'est pas confronté tous les jours à la mort, ni</i></p>

	<p>rapport qu'entretient l'enseignant avec l'étudiant et qui permet le processus « former », enfin la relation d'apprentissage : est le rapport que l'élève va construire avec le savoir dans sa démarche pour « apprendre ».</p>	<p><i>à la vie, ni aux familles, ça peut être difficile en fait pour eux de trouver leur place et tout ça »</i></p>
<p>-Pouvez-vous m'expliquer en quoi consiste le rôle de tuteur de stage pour vous ?</p>	<p>Dans son article de Nadia Peoc'h indique « qu'en pédagogie, le tuteur est une personne qui permet à une autre personne ou à un groupe d'individus (apprentis, étudiants, élèves, adultes en formation et en quête de savoir) d'apprendre à se connaître lui-même par le biais de sa formation. Par ailleurs, la connaissance de soi jamais achevée, sans arrêt remodelée et toujours en chantier, permettrait de construire son identité personnelle et sociale au fil du temps qui passe et à venir, situant l'apprenant dans son « être au monde ». Cette explication laisse entrevoir la complexité et la responsabilité qui accompagne le tutorat.</p>	<p><i>L.54 « déjà de suivre vraiment l'étudiant, d'essayer de voir où est ce qu'il en est, euh bah de transmettre je trouve que c'est plutôt cool, fin c'est le partage enfaite, parce qu'après moi je pars toujours du principe que les étudiants ils ont aussi à nous apporter, parce que bah on sait à quel point notre métier il évolue, comment les pratiques elles évoluent et les recommandations aussi »</i></p> <p><i>L.58 « c'est plutôt donnant donnant et tout ça, ensuite bah on essaie de faire les bilans de mi-stages, de voir euh, moi je leur propose toujours un parcours pour qu'ils voient un maximum de choses et je trouve que c'est au tuteur un peu de montrer tout ça »</i></p> <p><i>L.66 « Et puis je trouve ça formateur, parce qu'ils posent des questions que nous avec les automatismes on peut oublier, ça nous renvoi à notre pratique mais ce qui est difficile »</i></p>

		<i>L.75 « c'est un peu frustrant parce que bah c'est un savoir, c'est un partage et finalement quand t'as pas le temps nécessaire bah du coup tu bâcle des choses que t'aurais voulu plus faire avec l'étudiant et voilà »</i>
-Pensez-vous que la prise en charge des patients en fin de vie nécessite un accompagnement plus singulier de l'étudiant ? Si oui, en quoi ? Si non, pourquoi ?	L'accompagnement « idéal » d'un élève infirmier est également attendu comme valeur dominante de référence. Cependant cet aspect ne prend pas en compte la globalité du processus qui se joue autour de l'accompagnement. Plusieurs auteurs (Canouï, Mauranges, 1999 ; Morasz, 1999 ; Ruzniewski, 1995) ont constaté que le soignant, en fonction de ses ressources psychiques propres, emploie des mécanismes de défense, afin de s'adapter.	<i>L.80 « Euh oui parce que moi je trouve que ce qu'il y a de bien quand on est un étudiant par rapport à un accompagnement en fin de vie, c'est que vraiment il y a la juste place de dire que l'étudiant il a encore tout le temps enfaite, il n'a pas un secteur à gérer »</i> <i>L.86 « quand on est étudiant je trouve qu'on a plus le temps auprès du patient et c'est encore mieux parce que bah c'est l'entre-deux »</i> <i>L.92 « Donc je trouve que l'étudiant, a un bon rôle à jouer dans le sens où il peut être un peu à l'écoute de chaque patient et c'est cool. C'est privilégié je trouve comme relation. On essaie de les accompagner dans ce sens. »</i>
-Pensez-vous que vos émotions personnelles peuvent entrer en jeu dans la relation pédagogique ?	Au-delà de la fonction que chacun arbore, se cache l'être humain. C'est la difficulté qui peut souvent émerger. On peut se poser la question de savoir si lors d'un accompagnement, c'est	<i>L.98 « je dirais oui d'emblée, je pense que ça joue. Chacun je pense à des problèmes personnels et du coup bah ça nécessite encore plus d'efforts enfaite parce que bah du coup tu transmets et tu te dois du coup de bah voilà montrer les bonnes pratiques »</i>

	<p>le titre ou l'humain qui domine ? Que ressent le tuteur lorsque des situations qui peuvent également le toucher se manifeste ? Comment adopter une attitude enveloppante, rassurante, bienveillante et s'assurer que l'étudiant en face est prêt à affronter la situation, si le tuteur lui-même adopte des attitudes d'évitement comme mécanismes de défense ? Est-ce que l'usure professionnelle entre en jeu ?</p> <p>Je pense que dans une situation tel que celle vécu, l'humain se confronte à l'humain. L'élément manquant qui aurait permis un accompagnement porteur de sens n'est pas juste lié à ce qui est écrit dans les livres ou à certains concepts prédéfinis.</p> <p>Cette réflexion me pousse donc à me questionner sur les ressentis et les émotions qui se développe lorsque nous sommes confronté à l'autre, mais également à l'effet que peut</p>	<p>L.101 « <i>il y a des jours, il y a comme tout le monde des jours avec et des jours sans, voilà par exemple quand il manque une infirmière déjà ça nous met dans le jus et en plus de ça on a avec nous un étudiant à qui on doit transmettre quelque chose, mais c'est difficile je pense</i> »</p>
--	---	---

	avoir l'institution sur le comportement d'un soignant.	
-Avez-vous des exemples de situations de soins en fin de vie, où vos émotions ont joué un rôle sur votre comportement ?	<p>En effet les réactions émotionnelles sont naturelles, la question est de savoir comment y faire face et de quelle manière l'exprimer : verbale, non verbale ou comportementale. Nous répondons tous à une émotion de manière singulière et inattendue, le tout est de connaître nos limites et savoir lorsqu'une situation nous touche plus particulièrement. Comme le dit Huynh Truc, Alderson et Thompson dans leur article dans « Recherche en Soins Infirmiers » : « Le fait que l'engagement émotionnel des infirmières envers leurs patients transcende les limites des sentiments personnels, contribue à la qualité et à l'excellence des soins infirmiers », en effet les émotions contribuent à l'empathie et la qualité des soins, néanmoins, elles peuvent également les altérer. Comme ils l'expliquent, l'engagement émotionnel transcende les limites des sentiments personnels, à ce titre, le risque est donc que des situations nous renvoient à certaines expériences personnelles, à des valeurs culturelles ou à des croyances qui viennent impacter nos réactions.</p>	<p><i>L.124 « Et en fait, il y avait un patient qui était à la Chambre 12 et en fait ce patient était en fin de vie et en fait il nécessitait beaucoup d'oxygène il désaturé, et cetera et euh mais il était en fin de vie »</i></p> <p><i>L.129 « on voit avec le médecin, on se dit bon ben on va quand même commencer à diminuer l'oxygène, parce que là on sait très bien que bah c'est l'oxygène qui le maintien, et ça c'est une forme euh, c'est une thérapeutique, et cetera »</i></p> <p><i>L.136 « et je baisse l'oxygène de 1 fin même pas, je baisse de 3 parce que c'est par 3, en plus on passe de de 9 à 6, on fait le soin de boucher, et cetera, je mets du coup le masque avant de partir et en fait je pars de la chambre et même pas 10min plus tard y'a la famille qui m'appelle qui me dit il respire plus »</i></p> <p><i>L.139 « Donc là moi je fais forcément le lien de cause à effet je me dis fin c'est moi qui ai fait quelque chose fin voilà et donc j'ai direct le sentiment de culpabilité »</i></p>

		<p><i>L.146 « Je quitte la chambre et après moi je suis partie dans tous mes étages je pleure, mes collègues m'ont ramassé en pleurs et moi je fin j'avais cette culpabilité alors qu'en soi c'était la consigne de tout le monde »</i></p>
<p>Pensez-vous que la culture, les valeurs et croyances du soignant peuvent impacter la prise en charge des patients ?</p>	<p>En effet, les émotions sont intimement liées à notre vécu et ceux qui fait de nous un être singulier, riche de ses expériences, de ses convictions culturelles et de son rapport avec le monde extérieur. Cela va orienter notre attitude, notre façon d'être et nos interactions quotidiennes et donc déteindre sur nos émotions. Ces facteurs influent donc forcément sur l'environnement du soignant, ce qui englobent, l'équipe, les patients et les étudiants.</p> <p>Dans la revue transculturelle « l'autre » de la version « clinique transculturelle 4 », l'article « impuissance et contre-transfert culturel » m'a permis de pouvoir de me questionner sur</p>	<p><i>L.169 « Oui. Oui je pense, parce qu'à chaque fois on se pose des questions, ben on est toutes différentes, donc on a toutes des valeurs différentes même s'il y en a euh fin quelques-unes qui se ressemblent vraiment »</i></p> <p><i>L172 « Mais après, même par rapport aux croyances, on est toutes différentes et je pense que c'est ce qui nous complète »</i></p> <p><i>L176 « On essaye en tout cas que ça impacte le moins possible, mais je pense qu'inconsciemment ça euh je pense c'est sûr que ça doit impacter, mais on essaie d'être euh fin toujours de recentrer vraiment le patient dans tout ça »</i></p> <p><i>L.180 « même si on à nos petites croyances dans nos têtes, on fait vraiment ce que le patient souhaite et vraiment c'est notre priorité, fin on fait vraiment en fonction de ce que le patient aurait souhaité et que la famille aussi souhaite »</i></p>

	<p>le ressenti d'un soignant lors d'une prise en charge car la perception de la santé, la maladie et de la mort font parfois écho et orientent plus ou moins consciemment le comportement et peuvent aboutir à une impasse thérapeutique. Ces influences permettent de maintenir un équilibre et d'adapter sa façon d'être selon la situation. Cependant, certaines perceptions sont plus fortes que d'autres et peuvent toucher émotionnellement. Les auteurs de l'article indiquent que les discussions autour de ce sujet facilitent l'élaboration et la résolution d'impasse thérapeutique liée au contre-transfert culturel auquel doivent faire face les professionnels.</p> <p>Ce qui vient toucher émotionnellement lors d'une prise en charge, est la confrontation entre la réalité, ce en quoi nous croyons et ce qui vient toucher le patient. Ces trois aspects imbriqués rendent certaines situations</p>	<p><i>L.184</i> «, y'a des gens tout le long qui vont parler à des patients, même s'ils ne nous répondent pas. Y'a des gens, non. Mais très souvent on le fait, fin sur ça, on parle presque toutes aux patients, même s'ils ne nous répondent pas »</p> <p><i>L.190</i> « Mais c'est sûr que oui, chacune a ses croyances par rapport à ça, mais on essaie que se soit pas au-dessus de la croyance du patient en fait. »</p>
--	---	--

	complexent avec une prise en charge non adapté.	
--	---	--

Entretien n°3 avec Lou (IDE3), infirmière dans le même service depuis sa sortie d'école en août 2022

Questions	Cadre de référence	Verbatim
-Pensez-vous que l'accompagnement des personnes en fin de vie nécessite une prise en charge en soin particulière ? Si oui, en pourquoi ? Si non, pourquoi ?	L'accompagnement relève des bonnes pratiques professionnelles, tout au long du processus de sa maladie, le patient est accompagné par étape et selon ses capacités à intégrer certaines notions. Le développement de son état va faire évoluer la relation pendant la prise en charge. Cette adaptation aux changements laisse place « au prendre soin » qui est définie comme : « prendre soins nécessite compétence, attention, écoute, tact et discrétion afin de préserver le sens et la justesse des décisions adoptés dans la concertation ».	<p><i>L.9 « c'est une spécialité à part entière euh voilà, c'est des gens qui sont en fin de vie, ils savent le pronostic qui leur est réservé, donc forcément que la prise en charge, elle est différente »</i></p> <p><i>L.11 « Voilà, on va s'adapter, à la douleur, à leur confort, au bien-être. Voilà, on va vraiment être attentif euh voilà sur ces points-là la douleur et la qualité de vie. Mais je pense c'est la posture soignante qui prime. Je pense que voilà, la base c'est d'être humain envers tout le monde »</i></p>

		<p><i>L.14 « Considérer chaque patient, peu importe dans quelle catégorie, qui soit en chirurgie, en digestif, en réanimation ou en soins palliatifs ou n'importe voilà »</i></p> <p><i>L.16 « Ils ont le droit tous à la même bienveillance, bienveillance, et cetera. Mais c'est sûr que bon, quand on sait que le patient va décéder, forcément qu'on est peut-être encore plus euh il y a un investissement, je dirais, qui est encore plus important pour moi en tous cas »</i></p>
<p>-Pensez-vous que le professionnel a besoin d'un accompagnement particulier pour ces prises en soin ?</p>	<p>La prise en charge de ce moment qui est inévitable impose donc une dynamique transdisciplinaire afin d'intégrer non seulement les différents acteurs professionnels mais également les proches, la famille ainsi que le malade lui-même.</p> <p>L'accompagnement en fin de vie doit également prendre en compte le processus d'apprentissage du soignant afin de pouvoir adapter le soin dans toutes ces spécificités, pour le patient ainsi que pour l'apprenant.</p>	<p><i>L.22 « Je pense que c'est important d'être formé à ce qu'est la spécialité des soins palliatifs. Avoir notion de certaines choses, même certaines pratiques, ne serait-ce qu'en termes de traitement tout ça. Il y a des choses qu'on ne fera jamais dans d'autres services qu'ici on s'autorise à pratiquer »</i></p> <p><i>L.28 « mais c'est vraiment pour privilégier le patient quoi, ne pas lui imposer des euh soins invasifs voilà mais donc oui, je pense qu'il y a des petites notions comme ça et des petites choses voilà auxquelles si on n'est pas habitué ou pas préparé, c'est compliqué »</i></p>

<p>-Pouvez-vous me dire comment les étudiants infirmiers sont accompagnés durant leur stage ?</p>	<p>Le rôle d'une personne pédagogue prend en compte les aspects de l'enseignant mais également ceux de l'apprenant. Les rôles sont définis comme complémentaire.</p> <p>Pour comprendre ces aspects je me suis basé sur le modèle du triangle pédagogique de Jean Houssaye qui définit « tout acte pédagogique comme l'espace entre 3 sommets – l'enseignant, l'étudiant, et le savoir ».</p> <p>Les 3 sommets de ce triangle sont reliés par différent aspect de la relation. « La relation didactique : est le rapport qu'entretient l'enseignant avec la savoir et qui lui permet d'enseigner, la relation pédagogique : est le rapport qu'entretient l'enseignant avec l'étudiant et qui permet le processus « former », enfin la relation d'apprentissage : est le rapport que l'élève va construire avec le savoir dans sa démarche pour « apprendre ».</p>	<p><i>L.36 « Ben on essaie au maximum voilà d'être bienveillant là-dessus, de voilà, de rien imposer. S'il y a des soins qui sont compliqués, s'il y a un décès, de voir un corps mort, c'est compliqué. »</i></p> <p><i>L.38 « Il y a plein de petites choses comme ça, même ne serait-ce que l'accompagnement des familles ou des personnes qui peuvent renvoyer à des problématiques personnelles ou familiales fin voilà, on peut se projeter, voilà, on est attentif à ça. »</i></p> <p><i>L.41 « Et aussi à leur laisser la parole, fin, de euh voilà, de verbaliser, de pas se sentir mal à se dire « Ah non mais ça veut dire que je ne suis pas à l'auteur » où penser que « je ne peux pas être infirmier si je n'arrive pas à gérer la situation » non vraiment ce n'est pas ça. »</i></p> <p><i>L.44 « Après je pense que déjà dans la formation infirmière, normalement déjà il y a une partie où on parle des soins palliatifs, donc je pense que suivant à quel stade il en est dans sa formation en général c'est déjà vu le volet sont palliatifs, il est abordé, donc normalement ils viennent ici, ils savent à quoi</i></p>
---	---	---

		<p><i>s'attendre. Après voilà on ne peut pas reprendre les soins palliatifs avec eux quoi on le fait au fur à mesure des questions. »</i></p>
<p>-Pouvez-vous m'expliquer en quoi consiste le rôle de tuteur de stage pour vous ?</p>	<p>Dans son article de Nadia Peoc'h indique « qu'en pédagogie, le tuteur est une personne qui permet à une autre personne ou à un groupe d'individus (apprentis, étudiants, élèves, adultes en formation et en quête de savoir) d'apprendre à se connaître lui-même par le biais de sa formation. Par ailleurs, la connaissance de soi jamais achevée, sans arrêt remodelée et toujours en chantier, permettrait de construire son identité personnelle et sociale au fil du temps qui passe et à venir, situant l'apprenant dans son « être au monde ». Cette explication laisse entrevoir la complexité et la responsabilité qui accompagne le tutorat.</p>	<p><i>L54 « ce n'est pas forcément pratique quand on est jeune IDE ce n'est pas évident aussi de se positionner, après ben voilà, c'est de l'accompagner dans son parcours, de bah, de l'épauler, de répondre aux questions, de voilà, de l'accompagner quoi. C'est vraiment de l'accompagnement sur le terrain de stage, après ce n'est pas forcément une tâche facile à faire. »</i></p> <p><i>L.58 « En tout cas moi pour ma part ce n'est pas quelque chose avec laquelle je suis à l'aise parce que bon, déjà il y a un petit manque de confiance en moi qui fait que voilà, je me sens pas à l'aise avec ça. Il y a une espèce de légitimité quand on est jeune diplômé à se dire qui je suis pour venir lui dire alors qu'il y a 6 mois, j'étais à sa place. »</i></p> <p><i>L.61 « Y a ça, et le fait que voilà, si y a beaucoup d'élèves en même temps, voilà ce n'est pas évident, même pour nous dans notre travail. Voilà leur déléguer, t'as l'impression</i></p>

		<p><i>de pas forcément bien avoir pris en charge tes patients quoi. »</i></p> <p><i>L.64 « Je ne sais pas, y a quelque chose qui se passe qui n'est pas évident. Après bah ça nous permet quand même de toujours rafraîchir hein, y a des questions par exemple pourquoi tu fais ça là ? Ben Ouais, c'est vrai pourquoi je le fais ? Se remettre en question grâce à ça, de voilà, de réajuster. »</i></p>
<p>-Pensez-vous que la prise en charge des patients en fin de vie nécessite un accompagnement plus singulier de l'étudiant ? Si oui, en quoi ? Si non, pourquoi ?</p>	<p>L'accompagnement « idéal » d'un élève infirmier est également attendu comme valeur dominante de référence. Cependant cet aspect ne prend pas en compte la globalité du processus qui se joue autour de l'accompagnement. Plusieurs auteurs (Canouï, Mauranges, 1999 ; Morasz, 1999 ; Ruzniewski, 1995) ont constaté que le soignant, en fonction de ses ressources</p>	<p><i>L.70 « C'est compliqué parce que ça dépend aussi de la position de l'étudiant, la façon dont il va se positionner dans son stage, l'investissement qu'il va y mettre. Et voilà le savoir-être qu'il a. C'est sûr que on va attendre que voilà, euh qu'il ait une attitude quand même bienveillante, voilà quoi c'est le positionnement »</i></p> <p><i>L.73 « On l'accompagne selon comme il est. Je trouve que ce n'est pas évident parce qu'il faut jongler entre euh bah montrer qu'on est investi, poser des questions ou demander à faire certains soins tout en étant assez discret,</i></p>

	psychiques propres, emploie des mécanismes de défense, afin de s'adapter.	<i>fin auprès des patients, discrets fin à juste mesure hein. »</i>
-Pensez-vous que vos émotions personnelles peuvent entrer en jeu dans la relation pédagogique ?	<p>Au-delà de la fonction que chacun arbore, se cache l'être humain. C'est la difficulté qui peut souvent émerger. On peut se poser la question de savoir si lors d'un accompagnement, c'est le titre ou l'humain qui domine ? Que ressent le tuteur lorsque des situations qui peuvent également le toucher se manifeste ? Comment adopter une attitude enveloppante, rassurante, bienveillante et s'assurer que l'étudiant en face est prêt à affronter la situation, si le tuteur lui-même adopte des attitudes d'évitement comme mécanismes de défense ? Est-ce que l'usure professionnelle entre en jeu ?</p> <p>Je pense que dans une situation tel que celle vécu, l'humain se confronte à l'humain. L'élément manquant qui aurait permis un</p>	<p><i>L.81 « Oui, ben oui, si on est avec un patient par exemple, avec qui le euh fin avec lequel depuis des mois on a créé une relation, on a créé des choses. C'est vrai que peut-être on ne va pas être attentif avec l'étudiant, on va avoir tendance à vouloir maîtriser la chose et peut-être qu'on ne va pas avoir la juste position avec l'étudiant. »</i></p> <p><i>L.84 « C'est pareil, je pense que bah il y a des étudiants selon le positionnement, c'est plus compliqué de trouver la façon de l'encadrer au mieux et est-ce que ça va impacter ? Bah oui ça va impacter l'étudiant comme ça peut impacter nos collègues. »</i></p> <p><i>L.87 « C'est sûr qu'on essaye de euh fin, c'est personnel dépendent, si on arrive à se contrôler et à gérer ses émotions, voilà, ça va glisser. Si on est quelqu'un ou les émotions prennent le dessus, forcément, ça va impacter. »</i></p>

	<p>accompagnement porteur de sens n'est pas juste lié à ce qui est écrit dans les livres ou à certains concepts prédéfinis.</p> <p>Cette réflexion me pousse donc à me questionner sur les ressentis et les émotions qui se développe lorsque nous sommes confronté à l'autre, mais également à l'effet que peut avoir l'institution sur le comportement d'un soignant.</p>	<p><i>L.90 « Pour ma part, moi, j'essaie au maximum de rester fidèle à moi-même, assez neutre. Mais oui, c'est sûr qu'il y a des journées qui sont plus contrariantes, où on est un peu débordé, où un patient qui voilà qui chauffe ou quelque chose où il faut réagir vite c'est vrai que peut-être là l'étudiant ça va pas être la priorité entre guillemets mais une fois que la crise est passée de reprendre avec lui »</i></p>
<p>-Avez-vous des exemples de situations de soins en fin de vie, où vos émotions ont joué un rôle sur votre comportement ?</p>	<p>En effet les réactions émotionnelles sont naturelles, la question est de savoir comment y faire face et de quelle manière l'exprimer : verbale, non verbale ou comportementale. Nous répondons tous à une émotion de manière singulière et inattendue, le tout est de connaître nos limites et savoir lorsqu'une situation nous touche plus particulièrement. Comme le dit Huynh Truc, Alderson et Thompson dans leur article dans « Recherche en Soins Infirmiers » : « Le fait que l'engagement émotionnel des infirmières envers leurs patients transcende les limites des sentiments personnels, contribue à la qualité et</p>	<p><i>L.99 « Là comme ça je ne vois pas forcément de situation. Après voilà c'est vrai qu'on crée des liens assez forts autant avec le patient qu'avec sa famille, parfois plus avec la famille qu'avec le patient »</i></p> <p><i>L101 « Tout dépend de la situation, patient qui parle, qui ne parle pas, patient éveillé, pas éveillé, voilà donc ça nous est arrivé de voilà de pleurer aussi avec les familles, bon, on essaie de le faire au moins possible, hein mais voilà c'est arrivé, que nos émotions débordent et qu'ils le ressentent et je pense que bah c'est</i></p>

	<p>à l'excellence des soins infirmiers », en effet les émotions contribuent à l'empathie et la qualité des soins, néanmoins, elles peuvent également les altérer. Comme ils l'expliquent, l'engagement émotionnel transcende les limites des sentiments personnels, à ce titre, le risque est donc que des situations nous renvoient à certaines expériences personnelles, à des valeurs culturelles ou à des croyances qui viennent impacter nos réactions.</p>	<p><i>juste le côté humain du travail qui se passe ici en fait donc voilà »</i></p>
<p>Pensez-vous que la culture, les valeurs et croyances du soignant peuvent impacter la prise en charge des patients ?</p>	<p>En effet, les émotions sont intimement liées à notre vécu et ceux qui fait de nous un être singulier, riche de ses expériences, de ses convictions culturelles et de son rapport avec le monde extérieur. Cela va orienter notre attitude, notre façon d'être et nos interactions quotidiennes et donc déteindre sur nos émotions. Ces facteurs influent donc forcément sur l'environnement du soignant, ce qui englobent, l'équipe, les patients et les étudiants.</p> <p>Dans la revue transculturelle « l'autre » de la version « clinique transculturelle 4 », l'article</p>	<p><i>L.108 « Le patient avant d'arriver à la phase du décès, il a la possibilité de donner ses directives anticipées, donc en fonction de ses volontés s'il en a fait, voilà, on s'adapte, on adapte et on respecte ses volontés. »</i></p> <p><i>L.113 « Euh voilà, on essaie de respecter au maximum déjà les souhaits du patient, et on essaie toujours de se mettre à la place des familles et de se dire est-ce qu'on est juste et voilà peut-être que des fois on se loupe hein mais voilà, on essaie de pas se dire moi j'aimerais être comme ça, donc je fais comme ça, non, on fait en fonction de qui la personne était et de ce qu'on a connu de cette personne, pareil pour les rites religieux »</i></p>

	<p>« impuissance et contre-transfert culturel » m'a permis de pouvoir de me questionner sur le ressenti d'un soignant lors d'une prise en charge car la perception de la santé, la maladie et de la mort font parfois écho et orientent plus ou moins consciemment le comportement et peuvent aboutir à une impasse thérapeutique. Ces influencent permettent de maintenir un équilibre et d'adapter sa façon d'être selon la situation. Cependant, certaine perception sont plus forte que d'autres et peuvent toucher émotionnellement. Les auteurs de l'article indiquent que les discussions autour de ce sujet facilitent l'élaboration et la résolution d'impasse thérapeutique lié au contre transfert culturel auquel doivent faire face les professionnels.</p> <p>Ce qui vient toucher émotionnellement lors d'une prise en charge, est la confrontation entre la réalité, ceux en quoi nous croyons et</p>	
--	---	--

	ceux qui vient toucher le patient. Ces trois aspects imbriqués rendent certaines situations complexent avec une prise en charge non adapté.	
--	---	--

Entretien n°4 avec Chloé (IDE4), infirmière depuis 2017 et travaillant dans le même service depuis 7 ans

Questions	Cadre de référence	Verbatim
<p>-Pensez-vous que l'accompagnement des personnes en fin de vie nécessite une prise en charge en soin particulière ? Si oui, en pourquoi ? Si non, pourquoi ?</p>	<p>L'accompagnement relève des bonnes pratiques professionnelles, tout au long du processus de sa maladie, le patient est accompagné par étape et selon ses capacités à intégrer certaines notions. Le développement de son état va faire évoluer la relation pendant la prise en charge. Cette adaptation aux changements laisse place « au prendre soin » qui est définie comme : « prendre soins nécessite compétence, attention, écoute, tact et discrétion afin de préserver le sens et la justesse des décisions adoptés dans la concertation ».</p>	<p><i>L.10 « Alors oui, je pense que oui euh c'est pour moi, c'est des patients, alors je n'ai pas envie de dire euh fin pour moi c'est une attention particulière en fait. »</i></p> <p><i>L.16 « c'est quand même des personnes qui ont des angoisses assez particulières. »</i></p> <p><i>L.17 « Donc je trouve que c'est une prise en charge un peu particulière, avec du temps qu'on peut accorder à ces patients-là de manière différente. »</i></p> <p><i>L.19 « Donc oui pour moi c'est une prise en charge qui est quand même plus particulière, ou en tout cas qu'on adapte un peu plus. De toute façon, on s'adapte à tout patient. Il y a des patients qui ont besoin ça et il y a des patients qui n'ont pas envie qu'on les embête même en fin de vie, mais oui c'est des patients qui ont besoin d'une attention assez particulière parce que contexte particulier »</i></p>

<p>-Pensez-vous que le professionnel a besoin d'un accompagnement particulier pour ces prises en soin ?</p>	<p>La prise en charge de ce moment qui est inévitable impose donc une dynamique transdisciplinaire afin d'intégrer non seulement les différents acteurs professionnels mais également les proches, la famille ainsi que le malade lui-même.</p> <p>L'accompagnement en fin de vie doit également prendre en compte le processus d'apprentissage du soignant afin de pouvoir adapter le soin dans toutes ces spécificités, pour le patient ainsi que pour l'apprenant.</p>	<p>L.30 « Alors oui et on est très dans la demande parce que du coup, c'est ce que tu me disais tout à l'heure avant qu'on commence. Nous, on n'a pas de lit identifié soins palliatifs. C'est une demande qui est faite par notre service donc c'est en train d'être mis en place afin que cela soit officiel et du coup on est déjà certaines d'entre nous à avoir participé à la formation soins palliatifs que l'hôpital propose car c'est une obligation pour mettre en place ce type de lit et de prise en charge. »</p> <p>L.36 « donc on est tous aussi très en demande d'être formé sur tout ce qu'ils appellent les soins de support, la plupart d'entre nous l'est déjà »</p> <p>L.41 « hum tout ça permet un accompagnement un peu plus particulier. »</p> <p>L.44 « Après, si on prend le penchant « accompagnement » autre que sur de la formation, style humm des difficultés sur une prise en charge, ou une situation où on n'est pas d'accord sur la prise en charge, ben quand on en a besoin, on demande à en parler. »</p>
---	---	---

		<p><i>L.47 « Du coup, souvent on en reparle avec l'équipe mobile soins palliatifs qui intervient très régulièrement chez nous. »</i></p> <p><i>L.50 « Mais on communique assez dans l'équipe. Déjà on en parle entre nous et en plus on sait qu'on a le support de l'équipe mobile soins palliatifs qui sont là pour rediscuter des situations »</i></p> <p><i>L.51 « Donc forcément ça prend en compte aussi du coup nos émotions et comment y faire face pour réagir à telle ou telle situation. »</i></p>
<p>-Pouvez-vous me dire comment les étudiants infirmiers sont accompagnés durant leur stage ?</p>	<p>Le rôle d'une personne pédagogue prend en compte les aspects de l'enseignant mais également ceux de l'apprenant. Les rôles sont définis comme complémentaire.</p> <p>Pour comprendre ces aspects je me suis basé sur le modèle du triangle pédagogique de Jean Houssaye qui définit « tout acte pédagogique comme l'espace entre 3 sommets – l'enseignant, l'étudiant, et le savoir ».</p>	<p><i>L.56 « Bah c'est de l'accompagnement comme on peut avoir un peu partout hein. »</i></p> <p><i>L.63 « On essaie quand même de s'adapter à l'étudiant pour que ça se passe pour le mieux, on se dit potentiellement, ça va être mon collègue. Parce que c'est quand même le but à la fin, qu'il soit diplômé donc faut qu'on ait envie de travailler avec lui. »</i></p> <p><i>L.67 « après au niveau accompagnement psychologique de certaines situations qui peuvent arriver de fin de vie, de décès, on prévient toujours parce qu'on est quand même sur un service gériatrique donc on sait qu'il y aura l'accompagnement en fin de vie. »</i></p>

	<p>Les 3 sommets de ce triangle sont reliés par différent aspect de la relation. « La relation didactique : est le rapport qu’entretient l’enseignant avec la savoir et qui lui permet d’enseigner, la relation pédagogique : est le rapport qu’entretient l’enseignant avec l’étudiant et qui permet le processus « former », enfin la relation d’apprentissage : est le rapport que l’élève va construire avec le savoir dans sa démarche pour « apprendre ».</p>	<p><i>L.70 « Si on a un décès, on n'oblige pas l'étudiant mais on propose toujours parce que malgré tout, le jour où on est professionnel, il va falloir gérer. Donc voilà, mais on propose, on n'oblige pas. »</i></p> <p><i>L.74 « Moi je trouve ça important de pas imposer cette chose là parce qu'il faut quand même être prêt, voilà bah parce qu'on a parfois des corps qui sont un peu torturés, ce n'est pas forcément des belles morts à chaque fois, donc ça peut être un peu choquant donc forcément on propose et ensuite si l'étudiant ne veut pas il le sait, il ne sera pas pénalisé. »</i></p> <p><i>L.79 « on revoit avec lui derrière si ça va déjà, poser la question, s'il a des questions, on cherche toujours quand même à savoir si ça va ou si ça ne va pas, et pareil s'il y a une situation de fin de vie ou une situation un peu compliquée on cherche quand même à savoir si ça va, s'il a des questions »</i></p> <p><i>L.82 « et après nous on a quand même des médecins qui sont plutôt ouverts donc pareil on leur dit toujours de pas hésiter à aller voir les médecins l'équipe mobile de soins palliatifs est très présente, donc de pas</i></p>
--	---	--

		<i>hésiter aussi à aller leur poser des questions et voilà. »</i>
-Pouvez-vous m'expliquer en quoi consiste le rôle de tuteur de stage pour vous ?	Dans son article de Nadia Peoc'h indique « qu'en pédagogie, le tuteur est une personne qui permet à une autre personne ou à un groupe d'individus (apprentis, étudiants, élèves, adultes en formation et en quête de savoir) d'apprendre à se connaître lui-même par le biais de sa formation. Par ailleurs, la connaissance de soi jamais achevée, sans arrêt remodelée et toujours en chantier, permettrait de construire son identité personnelle et sociale au fil du temps qui passe et à venir, situant l'apprenant dans son « être au monde ». Cette explication laisse entrevoir la complexité et la responsabilité qui accompagne le tutorat.	<i>L.88 « Alors moi je pense que c'est un réel accompagnement. Moi en tout cas, je fonctionne comme ça quand j'ai un étudiant et que c'est moi la tutrice. »</i> <i>L.101 « je pense qu'on a, on a un rôle aussi d'essayer de faire en sorte que ça soit un peu lissé l'apprentissage pas que ça parte un peu dans tous les sens et qu'on soit tous un peu cohérent sur comment on fonctionne. »</i>
-Pensez-vous que la prise en charge des patients en fin de vie nécessite un accompagnement plus singulier de l'étudiant ? Si oui, en quoi ? Si non, pourquoi ?	L'accompagnement « idéal » d'un élève infirmier est également attendu comme valeur dominante de référence. Cependant cet aspect ne prend pas en compte la globalité du processus qui se joue autour de l'accompagnement. Plusieurs auteurs (Canouï, Mauranges, 1999 ; Morasz, 1999 ; Ruzniewski, 1995) ont constaté que le	<i>L.107 « je dirais oui et non dans le sens où on adapte la prise en charge avec les patients, c'est une prise en charge particulière avec des soins particuliers donc oui mais après, c'est un moyen aussi pour que l'étudiant voit ce qui peut être proposé que ce soit sur les soins de supports et autres qu'on voit vite fait à l'école et qu'on n'approfondit pas plus que ça, qu'on va approfondir plus en fait en milieu professionnel, donc pour le coup oui là ça peut être ça. Ça devient un peu plus particulier. »</i>

	<p>soignant, en fonction de ses ressources psychiques propres, emploie des mécanismes de défense, afin de s'adapter.</p>	<p><i>L.113 « Mais après c'est très, c'est propre à chaque étudiant. J'ai envie de dire, parce que t'en as où tu sens, qu'ils sont assez à l'aise avec la fin de vie, t'as des personnes qui sont faits pour ça, pour travailler avec des patients en fin de vie on sent qu'ils sont hyper à l'aise »</i></p> <p><i>L.117 « C'est à dire qu'un étudiant qui est hyper à l'aise, on va lui demander si ça va mais on ne va pas peut-être pas forcément aller plus loin, alors qu'un étudiant où on sent qu'il est un peu réticent à rentrer dans la chambre, qu'on sent qu'il évite un peu le soin ou autre, forcément on va aller chercher pourquoi, qu'est-ce qui se passe, qu'est qu'est-ce qui te perturbe, est-ce que ça te rappelle quelque chose ? Forcément on va essayer d'aller chercher pour qu'ensuite ils puissent aller faire sa prise en charge parce que bah voilà, le jour où t'es professionnel, dans n'importe quel service tu peux tomber sur une fin de vie mais bah voilà on va un peu plus personnaliser. »</i></p>
--	--	---

<p>-Pensez-vous que vos émotions personnelles peuvent entrer en jeu dans la relation pédagogique ?</p>	<p>Au-delà de la fonction que chacun arbore, se cache l'être humain. C'est la difficulté qui peut souvent émerger. On peut se poser la question de savoir si lors d'un accompagnement, c'est le titre ou l'humain qui domine ? Que ressent le tuteur lorsque des situations qui peuvent également le toucher se manifeste ? Comment adopter une attitude enveloppante, rassurante, bienveillante et s'assurer que l'étudiant en face est prêt à affronter la situation, si le tuteur lui-même adopte des attitudes d'évitement comme mécanismes de défense ? Est-ce que l'usure professionnelle entre en jeu ?</p> <p>Je pense que dans une situation tel que celle vécu, l'humain se confronte à l'humain. L'élément manquant qui aurait permis un accompagnement porteur de sens n'est pas juste lié à ce qui est écrit dans les livres ou à certains concepts prédéfinis.</p>	<p><i>L.127 « C'est mieux que non on est d'accord, après on est humain »</i></p> <p><i>L.128 « Donc dans les relations humaines euh il y a des gens avec qui ça passe très bien, il y a des gens avec qui ça passe moins bien. »</i></p> <p><i>L.129 « Après quand je dis c'est mieux que non, ça m'est arrivé d'avoir des étudiants avec qui le courant avez du mal à passer, mais je les encadrais de la même manière qu'avec un étudiant avec qui je m'entends très bien »</i></p> <p><i>L.139 « Donc oui, t'as une part émotionnelle parce que voilà y en a avec qui ça passe mieux d'autres moins mais en même temps j'essaye de faire en sorte que ça n'impacte pas ma façon d'agir. »</i></p>
--	--	--

	<p>Cette réflexion me pousse donc à me questionner sur les ressentis et les émotions qui se développent lorsque nous sommes confrontés à l'autre, mais également à l'effet que peut avoir l'institution sur le comportement d'un soignant.</p>	
<p>-Avez-vous des exemples de situations de soins en fin de vie, où vos émotions ont joué un rôle sur votre comportement ?</p>	<p>En effet les réactions émotionnelles sont naturelles, la question est de savoir comment y faire face et de quelle manière l'exprimer : verbale, non verbale ou comportementale. Nous répondons tous à une émotion de manière singulière et inattendue, le tout est de connaître nos limites et savoir lorsqu'une situation nous touche plus particulièrement. Comme le dit Huynh Truc, Alderson et Thompson dans leur article dans « Recherche en Soins Infirmiers » : « Le fait que l'engagement émotionnel des infirmières envers leurs patients transcende les limites des sentiments personnels, contribue à la qualité et à l'excellence des soins infirmiers », en effet les émotions contribuent à l'empathie et la qualité des soins, néanmoins, elles peuvent également les altérer. Comme ils l'expliquent, l'engagement émotionnel transcende les limites des sentiments</p>	<p><i>L.144 « Alors cette situation-là, c'est vraiment celle où on va dire entre guillemets, ou j'ai été le plus perturbé »</i></p> <p><i>L.146 « c'était une dame qui avait une soixantaine d'années, donc pas forcément très âgée, 60, 65 ans. Elle avait eu un cancer du sein. Elle n'avait pas voulu se faire traiter parce qu'elle avait refusé de perdre ses cheveux avec les chimios. Et donc c'est parti en cancer généralisé »</i></p> <p><i>L.154 « C'était une dame qui avait aucune sédation de mise en place, mais qui était comme sédaté, c'est à dire qu'elle réagissait plus avec l'environnement. Elle était dans un coma mais voilà mais hyper confortable. »</i></p> <p><i>L.157 « Et du coup nous on avait dit aux enfants qu'on pensait qu'elle attendait qu'ils</i></p>

	<p>personnels, à ce titre, le risque est donc que des situations nous renvoient à certaines expériences personnelles, à des valeurs culturelles ou à des croyances qui viennent impacter nos réactions.</p>	<p><i>sortent de la chambre, qu'elle ne voulait pas partir devant eux, ils sont donc partis faire un tour. Bon, littéralement a priori on s'est pas trompé puisqu'ils sont venus nous voir 20 Min après pour nous dire qu'elle était parti. »</i></p> <p><i>L.161 « Donc là déjà ils ont été assez touchant et en fait là, ce qui m'a perturbé le plus en tout cas à l'époque, c'est qu'on me dise que sa maman aller arriver »</i></p> <p><i>L.162 « Et donc moi j'ai un petit moment de bug parce que bah je travaillais en gériatrie, donc des mamans et des papas on n'en voit pas. »</i></p> <p><i>L.166 « Et donc c'est une petite dame avec les cheveux tout blanc qui est arrivée et là elle s'est jeté dans mes bras et en fait, je pense que j'aurais pu me mettre à pleurer avec elle parce que voilà, je pense que c'est un contexte particulier en plus »</i></p> <p><i>L.170 « Et en plus voilà contexte particulier avec une dame qui a encore sa maman et ce n'est pas dans la logique des choses de perdre son enfant. »</i></p> <p><i>L.172 « Donc là j'ai contrôlé et encore j'aurais pu pleurer avec elle, elle l'aurait pas</i></p>
--	---	--

		<i>mal pris parce qu'elle aurait tout à fait compris. »</i>
<p>Pensez-vous que la culture, les valeurs et croyances du soignant peuvent impacter la prise en charge des patients ?</p>	<p>En effet, les émotions sont intimement liées à notre vécu et ceux qui fait de nous un être singulier, riche de ses expériences, de ses convictions culturelles et de son rapport avec le monde extérieur. Cela va orienter notre attitude, notre façon d'être et nos interactions quotidiennes et donc déteindre sur nos émotions. Ces facteurs influent donc forcément sur l'environnement du soignant, ce qui englobent, l'équipe, les patients et les étudiants.</p> <p>Dans la revue transculturelle « l'autre » de la version « clinique transculturelle 4 », l'article « impuissance et contre-transfert culturel » m'a permis de pouvoir de me questionner sur le ressenti d'un soignant lors d'une prise en charge car la perception de la santé, la maladie et de la mort font parfois écho et orientent plus</p>	<p><i>L.206 « Euh, vaste question, je pense que oui, euh je pense qu'en fait on euh on travaille tous de manière très différente et je pense que c'est lié à ce qu'on est. »</i></p> <p><i>L.208 «et je mettrai même éducation parce que je pense qu'on a tous été éduqués de manière différente et que pour le coup, notre éducation donne aussi la manière dont on travail. C'est à dire qu'on a tous un niveau de respect différent, mais parce que voilà, on nous a appris à respecter d'une certaine manière et peut-être que la manière dont je vais respecter la personne ne va pas forcément être la même qu'une autre personne et ainsi de suite. »</i></p> <p><i>L.213 « Donc je pense que oui on met un peu de nous, ça ne peut pas être autrement. »</i></p> <p><i>L.229 « pour moi c'est vraiment le partage et dans des situations de fin de vie, de décès, déjà moi je parle, je lui parle comme s'il était encore là, c'est vrai qu'un jour, je m'étais fait la réflexion en me disant pourquoi tu lui dis ce que tu fais ? Mais c'est un réflexe en fait, vraiment, c'est du réflexe »</i></p>

	<p>ou moins consciemment le comportement et peuvent aboutir à une impasse thérapeutique. Ces influences permettent de maintenir un équilibre et d'adapter sa façon d'être selon la situation. Cependant, certaines perceptions sont plus fortes que d'autres et peuvent toucher émotionnellement. Les auteurs de l'article indiquent que les discussions autour de ce sujet facilitent l'élaboration et la résolution d'impasse thérapeutique liée au contre-transfert culturel auquel doivent faire face les professionnels.</p> <p>Ce qui vient toucher émotionnellement lors d'une prise en charge, est la confrontation entre la réalité, ceux en quoi nous croyons et ceux qui viennent toucher le patient. Ces trois aspects imbriqués rendent certaines situations complexes avec une prise en charge non adaptée.</p>	<p><i>L.232 « Après c'est des habitudes, j'aurais tendance quand je travaillais la nuit de laisser toujours une lumière, et j'essaye toujours, je me dis toujours j'ai envie de rendre la personne belle parce que la plupart du temps, nous on a quand même les familles qui viennent, c'est très rare qu'on n'ait pas de famille qui viennent. »</i></p>
--	---	--

Entretien n°5 avec Maelle (IDE5), infirmière depuis juillet 2022 travaillant en court séjour gériatrique depuis septembre 2023.

Questions	Cadre de référence	Verbatim
<p>-Pensez-vous que l'accompagnement des personnes en fin de vie nécessite une prise en charge en soin particulière ? Si oui, en pourquoi ? Si non, pourquoi ?</p>	<p>L'accompagnement relève des bonnes pratiques professionnelles, tout au long du processus de sa maladie, le patient est accompagné par étape et selon ses capacités à intégrer certaines notions. Le développement de son état va faire évoluer la relation pendant la prise en charge. Cette adaptation aux changements laisse place « au prendre soin » qui est définie comme : « prendre soins nécessite compétence, attention, écoute, tact et discrétion afin de préserver le sens et la justesse des décisions adoptés dans la concertation ».</p>	<p>L.8 « <i>Euh pour moi je dirais oui, parce que surtout, la personne âgée enfin, toute personne en fin de vie nécessite un accompagnement particulier</i> »</p> <p>L.9 « <i>que ce soit sur la prise en charge de la douleur, sur la prise en charge du côté psychologique pour ceux qui sont conscients, avec les angoisses tout ça</i> »</p>
<p>-Pensez-vous que le professionnel a besoin d'un accompagnement particulier pour ces prises en soin ?</p>	<p>La prise en charge de ce moment qui est inévitable impose donc une dynamique transdisciplinaire afin d'intégrer non seulement les différents acteurs professionnels mais également les proches, la famille ainsi que le malade lui-même.</p>	<p>L.18 « <i>je me dis c'est bien d'avoir des, euh comment dire euh des repères, des explications sur bah justement, comment prendre en charge un patient en fin de vie, l'entourage aussi donc oui pour moi c'est nécessaire</i> »</p>

	<p>L'accompagnement en fin de vie doit également prendre en compte le processus d'apprentissage du soignant afin de pouvoir adapter le soin dans toutes ces spécificités, pour le patient ainsi que pour l'apprenant.</p>	<p><i>L.20 « Après au niveau psychologique je ne pense pas qu'un accompagnement spécifique soit nécessaire, je pense plus sur les services où il y a des jeunes personnes à la limite qui décèdent. »</i></p> <p><i>L.23 « Après c'est vrai que si on a des décès un peu compliqués, nous on peut faire appel aux psychologues, soit des soins palliatifs, soit de l'établissement pour pouvoir justement en parler. »</i></p> <p><i>L.26 « Après c'est vrai qu'ici bah on sait que malheureusement voilà quoi, c'est malheureux de dire ça mais c'est de la personne âgée. On sait qu'ici on va plus avoir des gens qui vont décéder. »</i></p>
<p>-Pouvez-vous me dire comment les étudiants infirmiers sont accompagnés durant leur stage ?</p>	<p>Le rôle d'une personne pédagogue prend en compte les aspects de l'enseignant mais également ceux de l'apprenant. Les rôles sont définis comme complémentaire.</p> <p>Pour comprendre ces aspects je me suis basé sur le modèle du triangle pédagogique de Jean Houssaye qui définit « tout acte pédagogique</p>	<p><i>L.31 « Alors bah déjà on prévient, on les prévient qu'ici il y a quand même souvent des décès et que s'ils n'ont jamais vu de personne décédée, s'ils n'ont jamais assisté ou si même il y a des expériences personnelles dans leur propre vie, voilà qu'il faut qu'ils nous le disent. »</i></p> <p><i>L.35 « On propose d'y aller avec eux. On est beaucoup dans l'accompagnement parce que bah c'est des futurs professionnels mais ce n'est pas quelque chose qu'on voit comme ça »</i></p>

	<p>comme l'espace entre 3 sommets – l'enseignant, l'étudiant, et le savoir ».</p> <p>Les 3 sommets de ce triangle sont reliés par différent aspect de la relation. « La relation didactique : est le rapport qu'entretient l'enseignant avec la savoir et qui lui permet d'enseigner, la relation pédagogique : est le rapport qu'entretient l'enseignant avec l'étudiant et qui permet le processus « former », enfin la relation d'apprentissage : est le rapport que l'élève va construire avec le savoir dans sa démarche pour « apprendre ».</p>	
<p>-Pouvez-vous m'expliquer en quoi consiste le rôle de tuteur de stage pour vous ?</p>	<p>Dans son article de Nadia Peoc'h indique « qu'en pédagogie, le tuteur est une personne qui permet à une autre personne ou à un groupe d'individus (apprentis, étudiants, élèves, adultes en formation et en quête de savoir) d'apprendre à se connaître lui-même par le biais de sa formation. Par ailleurs, la connaissance de soi jamais achevée, sans arrêt remodelée et toujours en chantier, permettrait de construire son identité personnelle et</p>	<p><i>L.43 « Eh Ben je suis en train de faire ma formation, j'en suis à ma 2e partie, mais du coup pour moi le tutorat c'est de pouvoir faire le suivi durant tout le stage »</i></p> <p><i>L.48 « Aussi pour moi je pense qu'il faut le laisser faire le maximum de chose, comment je peux voir s'il sait faire, si je ne le laisse pas faire ? »</i></p>

	<p>sociale au fil du temps qui passe et à venir, situant l'apprenant dans son « être au monde ». Cette explication laisse entrevoir la complexité et la responsabilité qui accompagne le tutorat.</p>	
<p>-Pensez-vous que la prise en charge des patients en fin de vie nécessite un accompagnement plus singulier de l'étudiant ? Si oui, en quoi ? Si non, pourquoi ?</p>	<p>L'accompagnement « idéal » d'un élève infirmier est également attendu comme valeur dominante de référence. Cependant cet aspect ne prend pas en compte la globalité du processus qui se joue autour de l'accompagnement. Plusieurs auteurs (Canouï, Mauranges, 1999 ; Morasz, 1999 ; Ruzniewski, 1995) ont constaté que le soignant, en fonction de ses ressources psychiques propres, emploie des mécanismes de défense, afin de s'adapter.</p>	<p><i>L.55 « Moi je pense quand même fin j'essaye-moi de faire le distinguo, de dire bah là t'as des patients qui sont bien, là on va chez un patient qui est en fin de vie et on explique. »</i></p> <p><i>L.58 « C'est un accompagnement qui est plus porté sur l'explication de la fin de vie, et cetera »</i></p>
<p>-Pensez-vous que vos émotions personnelles peuvent entrer en jeu dans la relation pédagogique ?</p>	<p>Au-delà de la fonction que chacun arbore, se cache l'être humain. C'est la difficulté qui peut souvent émerger. On peut se poser la question de savoir si lors d'un accompagnement, c'est</p>	<p><i>L.62« Ouais. Mes émotions personnelles peuvent rentrer en jeu. Après moi j'essaie d'être d'humeur égal quand je suis au travail et de me dire mes problèmes restent à la maison mais parfois bah on sait que ce n'est pas forcément tout le temps vrai »</i></p>

	<p>le titre ou l'humain qui domine ? Que ressent le tuteur lorsque des situations qui peuvent également le toucher se manifeste ? Comment adopter une attitude enveloppante, rassurante, bienveillante et s'assurer que l'étudiant en face est prêt à affronter la situation, si le tuteur lui-même adopte des attitudes d'évitement comme mécanismes de défense ? Est-ce que l'usure professionnelle entre en jeu ?</p> <p>Je pense que dans une situation tel que celle vécu, l'humain se confronte à l'humain. L'élément manquant qui aurait permis un accompagnement porteur de sens n'est pas juste lié à ce qui est écrit dans les livres ou à certains concepts prédéfinis.</p> <p>Cette réflexion me pousse donc à me questionner sur les ressentis et les émotions qui se développe lorsque nous sommes confronté à l'autre, mais également à l'effet</p>	<p><i>L.65 «si vraiment il y a quelque chose qui me gêne et que mes émotions sont perturbées, j'essaie de pas aller perturber l'élève, il n'est pas là pour vivre ça quoi. »</i></p>
--	--	--

	<p>que peut avoir l'institution sur le comportement d'un soignant.</p>	
<p>-Avez-vous des exemples de situations de soins en fin de vie, où vos émotions ont joué un rôle sur votre comportement ?</p>	<p>En effet les réactions émotionnelles sont naturelles, la question est de savoir comment y faire face et de quelle manière l'exprimer : verbale, non verbale ou comportementale. Nous répondons tous à une émotion de manière singulière et inattendue, le tout est de connaître nos limites et savoir lorsqu'une situation nous touche plus particulièrement. Comme le dit Huynh Truc, Alderson et Thompson dans leur article dans « Recherche en Soins Infirmiers » : « Le fait que l'engagement émotionnel des infirmières envers leurs patients transcende les limites des sentiments personnels, contribue à la qualité et à l'excellence des soins infirmiers », en effet les émotions contribuent à l'empathie et la qualité des soins, néanmoins, elles peuvent également les altérer. Comme ils l'expliquent, l'engagement émotionnel transcende les limites des sentiments personnels, à ce titre, le risque est donc que des situations nous renvoient à certaines expériences personnelles, à des valeurs culturelles ou à des croyances qui viennent impacter nos réactions.</p>	<p><i>L.73 « j'ai pris la suite d'une infirmière de nuit, qui en gros me dit que tout va bien pour la patiente et moi je retrouve la patiente pas bien du tout et du coup la patiente elle décède »</i></p> <p><i>L.75 « j'étais en colère toute la journée et ça s'est ressenti dans mon travail voilà, les autres y étaient pour rien, mais en fait la colère de perdre cette patiente qui était en fin de vie oui mais qui s'est dégradée plus rapidement que prévu bah voilà ça m'a beaucoup déstabilisé, ça m'a mise en colère et j'étais en colère avec tout le monde »</i></p>

<p>Pensez-vous que la culture, les valeurs et croyances du soignant peuvent impacter la prise en charge des patients ?</p>	<p>En effet, les émotions sont intimement liées à notre vécu et ceux qui fait de nous un être singulier, riche de ses expériences, de ses convictions culturelles et de son rapport avec le monde extérieur. Cela va orienter notre attitude, notre façon d'être et nos interactions quotidiennes et donc déteindre sur nos émotions. Ces facteurs influent donc forcément sur l'environnement du soignant, ce qui englobent, l'équipe, les patients et les étudiants.</p> <p>Dans la revue transculturelle « l'autre » de la version « clinique transculturelle 4 », l'article « impuissance et contre-transfert culturel » m'a permis de pouvoir de me questionner sur le ressenti d'un soignant lors d'une prise en charge car la perception de la santé, la maladie et de la mort font parfois écho et orientent plus ou moins consciemment le comportement et</p>	<p><i>L.86 « Moi je pense que oui. Après chacun est différent mais je sais que moi je suis de confession catholique et je crois en quelque chose, alors déjà je respecte les croyances de chacun, les rituels de chaque religion sur la fin de vie »</i></p> <p><i>L.92 « C'est des êtres humains qu'on a dans les lits, donc y a une personne, ça a été une personne, y a de la famille autour et faut respecter les sentiments de tout le monde, les choix de tout le monde, les religions et tout ça donc je pense que ouais, nos propres valeurs, notre propre culture peuvent impacter notre prise en charge. »</i></p>
--	--	--

	<p>peuvent aboutir à une impasse thérapeutique. Ces influences permettent de maintenir un équilibre et d'adapter sa façon d'être selon la situation. Cependant, certaines perceptions sont plus fortes que d'autres et peuvent toucher émotionnellement. Les auteurs de l'article indiquent que les discussions autour de ce sujet facilitent l'élaboration et la résolution d'impasse thérapeutique</p>	
--	--	--

Annexe V : Demande d'autorisation d'entretien

Demande d'entretien pour travail de fin d'étude

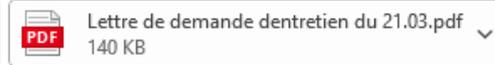


MEKRINI Smahane

À [REDACTED]



21/03/2024



Bonjour,

Afin de mener à bien mon travail de fin d'étude en soins infirmiers, je vous transmets une demande d'entretien auprès de la population d'infirmiers(ères) dans le service du court séjour gériatrique.

Si cela est possible, je souhaite m'entretenir avec un/une IDE tuteur/rice de stage.

Vous trouverez ci-joint mon guide d'entretien et ma demande écrite.

Cordialement, Mme MEKRINI Smahane

Demande d'entretien IDE- TFE



MEKRINI Smahane

À [redacted]



21/03/2024



Lettre type de demande d'entretien 21.03.pdf
140 KB



guide d'entretien du 21.03.pdf
106 KB

Bonjour,

A la suite de notre conversation téléphonique, vous trouverez ci-joint le guide d'entretien qui me servira durant les entretiens avec les IDE et ma demande écrite.

Parmi les personnes à qui vous allez soumettre ma demande, est-il possible qu'une d'entre elle soit tuteur/trice de stage ?

Je dois mener 5 entretiens dans votre service.

Mes disponibilités

Mars : toute la journée le 23/30/31

+ le 24 après-midi

Avril : toute la journée le 01/05/06/07/13/14/19/20/21/27/28

En vous remerciant, et en espérant que ma demande soit acceptée,

Cordialement, Mme Mekrini

Annexe VI : Autorisation



Direction Des Soins
Tél. 0 [redacted]
secrétariat

Madame Smahane MEKRINI
EIDE 3^{ème} année
IFSI AVIGNON

Affaire suivie par :
[redacted]
Cadre Supérieur de Santé
chargé de missions à la
direction des soins
04 32 75 34 99

Avignon, le 25/03/2024

OBJET : TFE
N/Réf. : VB/MP/24

Madame,

J'accuse réception de votre demande dans laquelle vous sollicitez l'autorisation de réaliser des entretiens dans le cadre de votre travail de fin d'étude.

J'ai le plaisir de vous faire connaître que j'émetts un avis favorable à cette démarche. Je vous demanderai de bien vouloir prendre contact avec :

- Madame [redacted] cadre de santé au court séjour gériatrique au [redacted]

Je vous prie d'agréer Madame, l'expression de mes salutations distinguées.

LE CADRE SUPERIEUR DE SANTE
Chargée de missions à la direction des soins

[redacted]



305, rue Rabouillet
84902 Avignon Cedex 9 Téléphone 04 32 75 33 33

RE: Demande d'entretien IDE- TFE



À MEKRINI Smahane



28/03/2024

Vous avez répondu à ce message le 29/03/2024 08:34.
En cas de problème lié à l'affichage de ce message, cliquez ici pour l'afficher dans un navigateur web.
Cliquez ici pour télécharger des images. Pour protéger la confidentialité, Outlook a empêché le téléchargement automatique de certaines images dans ce message.

Bonjour,

Désolée pour le délai de réponse nous étions en pleine certification.
Vous pouvez venir le 1er avril pour rencontrer 1 ou 2 IDE (Léa C + Léa B) vers 15h en fonction de leur charge de travail.

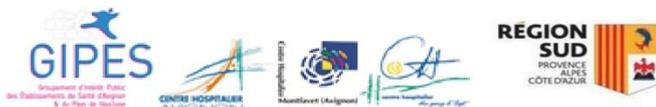
Bonne journée.

Cliquez avec le bouton droit ou appuyez longuement ici pour télécharger les images. Pour vous aider à protéger votre vie privée, Outlook a empêché le téléchargement automatique de cette image à partir d'Internet.

INFIRMIERE PRINCIPALE

Tél. : 0

Annexe VII : Autorisation de diffusion du travail



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 : Mekrini Smahane

Promotion : 2021-2024

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 :

Accompagnement au cœur du soin

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

oui

non

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

oui

non

Je soussigné(e), 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 16 mai 2024 Signature : Mekrini Smahane

Annexe VIII : Abstract anglais

Abstract

L'accompagnement au cœur du soin

Résumé :

Ce travail de recherche m'a permis de me positionner en tant que futur professionnel de santé. En effet les recherches et les entretiens que j'ai pu mener m'ont fait prendre conscience de l'importance d'un accompagnement porteur de sens, que ce soit envers les patients ou à travers la transmission de savoir. C'est une étape essentielle.

Les émotions font parties intégrantes de la vie humaine, qu'elles rentrent en jeu dans la vie personnel ou professionnel, sont impact à des conséquences sur notre façon de gérer les situations. Il faut trouver le juste milieu et accepter ses émotions, car l'accompagnement qui en découle peut s'avérer à l'opposer du sens même de ce mot.

L'interprétation et la force émotionnelle que chaque'un va laisser transparaître lors d'une situation de soin, est différente d'un sujet à un autre. De ce fait, la compréhension de cette situation de soin est également différente.

Ce travail entraîne une nouvelle perspective de recherche sur l'acceptation de ses émotions à travers le soin.

Mots clés : accompagnement, acceptation, émotions, soin, prise en charge.

Nombre de mots : 163

The Support at the heart of care

Abstract:

This investigation work allowed me to make my mind as a future health professional.

Through research and interviews, I could see the benefits of meaningful support, towards patients and through knowledge transmission. This is an essential step.

Emotions are part of life, in professional and personal life, they impact our ways of dealing with situations. There is need to find a middle ground and accept our emotions, as support could suffer from it, and loose it's meaning.

Interpretation and emotional sate during care is different from one person to the other. This work would need more research on accepting one's emotions through care.

Key words: support, acceptance, emotions, care, healthcare. Nombre de mots: 103