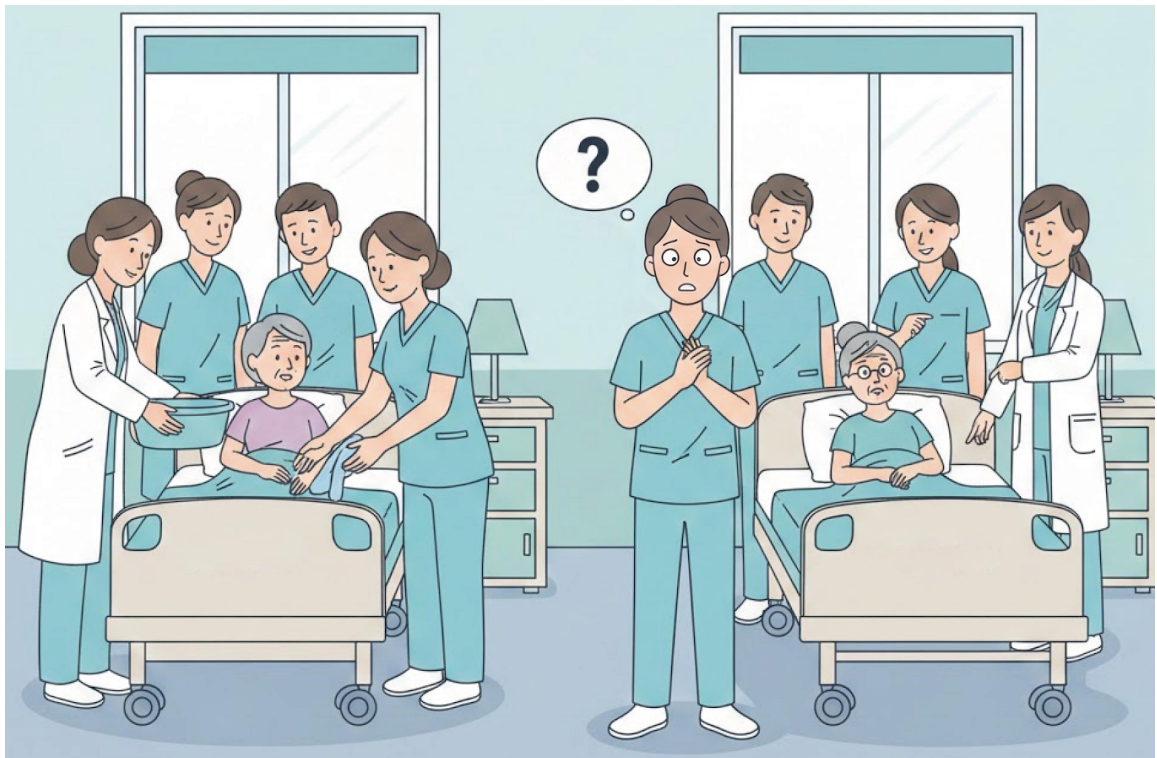


## TRAVAIL ÉCRIT DE FIN D'ÉTUDES

### La banalisation du soin dans la pratique soignante : quel positionnement pour l'étudiant infirmier face aux désaccords des équipes ?



#### Unité d'enseignement 5.6 S6

Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et professionnelles

Date de rendu : 26 mai 2026

Directrice de mémoire : VIAU Corine

**Note aux lecteurs :**

*« Il s'agit d'un travail personnel réalisé au sein de l'institut de formation en soins infirmiers  
du GIPES d'Avignon et il ne peut faire l'objet d'une publication en tout ou partie sans  
l'accord de son auteur »*

*CHEVALIER Elodie*

## **Remerciements**

Ce travail vient clore trois années d'étude riches en apprentissages, parfois complexes, mais profondément formatrices. Ce parcours m'a permis de développer mes compétences, tout en gagnant en maturité, tant sur le plan professionnel que sur le plan personnel.

Tout d'abord, je tiens à remercier Mme Viau, ma directrice de mémoire, qui m'a guidée, soutenue, écoutée, rassurée et conseillée durant ce travail. Elle a su faire preuve de patience et m'apporter un cadre structurant, notamment dans les moments de doute et face à mes appréhensions que ce travail a induit.

Une mention particulière pour Mme Ballois, ma référente pédagogique durant ces années d'études, pour son accompagnement constant, y compris dans les moments les plus difficiles, me permettant de garder le cap et de faire aboutir cette formation.

Je tiens aussi à remercier les différents professionnels que j'ai rencontré au travers de mes stages. Ils m'ont permis, chacun à leur manière, de me construire et de devenir la soignante que je souhaite devenir.

Merci également à mes amis de la promotion qui m'ont soutenue durant trois ans. Nous avons partagé nos peurs, nos moments de stress et de doutes mais aussi des moments de rire et de joie. Je souhaite également remercier Bryan, un ami d'enfance, qui malgré ses études a pris le temps de confectionner l'illustration de ma page de garde ainsi que Cyril pour la mise en page et sa patience incroyable quand mon ordinateur aller passer par la fenêtre.

Je souhaite également adresser une mention à mes amis proches, pour leur soutien sans faille. Leur présence, leur écoute et leur bienveillance m'ont permis de tenir dans les moments les plus éprouvants et de surmonter les périodes de partiels et de doute. Malgré les moments où le stress a pu me rendre plus exigeante ou difficile, ils ont toujours été présents avec patience et compréhension.

Pour finir, mes derniers remerciements sont pour mes parents qui ont été d'un soutien infailible durant cette formation, ils ont su me pousser vers le haut et devenir celle que j'ai toujours voulu être.

## **Glossaire**

**IFSI** : Institut de formation en soins infirmiers

**IDE** : Infirmier(e) diplômé d'État

**AS** : Aide-soignant(e)

**ASH** : Agent de service hospitalier

**IDEL** : Infirmier(e) diplômé d'État Libéral(e)

## Table des matières

|                                                       |    |
|-------------------------------------------------------|----|
| INTRODUCTION .....                                    | 1  |
| 1. SITUATION D'APPEL .....                            | 2  |
| 1.1. Description de la situation .....                | 2  |
| 1.2. Questionnements.....                             | 6  |
| 2. QUESTION DE DÉPART .....                           | 10 |
| 3. CADRE DE RÉFÉRENCE .....                           | 10 |
| 3.1. La banalisation du soin .....                    | 10 |
| 3.1.1. Banalisation et routine .....                  | 11 |
| 3.2. Le soin.....                                     | 15 |
| 3.2.1. Objet de soin.....                             | 15 |
| 3.2.2. Sens du soin.....                              | 17 |
| 3.2.3. La relation asymétrique dans le soin .....     | 18 |
| 3.3. L'étudiant en stage.....                         | 19 |
| 3.3.1. Le positionnement de l'étudiant en stage ..... | 19 |
| 3.3.2. Le positionnement de l'encadrement.....        | 20 |
| 4. ENQUÊTE EXPLORATOIRE.....                          | 21 |
| 4.1. Méthode et outils utilisés .....                 | 21 |
| 4.2. Lieu d'enquête et population choisie .....       | 21 |
| 4.3. Réalisation de l'enquête.....                    | 22 |
| 4.4. Guide d'entretien .....                          | 22 |
| 4.5. Résultats de l'enquête .....                     | 22 |
| 4.5.1. Généralités .....                              | 22 |
| 4.5.2. Analyse des entretiens .....                   | 23 |
| 4.5.2.1. La banalisation du soin .....                | 23 |
| 4.5.2.2. Le soin .....                                | 26 |
| 4.5.2.3. L'étudiant en stage.....                     | 28 |
| 4.6. Limites de l'enquête.....                        | 30 |
| 5. PROBLÉMATIQUE ET QUESTION DE RECHERCHE .....       | 31 |
| 6.CONCLUSION .....                                    | 33 |
| BIBLIOGRAPHIE.....                                    | 35 |
| SOMMAIRE DES ANNEXES .....                            | 38 |

## INTRODUCTION

Dans un contexte de soin marqué par la protocolisation croissante des pratiques soignantes, la répétition des actes peut favoriser leur banalisation, questionnant ainsi la manière dont les étudiants en soins infirmiers construisent leur posture professionnelle.

Lors de notre dernière année d'étude en tant qu'étudiant en soins infirmiers, nous devons réaliser un mémoire. C'est un travail qui me permet d'approfondir mes connaissances sur les thèmes de la banalisation du soin et ses composantes ; le soin en général et l'étudiant en stage que ce soit du côté de l'encadrer ou du côté de l'encadrant.

Construire ce travail sur ces différents thèmes m'a permis de concrétiser ma posture professionnelle.

La situation qui m'a permis de débiter ce travail, a été vécu lors de mon second stage de première année à l'IFSI. J'ai de suite voulu traiter ce sujet par rapport à l'affection qu'il a induit chez moi. En effet, durant cette situation, je n'ai pas su affirmer l'identité professionnelle que j'étais en train de construire de par mon statut.

J'ai commencé ce travail en détaillant ma situation d'appel, puis je me suis questionné dessus afin d'en faire ressortir de nombreux sujets. Après cette analyse, j'ai pu en donner une question de départ me permettant d'axer mon cadre de référence que j'ai pu développer à l'aide de recherche. Par la suite, j'ai pu réaliser des entretiens avec le public que je souhaitais ainsi que les lieux. Cette enquête exploratoire m'a permis de confronter les idées des auteurs avec la réalité du terrain exprimée par les professionnels de santé interrogés. Après analyse, j'ai pu élaborer une problématique et une question de recherche. J'ai terminé ce travail par une conclusion, et afin de mettre un terme à ce travail j'ai réalisé un résumé que j'ai par la suite traduit en anglais.

## 1. SITUATION D'APPEL

### 1.1. Description de la situation

Je suis étudiante infirmière en première année et j'effectue mon premier stage du semestre 2 en soins de suite et de réadaptation au pôle gériatrique, au sein d'un hôpital du département.

La situation qui va être abordée, se déroule le premier jour de stage. Le service est réparti en deux secteurs. Nous sommes deux étudiantes infirmières de première année nous sommes chacune sur un secteur, une élève de troisième année qui effectue son stage préprofessionnel, qui tourne sur les deux secteurs, les trois élèves aides-soignantes, deux sur le secteur 1 et une sur le secteur 2, elles en sont à leur quatrième semaine de stage.

Ce jour-là sont présentes une infirmière (IDE) diplômée depuis 6 mois, deux aides-soignantes (AS) avec une ancienneté de 10 ans, l'étudiante de troisième année, les deux élèves aides-soignantes, deux agents service hospitalier et moi-même. Nous sommes sept personnels soignants.

Pour cette première semaine, je tourne en priorité avec les aides-soignantes, si j'ai l'occasion je peux me permettre d'aller avec les infirmières. L'organisation de travail d'une matinée se présente comme suit : à 7h00, nous commençons par la relève, les infirmières font les bilans sanguins et les glycémies capillaires, suivi par le tour des constantes et des petits déjeuners et pour finir l'administration des médicaments. En attendant la seconde relève avec l'équipe pluridisciplinaire qui comporte les médecins, les kinésithérapeutes, les ergothérapeutes et les assistantes sociales, nous commençons les premières toilettes en priorisant les soins des patients qui ont des rendez-vous dans la matinée.

Nous nous rendons avec les aides-soignantes à la relève puis nous enchainons sur les toilettes des autres patients.

Lors de la première relève de 7h avec l'équipe de nuit, au moment d'annoncer le nom des patients, l'équipe utilise des surnoms tels que « *jambe pourrie* », ou encore « *le sonneur* », je suis surprise par les termes employés et étonnée que personne n'intervienne, toutefois la relève se poursuit ainsi.

À la fin de la relève, l'infirmière du jour en poste, nouvellement diplômé annonce qu'elle s'occupera d'une toilette avec l'étudiante en stage préprofessionnel.

Après le tour des constantes, les glycémies et la distribution des petits déjeuners, nous commençons les premières toilettes. Ce sont des aides partielles au lavabo, les patients rencontrent quelques difficultés mais nous sommes là pour superviser.

Pour la prochaine toilette, les aides-soignantes me demandent de faire la toilette afin de me valider la compétence et pouvoir me laisser en autonomie, je propose la douche à la patiente pendant que la réfection de lit est réalisée par l'aide-soignante.

À la fin du soin, les aides-soignantes me valident la toilette et me demande de préparer le nécessaire pour la toilette de madame Tulipe, admise dans le service à la suite d'une fracture per trochantérienne, elle se trouve dans une chambre double avec madame Orchidée admise pour une infection à la suite d'une mauvaise cicatrisation d'une plaie. Les patientes s'entendent très bien et reçoivent très peu de visites, elles ne sont pas en demande, et restent très discrètes lors des différents soins.

Il est environ 10h30, lorsque je m'avance dans la chambre où la présence est allumée, pensant qu'elle n'a pas été levée, je frappe et je rentre. L'infirmière et l'étudiante réalisent la toilette de madame Orchidée, pour ensuite effectuer la réfection du pansement. Réalisant qu'un soin est en cours, je m'excuse et je fais demi-tour, en me retournant, les deux aides-soignantes arrivent et me demande ce que je fais, je leur réponds :

- « *La toilette de madame Orchidée est en train d'être réalisée* ».

L'une des deux aides-soignantes me répond :

- « *Et alors ? Pourquoi on ne peut pas lui faire la toilette ?* »

Je réponds avec un air étonné :

- « *Il n'y a pas de paravent, c'est pour le confort et l'intimité des deux patientes.* »,

L'aide-soignante me répond :

- « *À leur âge, l'intimité ce n'est plus un problème pour elles, on y va s'il te plait !* ».

Je fais alors les gros yeux, je baisse la tête et je reste stupéfaite par cette remarque et du fait de ma posture d'étudiant, je n'ose rien dire, ainsi je suis les aides-soignantes.



Nous informons madame Tulipe que nous allons procéder à sa toilette, je commence par me rendre dans son armoire pour lui proposer plusieurs tenues vestimentaires. À ce moment-là, je me rends compte que la porte fenêtre est grande ouverte et que toutes les personnes qui passent dans l'allée peuvent voir les deux patientes. Je suis alors gênée et n'ose pas continuer à proposer d'autres tenues ou prendre l'initiative de fermer la fenêtre. Lorsque je me retourne pour poser les vêtements, je suis face à madame Orchidée qui regarde dans le vide, elle a été dévêtue par la première aide-soignante et la seconde aide-soignante se rend dans la salle de bain pour remplir une bassine d'eau chaude.

Étant donné qu'il n'y a pas de bassine, elle sort alors la tête par la porte d'entrée, regarde s'il y a quelqu'un et voit un agent de service hospitalier (ASH), elle lui demande alors d'aller chercher une bassine dans la réserve. Je regarde la scène, ne sachant où me placer où quoi dire, seul un regard d'incompréhension se lit sur mon visage et sur celui de l'étudiante de troisièmes années. Une nouvelle fois je m'interroge sur mon positionnement et sur le fait que je suis dans l'incapacité de manifester mon ressenti face à la situation de soin qui se déroule. J'ai honte de ne rien dire mais à la fois peur de dire quoique ce soit ou même de prendre l'initiative de couvrir la patiente. Je regarde la patiente, elle me regarde mais je ne trouve pas les mots pour essayer de penser à autre chose et pour faire patienter madame Tulipe. Nous nous échangeons plusieurs regards sans mots, une communication non verbale s'instaure entre nous durant ce soin.

En attendant que l'agent de service revienne la patiente reste dévêtue, l'IDE et l'étudiante poursuivent la toilette de madame Orchidée. La bassine récupérée, l'aide-soignante s'empresse de la remplir d'eau chaude, l'ASH reste à la porte de la chambre, de ce fait celle-ci reste ouverte et un courant d'air frais arrive dans la chambre.

Durant le soin, les soignants se racontent leur week-end, aucune relation soignant-soigné s'instaure avec les patientes, je reste spectatrice, mutique et stoïque de la scène. Je regarde la patiente, je la cherche du regard mais je ne trouve aucun mot pour que la patiente tente de passer un moment plus agréable. Je me demande alors comment je pourrai m'imposer pour pouvoir prendre le temps et apprendre à connaître ma patiente mais ma posture d'étudiante m'en empêche de peur d'avoir des remarques négatives.

Madame Tulipe est porteuse d'une sonde urinaire et lorsque sa toilette intime est réalisée, elle se plaint de douleur, l'aide-soignante me semble agacée et dit :

- « *Vous avez fini de vous plaindre, si ça ne vous plait pas, on le fait quand même !* »

Je demande alors à la patiente ce qui lui fait mal elle me répond :

- « *Faites doucement quand vous tirez ça me fait très mal* ».

Je lui réponds d'un ton discret :

- « *Nous allons faire au mieux* »,

J'essaie alors de positionner la poche de façon que cela tire moins, la patiente ne me répond par un regard puissant, je lui réponds de la même manière.

Nous la tournons sur le côté, la patiente crie de douleur, mais l'équipe soignante ne réagit pas.

Lorsque la toilette est terminée, nous l'installons au fauteuil pour qu'elle puisse se rendre à sa séance de kinésithérapie

Avant même qu'on ne l'installe au fauteuil, l'infirmière qui réalise le pansement de Madame Ogier nous appelle et nous dit :

- « *Venez voir sa jambe, vous n'allez pas être déçus !* ».

Étant en train de préparer madame Tulipe au transfert je ne me retourne pas pour voir le pansement, c'est alors que les aides-soignantes insistent pour que je vienne voir.

Je me retourne, l'ASH toujours présent s'avance lui aussi.

Lorsque je m'avance pour regarder la plaie, l'infirmière annonce à haute voix :

- « *C'est vraiment répugnant, c'est le pire truc que j'ai pu voir depuis que je suis diplômée !* ».

Je fais alors une nouvelle fois de gros yeux, je suis surprise et cherche le regard de la seconde étudiante, c'est alors que des échanges de regard se font entre nous. Une nouvelle fois aucun mot ne sort de ma bouche, et de celle de l'étudiante aussi présente. Je suis interloquée par les propos des soignants d'autant plus que les patientes sont devant nous.

Je me retourne pour faire le transfert au fauteuil c'est alors que la patiente me remercie, je lui dis que c'est normal et que je suis là pour ça, tout en lui passant ma main sur son épaule.

Une fois installée au fauteuil, je lui demande ce qu'elle souhaite avoir à proximité puis je réalise la réfection de son lit. Toute l'équipe sort de la chambre pour évacuer le linge sale et

les déchets. Lorsque l'infirmière revient pour vérifier que les patientes sont bien installées et qu'elles ont le nécessaire à proximité, elle annonce :

- « *Ça pue ici ! C'est terrible !* »

Elle voit alors un parfum sur l'adaptable de madame Tulipe et appuie une dizaine de fois sans demander au préalable si les patientes sont d'accord. Nous ressortons de la chambre et nous continuons notre journée.

## 1.2. Questionnements

Cette situation a soulevé plusieurs axes de questionnements. Je souhaite préciser qu'il ne s'agit pas de porter de jugement, mais de chercher à comprendre les causes sous-jacentes d'une telle situation de soin. De ce fait, je souhaite étudier la banalisation du soin et de l'impact de celle-ci. Ce concept est défini par le fait de considérer un acte de soin comme une simple routine, une tâche mécanique, qui n'a plus de valeur relationnelle, symbolique et humaine. Selon Marie-Françoise Collière, historienne et enseignante en soins infirmiers, pour une infirmière, « soigner ne se résulte pas à faire des gestes, mais elle implique d'accompagner, d'écouter et de respecter la personne dans sa globalité. » Si un soin est banalisé, il perd la dimension fondamentale relationnelle, pour devenir une action automatisée et elle est souvent perçue comme négative par la personne soignée.

En effet, dans la situation vécue j'ai réalisé que le soin allait contre mes principes et mes valeurs professionnelles. Pour moi, un soin doit avant tout être fait dans le respect du confort, la dignité et l'intimité du patient, mais aussi il doit être un moment de détente et d'échange. Or, les aides-soignantes semblent pressées de terminer la toilette et, de ce fait ne prennent pas en compte l'acte réalisé mais aussi la patiente. Est-ce dû à des habitudes de service ? En effet, je me suis demandée si cela pouvait avoir un rapport avec l'organisation du service ainsi qu'à l'efficacité. Par ailleurs, la dimension relationnelle étant mise de côté, j'avais l'impression de juste réaliser un geste sans intérêt plus précisément sans apporter d'intérêt à la personne soignée.

De ce fait, les habitudes peuvent-elles impacter la qualité du soin ? Et en quoi les habitudes génèrent la banalisation des soins ? Lorsqu'elles deviennent trop établies, elles risquent de conduire à une forme de déshumanisation, on peut parler du fait que la personne soignée est perçue comme un objet de soin plutôt qu'une personne à accompagner.

Une routine dans les soins, peut être mise en place dans les services, les gestes répétés quotidiennement amènent les soignants à fonctionner de manière automatique, sans forcément réfléchir et sans donner de signification au soin voir sans prendre en compte l'expérience vécue par le patient.

W. Hesbeen, infirmier et docteur en santé publique, met en lien la formation avec la banalisation du soin, en soulignant qu'une situation ordinaire pour les soignants peut être vécue comme déshumanisante par la personne soignée. Or, ce sont les soignants qui forment les étudiants et qui transmettent leurs savoirs. Si ces situations, perçues comme anodines par les professionnels, deviennent la norme, elles risquent d'inculquer aux étudiants une forme de détachement et de banalisation du soin, vidant ainsi les actes de leur dimension relationnelle et humaine. (Hesbeen, La banalisation de l'humain dans le système de soin, 2011)

Dans ma situation, cette routine amène à une suite de gestes mécaniques déconnectés de la réalité, la dimension humaine et relationnelle est mise de côté. Je peux l'appuyer par l'usage de surnoms dévalorisants dès la relève, cela montre la déshumanisation des soignants et la forme de banalité qu'ils ont dans la prise en charge des patients. On le retrouve aussi au moment des toilettes, les actes sont réalisés rapidement, la prise de temps pour assurer les soins de confort indispensables aux soins n'est pas réalisée, les soignants ne prennent pas le temps de fermer la fenêtre, de communiquer avec les patients ou encore de les écouter lorsqu'ils communiquent avec nous. Hesbeen évoque que « *les performances techniques ou organisationnelles ne garantissent pas les pertinences humaines* » (Hesbeen, La banalisation de l'humain dans le système de soin, 2011). Ici, cette phrase prend tout son sens, les soins sont réalisés de manière efficace et selon une organisation millimétrée. Cette rigueur dans les soins techniques est réalisée au détriment de la dimension humaine du soin, appuyer par l'absence du respect de l'intimité mais aussi par les propos des soignants. Le manque d'écoute permet de montrer cette forme de déshumanisation où la personne devient un objet de soin. La routine du travail, la recherche d'efficacité et les propos d'Hesbeen dans « la banalisation de l'humain dans le système de soin » montrent que ces dynamiques peuvent conduire à banaliser des attitudes contraires aux valeurs fondamentales du soin. Cette notion amène à s'interroger sur la posture professionnelle du soignant et sur la place de la dimension humaine dans sa pratique qu'il lui accorde.

D'autre part, je souhaite aborder le soin, dans cette situation dès le départ lorsque je fais demi-tour pour laisser finir l'infirmière et l'étudiante de troisième année et que les aides-soignantes m'expliquent qu'il faut quand même y aller. Je comprends d'ores et déjà que ce soin ne sera pas confortable pour la patiente, et qu'il ira à l'encontre de mes valeurs et de la représentation que j'ai du patient et du soin.

Je me demande alors comment est considéré le patient ? Est-ce un être humain ou alors est-ce un objet de soins ? Hesbeen différencie deux types de soin, en effet il différencie le soin et les soins. Il explique dans son ouvrage que le soin est de type humain que tout le monde peut faire, qu'il ne nécessite pas de formation, alors qu'au contraire les soins sont définis pour lui comme de la technique nécessitant une approche professionnelle dont tout le monde n'est pas forcément qualifié pour les faire. (Hesbeen, La banalisation de l'humain dans le système de soin, 2011). Ici, je souhaite développer le soin car il est dit accessible à tous, mais qu'elle est la représentation de chacun d'entre nous sur ce qui est du soin en tant que relationnelle ? Dans ma situation on peut voir que nous avons tous une idée du soin différent. Que nos valeurs sont toutes différentes des uns et des autres. En tant qu'étudiante, et de plus étant mon premier jour de stage, je n'ai pas réussi à imposer mes valeurs du soin. Je me pose alors plusieurs questions la première étant pourquoi ai-je consenti au soin et quel sens ai-je donné à mon soin ? En effet en réalisant cette toilette je n'ai pas donné l'attention particulière et bienveillante que je donne aux patients normalement lorsque j'effectue tout type de soin.

Ce sens que je n'ai pas pu mettre en avant lors de ce soin m'amène à me questionner sur ma posture d'étudiante infirmière.

Dans ma situation le soin est réalisé comme un acte sans résultat, par ailleurs en voulant être rapide est-ce que le soin est efficace ? On peut s'interroger sur la reprise d'autonomie du patient. Du fait que la toilette soit réalisée seulement par les personnels médicaux. Cela entraîne chez les patients une perte d'autonomie puisqu'ils ne peuvent réaliser les actes de la vie quotidienne. On peut donc parler d'une restriction d'autonomie. J'ai pu remarquer que dans ma situation, les patientes n'ont pas pu s'exprimer et que cela ne leur avait posé aucune gêne d'apparence comme si elles avaient l'habitude. En effet, quotidiennement cette situation se produisait on peut alors se demander si les patientes ne disaient rien par habitudes ou alors par leur vulnérabilité.

A ce jour je suis étudiante, on me laisse le temps de réaliser les soins, je n'ai pas de pression par rapport aux temps, les soignants eux ont un timing assez restreint tout en ayant des

interruptions de tâches comme le téléphone qui sonne, les médecins qui demandent des informations concernant les patients. Est-ce que la pression continue que reçoivent les soignants entraîne une altération des actes de soins réalisés. On se demande alors si pour faire face à ses demandes et pour être toujours dans le bon timing les soignants procurent réellement un bon soin.

Je finis par me questionner sur la posture d'étudiante infirmière, ce concept renvoie à l'attitude globale que l'on donne au patient comprenant le comportement, le relationnel, la réflexion et l'éthique, cela permet à l'étudiant de construire son identité professionnelle. Dans son article, Patricia Jomas évoque le fait que depuis 2009, la posture réflexive des étudiants est inscrite dans la formation, cela permet d'améliorer ses pratiques, de contrôler ses actions, de découvrir des savoirs et ainsi de donner du sens à sa pratique. (Jomas, 2018) En tant que soignant lorsque nous réalisons un soin peu importe le type il est important de respecter l'intimité, la pudeur, le consentement et d'instaurer une relation soignant-soigné, celle-ci nous permettra de mettre en place un climat de confiance. Dans ma situation, on peut se demander si une relation de confiance est instaurée, en effet, aucune communication n'est mise en place avec les patientes, les gestes sont rapides, rien n'est expliqué aux patientes. Ici ma posture entraîne un conflit entre mes valeurs et mon statut d'apprentissage. Là, les divers comportements des soignants tels que l'absence de respect de l'intimité, de la pudeur mais aussi les propos employés par les soignants lors de la relève sont dès le départ en contradiction avec mes valeurs instruites par l'école et par d'autres stages. Je me pose alors la question de l'éthique du soin et je me sens partagée entre l'éthique du soin et ma posture d'étudiante débutante dans le stage. Au travers de ma situation on peut voir que je n'ose pas intervenir, je mets alors en place diverses actions pour lutter contre cette situation qui va à l'encontre de mes valeurs. On peut se questionner sur les différents mécanismes d'action que j'ai mis en place pour lutter contre cette situation tel que le refoulement, en gardant pour moi mes émotions, en réalisant le soin sans réfléchir pour ne pas penser à ce qu'il se passait. Mais aussi l'inhibition, ici je reste en retrait, je ne trouve pas ma place, j'essaie de suivre la cadence bien trop rapide pour moi, cette action peut être une autoprotection face à une situation complexe. On peut aussi retrouver l'identification, en effet, c'est mon premier jour, j'ai le souhait de vouloir m'intégrer à l'équipe, je vais donc être en corrélation avec celle-ci même si les actes vont à l'encontre de mes propres valeurs.

## 2. QUESTION DE DÉPART

Au vu de mes différents questionnements, je souhaite orienter mon travail de recherche sur la banalisation du soin, le soin en lui-même et le positionnement de l'étudiant infirmier. Ces différentes notions me poussent à poser la question de départ suivante :

**« En quoi le positionnement de l'étudiant dans une équipe influence la prise en soin d'un patient ? »**

## 3. CADRE DE RÉFÉRENCE

Dans le cadre de référence, je vais aborder trois concepts principaux qu'aborde ma question de départ en lien avec ma situation de départ ainsi que mon questionnement. Mes références documentaires ont été trouvées dans le centre de documentation de l'IFSI ainsi que sur divers moteurs de recherches en ligne.

J'évoquerai dans un premier temps, la banalisation du soin en le mettant en lien avec les habitudes, les habitus et la routine, je développerai dans un second temps le soin dans sa généralité en appuyant sur la notion d'objet de soin, de sens du soin et de la relation de soin, puis pour finir la posture de l'étudiant infirmier.

### 3.1. La banalisation du soin

Pour comprendre plus précisément ce qu'est la banalisation du soin, il est important que je sache définir la banalisation, selon le Larousse, elle est définie par « *L'action de rendre banal, commun, courant quelque chose, de lui ôter son caractère rare ou original ; fait de devenir banal* » (Larousse, Larousse.fr, s.d.).

Ici, le concept de banalisation du soin est central, car elle influence directement la qualité de la relation soignant-soigné et le vécu du patient. Comprendre ce processus me permet de réfléchir à des pratiques favorisant la réhumanisation du soin, par la prise de conscience, la réflexion éthique et la valorisation du sens du geste professionnel.

### 3.1.1. Banalisation et routine

Ce terme trouve son origine dans l'ancien français « *ban* » qui désignait le droit seigneurial donc d'imposer l'usage collectif d'un bien collectif. (Rey, 2011) Il faut souligner que dans le soin, la banalisation se caractérise par la perte de sens ou d'attention dans la réalisation des gestes et des relations, il est souvent inconscient chez les professionnels de santé. Appliqué au champ du soin, ce concept a la définition suivante : « *La banalisation de l'humain, c'est l'oubli, au sein des pratiques du quotidien, de l'humanité même de l'humain, de sa singularité, de sa sensibilité* » (Hesbeen, La banalisation de l'humain dans le système de soin, 2011). Cette banalisation du soin renvoie à une forme de mécanisation des gestes et des relations entre patients et soignants.

Dans une structure de soin, la banalisation du soin prend tout son sens dans la répétition des actes, mais surtout l'évolution des protocoles, en effet ils sont de plus en plus standardisés. Cette répétition nécessaire pour le bon fonctionnement du service peut conduire à une routine des gestes ce qui induit une perte progressive du relationnel, cette idée est appuyée par Marie-Françoise Collière, une historienne et enseignante en sciences infirmières. (Collière, 1982). De plus une forme d'homogénéisation est inculquée aux soignants avec la standardisation des pratiques par la confection de protocoles, de procédures et de check-list, celles-ci garantissent la sécurité et la qualité des soins mais tend à uniformiser et rendre moins adaptable les soins.

Le système tend à encourager une posture plus distanciée où le soin vise la technique et induit de la déshumanisation. Cette information peut nourrir la banalisation du soin car l'attention se porte sur le soin et non le patient.

La banalisation du soin peut affecter la perception de la souffrance des patients, en effet par la routine comme l'explique l'historienne Marie-Françoise Collière, il est donc important de toujours maintenir une attention singulière à chaque patient. De plus, l'exposition constante à la douleur, la mort et la maladie chronique peut entraîner une désensibilisation progressive, cette notion est définie par « *une réponse émotionnelle moins réceptive aux stimuli après une exposition répétée et prolongée* », (Cohen) en quelques sorte les réactions émotionnelles s'atténuent au fur et à mesure pour que le professionnel de santé puisse poursuivre son activité sans surcharge. (Moll, 2010) Cette protection psychique permet de soutenir les soignants dans leur exercice quotidien, mais il peut cependant entraîner un affaiblissement de l'attention portée au patient et donc conduire à des gestes routiniers et ordinaires qui n'ont plus de sens.



Ainsi la banalisation du soin apparaît comme un phénomène complexe qui se nourrit par la répétition des gestes, la standardisation des pratiques et la nécessité de se protéger face à la souffrance. Ceux-ci répondent à une logique d'adaptation professionnelle, qui entraîne une perte de sens de la relation de soins. D'où l'importance de comprendre la banalisation et d'avoir des stratégies de défense contre celle-ci. Il faut maintenant évoquer la routine, en comprenant ce qu'elle entraîne et les dérives qu'elle peut avoir, le professionnel de santé peut mettre en place des stratégies pour lutter contre cette banalisation du soin.

Dans le dictionnaire numérique, la routine est définie comme une habitude mécanique, irréfléchie, qui résulte d'une succession d'actions répétées sans cesse. (Larousse, s.d.) Ce terme désigne le chemin ou la voie, à l'origine, il désignait un cours d'action habituel, une manière de faire les choses de façon répétée. (Etymonline, s.d.)

Dans le milieu du soin, on retrouve trois routines, cette étude vise à comprendre l'importance des routines dans la pratique infirmière. (Rytterström, Mitra Unosson, & Maria Arman, 2010)  
On retrouve tout d'abord :

- La routine porteuse de sens, celle-ci vise à avoir une routine bien intégrée, elle est structurée mais toujours adaptable, elle offre aux patients une démarche sûre et porteuse de sens, elle permet de toujours rester attentif et de répondre aux besoins, elle est centrée sur la personne et pas seulement sur les gestes.
- La routine nommée contraignante, en opposition à la routine porteuse de sens, elle induit chez le soignant des conséquences négatives, c'est-à-dire un manque de réflexion, l'apparition d'une perte d'humanité, elle en découle sur le vécu du patient.
- La routine pragmatique, celle-ci vise à assurer le bon déroulement des soins pour les professionnels de santé, elle permet d'être utile, efficace et de ne pas perdre de temps tout en garantissant la sécurité.

La routine dans le soin a des avantages, si elle est utilisée de la bonne manière c'est-à-dire en gardant toujours de la réflexion et en gardant le contact permanent avec les patients. Pour les soignants elle implique de réduire l'anxiété et le stress, elle va donc permettre aux patients de se sentir en sécurité et d'apporter le calme dans des situations complexes. Elle permet de sécuriser les soins, en effet, le soignant s'il utilise une routine porteuse de sens continue en

temps réel à apprendre et répondre aux besoins. De plus, elle a pour fonction de garantir une continuité et une planification des soins adaptés.

La routine peut avoir, aussi, des dérives plus ou moins néfastes. En effet, elle peut induire chez le soignant une perte de vigilance, un excès de confiance, un manque de réflexion qui peut mener le soignant à ne pas savoir ou à bousculer ses habitudes et donc ne plus garantir un soin de qualité. Elle peut par ailleurs induire du stress chez le soignant et entraîner une perte de confiance des patients envers le soignant.

Pour terminer, la routine dans le soin est bénéfique si elle reste réfléchie et centrée sur le patient, mais elle devient néfaste lorsqu'elle remplace la vigilance et la relation humaine.

### 3.1.2. Habitudes et habitus

Dans le travail infirmier, certains gestes et comportements deviennent rapidement habituels, ceux-ci peuvent faciliter l'organisation et la sécurité des soins car ils permettent aux professionnels d'agir efficacement, d'autre peuvent aussi entraîner une perte de vigilance et une standardisation du soin. Ici il est important de comprendre comment les habitudes et les habitus influencent les pratiques infirmières et leur banalisation.

Les termes habitudes et habitus sont assez proches, pour comprendre la différence, j'ai recherché les différentes définitions des termes.

Pour commencer le terme d'« habitudes » est défini dans le dictionnaire par : « *Manière ordinaire, d'agir, de penser, de sentir, propre à quelqu'un ou à un groupe de personne* » (Larousse, s.d.). Étymologiquement, le mot habitudes dérive du latin *habere* qui signifie « *avoir, tenir, gérer, conserver* » (Etymologie et Histoire de habitude, s.d.) Ce terme renvoie à ce que l'on possède de manière durable. Selon Aristote, philosophe, il explique que l'habitude est une disposition acquise par la répétition d'acte, elle n'est pas un automatisme inconscient, mais une seconde nature qui se construit par la pratique. Selon lui, elle est au cœur de la formation morale et pratique. Lui-même a dit : « *C'est en accomplissant des actions justes que nous devenons tempérants, et en accomplissant des actions courageuses que nous devenons courageux.* » (Aristote, 1990)

Dans la pratique infirmière, il est important de noter que certains gestes sont répétés quotidiennement tels que les prises de constantes, les pansements, les préparations des différents traitements, au fur et à mesure de l'expérience et de la répétition les gestes deviennent de plus en plus rapides, précis voir mêmes sûrs, l'objectif c'est qu'ils deviennent des réflexes professionnels. Pour William James, philosophe et psychologue américain du XIXe siècle, l'habitude permet d'agir efficacement dans des contextes parfois urgents ou complexes, où rapidité et prise de décision sont essentielles. Il cite dans un ouvrage : « *l'habitude simplifie les mouvements, les rends plus exacts et diminue la fatigue et l'attention nécessaire à leur exécution* » (William, 1890).

L'habitude en soin infirmier est essentielle car c'est une véritable ressource, elle permet de garantir la fluidité et la sécurité. Il faut tout de même faire attention car elle risque d'induire une autre dimension relationnelle, le soignant peut aussi ne plus prêter attention aux patients ce qui induit la banalisation du soin.

Ainsi, si l'habitude renvoie avant tout à la répétition consciente de gestes ou de comportements professionnels, l'*habitus* lui, dépasse cette dimension individuelle pour s'inscrire dans un ensemble de dispositions plus profondes et durablement ancrées chez les individus.

Le terme habitude étant désormais compris, je vais désormais parler du terme *habitus*. Il est défini dans les concepts en sciences infirmières par « l'ensemble des apprentissages, des dispositions acquises par l'enfant au cours de son éducation » (Lecordier, 2012). Pour mieux comprendre cette définition après plusieurs recherches, la définition d'Anne-Catherine Wagner, une professeure de sociologie dans l'ouvrage de Paugam, nommé « *Les 100 mots de la sociologie* » (Paugam, 2012) me permet de mieux l'assimiler, en effet elle rejoint la pensée de Lecordier Didier en disant que « *l'habitus est un ensemble de disposition durables, acquises, qui consiste en catégories d'appréciation et de jugement et engendre des pratiques sociales ajustées aux positions sociales* ». Cela renforce l'idée que lorsque les individus sont placés dans un même environnement et soumis aux mêmes conditions, les individus adopteront des comportements, des pensées et des modes de vie similaires.

### 3.2. Le soin

Le soin occupe une place centrale dans le champ disciplinaire de l'exercice infirmier, il ne se limite pas à une série d'actes de soin techniques mais aussi aux soins relationnels. Comprendre le terme du soin suppose d'en explorer son sens pour comprendre comment il se construit et sur quoi il s'appuie, mais aussi la relation de soin qui permet de créer une rencontre, ainsi que l'objet de soin qui renvoie à ce que réalise le soignant sur les personnes nécessitant du soin.

En abordant le sens du soin, la relation de soin et l'objet de soin va permettre de comprendre que le soin est un processus technique mais aussi éthique. Il nécessite de mobiliser des compétences, mais aussi une posture, qui constitue intégralement l'identité professionnelle du soignant.

Le terme soin comprend plusieurs définitions, sur le site du Centre National Ressources Textuelles Lexicales (CNRTL), la première dit : « *souci, préoccupation relative à un objet, une situation, un projet auquel on s'intéresse.* », celle-ci le définit au sens d'un objet. La seconde le définit comme « *intérêt, attention que l'on a pour quelqu'un* » celle-ci aborde plus le côté relationnel. Il y a une troisième définition qui explique le soin comme « *attachement de l'esprit, de la pensée pour quelque chose* » (CNRTL, 2012)

#### 3.2.1. Objet de soin

On se questionne sur les différents paramètres qui font que le patient devient objet de soin, le contraire du sujet de soin. Pour évoquer le concept d'objet de soin, je me suis appuyée sur la lecture « *Pour une éthique du quotidien des soins* » de Walter Hesbeen (Hesbeen, Pour une éthique du quotidien des soins, 2014), Walter Hesbeen est un infirmier et docteur en santé publique. Il dit dans son ouvrage :

« *Le quotidien est ainsi truffé de pièges qui malgré, l'intention de bien faire, conduisent à négliger que l'autre est un autre, un autre qui, même malade ou dépendant, n'a pas pour fonction de se laisser faire, un autre qu'il convient de faire exister, c'est-à-dire de faire sortir de la routine et de la multitude, afin qu'il se sente considéré, qu'il se sente regardé* » tout simplement » tel un humain, c'est-à-dire une personne particulière et à nulle autre pareille, quels que soient son état et la raison de sa présence. » (Hesbeen, Pour une éthique du quotidien des soins, 2014, p. 11).

Dans son ouvrage, il se sert en guise d'exemple d'un infirmier de chirurgie qui va décider de changer ses pratiques professionnelles, en ne réduisant pas son patient à un soin comme par exemple : « *Bonjour est-ce que je peux faire votre pansement* » (Hesbeen, Pour une éthique du quotidien des soins, 2014, p. 183), W. Hesbeen se questionne sur le choix des mots, en effet, il dit dans cette revue : « *de témoigner de la considération que l'on a pour le sujet qu'est cet autre en se montrant soucieux de ne pas le réduire en objet de nos bons soins ?* » (Hesbeen, Pour une éthique du quotidien des soins, 2014, p. 183), il parle alors d'une rencontre d'un individu avec un autre individu avant chaque soin, qui permettrait de réduire cette relation dite asymétrique entre le soignant et le patient.

Le quotidien des soignants peut conduire à oublier que les patients sont des personnes singulières toutes les unes des autres. Ce quotidien peut sans que l'on s'en rende compte se produire, soit par manque de vigilance, soit dû à l'organisation non adaptée, cela entraîne de prendre en charge un patient comme un objet de soin et non comme une personne à part entière et particulière. Est-ce que l'intérêt que l'on porte à nos patients permet d'avoir la reconnaissance du patient en tant que sujet ? Marzano Michela, philosophe et écrivaine, dit dans son ouvrage « *Penser le corps* » (Marzano M. , 2002) que le corps n'est pas seulement un objet mais qu'il est l'incarnation d'une personne, le lieu où naissent nos désirs, nos émotions ainsi que nos sensations. Elle parle alors de la distinction entre « avoir un corps » et « être un corps » dans le sens où « avoir un corps » signifie un objet matériel composé d'une multitude d'éléments qui peut se réparer et être analysé mais aussi, qui est fonctionnel. Il permet d'être utilisé dans la vie quotidienne, il est aussi le corps perçu par autrui, il doit être idéal c'est-à-dire « *musclé, sec jeune* » (Marzano, 2002, p. 20), il doit alors être normé dans le monde contemporain. Ici l'autrice critique cette idée qui appuie les soignants à considérer le corps uniquement comme un bien, une chose, un matériau qui conduit à instrumentaliser les soins.

Au contraire, dans le sens « être un corps », elle parle que le corps appartient à la personne, que toute l'expérience vécue passe par le corps et qu'il est unique pour chaque individu, et qu'être un corps signifie être vulnérable, sensible, ce qui fait que chaque corps est une personne.

L'auteur appuie sur cette double dimension, le corps est à la fois objet et sujet, et le fait de réduire le corps à une seule dimension entraîne l'instrumentalisation de la personne, soit l'oubli de la vulnérabilité, c'est donc une question éthique qui permet de maintenir l'équilibre entre ces deux dimensions.

### 3.2.2. Sens du soin

Pour comprendre le concept il est important de définir le terme de « sens ». Selon le Larousse, le sens est ce qui : « *représente un mot, un objet ou un état auquel il réfère* » (Définition "sens", s.d.).

Le sens du soin s'inscrit dans l'éthique du soignant, l'éthique se définit selon le Larousse comme « *l'ensemble des principes moraux qui sont à la base de la conduite de quelqu'un* » (Larousse, Définition "éthique", s.d.).

L'auteur Jean Gilles Boula, dans « Le sens du soin », aborde deux termes, celui de la douleur et de la souffrance mais il appuie sur l'idée que l'un entraîne forcément la présence de l'autre. Selon lui, la douleur est définie comme « *les effets ressentis comme localisées dans les organes particuliers du corps* » (Boula, Le sens du soin, 2021, p. 1) en quelque sorte la dimension biomédicale alors que la souffrance signifie « *les affects ouverts sur la réflexivité, le langage, le rapport à soi, le rapport à autrui, le rapport au sens, au questionnement* » (Boula, Le sens du soin, 2021) ce qui oriente vers la dimension existentielle.

Boula, évoque que le soin dépasse l'ensemble des gestes techniques et que soigner consiste à travers différentes capacités à accepter les différentes plaintes du patient. Le soin est aussi une dimension relationnelle, éthique et existentielle. Il dit : « *La souffrance n'est pas seulement une douleur à calmer, mais une parole à accueillir* ».

A travers la souffrance, il définit quatre axes du souffrir qui se déploient simultanément, cela commence par l'atteinte corporelle où le corps est d'abord fragilisé donc un élément moins fiable, par la suite elle touche la capacité d'agir, le corps ne fait plus ce qui est logique, ce qui induit une altération des liens aux autres puis elle finit par l'altération des sens. Pour le soignant, il est alors important de ne pas être seulement réparateur mais aussi un accompagnant global pour permettre de retrouver un droit chemin. (Boula, 2021, p. 2)

De plus, Boula insiste sur l'idée que le soin n'est pas une domination sur l'autre, soigner implique de renoncer à toute forme de domination, pour ainsi réduire le risque d'objet de soin. Il est donc important pour les soignants de comprendre qu'il est normal de se retrouver face à la vulnérabilité des patients et donc de ne pas chercher à toujours avoir le contrôle sur celle-ci.

Pour conclure sur les idées centrales de Boula, il est important de comprendre que le soin n'est pas seulement là pour réparer mais aussi pour retrouver la personne que l'on est, ce qui rend le soin humanisant car le patient retrouve son existence.

### 3.2.3. La relation asymétrique dans le soin

Afin de comprendre le concept de relation asymétrique, il est important de définir le terme de « relation », selon le Larousse, elle est définie par : « *l'ensemble des rapports et des liens existants entre personnes qui se rencontrent, se fréquentent, communiquent entre elles* » (Larousse définition de relation)

Manoukian lui définit la relation par « *la rencontre entre deux personnes au moins, c'est-à-dire deux caractères, deux psychologies particulières et deux histoires* » (Manoukian & Massebeuf, 2001, p. 9), celle-ci repose également sur des éléments psychologiques, sociaux et physiques.

D'après ces deux définitions, on comprend que pour parler de relation, il est nécessaire d'avoir minimum deux personnes et qu'elle varie selon différentes modalités, ce qui amène à penser que chaque relation est unique.

Le terme d'« asymétrie », dans la relation entre les soignants et les soignés permet de mettre en présence un soignant qui a acquis des connaissances techniques, cliniques et institutionnelles et un patient qui est en demande d'aide, voir même en situation de vulnérabilité. Cette inégalité est liée à la dépendance du patient. C'est donc ce qui crée cette asymétrie de pouvoir et de savoir dans l'interaction.

L'auteur Michel Foucault, philosophe français analyse la relation de soin comme une relation de pouvoir asymétrique. Il dit dans son ouvrage « *Naissance de la clinique* » (Foucault, 2015) que le soignant détient un pouvoir de décision ainsi qu'une capacité à normer, surveiller et contrôler le patient. Il évoque par ailleurs que les différentes connaissances du soignant fondent un pouvoir que le patient n'a pas créant l'asymétrie. Il cite : « *ce qui est perçu n'est plus l'homme malade, mais la maladie de l'homme.* », cette citation appuie bien l'idée que le patient devient objet du regard médical.

Emmanuel Levinas, philosophe, appuie dans son ouvrage « Totalité et infini » (Levinas, 1990) où il nomme le patient « *L'autre* » qu'il est prioritaire moralement, ce qui renforce le fait que le soignant est responsable avant même toute réciprocité. Je cite : « *je suis responsable d'autrui sans attendre la réciprocité* ».

Pour Foucault, l'asymétrie dans la relation de soin repose sur un déséquilibre de savoir et de pouvoir institutionnel, qui peut conduire à une objectivation du patient. À l'inverse, Levinas conçoit l'asymétrie comme une responsabilité éthique fondamentale envers l'autre qui est vulnérable, faisant du soin une réponse morale avant d'être un acte technique.

### 3.3. L'étudiant en stage

#### 3.3.1. Le positionnement de l'étudiant en stage

Le positionnement de l'étudiant infirmier en stage correspond à la manière dont celui-ci se situe que ce soit en tant qu'apprenant ou en tant que futur professionnel, au cours de sa formation clinique. Il ne s'agit pas uniquement d'une place statutaire, mais d'une posture qui se développe au travers de nos attitudes, de nos comportements ainsi que des choix relationnels et éthiques adoptés face à chaque patient.

Le positionnement professionnel est défini par Maela Paul comme « la manière de s'acquitter de sa fonction ou de tenir son poste, c'est un choix personnel relevant de l'éthique » dans l'ouvrage « Des mots et des sens » (Portal, 2012).

Dans l'ouvrage « *Quelques repères pour évaluer les attitudes et les comportements professionnels en soins infirmiers* » (Phaneuf, 2013), Margot Phaneuf insiste sur le fait que le soin infirmier ne repose pas uniquement sur des compétences techniques, mais aussi sur un positionnement professionnel global, observable à travers les attitudes, les comportements et la posture relationnelle. Ce qui signifie que pour l'étudiant infirmier qui est en stage, le positionnement correspond à la façon dont il se situe dans la relation de soin, mais aussi à la manière de se comporter au sein d'une équipe, et sa capacité à adopter une posture respectueuse, responsable et éthique face au patient.

On retrouve dans le Berger Levrault de la profession d'infirmière, le livret qui répertorie la profession infirmière, au sein du chapitre des objectifs de stage de l'étudiant infirmier le fait de



*devoir « confronter ses idées, ses opinions et ses manières de faire à celles de professionnels et d'autres étudiants »* (Ministère de la santé et des Sports, 2009) On comprend au sein de cet objectif qu'il est essentiel pour un étudiant de se positionner dans une équipe, car il permet de confronter ses idées et sa manière de faire.

### 3.3.2. Le positionnement de l'encadrement

Le positionnement de l'encadrement en stage renvoie à la manière dont le professionnel de santé se situe dans sa mission d'accompagnement de l'étudiant. Il ne s'agit pas uniquement d'une fonction organisationnelle ou évaluative mais d'une posture, engageant des choix pédagogiques mais aussi éthiques et relationnels. Selon Maela Paul, elle l'a défini comme *« une posture singulière, inscrite dans une relation, qui vise à soutenir un processus de développement chez autrui »*. Cette définition appuie l'idée que cela ne se limite pas à la transmission de savoir mais aussi sur la relation qui mène l'étudiant à progresser.

Lorsque l'on évoque l'encadrement, on aborde la relation asymétrique comparable à celle du soin mais ici orientée vers l'apprentissage de savoirs. L'autrice Maela Paul montre dans son ouvrage *« L'accompagnement : une posture professionnelle spécifique »* (Paul), la nécessité d'ajuster en temps réel son accompagnement pour trouver un équilibre en cadre professionnel et soutien, et que cela suppose chez les encadrants une posture réflexive et éthique et non le fait de vouloir avoir le contrôle.

Le code de la santé publique écrit dans l'article R4312-36 que *« l'infirmier chargé de toute fonction de coordination ou d'encadrement veille à la bonne exécution des actes accomplis par les personnes dont il coordonne ou encadre l'activité, peu importe de qui il s'agit »* de plus *« il doit veiller à la compétence des personnes qui lui apportent leur concours »* (Sports, 2016) Ainsi, l'étudiant doit toujours agir sous l'encadrement d'un professionnel formé, l'infirmier est le responsable de la sécurité du patient, ce qui permet de garantir un environnement d'apprentissage sécurisé. De plus, ce décret permet au soignant de s'assurer que l'étudiant est en capacité d'agir avant de lui confier un acte technique à réaliser. Il a alors un rôle de responsabilité professionnelle, juridique et pédagogique.

De plus, le référentiel des compétences infirmières indique que la dernière compétence permet d'informer, former des professionnels et des personnes en formation. Elle s'appuie sur

différents éléments dont l'organisation de l'accueil, la supervision des actes. Elle permet également d'évaluer les connaissances, le savoir-faire des apprenants mais également sur la transmission de son savoir-faire et ses connaissances. (Portfolio infirmier, s.d.)

## 4. ENQUÊTE EXPLORATOIRE

### 4.1. Méthode et outils utilisés

Je vais aborder la méthode de recherche qui m'a semblée la plus appropriée afin d'effectuer cette enquête exploratoire. Je présenterai ensuite l'entretien semi-directif qui représente l'outil choisi. Enfin, j'expliquerai le choix concernant la population choisie pour cette enquête ainsi que les différents lieux d'enquête.

### 4.2. Lieu d'enquête et population choisie

Concernant la population choisie, je vais mener mes entretiens auprès de quatre infirmier(e)s diplômées d'état. Je ne souhaite pas faire de restriction de genre, d'âge ou d'années d'expérience puisque ce n'est pas déterminant pour l'enquête que je souhaite mener.

Je souhaite interroger des infirmier(e)s issus de différents services et/ou établissement de santé car cela peut m'apporter des réactions divergentes selon les services.

De ce fait, je fais le choix des services suivants :

- Un(e) infirmier(e) d'un service de médecine, car c'est un service polyvalent, les patients restent une courte durée, ils sont souvent en besoin d'accompagnement et la prise en charge doit souvent être rapide car nous sommes dans une phase aigüe.
- Deux infirmier(e)s d'un service de lieu de vie, afin de comprendre les enjeux d'une organisation millimétrée. En général dans ses services une forme de chronicité se crée pouvant mener à une forme de routine, l'intérêt de mener mes entretiens dans cette typologie de service me permettrait de comprendre l'impact que cela peut avoir.
- Un(e) infirmier(e) d'un service d'urgence, dans cette typologie de service les patients « défilent », selon les rapports, il est souvent dit que les soignants ne sont pas à l'écoute.

L'objectif est de comprendre comment peut se créer la banalisation et l'asymétrie dans le soin.

### 4.3. Réalisation de l'enquête

Comme dit précédemment, je vais mener des entretiens semi-directif, il est défini par « *une technique de collecte des données qui contribue au développement de connaissances des approches qualitatives et interprétatives* » (Imbert, 2010, pp. 23-24), je fais ce choix car il permet un dialogue où les réponses sont ouvertes, le dialogue est défini par « *un moment privilégier d'écoute, d'empathie, de partage, de reconnaissance de l'expertise du profane et du chercheur* » (Imbert, 2010)

### 4.4. Guide d'entretien

La grille d'entretien se trouve en Annexe I, page I.

### 4.5. Résultats de l'enquête

Afin de faciliter l'analyse de mes entretiens, j'ai réalisé un tableau qui m'a permis de visualiser les réponses des différentes infirmières interrogées de façon plus facile. Afin de les exposer, je vais les aborder suivant les thèmes principaux. Le tableau se trouve en annexe XI.

#### 4.5.1. Généralités

J'ai réalisé cinq entretiens dont j'ai analysé le contenu. Le tableau qui synthétise les entretiens me permet de mettre en évidence les propos recueillis des professionnels avec des profils variés tant sur le plan de l'expérience que sur le parcours vécu par les infirmières. Au niveau de l'ancienneté, mon échantillon s'étend de 6 ans à 21 ans d'expérience, ce qui permet de voir une différence au niveau de l'expertise dans le domaine. Cette même donnée est similaire au niveau de l'expérience dans le service avec différents niveaux.

En ce qui concerne la formation des professionnels diplômés, la majorité des soignants (soit 4 IDE sur 5) déclare avoir bénéficié de formations complémentaires dans différents domaines. Certaines portent sur la communication avec les personnes âgées (soit 2 IDE sur 5) *Annexe VI*,

*madame S, l.19 et Annexe VII, Madame A, l.17*, ainsi que sur la bientraitance (soit 3 IDE sur 5). *Annexe VII, Madame A, l.15, Annexe VIII, Madame E, l.14, Annexe IV, Madame G, l.17*

Par ailleurs, aucune des infirmières interrogées n'a bénéficié d'une formation concernant le tutorat, bien qu'elles soient amenées à encadrer des étudiants dans leur quotidien. Nous pouvons voir qu'une infirmière n'a réalisé aucune formation complémentaire concernant le domaine étudié, ce qui peut souligner des disparités entre les différents professionnels.

Ainsi, ce tableau de généralité met en lumière une équipe qui est globalement expérimentée, mais marquée par des inégalités en matière de la formation.

#### 4.5.2. Analyse des entretiens

##### 4.5.2.1. La banalisation du soin

L'analyse de mes cinq entretiens révèle que la notion de banalisation, demeure difficile à appréhender pour les soignants, comme peuvent témoigner leur réponses parfois hésitantes ou nuancées.

En effet, pour deux soignantes interrogées, il a fallu réexpliquer la question car pour elles ce terme ne leur parle pas. Après réflexion, les cinq professionnels interrogés évoquent des idées communes, associant un automatisme, par exemple : « *Faire à la chaine* » (Annexe V, l.33) ou encore « *Quelque chose devenu courant* » (Annexe VII, l.31), « *geste automatique* » (Annexe VII, l.39-40), « *faire un soin sans y réfléchir* » (Annexe IX, l.37). Il revient aussi de ce terme que c'est quelque chose que les soignants font avec manque de sérieux, comme l'évoque madame S « *Jeté par terre, sans foutre* » (Annexe VI, l.35) ou encore madame E « *laisse aller, ne pas être consciencieux* » (Annexe VIII, l.21-22). Les entretiens réalisés montrent que cette notion n'est pas identifiable immédiatement pour tous les soignants. Toutefois après réflexion, leurs propos sont similaires à celles des auteurs que l'on retrouve dans mon cadre de référence. En effet, la définition de la banalisation selon le Larousse évoque le fait de rendre quelque chose de banal et courant, deux soignantes évoquent ces termes, Madame S : « *banal* » (Annexe VI, l.31) et Madame A : « *quelque chose de courant* » (Annexe VII, l.31).

Les infirmières interrogées rejoignent l'idée de Walter Hesbeen, qui décrit la banalisation comme un oubli de l'humanité dans les pratiques quotidiennes, qui conduisent à une

mécanisation des gestes, ici encore nous avons deux soignantes qui évoquent la banalisation avec ces termes, madame J : « *faire à la chaîne* » (Annexe V, 1.33), madame A : « *geste automatique* » (Annexe VII, 1.40) et madame E : « *laisser aller* » (Annexe VIII, 1.22).

Ainsi, les représentations des professionnelles interrogées s'inscrivent dans une logique similaire à celle des auteurs mettant en évidence une perte progressive de sens et d'attention portée au patient.

Concernant la question sur une situation vécue en lien avec la banalisation, deux infirmières sur cinq disent ne pas avoir de situation car comme l'explique madame J « *Je suis actrice du soin comme je l'entends* » (Annexe V, 1.32), alors que trois IDE évoquent des situations après réflexions, celles-ci abordent soit une priorisation des soins selon les demandes ou selon les cas. « *Seule pour 30 patients et une situation d'urgence* » (Annexe VI, 1.37-39), soit une désensibilisation progressive : « *prise en charge d'un patient OH, même prise en charge entre les patients* » (Annexe IX, 42-47). Concernant la priorisation des soins cette réalité est évoquée par le travail de Collière, qui souligne la répétition des actes et l'organisation de travail qui peut favoriser une standardisation des pratiques et donc à termes une diminution de la relation du soin.

Concernant les facteurs susceptibles influencer la banalisation, les IDE s'accordent à identifier la routine comme facteur majeur qui revient en général en premier (3 IDE sur 5). Une IDE souligne l'impact de l'urgence qu'elle associe à la priorisation des actes pouvant entraîner de la banalisation « *Seule pour 30 patients et il y a une urgence* » (Annexe VI, 1.37), une autre IDE évoque les conditions du jour « *condition du jour, on est surmené avec beaucoup d'entrée* » (Annexe VIII, 1.33-34), et une autre IDE évoque le fait de catégoriser les patients en fonction de leurs pathologies. « *Prise en charge d'un patient OH, même prise en charge entre les patients* » (Annexe IX, 1.42-47). A contrario madame G évoque une désensibilisation progressive et rejoint madame Collière, historienne et enseignante en science infirmière (Annexe IX, 1.42-47).

La routine est alors un facteur central dans le processus de banalisation, définie comme une habitude mécanique issue de la répétition, elle est utilisée par 4 IDE sur 5, bien qu'elle soit nécessaire au bon fonctionnement des services elle peut entraîner une forme de perte de vigilance et une exécution automatique des gestes, de plus l'exposition répétée à la souffrance

peut entraîner une désensibilisation progressive, celle-ci est décrite par les auteurs et se retrouve dans mes entretiens.

Les entretiens mettent également en évidence une ambivalence de la routine, en cohérence avec mon cadre de référence. En effet, elle peut constituer un soutien organisationnel indispensable. Cette idée rejoint l'étude qu'à mener Rytterström en expliquant qu'il existe différentes routines. En effet, il dit que la routine porteuse permet d'assurer les soins en sécurité tout en restant centré sur le patient. Cette dimension de la routine se retrouve dans les propos de certaines infirmières comme Madame S, « *l'urgence et l'absence de médecin* » (Annexe VI, 1.41 & 44), qui insiste sur la nécessité de rester vigilants malgré la répétition des actes.

On retrouve aussi dans mes entretiens, une routine plus contraignante, caractérisée par un manque de réflexion et une perte d'humanité, rejoignant ainsi les dérives que l'auteur Rytterström évoque dans son étude, en effet madame G, dit : « *avoir la même prise en charge entre les différents patients qui ont la même pathologie* » (Annexe IX, 1.42-47). Enfin la routine pragmatique décrite comme un moyen d'assurer l'efficacité et la continuité des soins, apparaît dans les entretiens lorsque Madame S témoigne et évoque le fait de prioriser et s'adapter aux contraintes du terrain : « *Seule infirmière pour 30 patients et il y a une urgence donc je priorise l'urgence et peut-être que la distribution des traitements elle sera peut-être un peu plus banalisée* » (Annexe VI, 1.37-39), elle rejoint l'idée de William JAMES, qui lui définit l'habitude par des actions efficaces dans certains contextes où la rapidité et la prise de décision rapide sont essentielles.

En résumer, l'analyse du thème de la banalisation met en évidence que c'est une notion complexe parfois difficile à appréhender pour les soignants. Bien que le terme ne soit pas toujours immédiatement compris, leurs discours convergent vers des idées communes. Cette banalisation semble également être associée, dans certains cas à un manque de vigilance ou de rigueur perçue. Par ailleurs même si la plupart des soignantes n'évoquent pas spontanément des situations, celles qui l'évoquent soulignent pour la plupart du temps des contextes de priorisation des soins, influencés par l'urgence ou la charge de travail. Les facteurs favorisant apparaissent multiples avec une prédominance de la routine. L'ensemble des éléments récoltés dans les entretiens souligne que la banalisation est un phénomène multifactoriel, étroitement lié au contexte professionnel et aux contraintes du terrain.

#### 4.5.2.2. Le soin

En ce qui concerne, le thème du soin, on retrouve des convergences importantes entre les apports théoriques et mes entretiens.

Dans un premier temps, les différentes soignantes ont une conception du soin partagée entre une approche globale et une approche relationnelle. En effet, les professionnelles interrogées attribuent majoritairement du sens à leur pratique à travers la relation au patient et l'impact que les soins vont avoir sur leur état de santé, en effet, Madame J, dit lorsque qu'on lui pose la question : « *la reconnaissance que l'on a derrière, la notion d'avoir fait quelque chose de bien, d'avoir un sourire* » (Annexe V, 1.43-44) ou encore Madame S : « *le patient il va mieux, il souffre pas, il est souriant* » (Annexe VI, 1.48), Madame A dit : « *qu'il aille mieux* », alors que madame G dit que ce qui donne du sens à sa pratique c'est : « *le patient dans sa globalité* » (Annexe IX, 1.67). Cette vision rejoint directement les travaux de Gilles BOULA, qui souligne que le soin ne se limite pas à la dimension technique mais qui s'inscrit aussi dans une dimension relationnelle, éthique et existentielle.

Il y a également, l'importance accordée par les infirmières à l'accompagnement global du patient que ce soit physique, psychologique ou social fait écho à l'approche holistique du patient et du soin. En effet, madame S, définit par « *l'échange, le relationnel* » (Annexe VI, 1.53-53), Madame A, elle évoque aussi : « *le soin technique, soin psychologique et le soin social* » (Annexe VII, 1.62-66), madame E, dit : « *accompagner dans un moment technique ou non* » et madame G, donne une définition plus complexe, en effet elle évoque la prise en charge globale mais pas forcément celle qu'elle apporte mais ce qu'elle fait ressortir au patient. On peut voir que certaines infirmières évoquent de façon explicite la bienveillance, la douceur et la qualité des échanges, ce qui permet de montrer et d'appuyer l'idée des auteurs sur le fait que le soin repose aussi sur une posture et pas que sur des compétences techniques.

Ainsi les entretiens, affirment que dans la pratique, les soignants ne se limitent pas à une logique biomédicale, mais qu'elle est globale ce qui est commun aux écrits des auteurs.

Concernant le sens du soin, les résultats montrent que pour la plupart des soignantes il est construit à partir de la satisfaction du travail accompli et la reconnaissance du travail bien fait comme dit madame J : « *avoir un sourire* », (Annexe V, 1.43) madame S et madame A : « *le patient va mieux* » (Annexe VI, 1.48 ; Annexe VII, 1.51). Les soignantes évoquent un aspect

motivationnel, que je n'ai pas retrouvé dans les apports théoriques de mon cadre de référence, cependant cela reste cohérent avec l'idée que le soin est porteur de sens.

Par contre, on peut voir que les auteurs notamment BOULA, insistent sur le fait d'accueillir la souffrance comme une parole et une expérience, on peut voir au travers des discours des soignants qu'elles restent centrées sur l'efficacité et les résultats du soin ce qui appuie l'idée que la dimension concrète et observable du soin reste centrale.

Concernant la notion d'objet de soin, les entretiens rejoignant les idées de Walter Hesbeen, en effet elles identifient des situations où le patient peut être réduit à un objet, notamment lorsque madame J dit : « *personne qui n'a pas demandé à ce que l'infirmière libérale vienne, que ce soit imposé* » (Annexe V, 1.53) ou alors madame S, dit : « *le fait de ne pas lui expliquer ce que tu lui fais* » (Annexe VI, 1.59), madame A, parle du fait de réaliser le soin sans adhésion du patient : « *subissent ce qu'on leur fait* » (Annexe VII, 1.71). On peut voir que les infirmières réalisent alors le soin sans le consentement ni l'adhésion du patient, et on peut même parler du fait que le soignant se focalise sur une seule dimension du soin. Cette prise de conscience montre que les professionnelles de santé interrogées sont sensibles au risque d'objectivation décrit par les auteurs dans mon cadre de référence. L'idée que madame S dit : « *C'est le soignant qui met le patient en objet de soin* » (Annexe VI, 1.59) rejoint ce que dit Hesbeen sur la responsabilité du soignant dans la manière de considérer l'autre. Cette vision rejoint également la pensée de Marzano, qui met en garde sur le fait de réduire le corps à un simple objet technique, les soignantes interrogées semblent conscientes de cette dérive et soulignent l'importance de maintenir une approche globale de la personne.

Au sein de mon cadre de référence, les apports de Foucault et Levinas, mettent en évidence le caractère asymétrique que la relation de soin induit, qui se fonde sur un déséquilibre entre les savoirs et le pouvoir. Dans mes entretiens, cette asymétrie ne ressort pas explicitement mais apparaît notamment lorsque madame J évoquent les soins imposés, « *les personnes n'ont pas demandé à ce qu'une infirmière libérale vienne, que ce soit imposé* » (Annexe V, 1.53), ou encore madame A qui dit : « *ne comprennent pas ce qu'on leur fait, il se laisse faire, ils sont dans le refus mais on insiste on ne respecte pas leur choix* » (Annexe VII, 1.74-77). Contrairement à Foucault qui lui insiste sur le pouvoir du soignant, les paroles des IDE mettent en avant une posture bienveillante ce qui se rapproche aux écrits de Levinas, où l'asymétrie devient une



responsabilité morale envers l'autre. Ainsi, les soignants s'inscrivent dans une démarche éthique et non de pouvoir, même si ce dernier reste implicitement présent dans la relation.

Pour conclure sur ce thème, l'analyse croisée entre mon cadre de référence et les entretiens met en évidence une cohérence sur la conception du soin qui est global, relationnel et éthique. Les différents soignants rejoignent les auteurs en considérant le patient comme une personne singulière et non comme un simple objet de soin. On retrouve certaines nuances, en effet, la place importante accordée à la satisfaction professionnelle, l'asymétrie dans la relation de soin qui est peu explicite, mais vécue dans la pratique, et la présence d'une tension entre les exigences du quotidien et l'idéal d'un soin pleinement humain. Cela appuie l'idée des auteurs que le soin est multidimensionnel et que c'est l'équilibre de ces dimensions qui permet de construire l'identité professionnelle du soignant.

#### 4.5.2.3. L'étudiant en stage

Le dernier thème de mon travail de fin d'étude aborde l'étudiant en stage, mes entretiens abordent surtout l'accompagnement de l'étudiant en stage.

En ce qui concerne le positionnement de l'étudiant, les apports de mon cadre de référence définissent le positionnement comme une posture professionnelle en construction reposant sur des choix éthiques, relationnels et comportementaux. Cette vision, portée par Maela Paul et Margot Phaneuf, insiste sur le fait que l'étudiant ne se limite pas à un rôle d'apprenant sur le plan technique mais doit aussi progressivement se situer comme futur professionnel au sein de la relation de soin et de l'équipe.

Les entretiens réalisés confirment l'idée des auteurs. Notamment sur l'importance de l'intégration à l'équipe et au fait de mettre à l'aise l'étudiant, en effet, Madame J dit « *c'est un choix de notre part de prendre des étudiants* » (Annexe V, 1.71), madame S, dit : « *tu fais partis de notre équipe* » (Annexe VI, 1.88), « *utiliser le tutoiement* » (Annexe VI, 1.72), « *l'intégrer au moment du repas du midi* » (Annexe VII, 1.92), et madame G dit : « *c'est à l'équipe de lui donner sa place* » (Annexe IX, 1.145), madame E, parle plus de la présentation des locaux « *présenter le service, le fonctionnement* » (Annexe VIII, 1.62). Tous ces éléments permettent de construire l'identité de l'étudiant. Cela rejoint l'objectif institutionnel évoqué dans le référentiel, qui souligne la nécessité pour l'étudiant de confronter ses idées et de trouver sa

place au sein d'un collectif professionnel. Cependant mes entretiens révèlent que la capacité de l'étudiant à se positionner activement dépend de l'environnement. En effet certains estiment que c'est à l'équipe d'intégrer l'étudiant ce qui peut donc limiter sa capacité à se positionner de manière autonome. On retrouve donc une convergence entre la posture attendue et le fait qu'il reste dépendant du cadre proposé.

Selon Maela Paul, l'accompagnement repose sur une posture singulière, relationnelle et évolutive, visant à soutenir le développement de l'étudiant. Cette approche suppose un ajustement constant et une réflexion éthique de la part de l'encadrant. Les entretiens sont du même avis sur l'aspect relationnel car ils mettent en avant l'importance de la confiance accordée à l'étudiant. Madame J, insiste et dit « *faut qu'il fasse, on leur fait confiance dans la limite de leurs savoirs, laisser faire* » (Annexe V, 1.76-79), il y a aussi la nécessité de connaître ses objectifs de stage, madame S : dit « *prendre connaissance de son projet de stage* » (Annexe VI, 1.76) et il est important que l'étudiant comprennent les soins réalisés afin de lui permettre de faire les liens. Cet échange avec les professionnels m'a permis de voir qu'il y a une volonté d'avoir un accompagnement individuel et centré sur l'apprentissage en cohérence avec les apports théoriques malgré le fait qu'aucune d'entre elles n'est bénéficié de la formation sur le tutorat des étudiants. Cela signifie que l'accompagnement repose sur des compétences implicites issues de l'expérience, que sur une formation spécifique.

Les apports théoriques montrent que la relation entre l'étudiant et l'encadrant est asymétrique, En effet, l'IDE est responsable de la sécurité du patient de l'évaluation des compétences de l'étudiant, comme le rappelle le code de la santé publique. Dans mes entretiens, cette asymétrie n'est pas clairement exprimée mais elle reste visible au travers des dires des soignants. En effet, madame G évoquent la supervision : « *il ne fait pas un soin sans comprendre ou si je ne lui ai pas expliqué ou qu'il n'est pas justifié* » (Annexe IX, 1.106-107), « *lui proposer* » (Annexe VII, 1.87). Cependant même si cette asymétrie est présente les soignants cherchent à rendre cette relation plus équilibrée en adoptant une posture humaine, basée sur la confiance, la bienveillance et l'intégration à l'ensemble de l'équipe. Le fait que madame A dise « *rien n'est imposé mais proposé* » (Annexe VII, 1.87) montre l'envie de diminuer cette distance hiérarchique. Cela rejoint l'idée de l'autrice Maela Paul qui préconise un accompagnement non dominant.

Concernant l'affirmation de l'étudiant, il y a des disparités entre les encouragements à aller jusqu'au bout et les limites. Effectivement, il revient de mes entretiens que les soignants encouragent les étudiants à s'exprimer et à s'affirmer, à condition que cela se fasse avec respect. Cela correspond aux attentes du positionnement professionnel, où l'étudiant doit être capable de se situer et de communiquer. Certainement, il revient qu'il y a une limite, madame S l'évoque sans tabou, en effet, la peur de la validation du stage, est décrite comme « *une épée Damoclès* » par celle-ci (Annexe VI, 1.102). Ce qui crée chez l'étudiant l'encouragement de s'exprimer et la crainte d'être évalué.

Pour conclure, cette analyse montre que la théorie et la pratique sont globalement en accord, notamment sur l'importance de la relation, la confiance et l'accompagnement individualisé. Cependant des écarts apparaissent comme l'accompagnement souvent peu formalisé, l'asymétrie relationnelle toujours présente et l'affirmation de l'étudiant qui reste limité par l'évaluation de fin de stage.

#### 4.6. Limites de l'enquête

L'enquête exploratoire a été une partie majeure de mon travail. Elle m'a permis de confronter les idées des auteurs c'est-à-dire les connaissances théoriques de mon cadre de référence avec la pratique réelle des infirmiers interrogés sur le terrain. Durant cette partie, j'ai pu constater quelques limites que je vais vous exposer.

Pour commencer, j'ai réalisé cinq entretiens que j'ai pu analyser, il été prévu d'en réaliser seulement quatre, ce qui m'a permis d'avoir un échange en plus à traiter. Un entretien n'a pas abouti en raison du lieu où il a été effectué, en effet il était dans un bureau où il y avait du passage en continu, nous avons été coupés à chacune des questions ne me permettant pas de suivre mon fil conducteur.

De plus, mon échantillonnage n'est pas suffisant pour pouvoir effectuer une généralité.

En ce qui concerne les entretiens, j'étais très motivée à l'idée de les réaliser mais à la fois une appréhension était présente. En réalité, j'avais peur que les questions ne soient pas comprises ou alors que les soignants ne soit pas motivé à y répondre. Lors de leur réalisation, ce ne sont pas ses problèmes qui sont apparus. J'ai eu du mal à reformuler les questions sans leur donner une idée de réponse et surtout à relancer le soignant lorsqu'il avait du mal à répondre.

Concernant les questions de mes entretiens, les questions sur le thème de la banalisation ont été les plus complexes. En général elles n'ont pas été comprises du premier coup, il a fallu reprendre ou donner des indications afin qu'elles puissent répondre. Le reste des questions sur les autres thèmes ont été bien comprises.

Le choix d'avoir réalisé des entretiens semi-directifs m'a permis de favoriser l'expression des soignants.

## 5. PROBLÉMATIQUE ET QUESTION DE RECHERCHE

Les différents entretiens avec les infirmières, m'ont permis d'approfondir mes connaissances sur les thématiques abordés dans mon travail de recherche. Ils ont également fait ressortir des exemples concrets qui illustrent des notions que je n'avais pas envisagé. Ces différents éléments me conduisent à élaborer une nouvelle réflexion qui va donner lieu à ma question de recherche.

Pour commencer, reprenons ma question de départ : « **En quoi le positionnement de l'étudiant dans une équipe influence la prise en soin d'un patient ?** »

Tout d'abord, au travers de mes entretiens, il est revenu que la prise en charge des étudiants est quelque chose qui tient à cœur aux soignantes. Certainement, l'accueil et l'accompagnement sont des points clés qui reviennent permettant à l'étudiant de le mettre en confiance et à s'intégrer à l'équipe. Cette dynamique contribue à leur permettre de trouver leur place et à développer leur posture professionnelle.

L'accompagnement repose essentiellement sur des compétences relationnelles et expérientielles. Mais, il reste souvent peu formalisé, reposant sur l'adaptation et l'intuition que sur une formation spécifique.

De plus, la relation entre l'étudiant et l'encadrant demeure asymétrique, notamment en raison de la responsabilité du soignant vis-à-vis du patient et de l'évaluation qu'il va y avoir en fin de stage. Mais les soignants dans la globalité cherchent à instaurer une relation équilibrée axée sur la bienveillance et la confiance poussant l'étudiant à s'exprimer et s'affirmer, tout en imposant un certain cadre.

De plus, l'analyse des entretiens a pu révéler que certaines notions, comme celle de la banalisation, restent difficiles à comprendre pour les soignants. Les réponses obtenues sont

parfois hésitantes, nécessitant de la reformulation. Cependant, les professionnelles associent cette notion à des idées communes telles que l'automatisation des gestes ou encore la répétition des soins. La banalisation peut aussi entraîner une perte de vigilance ou de sérieux dans la pratique. On peut voir que les représentations des soignants concernant ce thème rejoignent les apports théoriques, surtout sur le fait que la mécanisation des gestes dans les soins peut conduire à une diminution de l'attention portée au patient.

Lorsque l'on demande aux soignants des situations concrètes de banalisation, la plupart des soignants parle de situations avec des contextes d'urgences ou de forte charge de travail qui va nécessiter de prioriser les soins. Ce qui peut conduire à une standardisation des soins. Certaines parlent d'une désensibilisation progressive. Ces éléments soulignent que la banalisation s'inscrit dans un contexte professionnel contraint, influencé par des facteurs organisationnels et humains.

En ce qui concerne la routine, elle apparaît comme un facteur central dans ce processus. Bien qu'elle soit nécessaire au bon fonctionnement des services, elle peut induire une perte de sens ou une exécution automatique des gestes. Les entretiens montrent également des résultats mitigés, en effet elle peut être à la fois sécurisante et structurante mais aussi contraignante si elle entraîne une perte d'humanité dans la relation de soin. Cette nuance appuie l'idée que la routine est complexe dans la pratique soignante et que cela nécessite un équilibre constant.

Le thème du soin montre qu'il est perçu non comme un acte technique mais aussi comme un acte relationnel centrée sur le patient, les infirmières interrogées reprennent cette notion et rejoignent les idées théoriques des auteurs.

L'ensemble de ses réflexions en lien avec ma question de départ me conduit à m'interroger davantage sur le rôle de l'encadrant dans la prise en charge des étudiants et me permet de me poser la question de recherche suivante :

**« Dans quelle mesure la relation tutorale participe-t-elle à la professionnalisation de l'étudiant et à l'évolution de ses pratiques de soins ? »**

## 6.CONCLUSION

Mon travail de fin d'étude touche à sa fin, il concrétise trois années de formation intense mais riche. Que ce soit sur le plan professionnel avec des connaissances acquises que sur le plan personnel. Ce travail n'a pas été une évidence pour moi car il m'a demandé beaucoup de temps. Il en ressort quelque chose de très positif. J'ai travaillé un sujet qui m'a plu car d'une part le soin est un axe principal de notre métier mais le rôle de l'encadrement aussi. C'est une mission à part entière dans notre métier. D'autre part, ma situation de départ m'a particulièrement affectée, c'est pourquoi il était important pour moi de travailler ce sujet afin de répondre à mes questions.

Il a été très compliqué de ne pas apporter de jugement de valeur à cette situation et de se décaler de la situation afin d'y construire un réel travail dessus avec différents thèmes. Cependant ma directrice de mémoire a été d'une grande aide, elle m'a aidée à construire ce travail. Nous avons formulé la question de départ suivante :

**« En quoi le positionnement de l'étudiant dans une équipe influence la prise en soin d'un patient ? »**

Par la suite, j'ai réalisé mon cadre de référence au travers de lecture, cela m'a permis de répondre à mes questions. Cette partie a été complexe car il a fallu trier les informations, mais elle fut enrichissante car j'ai pu acquérir des connaissances supplémentaires sur mes différents thèmes. A la suite, j'ai pu élaborer mes entretiens en construisant un guide d'entretien reprenant mes trois thèmes en lien avec mon cadre de référence et ma question de départ. Ce qui allait me permettre de comparer les idées des auteurs et la réalité du terrain. Les entretiens ont été riches et m'ont permis de traiter, de constater des similitudes et des différences entre les écrits et la réalité du terrain. Notamment sur la notion de la banalisation et sur l'encadrement des étudiants. Les constats qui sont revenus dans l'analyse croisée de mon travail m'ont permis de soulever une nouvelle problématique :

**« Dans quelle mesure la relation tutorale participe-t-elle à la professionnalisation de l'étudiant et à l'évolution de ses pratiques de soins ? »**

L'ensemble de ce travail m'a permis d'approfondir mes connaissances sur les thèmes de la banalisation, du soin et de l'étudiant en stage. J'ai toujours accordé une grande place à l'encadrement des étudiants mais les apports théoriques m'ont confortée dans l'importance de celui-ci.

Mes trois années d'étude à l'IFSI et les connaissances acquises durant ce travail m'ont aidée à renforcer mon identité professionnelle.

En effet, dans moins de trois mois, je serai soignante. Je débiterai en tant que professionnelle de la santé. Je souhaite accorder une place importante aux soins dans leur globalité, en ne me limitant pas à l'aspect technique, mais également à l'accompagnement et l'encadrement des étudiants.

## BIBLIOGRAPHIE

- Aristote. (1990). *Éthique à Nicomaque*. Paris: Vrin.
- Boula, J. G. (2021). *Le sens du soin*. Paris.
- CNRTL. (2012). *CNRTL définition du soin*. Récupéré sur CNRTL:  
<https://www.cnrtl.fr/definition/soin>
- Cohen, L. (s.d.). *psychologue bruges lauren cohen*. Récupéré sur psychothérapie d'exposition:  
<https://laurencohen-psy.com/content/psychotherapie-dexposition#:~:text=Cette%20thérapie%20consiste%20en%20une,imagination%20pour%20finir%20in%20vivo.>
- Collière. (1982). *Promouvoir la vie: De la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers*. InterÉditions.
- Définition "sens". (s.d.). Récupéré sur Larousse.fr:  
<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/sens/72087>
- Emmanuel, L. (1990). *Totalité et infini : Essai sur l'extériorité*. Paris: Le livre de poche.
- Etymologie et Histoire de habitude. (s.d.). Récupéré sur Etymonline:  
<https://www.etymonline.com/fr/word/habitude>
- Etymonline. (s.d.). Récupéré sur Etymologie et Histoire de routine:  
<https://www.etymonline.com/fr/word/routine>
- Foucault, M. (2015). *Naissance de la clinique*. Puf.
- Hesbeen, W. (2011). *La banalisation de l'humain dans le système de soin* (Vol. II). Paris: Seli Arslan.
- Hesbeen, W. (2011). *La banalisation de l'humain dans le système de soin: De la pratique des soins à l'éthique du quotidien* (Vol. 1er édition). SELI ARSLAN.
- Hesbeen, W. (2014). Pour une éthique du quotidien des soins. *Cancers et psys le soin, un récit ?*, 183.
- Hesbeen, W. (2014). Pour une éthique du quotidien des soins. *Cancers et psys, le soin, un récit ?*, 1.
- Imbert. (2010, mars ). L'entretien semi-directif: à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie .
- Jomas, P. (2018, Décembre 20). Aider l'étudiant infirmier à acquérir une posture réflexive. *les métiers de la petite enfance*, 12-14.



- Larousse. (s.d.). Récupéré sur Définition routine:  
<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/routine/70117>
- Larousse. (s.d.). *Définition "éthique"*. Récupéré sur Larousse.fr:  
<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/%C3%A9thique/31388>
- Larousse. (s.d.). *définition du mot habitudes*. Récupéré sur Larousse définition:  
<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/habitude/38783>
- Larousse. (s.d.). *Larousse définition de relation*. Récupéré sur Larousse:  
<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/relation/67844>
- Larousse. (s.d.). *Larousse.fr*. Récupéré sur Larousse:  
<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/banalisation/7769>
- Lecordier, D. (2012). *Les concepts en sciences infirmières*. Toulouse: Monique Formarier.
- Levinas, E. (1990). *Totalité et infini*. Le livre de poche.
- Manoukian, A., & Massebeuf, A. (2001). *La relation soignant-soigné*. Reuil-Malmaison: Lamarre.
- Michela, M. (2002). *Penser le corps*. Paris: Presses universitaires de France.
- Ministère de la santé et des Sports. (2009). *Référentiel de formation infirmier: Annexe III de l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'État d'infirmier*. Berger-Levrault.
- Moll, F. (2010). Distance et proximité dans la relation de soin. *Revue Soins*, n°725(Elsevier Masson ).
- Paugam. (2012, mars 1). *Les 100 mots de la sociologie*. Récupéré sur Open Edition Journal:  
<http://journals.openedition.org/sociologie/1200>
- Paul, M. (s.d.). *CAIRN*. Récupéré sur L'accompagnement: une posture professionnelle spécifique.
- Phaneuf, M. (2013). *Quelques repères pour évaluer les attitudes et les comportements professionnels en soins infirmiers*.
- Portal, B. (2012). *Des mots et des sens*.
- Portfolio infirmier. (s.d.). *Le référentiel de compétence*. Récupéré sur Portfolio infirmier:  
<https://portfolio-infirmier.fr/le-referentiel-de-competences#Comp%C3%A9tence10>
- Rey, A. (2011). *Dictionnaire historique de la langue française*. Le robert.
- Rytterström, P., Mitra Unosson, & Maria Arman. (2010, Octobre 12). *L'importance des routines dans la pratique infirmière*. Récupéré sur National library of medicine:  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21040042/>

sports, M. d. (2009). Référentiel de formation infirmiers: arrêté du 31 juillet 2009. *Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'état infirmier*. Berger-Levrault.

Sports, M. d. (2016, Novembre 25). Déontologie des infirmiers: modalités d'exercice de la profession. *Article R4312-36*.

William, J. (1890). *The Principles of Psychology*. Nex York: Henry Holt.

## SOMMAIRE DES ANNEXES

|                                                                                  |       |
|----------------------------------------------------------------------------------|-------|
| Annexe I : Guide d'entretien.....                                                | I     |
| Annexe II : Demande d'autorisation d'entretien Centre hospitalier .....          | II    |
| Annexe III : Demande d'autorisation d'entretien Infirmière Libérale.....         | III   |
| Annexe IV : Réponse à la demande d'entretien avec le centre hospitalier .....    | IV    |
| Annexe V : Réponse à la demande d'entretien avec une IDEL .....                  | IV    |
| Annexe VI : Entretien avec Madame J .....                                        | V     |
| Annexe VII : Entretien avec Madame S.....                                        | IX    |
| Annexe VIII : Entretien avec Madame A .....                                      | XIII  |
| Annexe IX : Entretien avec Madame E .....                                        | XVII  |
| Annexe X : Entretien avec Madame G .....                                         | XX    |
| Annexe XI : Tableau synthèse des entretiens connaissance du sujet .....          | XXVII |
| Annexe XII : Tableau synthèse des entretiens partie banalisation des soins ..... | XXIX  |
| Annexe XIII : Tableau synthèse des entretiens partie soins .....                 | XXX   |
| Annexe XIV : Tableau synthèse des entretiens partie l'étudiant en stage .....    | XXXII |
| Annexe XV : Autorisation de diffusion de travail de fin d'étude .....            | XXXIV |

## Annexe I : Guide d'entretien

### Guide d'entretien :

Afin de créer mon guide d'entretien, je me suis appuyé de ma question de départ qui est la suivante :

**« En quoi le positionnement de l'étudiant dans une équipe influence la prise en soin d'un patient ? »**

Pour débiter cet entretien et pour avoir une meilleure connaissance de mon interlocuteur, je souhaite poser les questions suivantes :

- Depuis combien de temps exercez-vous en tant qu'infirmier(e) ?
- Depuis combien êtes-vous dans ce service ?
- Avez-vous bénéficié de formations spécifiques concernant le tutorat des étudiants, la bientraitance, la communication avec les personnes âgées ?

Puis, je vais poser les questions suivantes concernant le thème de la banalisation :

- Si je vous dis « banalisation », qu'est-ce que cela évoque pour vous ?
- Pouvez-vous me donner une situation où vous avez eu le sentiment que le soin a été banalisé ?
- Quels facteurs peuvent faire que l'on banalise un soin ?

Concernant le thème du soin, je poserai les questions suivantes :

- Qu'est-ce qui donne du sens à votre pratique soignante ?
- Comment définiriez-vous le soin ?
- Dans quelle situation le patient peut-il être objet de soin ? |

Pour terminer, sur le thème de l'étudiant, je désire poser les questions suivantes :

- Comment accompagnez-vous l'ESI en stage ?
- Comment l'ESI trouve-t-il sa place dans l'équipe selon vous ?
- Jusqu'où l'ESI peut-il s'affirmer face à un professionnel ?

Pour finir, je terminerai par la question : Merci pour cet entretien avez-vous quelques choses à ajouter

## Annexe II : Demande d'entretien Centre hospitalier



INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS



Mme CHEVALIER Elodie  
Étudiant(e) en soins infirmiers  
8 rue de la République, 84480 Bonnieux

à Madame la Directrice des Soins  
Monsieur le Directeur des soins

Téléphone : 06.71.93.12.17  
Mail : elochevalier60@gmail.com

Avignon, le 17 février 2026

Madame, Monsieur,

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



auprès des populations : Infirmier Diplôme d'État dans le cadre de mon travail de fin d'études dont le thème est : La posture de l'étudiante infirmière face à la banalisation du soin : impact sur la qualité de la prise en charge

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

Prise de connaissance avec l'infirmier(e)

Si je vous dis « banalisation », qu'est-ce que cela évoque pour vous ?

Pouvez-vous me donner une situation où vous avez eu le sentiment que le soin a été banalisé ?

Quels facteurs peuvent faire que l'on banalise un soin ?

Qu'est-ce qui donne du sens à votre pratique soignante ?

Comment définiriez-vous le soin ?

Dans quelle situation le patient peut-il être objet de soin ?

Comment accompagnez-vous l'ESI en stage ?

Comment l'ESI trouve-t-il sa place dans l'équipe selon vous ?

Jusqu'où l'ESI peut-il s'affirmer face à un professionnel ?

En vous remerciant, je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de ma respectueuse considération.

Établissement Régional de Formation des Professions Paramédicales - GIPES d'Avignon et du Pays de Vaucluse  
740 chemin des Meinajaries - 84907 AVIGNON Cedex 9 - Tel 04 32 40 37 05

### Annexe III : Demande entretien Infirmière libérale



INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS



Mme CHEVALIER Elodie  
Étudiant(e) en soins infirmiers  
8 rue de la République, 84480 Bonnieux

à Madame l'infirmière libérale

Téléphone : 06.71.93.12.17  
Mail : elochevalier60@gmail.com

Avignon, le 17 février 2026

Madame, Monsieur,

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



auprès des populations : Infirmier Diplôme d'État dans le cadre de mon travail de fin d'études dont le thème est : La posture de l'étudiante infirmière face à la banalisation du soin : impact sur la qualité de la prise en charge

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

Prise de connaissance avec l'infirmier(e)

Si je vous dis « banalisation », qu'est-ce que cela évoque pour vous ?

Pouvez-vous me donner une situation où vous avez eu le sentiment que le soin a été banalisé ?

Quels facteurs peuvent faire que l'on banalise un soin ?

Qu'est-ce qui donne du sens à votre pratique soignante ?

Comment définiriez-vous le soin ?

Dans quelle situation le patient peut-il être objet de soin ?

Comment accompagnez-vous l'ESI en stage ?

Comment l'ESI trouve-t-il sa place dans l'équipe selon vous ?

Jusqu'où l'ESI peut-il s'affirmer face à un professionnel ?

En vous remerciant, je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de ma respectueuse considération.

Etablissement Régional de Formation des Professions Paramédicales - GIPES d'Avignon et du Pays de Vaucluse  
740 chemin des Meinajaries - 84907 AVIGNON Cedex 9 - Tel 04 32 40 37 05

## Annexe IV : Réponse demande entretien centre hospitalier



À [redacted] moi ▼

mar. 3 mars 15:50 (il y a 21 heures)

Bonjour madame,

Je valide votre demande. Je vous propose de vous rapprocher de cadres de santé que je mets en copie.

Cordialement.

[redacted]

Coordinatrice générale des soins.

[redacted]

[redacted]

## Annexe V : Réponse demande entretien avec une infirmière libérale

CABINET D'INFIRMIERS LIBÉRAUX

[redacted]

Numéro RPPS: [redacted]

À Madame CHEVALIER Elodie

Le 9 mars 2026, [redacted]

OBJET: Confirmation d'autorisation d'entretien infirmier

Bonjour,

Vous pouvez vous rapprocher de Madame [redacted] afin de réaliser votre entretien dans le cadre de votre mémoire.

Bonne réception,  
Cordialement

## Annexe VI : Entretien avec Madame J

**Moi : Bonjour, je suis Elodie étudiante infirmière en troisième année, et je réalise actuellement mon mémoire, dans ce cadre-là, je réalise des entretiens pour mettre (euh) comparer les idées avec la réalité du terrain. Avant de commencer m'autorises-tu as enregistrer et as te tutoyer ?**

Madame J : Oui, parfait.

**Moi : Parfait. On va commencer du coup par prendre connaissance et après ce sera des thèmes suivant mes trois thèmes de ma mémoire. Donc est-ce que c'est possible de me dire depuis de combien depuis de combien de temps tu exerces en tant qu'infirmière ?**

Madame J : Depuis juillet 2014, donc ça fait ça fait 12 ans... ça fait 12 ans. (Rire)

**Moi : Du coup est-ce que vu que tu es infirmière libérale tu pourrais me dire depuis combien de temps tu l'es ?**

Madame J : Décembre 2016 (10 ans)

**Moi : Ok, Est-ce qu'avec ton cursus actuel t'as bénéficié de formations spécifiques par rapport au tutorat des étudiants ? Sur la bientraitance ? Ou alors sur la communication avec les personnes âgées ?**

Madame J : Non pas fin hormis ce qu'on apprend à l'école et voilà les cours d'école, je n'ai jamais eu de formation autre par rapport à ça en tout cas pas par rapport à ce sujet-là.

**Moi : Ok, et c'était quoi comme autre formation que t'as pu faire ?**

Madame J : Moi en annexe, j'avais fait sur le diabète, les plaies chroniques, l'insuffisance cardiaque. (Réfléchi) Qu'est-ce que j'ai fait d'autre les voies veineuses périphériques et centrales. Tout ce qui en fait ça dépend de nous les formations qu'on nous propose, et puis normalement on doit en faire une par an. Dans nos obligations, on va dire et voilà mais non pas sur ce sujet-là en tout cas.

**Moi : Ok donc là on a fait les questions sur la partie globale donc maintenant je vais poser des questions que sur un thème. Donc si je te dis banalisation, qu'est-ce que cela évoque pour toi ?**

Madame J : Pas grand-chose. (Réfléchi) Mon Dieu. Banalisation ?

**Moi : Oui ou alors une situation où tu as eu le sentiment que le soin était banalisé ?**

Madame J : (long silence) Pas forcément, non mais je réfléchis parce qu'en libéral finalement c'est quand même une approche différente.

**Moi : Ce n'est pas pareil.**



32 Madame J : Donc moi je suis vraiment actrice du soin de comment je l'entends. Donc en fait  
33 pour moi il n'est pas banal donc ce n'est pas quelque chose que je fais à la chaîne, ce n'est pas  
34 quelque chose que je donc c'est pour ça en libéral, pas vraiment.

35 **Moi : Et est-ce que si on te dit banalisation de soin, est-ce que pour toi il peut y avoir des**  
36 **facteurs qui pourraient l'influencer ou pas ?**

37 Madame J : Bah je pense une routine, un planning à l'hôpital, on dit de telle heure à telle  
38 heure, c'est prise de sang et oui banalisation dans le sens où tu sais que tous les jours tu as  
39 préparé telle chose, tel tube à tel endroit Mais moi c'est tellement aléatoire, fin que je ne peux  
40 pas. Pour moi non. Il y a des choses où ça va être un petit peu banalisé, mais pas jamais pareil  
41 quand même.

42 **Moi : Ok parfait, on change de thème. Qu'est-ce qui donne du sens à ta pratique ?**

43 Madame J : Qui donne du sens à ma pratique. (Longue réflexion) Ça dépend des fois ça peut  
44 être la reconnaissance qu'on a derrière, la notion nous d'avoir fait quelque chose de bien  
45 d'avoir accompagné quelqu'un d'avoir eu un sourire d'avoir c'est encore pareil en libéral, c'est  
46 tellement différent, on est tellement proche de la personne que le retour est.... Fin tu prends  
47 ce positif en fait.

48 **Moi : Donc pour toi c'est le positif qui te revient après avoir travaillé.**

49 Madame J : Ouais d'être satisfait du travail bien fait entre guillemets on fait au mieux et puis  
50 d'avoir apporté ça à la personne.

51 **Moi : Et du coup à contrario dans quelle situation pour toi le patient il peut être objet de**  
52 **soin ?**

53 Madame J : Bah je ne sais pas si ça peut rentrer là-dedans, mais plus justement des personnes  
54 qui n'ont pas forcément demandé qu'une infirmière libérale vienne et qu'on leur impose. Voilà  
55 par exemple un peu une distribution de cachets, quelqu'un qui n'a pas envie, mais là pour le  
56 coup on vient, on donne les cachets et on repart et fin il n'y a pas eu (réfléchi)

57 **Moi : ça n'a pas été discuté avec et la personne**

58 Madame J : pour lui ça l'embête qu'on vienne nous bah il n'y a pas d'interaction plus que ça ce  
59 n'est pas bénéfique ce n'est pas enrichissant ni pour l'un ni pour l'autre.

60 **Moi : Oui donc au final**

61 Madame J : oui plus par rapport à ça

62 **Moi : Oui parce s'il choisit pas donc c'est du coup il n'y a pas même du coup il n'y a pas**  
63 **de ce n'est pas super bonifiant non plus parce qu'il n'y a pas vraiment de relation de**  
64 **soin qui s'instaure.**

65 Madame J : hum oui

66 **Moi : Et du coup pour le dernier thème, est-ce que tu as déjà accompagné des étudiants**  
67 **en stage ?**

68 Madame J : Ouais on en prend un ou deux par an.

69 **Moi : Un ou deux étudiants ok. Comment l'étudiant il arrive à trouver sa place avec toi**  
70 **lors des tournées ?**

71 Madame J : Je pense honnêtement qu'avec ma collègue, on n'est vraiment pas pénible et que  
72 si on prend des étudiants, c'est un choix de notre part et ça n'a pas été imposé. Donc on veut  
73 que le stage se passe bien. Et on essaye de mettre à l'aise directement avec le tutoiement déjà  
74 pour nous pour que ça se passe bien avec les patients, il faut déjà que ça se passe bien avec  
75 nous. C'est important, je pense. Et on prévient déjà les patients largement à l'avance donc eux  
76 ont déjà le temps de se préparer aussi donc de bien accueillir les étudiants. C'est important  
77 aussi. Et après bah nous on est dans l'optique que les étudiants faut qu'ils fassent donc on les  
78 met tout de suite à l'aise et un peu bah tu veux faire t'y vas grosse c'est partie. Donc on leur  
79 fait confiance dans la limite voilà ce qui est possible de réaliser et puis de laisser faire, mais  
80 on ne bloquera pas sur des soins s'ils veulent faire, ils feront tout quoi.

81 **Moi : Et petite question comme ça par exemple il se passe une situation où le**  
82 **professionnel de santé il n'agit pas forcément bien. Pour toi jusqu'où l'étudiant il peut**  
83 **s'affirmer jusqu'au bout dire ce qu'il pense ou alors ne rien dire ?**

84 Madame J : C'est le professionnel qui fait une erreur ?

85 **Moi : Oui par rapport au thème précédent, donc la banalisation. Si l'étudiant est face à**  
86 **ça jusqu'où il peut s'affirmer en fait.**

87 Madame J : Bah en fait je sais pas parce que j'ai pas forcément une situation jusqu'à ce stade-  
88 là, mais quand il y a une situation interpellante où un étudiant qui se pose une question par  
89 rapport à ma pratique par rapport à pourquoi j'ai fait ça par rapport au comportement d'un  
90 patient ou autre, c'est vrai que l'on en parle tout de suite nous dans la voiture bah oui mais il y  
91 a eu ça comment ça se fait t'as dit ça mais pourquoi fin... donc moi je préférerais échanger tout  
92 de suite et puis qu'on mette les choses au clair et voilà et justement des fois vous êtes sujet à  
93 avoir des situations interpellantes et en travailler et en ramener à l'école. Et des fois ça peut-

94 être le fameux sujet pour faire un dossier dessus et puis après je pense que même pour nous en  
95 tant que professionnels, c'est bien aussi d'avoir une analyse autre, même d'un étudiant. Je suis  
96 assez ouverte pour entendre les choses. Après voilà tout dépend le contexte, tout dépend où  
97 l'étudiant le dit. S'il le dit en privé dans la voiture, on revient sur la situation ou s'il va se  
98 permettre de dire les choses devant un patient et là que ça peut être gênant, je n'aurais pas le  
99 même comportement non plus voilà c'est nul. Mais après autant en parler.

100 **Moi : Est-ce que par rapport à tous ces thèmes tu as des choses à ajouter ?**

101 Madame J : Non

102 **Moi : OK et du coup c'est bon**

## Annexe VII : Entretien avec Madame S

**Moi : Bonjour, est-ce que dans le cadre de mon travail de fin d'étude, je peux vous poser des questions en lien avec mon sujet afin de comparer vos idées avec celles des auteurs.**

Madame S : Oui, alors par le moi de ton sujet.

**Moi : Alors j'ai pas trop le droit de dire le sujet en amont, mais avec les questions les thèmes vont ressortir.**

Madame S : D'accord, ça va.

**Moi : Du coup juste avant de commencer, on va prendre connaissance savoir du temps et tout et après je ferai par rapport à mes trois thèmes. Donc mon mémoire il aborde trois thèmes. Du coup est-ce que tu peux me dire depuis combien de temps tu exerces en tant qu'infirmière ?**

Madame S : 15 ans au service de rééducation.

**Moi : Ok. Donc, est-ce que durant ton parcours tu as pu bénéficier de formations pour les étudiants ? sur la bientraitance ? ou sur la communication avec les personnes âgées ?**

Madame S : Oui.

**Moi : Et est-ce que c'est souvent revu ou ....**

Madame S : Chaque année c'est souvent proposé parce que mon service c'est un soin de suite et réadaptation, à viser gériatrique, la moyenne d'âge, c'est à peu près 85 ans. Donc chaque année nous on propose des formations intrahospitalières pour la communication avec les personnes âgées, la communication non violente Voilà tout ça.

**Moi : Et pour la formation des étudiants tu en as fait ou pas ?**

Madame S : Je n'en ai pas fait, j'en ai eu demandé et je vois que cette année c'est mis à l'affichage. Parce que c'est vrai que le portfolio ce n'est pas très facile pour nous.

**Moi : Donc pour toi c'est bénéfique d'avoir une formation.**

Madame S : C'est nécessaire. C'est une obligation, je trouve. Parce qu'une fois j'ai dû revenir sur une note et parce que je ne savais pas que l'avoir vu, c'est comme si tu l'avais fait. Il y avait quelque chose comme ça du coup je suis revenue en co-signant la tutrice est revenue pour une fille.

**Moi : OK ça marche du coup maintenant que j'en sais un peu plus sur toi, je vais te poser du coup des questions sur le premier thème. Donc si je te dis banalisation, qu'est-ce que cela évoque pour toi ?**

Madame S : Banaliser, c'est c'est c'est banal quoi ? c'est.... (Long silence)

32 **Moi : Est-ce que tu aurais une situation peut-être où le soin a été banalisé ?**

33 Madame S : Le soin a été banalisé ?

34 **Moi : Une situation vécue ou...**

35 Madame S : Banalisée pour moi s'est un peu jeté par terre quoi sans foutre. On ne dit pas ça,  
36 mais moi le soin, tu banalises pas les soins quels qu'ils soient d'ordre relationnel, technique,  
37 etc. Donc j'essaye, je peux pas sauf si t'es dans l'urgence et que tu t'es seule dans le service et  
38 qu'il y a une urgence et que t'es la seule infirmière pour les 30 forcément peut-être ça sera la  
39 distribution du traitement elle sera peut-être un peu plus banalisée ou confiée peut-être à ....

40 **Moi : Oui, mais ce sera priorisé.**

41 Madame S : Tu priorises l'urgence. tes soins

42 **Moi : Et si jamais donc à part l'urgence, est-ce qu'il y a d'autres facteurs qui peuvent**  
43 **faire qu'on peut banaliser un soin ?**

44 Madame S : Si t'as pas de médecin, mais banalisé tu peux pas banaliser un soin en fait mais  
45 pour moi tu peux pas banaliser un soin. Si déjà c'est un soin c'est pas banal. Mais bon

46 **Moi : On va changer de thème. Est-ce que qu'est-ce qui donne du sens à ta pratique**  
47 **soignante ?**

48 Madame S : Bah que le patient va mieux qu'il est qu'il souffre pas, qu'il est souriant, qu'il  
49 est.... Moi j'ai choisi ce service parce que les patients n'étaient pas endormis, pas sédatisés. Par  
50 exemple en réa. Donc moi j'aime l'échange

51 **Moi : le relationnel l'humain.**

52 Madame S : Dans la technique, il y a toujours de l'échange. Moi j'aime bien mettre toujours le  
53 relationnel. C'est le plus important. C'est lié quoi pour moi.

54 **Moi : Ok, et donc du coup pour la définition du soin on en revient à pareil ou tu le**  
55 **définirai...**

56 Madame S : Non c'est pareil. Pareil. Pour moi un entretien informel, c'est un soin. À partir du  
57 moment où tu mets le pied dans le service, c'est des soins. Là je fais un soin pour toi aussi.  
58 (rire)

59 **Moi : Et à contrario, dans quelle situation le patient il peut être objet de soins ?**

60 Madame S : C'est toi qui le mets un objet, si tu lui expliques pas le soin, si tu le prends pour  
61 un objet en fait. Si tu le considères comme un être humain comme une personne que tu lui  
62 expliques et tout tu le prends en considération, tu lui expliques. Pour moi c'est pas un objet.  
63 Après si tu fais ton soin et que tu te focalises sur ton soin sans faire attention à la personne,

64 sans lui dire je vais vous faire une prise de sang, donnez-moi votre bras etc. je vais vous faire  
 65 ça, tu le prends pour un objet si tu t'adresses pas à lui.

66 **Moi : Donc en gros que la technique pour toi c'est un objet de soins et en apportant un**  
 67 **côté relationnel, ce n'est plus un objet de soins. C'est un soin tout court.**

68 Madame S : Pour moi les gens c'est pas des objets. Sinon je vais travailler à l'usine, tu vois.  
 69 Ramasser les carottes. Même les gens qui sont difficiles, je cherche toujours à un moyen de  
 70 communiquer. J'ai fait des formations pour ça, mais j'ai fait aussi de la psychiatrie dans ma  
 71 formation d'infirmière.

72 **Moi : Oui donc forcément ça....**

73 Madame S : Tu peux communiquer avec tout le monde.

74 **Moi : Ok. Dernier thème en stage quand on est là, comment tu accompagnes l'étudiant ?**

75 Madame S : Bah déjà avec ce que je peux parce qu'on m'a pas dit comment il fallait le faire, je  
 76 lui montre le service, je lui dis ce qui est important dans le service, je lui demande son projet  
 77 de son projet de stage.

78 **Moi : ses objectifs de stage ?**

79 Madame S : Et après moi je suis un peu spécialisée dans les médicaments parce que j'étais  
 80 préparatrice en pharmacie avant et que ça me plaît. Et qu'ici il y a beaucoup de surveillance,  
 81 chez les personnes âgées. Du coup je leur dis si tu veux faire des si tu veux faire des comment  
 82 dire si tu vas apprendre la pharmaco, je suis là quoi après je leur demande ce qu'ils veulent  
 83 aussi ce qu'ils attendent du stage.

84 **Moi : Oui en fait c'est vraiment une collaboration entre toi et l'étudiant.**

85 Madame S : Et les collègues aussi.

86 **Moi : Et les collègues, oui, forcément. Donc pour la question comment l'étudiant**  
 87 **trouve....**

88 Madame S : Après moi et le patient. Je demande au patient s'il est d'accord, enfin que tu te  
 89 présentes et si ça le dérange pas que une étudiante soit fasse le soin, soit regarde le soin, soit  
 90 tu vois. Je te présente quoi tu fais partie de notre équipe en fait. Moi je t'inclus dans l'équipe.

91 **Moi : Ok, parfait, mais tu réponds à la question d'après.**

92 Madame S : Je t'isole pas.

93 **Moi : Et du coup la dernière question puisque tu as répondu à celle d'avant jusqu'où**  
 94 **l'étudiant il peut s'affirmer face à un professionnel de santé, pour toi.**

95 Madame S : réfléchi, et hausse les épaules

96 **Moi : S'affirmer dans le sens par rapport à mes thèmes d'avant, jusqu'où s'il est face à**  
97 **une situation négative jusqu'où il peut s'affirmer face à l'équipe**  
98 Madame S : Il peut parler quoi, il peut discuter, il peut demander un entretien avec un  
99 soignant. Il peut mais c'est pas toujours facile. À mon avis c'est pas facile. faire attention voir  
100 la cadre s'il y a quelque chose qui s'est passé ou se réunir si y a un évènement qui s'est passé,  
101 tu veux dire ? (Oui) faut pas laisser traîner, il faut le dire, mais voilà. C'est pas évident en tant  
102 qu'étudiant, je trouve de s'exprimer.  
103 **Moi : Ok, ça marche.**  
104 Madame S : Parce que on a toujours l'épée de Damoclès il va mal me noter.  
105 **Moi : D'accord.**  
106 Madame S : Après je vais peut-être être une exception, je ne sais pas. Moi je dis des choses à  
107 mesure, tu vois je dis on fait un bilan mi-stage. Et on voit à ce qui va ce qui va pas ce que  
108 j'attends de l'étudiant. Après on peut pas tout atteindre, il faut respecter s'il en première année  
109 ce qu'il a fait avant tu vois il faut voir le parcours d'avant bien sûr  
110 **Moi : Ok, et du coup moi c'est tout bon est-ce que tu as quelque chose à ajouter ?**  
111 Madame S : Non ça va  
112 **Moi : alors c'est bon.**  
113 Madame S : Si j'ai répondu à tes questions  
114 **Moi : C'est tout bon**

## Annexe VIII : Entretien avec Madame A

**Moi : Alors du coup avant de poser mes questions, il faut que j'en apprenne davantage sur toi pour comparer parce que l'objectif c'est de comparer du coup les idées des auteurs avec la pratique soignante. Du coup depuis combien de temps tu exerces en tant qu'infirmière**

Madame A : 10 ans

**Moi : Depuis combien de temps dans ce service dans ce service ?**

Madame A : Grosso merdo 10 ans parce que j'ai trois ans sur le pool, mais j'étais aussi au SSR et après j'ai fait du SSR.

**Moi : Ok tout le temps dans ce service. Est-ce que tu as pu bénéficier de formations spécifiques depuis que t'es infirmière ?**

Madame A : Oui oui.

**Moi : Est-ce que concernant le tutorat des étudiants ?**

Madame A : Euh Formation sur le tutorat ? non

**Moi : Est-ce que sur la bientraitance ?**

Madame A : oui

**Moi : Et sur la communication avec la personne âgée.**

Madame A : oui

**Moi : Et est-ce que pour toi ce serait bénéfique ou pas d'avoir des formations sur ces thèmes-là de temps en temps ?**

Madame A : Oui pour se remettre au goût du jour pour revoir notre pratique oui. Après on s'adapte nous aux patients aussi on s'adapte aux patients les formations c'est une chose mais en pratique au pratique s'en est une autre. C'est toujours l'adaptation qui revient.

**Moi : Du coup on va rentrer dans le vif du sujet. La première question c'est si je te dis banalisation, qu'est-ce que cela évoque pour toi ?**

Madame A : pas de réponse

**Moi : Ou alors une situation que tu as pu vivre pour toi le soin a été banalisé.**

Madame A : C'est pas français ça pour moi c'est pas français, c'est du chinois. Euh une situation banalisée.

**Moi : Alors pour toi qu'est-ce que c'est ? déjà dans la vie de tous les jours pour toi quelque chose de banalisé qu'est-ce que ce serait ce serait ?**

Madame A : quelque chose de courant de



32 **Moi : Et si tu le rapportes aux soins, est-ce que tu as pu vivre quelque chose ? Un soin**  
33 **banalisé ?**

34 Madame A : Non, je peux pas t'aider là soit banalisé.

35 **Moi : Qu'est-ce qu'est-ce qui pourrait être quel facteur on pourrait rencontrer en tant**  
36 **que soignant qui pourrait faire que le soin il va être banalisé ?**

37 Madame A : Non mais j'arrive même pas à mettre dans le contexte un soin banalisé.

38 **Moi : Parce que est-ce que pour toi un souhait banalisé ça peut exister ?**

39 Madame A : Oui, bien sûr. quelque chose Pour moi, un soit banalisé, c'est quelque chose qui  
40 est devenu courant, normal limite un geste, un acte automatique. Donc oui ça c'est ça devrait  
41 pas l'être automatique.

42 **Moi : Et qu'est-ce qui va rendre le soin automatique**

43 Madame A : La répétition, le manque de temps, le fait qu'on ait les patients qui sont là depuis  
44 longtemps dans notre service, donc on les connaît bien et on fait les choses de manière  
45 automatique.

46 **Moi : Est-ce serait pas du coup une forme de routine ?**

47 Madame A : Oui oui clairement au vu de notre poste et notre métier, ça ne devrait pas puisque  
48 ça peut engendrer des erreurs.

49 **Moi : Ok, parfait, on change de thème qu'est-ce qui donne du sens à ta pratique**  
50 **soignante**

51 Madame A : A l'heure actuelle (rire) Qu'est-ce qui donne du sens à ma pratique soignant ?  
52 Faire en sorte qu'ils aillent mieux, être là pour eux, dans la mesure du possible et de donner  
53 des moyens donnés. Ceux qui ont les familles comme on peut, mais c'est de plus en plus  
54 compliqué.

55 **Moi : : Et pourquoi ?**

56 Madame A : C'est parce que les familles sont exigeantes parce que l'administration est plus de  
57 plus en plus de plus en plus exigeante, nous en demande de plus en plus toujours avec moins  
58 de matos et moins de personnel. Faudrait qu'on puisse tout faire sur une journée de 12 heures  
59 et être parfait c'est ce qui est impossible. Le but de notre métier c'est ça c'est d'aider de faire  
60 en sorte que tout aille bien pour tout le monde et c'est plus faisable. À l'heure actuelle.

61 **Moi : Comment définirais-tu le ...** (couper par le magasinier : comment tu vas toi  
62 \*\*\*\*\* pomme ça va. Tu pètes le feu? Non, pas le feu, mais \*\*\*\*\* Tu  
63 \*\*\*\*\* . Allez, à toutes.)

64 **Moi : Et du coup comment définirais-tu le soin ?**

65 Madame A : Après on fait toutes sortes de soins techniques qui est vraiment sur le physique  
66 sur le corps du patient, soit psychologique. Après on fait du soin aussi en s'impliquant au  
67 niveau social, même si ça c'est pas le plus ce qui se remarque le plus, mais nous là à l'heure  
68 actuelle au SSR en tout cas c'est ce qui nous prend le plus de temps tout ce qui est social, les  
69 documents, le retour à domicile, mettre en place les aides, c'est un soin comme un autre.

70 **Moi : Et du coup dans quelle situation le patient il peut être objet de soins ?**

71 Madame A : Un objet de soin pour toute situation, l'objet de soin. Qu'est-ce que t'entends par  
72 objet de soin ?

73 **Moi : Un objet de soins dans le sens où il y a le patient qui il y a le patient et l'objet.**

74 Madame A : Certains patients, ce sont des objets, ils sont là, ils subissent ce qu'on leur fait.

75 **Moi : OK donc pour toi le patient il va être objet de soins quand il est là, mais presque  
76 parce qu'il est soumis mais qu'il a pas envie.**

77 Madame A : Ou qu'il comprend pas et qu'il laisse se faire, mais il comprend pas ce qui se  
78 passe ou le patient nous on a beaucoup de patients ça se pas ce qui se passe donc il y a des  
79 fois ils sont dans le refus mais on insiste pour les faire c'est en quelque sorte de la  
80 maltraitance aussi. Parce qu'on respecte pas leur choix, mais après est-ce qu'ils ont la capacité  
81 de prendre un choix éclairé aussi donc c'est compliqué. Pour toutes sortes de choses, les  
82 médicaments, ils refusent les médicaments mais non on insiste pour qu'ils les prennent  
83 perfusion les sondages, lavement, il y en a qui acceptent et qui comprennent, il y en a qui  
84 n'acceptent pas et qui comprennent pas, mais on est obligé pour leur santé pour leur santé de  
85 faire le soin, même s'ils sont dans le refus. Donc là ils ne sont pas nos objets quoi.  
86 Malheureusement.

87 **Moi : D'accord, parfait du coup dernier thème comment accompagnes-tu un étudiant  
88 lorsqu'il est avec toi en stage ?**

89 Madame A : Comment je l'accompagne. Il y a les soins techniques, la distribution des  
90 médicaments, j'essaye de le détendre et ne pas lui mettre la pression. Je suis pas du style à  
91 mettre la pression moi c'est plutôt à la cool, je vais mettre à l'aise, j'impose rien, je lui  
92 propose, je lui dis ce qu'il y a à faire et ce qu'il peut faire. Pas de pression tu veux le faire, je te  
93 montre, tu le fais, tu veux pas le faire, tu regardes voilà quoi

94 **Moi : et donc du coup comment pour toi il trouve sa place dans l'équipe ?**

95 Madame A : Pour l'intégrer à l'équipe, lui proposer des choses, lui parler directement lui dire  
96 les choses en face et pas parler dans son dos. Rien que le moment convivial du repas du midi,  
97 l'intégrer à ce moment-là, nous tous nos étudiants ils sont avec nous toute la journée. Après on  
98 essaye de les faire tourner on peut être soigné un peu nous un peu le kiné s'il veut qu'il voit un  
99 peu tous les corps de métier et le mettre à l'aise, pas de pression.

100 **Moi : Parfait et du coup la dernière question c'est jusqu'où l'étudiant on peut s'affirmer**  
101 **face à un professionnel**

102 Madame A : Tant c'est dans le respect que il s'interroge, il y a des choses qui peuvent le  
103 choquer parce qu'il a pas l'habitude. L'interrogation il pose des questions tant qu'il est tant que  
104 le ton le ton et la manière dont il s'exprime est correct, moi il peut me il peut parler, il n'y a  
105 pas de souci, même s'il trouve qu'il y a un soin que j'ai mal fait ou qu'il comprend pas tout  
106 simplement, il vient me voir, il me parle et je lui explique. Après il peut avoir raison des fois  
107 j'ai pas la science infuse, mais moi ça fait 10 ans voilà un peu la routine. Je fais des choses de  
108 manière automatique, c'est peut-être pas en plus de nouvelles réglementations actuelle par  
109 rapport à certains soins de certaines règles d'hygiène, s'il a quelque chose à me redire, il me  
110 dit ah bah c'est comme ça maintenant ,ok je savais pas, on apprend l'un de l'autre.

111 **Moi : Ok, ça marche. Et du coup est-ce que tu as quelque chose à ajouter pour terminer**  
112 **ou pas ?**

113 Madame A :Non. Ça va, tu m'as pas traumatisé. C'est bon tant mieux. tes trucs chelou au  
114 début là Non il faut pas me parler médical, il faut parler français. Que je comprenne tout.

115 **Moi : Ah c'est bon, parfait.**

## Annexe IX : Entretien avec E

**Moi : Je suis en train de faire mon mémoire donc il faut que je compare avec les idées des auteurs. Du coup je vais commencer par prendre connaissance et après j'ai trois thèmes ça va être facile à deviner par rapport à mes questions. Du coup question un depuis combien de temps exercez-vous en tant qu'infirmière ?**

Madame E : 21 ans.

**Moi : Ok, et depuis combien de temps au sein des sein du service des urgences ?**

Madame E : 16 ans. Ok.

**Moi : Est-ce que durant votre cursus est-ce que depuis que vous êtes urgences vous avez bénéficié de formations intrahospitalières ?**

Madame E : Oui

**Moi : Est-ce que ça concernait le tutorat des étudiants ?**

Madame E : Non

**Moi : Sur la bientraitance ?**

Madame E : Oui.

**Moi : Et sur la communication avec la personne âgée ?**

Madame E : Moi j'en ai jamais fait.

**Moi : Ok, du coup concernant le premier thème, si je vous dis banalisation, qu'est-ce que cela évoque pour vous ?**

Madame E : Banalisation de quoi ?

**Moi : Banalisation des soins.**

Madame E : Bah manque de considération, banalisation ? c'est comment dire... laisser aller quoi ne pas être consciencieux.

**Moi : Et est-ce qu'il y aurait une situation où vous avez eu le sentiment que le soin il était banalisé ?**

Madame E : Moi je pense qu'il y en a plein des situations

**Moi : Est-ce qu'il y en a une en particulier ou pas ?**

Madame E Infirmière, vous voulez dire ?

**Moi : Oui ou même même si c'était pas vous en tant que vous...**

Madame E : Oui, j'ai déjà assisté même des petits gestes médicaux des trucs on fait vite fait sans prendre le temps sans anesthésier correctement des choses comme ça plutôt médicaux que tu veux tu vois voilà.

32 **Moi : Et à votre avis quel facteur peut influencer faire qu'on va banaliser un soin ?**

33 Madame E : Quel facteur ? La routine, ça va faire souvent je sais pas, je dirais ça la routine.,  
34 après les conditions aussi du jour si on me surmené avec beaucoup d'entrées, on peut faire vite  
35 sans forcément être dans la bienveillance quoi. Voilà je dirais ça.

36 **Moi : On va changer de thème.**

37 Madame E : Changeons de thème.

38 **Moi : Qu'est-ce qui donne du sens à votre pratique soignante ?**

39 Madame E : Quelle est cette question alors qu'est-ce qui donne du sens à ma pratique ? Bah  
40 beaucoup de choses. Ouais beaucoup de choses en fait. Bah sa conscience professionnelle  
41 déjà tout simplement. Après il y a aussi l'environnement, je pense tout ce qui est extérieur, la  
42 bienveillance entre nous aussi ça fait qu'après on travaille mieux et de façon sereine quand il  
43 n'y a pas d'agressivité quand on est avec des gens plus envie de travailler aussi de travailler et  
44 mieux faire. Ouais je dirais ça.

45 **Moi : Ok, parfait. Et comment vous définiriez le soin ? Si vous deviez donner une**  
46 **définition du soin ?**

47 Madame E : Oui. Bah le soin c'est c'est accompagner quelqu'un dans un moment technique ou  
48 pas avec nos capacités personnelles, avec bienveillance et douceur quoi voilà

49 **Moi : Parfait plutôt sur le côté négatif dans quelle situation le patient il peut être objet**  
50 **de soins.**

51 Madame E : Objet ?

52 **Moi : Est-ce qu'aux urgences on peut parler d'objets de soins déjà ?**

53 Madame E : Ouais ouais ouais un peu, je pense bah ça dépend si le patient on connaît ses  
54 antécédents, s'il a fait des choses malveillantes, ce genre de choses aussi les gardes à vue ce  
55 genre de choses. Donc il arrive menoté, on doit le constater machin et c'est robotisé quoi on fait  
56 pas, et puis si on sait par malchance ce qui s'est passé qu'on peut avoir des préjugés aussi. Et  
57 voilà dans ce cadre-là, sinon objet, je vois pas.

58 **Moi : Ok, parfait. Et du coup le dernier thème comment accompagnez-vous l'étudiant**  
59 **lorsqu'il est avec vous en stage ?**

60 Madame E : Bah moi je suis la référente dans ce service des étudiants mais ça s'est fait parce  
61 que je suis la plus ancienne en fait j'ai jamais fait de formation, je vois que maintenant il y en  
62 a tutorat pour alors l'accompagnement bah déjà c'est présenter le service quand il arrive  
63 élaborer son planning avec lui, selon elle selon ses envies etc. ses impératifs d'école etc. Et

64 rester tout le temps avec lui les premiers jours qu'il soit bien être disponible pour répondre à  
65 ses questions. Voilà on va être bienveillant, ferme mais bienveillant.

66 **Moi : Parfait. Et du coup comment l'étudiant pour vous il trouve sa place dans l'équipe**  
67 **?**

68 Madame E : Bah, dans notre équipe, ça se passe plutôt bien on a des retours assez positifs.  
69 Bon ça se fait naturellement, franchement on est une équipe assez jeune apparemment mais  
70 voilà assez tolérant.

71 **Moi : Il arrive à s'intégrer tout seul en fait.**

72 Madame E : S'il est poli ou elle est polie nickel, il sait qu'il n'y a pas on peut poser toutes les  
73 questions, il n'y a pas de soucis tant que on sent un intérêt pour la profession en général ça se  
74 passe très on va dans les deux sens

75 **Moi : Et du coup ma dernière question, c'est jusqu'où l'étudiant il peut s'affirmer face à**  
76 **un professionnel ?**

77 Madame E : Il peut s'affirmer, il peut donner son avis, bien sûr, mais sans non plus donner des  
78 des leçons de morales aux soignants qui ont appris le métier, il y a 20 ans, tu vois ce que je  
79 veux dire. Voilà alors il y a une façon aussi de voilà s'il présente un truc en disant maintenant  
80 on apprend comme ça enfin pour moi c'est ok moi c'était il y a longtemps. Mais je pense qu'il  
81 y a une façon de parler, une façon de s'exprimer aux gens, mais tant que c'est respectueux, on  
82 est prêt à entendre tout je pense. parfait.

83 **Moi : Est-ce qu'il y a quelque chose à ajouter ?**

84 Madame E : Non. c'est fini.

85 **Moi : Merci beaucoup en tout cas.**

86 Madame E : Allez

Annexe X : Entretien avec madame G

**Moi : Du coup, il faut que je mette en lien les idées des auteurs et que je compare avec ce que disent les soignants. Donc on va commencer par prendre connaissance. Est-ce que tu peux me dire depuis combien de temps tu es infirmière ?**

Madame G : Depuis décembre 2019, donc six ans et demi.

**Moi : Ok. Et est-ce que depuis combien de temps au sein de la médecine ?**

Madame G : La médecine ça fait deux ans, quasiment deux ans et demi.

**Moi : Ok. Parfait. Est-ce que depuis que t'as été diplômée t'as eu des formations spécifiques ?**

Madame G : Hum, oui.

**Moi : Est-ce que ça concerné le tutorat des étudiants ?**

Madame G : Alors moi non, par contre il y a les filles qui sont en formation là aujourd'hui et demain sur Avignon pour ça. Non moi j'en ai eu, mais c'est pas c'est pas des..... non.

**Moi : Ok. Et est-ce que ça t'intéresserait ?**

Madame G : Oui

**Moi : Concernant la bientraitance.**

Madame G : Oui

**Moi : Ça date de quand ?**

Madame G : Je crois que c'est l'une des premières que j'ai faites donc c'était post Covid parce que pendant le Covid il y a pas eu de formation pendant quasiment deux ans. Donc ça doit faire 3/4 ans.

**Moi : Ok. Et est-ce qu'il faut de temps en temps les refaire ou pas ?**

Madame G : Oui alors c'est c'est ton choix. Mais moi j'ai refait alors c'est pas sur la bienveillance réelle, j'en ai fait une le mois dernier sur la gestion des conflits et le positionnement soignant dans le conflit, donc ça reprend quand même vachement.

**Moi : Ok, et la dernière formation que tu aurais pu faire, c'est la communication avec les personnes âgées.**

29 Madame G : Alors ça je sais qu'elle y est cette année, en fait moi je me suis inscrite à  
30 beaucoup donc je m'étais inscrite au tutorat, je m'étais inscrite à la communication  
31 avec les personnes âgées, je m'étais inscrite à ça et aux soins palliatifs, mais  
32 malheureusement avec mes plannings ça ne fonctionne pas. Mais je sais qu'il y en a  
33 une qui est proposée sur l'hôpital en ce moment.

34 **Moi : OK donc ça t'intéresse ?**

35 Madame G : Oui :

36 **Moi : Ok. Bon bah parfait donc on a pris connaissance donc du coup le premier**  
37 **thème si je te dis banalisation, qu'est-ce que cela évoque pour toi ?**

38 Madame G : Faire un soin sans y réfléchir. (Réponse rapide et ferme)

39 **Moi : Ok. Et est-ce que tu as vécu ou vu une situation où le soin il était ou tu as eu**  
40 **le sentiment qu'il était banalisé ?**

41 Madame G : Honnêtement quasiment tous les jours.

42 **Moi : Ok**

43 Madame G : Que ça soit conscient ou inconscient. Mais oui en fait ça va être par  
44 exemple sur un patient. Nous, on a des OH (alcoolique chronique), on a des personnes  
45 comme ça donc par exemple t'as un OH qui vient, tu vas lui faire certains soins etc. et  
46 ben celui d'après inconsciemment, tu vas faire exactement la même chose sans prendre  
47 en compte forcément qui il est et je dis on, je dis je c'est une globalité mais oui oui ça  
48 arrive souvent.

49 **Moi : Est-ce que tu penses qu'il y a des facteurs qui peuvent faire qu'on va**  
50 **banaliser un soin ?**

51 Madame G : Bah là tu vois le premier truc que je t'ai dit, c'est OH c'est tout ce qui est  
52 psychiatrique, tout ce qui est ouais je pense que oui tout ce qui est gériatrie. Si la  
53 personne a pas sa tête, tout ce qui est démence etc. c'est vrai qu'on va aller moins  
54 scruter sur la personne en elle-même. On va faire juste notre soin.

55 **Moi : Ok, d'autres facteurs ou pas ?**

56 Madame G : C'est ceux qui me viennent là nous en médecine, c'est ce qui me viennent  
57 comme ça et quand tu m'as dit banalisation, c'est ce à quoi j'ai pensé direct. Après  
58 peut-être qu'en réfléchissant ça me viendra après mais sinon je t'avoue que non.



59 **Moi : Ok parfait. Bon le premier thème c'est bon du coup ...**

60 Madame G : (me coupe) On essaie de ne pas le faire.

61 **Moi : Oui**

62 Madame G : Mais c'est inconscient. Et tu t'en rends compte ensuite quand t'es en train  
63 de faire ton moment quand tu as fini, tu dis merde en fait j'ai posé mais oui oui  
64 malheureusement mais...

65 **Moi : Oui bon le but c'est que ce soit inconscient pas conscient normalement.**

66 Madame G : Sinon on change de métier.

67 **Moi : Second thème, qu'est-ce qui donne du sens à ta pratique soignante ?**

68 Madame G : Le patient dans sa globalité justement, justement le prendre en ..... éviter  
69 de banaliser les soins et justement essayer de prendre vraiment ton patient dans la  
70 globalité, c'est-à-dire c'est pas un cas médical, c'est pas un machin, mais c'est  
71 quelqu'un qui a vécu qui a trois enfants qui est seul à la maison qui enfin.

72 **Moi : C'est un être humain à part entière.**

73 Madame G : Oui

74 **Moi : Est-ce que tu peux me donner pour toi la définition du soin ?**

75 Madame G : Le soin c'est tout ce qu'on apporte ou qu'on fait venir, tout ce qu'on  
76 apporte à la personne ou qu'on fait sortir d'elle-même, c'est-à-dire que c'est pas  
77 forcément nous qui allons faire quelque chose, elle peut se prendre en soin elle-même  
78 aussi, mais on va l'aider à aiguiller et sortir quelque chose d'elle-même pour qu'elle  
79 puisse se prendre en soin. Tout ce qu'on amène pour quelque chose de bénéfique que  
80 ça soit psychologique, que ce soit social, que ce soit physique, que ce soit ; oui  
81 physique sur du cardiaque, mais aussi sur une petite dermabrasion sur beaucoup  
82 beaucoup l'aspect psychologique et social même beaucoup beaucoup que  
83 malheureusement on n'a plus le temps de faire en tant qu'infirmière.

84 **Moi : Ok et du coup dans quelle situation le patient il peut être objet de soins ?**

85 Madame G : Quand on n'a pas le temps, on repart sur la banalisation du départ, c'est  
86 inconscient, mais sur 16 patients t'en as deux un peu plus difficiles qui ont un gros  
87 problème à l'instant T et ben le pansement de Monsieur Dupont à ce moment-là où le  
88 besoin de Monsieur Dupont de te parler à ce moment-là, malheureusement....

89 **Moi : Tu vas prioriser.**

90 Madame G : Oui

91 **Moi : Ok.**

92 Madame G : Et puis on a tellement d'administratifs, tellement d'administratifs que

93 malheureusement on n'a plus le temps d'être avec sur ta journée de 12 heures, il nous

94 manquerait deux heures pour être avec ton patient avec chaque patient quoi.

95 **Moi : Oui vous êtes plus devant un ordinateur qu'en soin**

96 Madame G : Oui

97 **Moi : Et du coup le dernier thème, comment tu accompagnes un étudiant quand**

98 **il est avec toi en stage ?**

99 Madame G : (rire) Tu peux aller voir les étudiants et leur demander. Alors pour moi,

100 fin, c'est parce que je pense à C (EIDE actuelle) là, mais c'est vrai que quand j'ai des

101 étudiants pour moi et pour nous s'est assez compliqués.

102 **Moi : Ok**

103 Madame G : J'adore encadrer les étudiants vraiment parce que vous nous amenez

104 énormément de choses qu'on a plus en fait. Nous on est plus en train de se former

105 toutes les cinq minutes, il y a des choses qui changent tout le temps, il y a des choses

106 qui changent tout le temps donc c'est hyper intéressant parce que ça te remet ta

107 pratique à toi en cause. Et par contre moi j'aime que l'étudiant, fin non l'étudiant est

108 interdit de faire un soin qu'il ne comprend pas ou que je n'ai pas expliqué ou que je n'ai

109 pas justifié. Je veux vraiment qu'avant qu'on aille piquer, ça peut-être un truc débile à

110 Lovenox, il n'y a rien de méchant tout le monde peut le faire. Mais pourquoi il faut le

111 faire ? Comment il faut le faire ? Et donc en fait l'encadrement des étudiants moi ça me

112 porte vraiment à cœur c'est pour ça que je voulais faire la formation tutorat parce qu'en

113 fait je suis tutrice des étudiants mais sans la formation. Donc c'est pour ça que ça

114 m'intéressait vraiment de le faire pour que ça soit tamponné et que ça soit effectif,

115 mais bon c'est pas grave mon planning ne pouvait pas on verra l'année prochaine. Mais

116 pour moi c'est hyper important en fait quand on est à l'école, je parle en perso quand

117 on est à l'école, on suit des cours et on arrive pas toujours forcément à savoir en fait

118 même quand on vient en stage. Oui alors il y a des cas comme ça etc, mais on arrive

119 pas forcément à faire les liens. Et pour moi c'est hyper important, c'est en stage que tu  
120 construis ton identité d'infirmier. Je dis toujours aux étudiants par exemple, t'as les  
121 exemples et les contre-exemples. T'as alors moi c'est-ce qu'on m'avait dit en stage et  
122 c'est vrai que je l'ai fait comme ça, j'ai grandi et j'ai créé mon identité là-dessus. C'est  
123 tu prends ce que tu as envie d'être et tu prends ce que tu ne veux pas être. Et tu  
124 mélanges tout ça et tu te crées toi-même. Et souvent quand tu fais un acte comme on  
125 disait sur la banalisation tout à l'heure, quand tu sors de la chambre, tu dis merde en  
126 fait j'ai rien demandé à mon patient etc. C'était l'infirmière que je voulais pas être ça.

127 **Moi : Oui mais du coup ça nous fait nous remettre en question et nous**  
128 **repositionner**

129 Madame G : Et c'est pour ça que moi aux étudiants j'essaie vraiment de leur donner ces  
130 clés là, qu'ils s'en rendent compte de suite. C'est-à-dire vraiment si t'es en stage avec  
131 moi, ça peut être très chiant, ça peut être très très chiant. Mais en fait je vais te donner  
132 des clés que tout le monde te donnerait pas forcément et que tu vas finir du coup si tu  
133 les as pas eu par les créer une fois que t'as ton diplôme. Une fois que t'as ton diplôme  
134 t'es déjà en galère de pas faire d'erreurs médicamenteuses, t'es en galère de tellement  
135 de choses qu'au final t'as plus le temps de penser à autre chose et au patient dans sa  
136 globalité. Tu penses à tes soins à prioriser tes soins machin alors attends ça je l'avais  
137 jamais vu comment je vais faire comment non ça on s'en fout ça t'auras toute ta vie  
138 pour l'apprendre et t'auras tout le temps pour te refaire. Par contre prendre ton patient  
139 en charge réellement lui dire bonjour quand tu rentres dans une chambre, lui expliquer  
140 ton geste quand tu vas lui faire un Lovenox etc, c'est la base. C'est la base.

141 **Moi : Ok, donc toi t'es vraiment sur un accompagnement où faire les liens pour se**  
142 **construire son identité.**

143 Madame G : Vraiment.

144 **Moi : Super. Pour toi comment l'étudiant il va trouver sa place dans l'équipe**  
145 **quand il va arriver ?**

146 Madame G : Bah c'est à l'équipe de lui donner sa place.

147 **Moi : Ok**

148 Madame G : C'est à l'équipe de lui donner sa place parce que c'est hyper compliqué  
149 quand on arrive dans un stage. Mais de toute façon dans n'importe quel métier, même  
150 si c'est pas un stage quand tu arrives quelque part où tu ne connais pas un groupe, c'est  
151 hyper déstabilisant de s'intégrer. Donc si l'équipe ne joue pas le jeu, c'est mort,  
152 l'étudiant il va passer un stage pourri. Donc nous on fait vraiment tous en sorte  
153 d'intégrer la personne.

154 **Moi : Ok, et qu'est-ce que ça va être par exemple comme action qui va faire que**  
155 **l'équipe l'intègre ?**

156 Madame G : Alors déjà la première chose que je dis aux étudiants et ça c'est hyper  
157 important que vous dites bonjour à tout le monde que vous croisez dans le couloir,  
158 vous vous présentez à tout le monde, ça va donner le sourire à tout le monde et même  
159 si ça fait 15 fois et même si t'as l'impression que tu l'avais jamais vu celui-là alors  
160 qu'en fait tu l'as déjà dit bonjour trois fois ce qui est possible. Non ouais je pense que  
161 c'est plus sur, avant même les soins etc. parce que la première semaine quel que soit le  
162 stage, c'est toujours de l'observation plus ou moins. C'est vraiment un positionnement  
163 et professionnel donc être stagiaire, c'est être étudiant, c'est une profession c'est une  
164 posture. Mais c'est surtout dans la relationnel, c'est surtout dans le relationnel. Après  
165 le reste ça vient ensuite. Ensuite, selon les capacités de l'étudiant, selon ses envies  
166 aussi parce que t'as des étudiants qui sont absolument pas motivés, moi je vais pas leur  
167 faire faire des soins si tu viens pas me chercher.

168 **Moi : Ça paraît logique.**

169 Madame G : Tant pis pour toi, tu passes à côté de ton stage. Je t'appelle une fois, je  
170 t'appelle deux fois. Par contre aussi bah il souffle non bah tant pis en fait tu t'es planté  
171 le métier ou ou alors c'est pas le bon stage, c'est pas le bon moment pour toi. Mais oui  
172 sinon non ça passe d'abord par le relationnel et ensuite de toute façon ensuite les gens  
173 sont motivés quand tu es dans un bon cadre pour travailler, ça te donne envie d'y aller.  
174 Que ce soit avec les aides-soignants ou avec les infirmiers, ça te donne envie. Si le  
175 médecin te dit bonjour quand t'arrives le matin bah t'as envie d'aller lui poser des  
176 questions si personne ne sait parler de la journée, moi je pars à 16h30 enfin étudiant il  
177 part à 16h30 il aura rien fait rien retenu rien parce que au final on l'a pas

178 **Moi : C'est pas constructif**

179 Madame G : Oui voilà.

180 **Moi : Ok, ça marche dernière question jusqu'où l'étudiant peut-il s'affirmer face**  
181 **à un professionnel ?**

182 Madame G : Jusqu'au bout et il le doit en fait.

183 **Moi : Ok et même si c'est une situation qui est négative du coup par rapport au**  
184 **thème précédent, il faut qu'il aille jusqu'au bout.**

185 Madame G : Ah oui. Il faut l'art et la manière de dire les choses, mais oui pour revenir  
186 sur la dernière étudiante que j'ai encadrée, donc c'était il y a.. en octobre, je crois en  
187 même temps que L (EIDE), c'était en octobre un truc comme ça. On avait eu une  
188 patiente, on avait eu un problème enfin un problème, on avait eu une patiente  
189 alcoolique etc qui était arrivée avec des troubles psy qui sortaient souvent de  
190 Montfavet etc, et en fait la patiente a été catégorisée. Elle a été mise dans une  
191 chambre, elle a été catégorisée et l'étudiante a fait son analyse de pratique dessus.

192 Moi : Ok

193 Madame G : On l'a travaillé ensemble l'analyse de pratique donc moi j'étais pas là  
194 quand la scène s'est passée mais donc on l'a travaillé ensemble etc. On en a discuté  
195 beaucoup ensemble, c'était une fille qui avait bien 40 ans donc qui aussi peut discuter  
196 mais c'était très ben c'est amené comme elle l'a fait etc. Et putain ça ça m'a ça m'a fait  
197 me poser des questions sur ma pratique et tu vois, j'ai toujours cette analyse de  
198 pratique qu'elle a faite en-tête et selon les patients ou quoi que ce soit j'ai attends G,  
199 pense à ça pense à ça il faut absolument comme je te disais tout à l'heure, moi j'adore  
200 travailler avec les étudiants parce que il y a des choses qui changent et ça nous permet  
201 de nous tenir à la page. Si par exemple je te dis n'importe quoi, je fais un soin qui est  
202 plus du tout, mais du tout dans les bons trucs l'étudiante elle me dit rien, elle me laisse  
203 faire de la merde. C'est vraiment c'est un jeu d'échange c'est vraiment un jeu d'échange  
204 de tout le monde. Pour moi, même aussi je te dis après il faut l'art et la manière de  
205 l'amener, mais comme dans tout, un médecin qui arrive l'étudiant, il a vu le médecin  
206 rentrer dans la chambre alors qu'on était en train de faire la toilette, lui poser des  
207 questions alors qu'il était à poil, machin etc. Il sort de la chambre, il dit rien, ça me

208 gêne. Il vient me voir, il me dit par contre G c'est normal machin et ça on en discute.  
 209 Je dis pas qu'il y en a un qui a raison ou pas.  
 210 Moi : Oui il faut parler  
 211 Madame G : C'est pour ça que pour moi il faut aller jusqu'au bout du truc, il faut pas  
 212 dire ah non mais ça ça se faisait pas du tout c'est n'importe quoi ce qui vient de se  
 213 passer. Mais par contre attends je comprends pas trop comment c'est pourquoi on est  
 214 arrivé ça m'a dérangé, moi personnellement ça m'a dérangé. Il faut pas qu'à la fin d'une  
 215 journée de stage, on rentre à la maison en se disant putain j'ai la boule au ventre, il s'est  
 216 passé ça ça et ça moi je l'entends pas après c'est mon avis personnel, mais il s'est passé  
 217 ça ça et ça et le lendemain tu reviens bah t'as pas envie de revenir parce que bah t'es  
 218 pas en accord avec tout etc. Tout est justifiable pour moi. Du moment que t'as une  
 219 situation tant que c'est fait avec de la bienveillance, tant que c'est fait avec de la  
 220 bienveillance etc. tout est justifiable. Tu dis n'importe quoi pareil, je rentre dans une  
 221 chambre, je souffle oh là là je vous avais dit de vous mettre au lit machin etc les  
 222 étudiants qui me regardent et qui me dit bon G quand même peut-être ouais t'as raison.  
 223 Ça te ramène à toi et en fait l'échange c'est le plus important. Dans la pratique, c'est le  
 224 plus important. Et ça soit avec un étudiant ou que ça soit avec mes collègues ou que ce  
 225 soit avec tout le monde. On se parle beaucoup dans l'équipe. On se parle beaucoup.  
 226 **Moi : Ok ok ok bah écoute moi j'ai fini est-ce que t'as quelque chose à ajouter ou**  
 227 **pas ?**  
 228 Madame G : Non je crois que j'ai dit pas mal de choses. Est-ce que toi par contre il y a  
 229 des choses que tu voudrais que je.  
 230 **Moi : Non ça va t'as répondu bien aux questions t'as même été plus loin que ce**  
 231 **que les autres on fait donc c'est bien ça me donnera de la matière à dire. Donc**  
 232 **parfait, moi c'est tout bon.**  
 233 Madame G : Bon bah tant mieux.

Annexe XI : Tableau de synthèse des entretiens partie connaissance du sujet

|                                                           | Madame J :<br>IDEL<br>(Annexe V) | Madame S :<br>SSR<br>(Annexe VI) | Madame A :<br>SSR<br>(Annexe VII) | Madame E :<br>Urgences<br>(Annexe VIII) | Madame G :<br>Médecine<br>(Annexe XI)                      |
|-----------------------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| IDE depuis ?                                              | 12 ans (1.9)                     | 15 ans (1.11)                    | 10 ans (1.5)                      | 21 ans (1.5)                            | 6 ans et ½<br>(1.4)                                        |
| IDE dans le<br>service<br>depuis ?                        | 10 ans (1.12)                    | 15 ans (1.11)                    | 10 ans (1.7)                      | 16 ans (1.7)                            | 2 ans (1.6)                                                |
| Formation<br>autres ?                                     | Non (1.16)                       | Oui (1.18-<br>19)                | Oui                               | Oui (1.10)                              | Oui (1.9)                                                  |
| Sur le tutorat ?                                          | Non                              | Non                              | Non (1.13)                        | Non (1.12)                              | Non (1.11)                                                 |
| Sur la<br>bientraitance ?                                 | Non                              | Non                              | Oui (1.15)                        | Oui (1.14)                              | Oui (1.17)                                                 |
| Sur la<br>communication<br>avec les<br>personnes<br>âgées | Non                              | Oui (1.19)                       | Oui (1.17)                        | Moi je n'en<br>ai jamais fait<br>(1.16) | Non, le<br>planning ne<br>me le<br>permet pas<br>(1.30-31) |

## Annexe XII : Tableau de synthèse des entretiens partie banalisation des soins

|                                                   | Madame J :<br>IDEL<br>(Annexe V)                                              | Madame S :<br>SSR<br>(Annexe VI)                                                                                                                                                                                                      | Madame A :<br>SSR<br>(Annexe VII)                                                                                                                        | Madame E :<br>Urgences<br>(Annexe VIII)                                                                                                            | Madame G :<br>Médecine<br>(Annexe XI)                                                                                                                                                                     |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Banalisation<br>qu'est-ce que<br>cela<br>évoque ? | Pas grand-<br>chose (1.27)<br>Faire à la<br>chaîne (1.33)                     | Banal (1.31) ;<br>Jeté par<br>terre, sans<br>foutre (1.35)                                                                                                                                                                            | Quelque<br>chose de<br>courant<br>(1.31) ;<br>Quelque<br>chose qui est<br>devenu<br>courant,<br>normal<br>limite un<br>geste<br>automatique<br>(1.39-40) | Manque de<br>considération,<br>laisser aller,<br>ne pas être<br>conscientieux<br>(1.21-22)                                                         | Faire un soin<br>sans y<br>réfléchir<br>(1.37)                                                                                                                                                            |
| Situation<br>vécu                                 | Non, je suis<br>vraiment<br>actrice du<br>soin comme<br>je l'entend<br>(1.32) | Seule<br>infirmière<br>pour 30<br>patients et il<br>y a une<br>urgence donc<br>je priorise<br>l'urgence et<br>peut être que<br>la<br>distribution<br>des<br>traitements<br>elle sera<br>peut-être un<br>peu<br>banalisée<br>(1.37-39) | Non (1.28)                                                                                                                                               | Plein (1.25) ;<br>On fait vite,<br>sans prendre<br>le temps, sans<br>anesthésier<br>correctement<br>(1.29-30) ;<br>Sans<br>bienveillance<br>(1.35) | Honnêtement<br>quasi tous les<br>jours (1.40),<br>que ce soit<br>conscient ou<br>inconscient,<br>prise en<br>charge d'un<br>patient OH,<br>même prise<br>ne charge<br>entre les<br>patients (1.42-<br>47) |
| Facteurs de<br>banalisation                       | Routine,<br>planning à<br>l'hôpital<br>(1.37)                                 | Urgence<br>(1.41) ; pas<br>de médecin<br>(1.44)                                                                                                                                                                                       | Répétition,<br>manque de<br>temps,<br>patient<br>présent<br>depuis<br>longtemps<br>forme de<br>routine (1.43)                                            | Routine<br>(1.33) ; les<br>conditions du<br>jour, on est<br>surmené<br>avec<br>beaucoup<br>d'entrée<br>(1.33-34)                                   | Tous ce qui<br>est<br>psychiatrique,<br>tous ce qui<br>est gériatrie,<br>si la personne<br>est présente<br>de la<br>démence<br>(1.50-53)                                                                  |



### Annexe XIII : Tableau de synthèse des entretiens partie soin

|                    | Madame J :<br>IDEL (Annexe V)                                                                                                                                                                                                | Madame S : SSR<br>(Annexe VI)                               | Madame A :<br>SSR (Annexe VII)                                                                           | Madame E :<br>Urgences<br>(Annexe VIII)                                                                                        | Madame G :<br>Médecine<br>(Annexe XI)                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|--------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Sens à sa pratique | La reconnaissance qu'on a derrière, la notion d'avoir fait quelque chose de bien, d'avoir accompagné quelqu'un, d'avoir un sourire (1.43-44)<br><br>Tu prends le positif (1.45)<br><br>Satisfait du travail bien fait (1.48) | Le patient va mieux, il souffre pas, il est souriant (1.48) | Qu'ils aillent mieux, être la pour eux, aider les familles comme on peut mais c'est compliquée (1.51-52) | Sa conscience professionnelle, environnement, la bienveillance entre nous (1.40-42)                                            | Le patient dans sa globalité, éviter de banaliser les soins (1.67-70)                                                                                                                                                                                                                                     |
| Définition soin    | Satisfait du travail bien fait, apporté ça à la personne (1.48-49)                                                                                                                                                           | Échange, relationnel (1.52-53)                              | Soin technique, soin psychologique, soin social en SSR c'est surtout du social (1.62-66)                 | Accompagner quelqu'un dans un moment technique ou pas avec nos capacités personnelles, avec bienveillance et douceur (1.47-48) | C'est tout ce qu'on apporte ou qu'on fait venir à la personne ou qu'on fait sortir d'elle-même, c'est-à-dire que c'est pas forcément nous qui allons faire quelque chose, elle peut se prendre en soin elle aussi. Tout ce qu'on amène pour quelque chose de bénéfique que ce soit psychologique, social, |

|                 |                                                                                               |                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                           |                                                                                                                                               |                                                                                                                         |
|-----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                 |                                                                                               |                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                           |                                                                                                                                               | physique (1.74-79)                                                                                                      |
| Objet de soin ? | Personne qui n'ont pas demandé qu'une infirmière libérale viennent, que ce soit imposé (1.53) | C'est toi qui le mets objet de soin, si tu lui expliques pas le soin (1.59)<br><br>Tu te focalises sur ton soin sans faire attention à la personne (1.62)<br><br>Tu t'adresses pas à lui (1.64) | Subissent ce qu'on leur fait (1.71) ; il comprend pas mais il se laisse faire, il est dans le refus mais on insiste, on respecte pas leur choix (1.74-77) | Si le patient a fait des choses malveillantes si on connaît ses antécédents, on peut avoir des préjugés et faire de façon robotisé (1. 53-56) | Quand on a pas le temps (1.84), devoir so'ccuper de l'administratif enlève du temps de soin avec les patients (1.91-93) |

## Annexe XIV : Tableau de synthèse des entretiens partie l'étudiant en stage

|                              | Madame J :<br>IDEL<br>(Annexe V)                                                                                                                                                       | Madame S :<br>SSR<br>(Annexe VI)                                                                                                     | Madame A :<br>SSR<br>(Annexe VII)                                                                                                                                | Madame E :<br>Urgences<br>(Annexe VIII)                                                                                                                                                  | Madame G :<br>Médecine<br>(Annexe XI)                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Accompagnement ESI           | <p>C'est un choix de notre part on veut que le stage se passe bien (1.71)</p> <p>Faut qu'il fasse, on leur fait confiance dans la limite de leurs savoirs, laisser faire (1.76-79)</p> | <p>Avec ce que je peux, je lui montre le service, ce qui est important, son projet de stage, ce qu'il veut de ce stage (1.74-76)</p> | <p>J'essaie de le détendre, de pas lui mettre la pression, avec moi c'est plutôt à la cool, j'impose rien, je lui propose (1.85-87)</p>                          | <p>Présenter le service, élaborer planning selon ses envies et impératifs, rester tout le temps avec lui les premiers jours, être disponible pour répondre à ses questions (1.62-65)</p> | <p>J'adore encadrer les étudiants (1.102), vous nous amenez énormément de chose qu'on a plus en faite (1.104) ; il ne doit pas faire un soin sans comprendre ou si je ne lui est pas expliqué ou qu'il n'est pas justifié (1.106-107) ; aider à faire les liens (1.117) ; aider à construire ton identité d'infirmier (1.118)</p> |
| Comment il trouve sa place ? | <p>Mettre à l'aise</p> <p>Tutoiement (1.72)</p> <p>Prévenir les patients en amont (1.74)</p>                                                                                           | <p>Tu fais partis de notre équipe, je t'inclus dans l'équipe, je t'isoles pas (1.88 &amp; 90)</p>                                    | <p>Lui proposer les choses, lui parler directement et pas dans son dos, l'intégrer au moment du repas du midi, le faire tourner avec tout le monde (1.91-95)</p> | <p>Ca se fait naturellement (1.68)</p>                                                                                                                                                   | <p>C'est à l'équipe de lui donner sa place (1.145), dire bonjour, le présenter, lui dire de se présenter même si c'est plusieurs fois (1.155-159) ; lui proposer les soins selon ses</p>                                                                                                                                          |

|                                         |                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                         |                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                         | capacités<br>(l.165)                                                                                                                                                                                                                                           |
| ESI jusqu'où<br>peut-il<br>s'affirmer ? | <p>En parler de suite, mettre les choses au clair, c'est bien d'avoir une analyse d'une autre personne (l.87-94)</p> <p>Cela dépend du contexte, du lieu, si c'est devant le patient ou non, mon comportement ne sera pas la même (l.95-98)</p> | <p>Il peut parler, discuter, demander un entretien avec un soignant mais ce n'est pas toujours facile, à mon avis c'est pas facile. (l.96-97)</p> <p>Fait pas laisser trainer, il faut le dire, mais je trouve que ce n'est pas évident en tant qu'étudiant de s'exprimer (l.99-100)</p> <p>Parce que vous avez toujours l'épée Damoclès, il va mal me noter (l.102)</p> | <p>Tant que c'est dans le respect qu'il s'interroge, le ton et la manière dont il s'exprime est correct il peut me parler, il vient me voir, il me parle on s'explique (l.98-102)</p> <p>On apprend l'un de l'autre (l.106)</p> | <p>Il peut s'affirmer, donner son avis, mais pas donner des leçons de morales aux soignants, la façon dont il présente le truc, une façon de parler, de s'exprimer, mais tant que c'est respectueux on est prêt à entendre tout, je pense (l.76-81)</p> | <p>Jusqu'au bout il le doit en faite (l.181), il faut l'art et la manière de dire les choses (l.184), jeu d'échange de tout le monde mais il faut l'art et la manière de l'amener (l.202- 203) ; il faut que ce soit fait avec de la bienveillance (l.217)</p> |

## Annexe XV : Autorisation de diffusion de travail de fin d'étude



### AUTORISATION DE DIFFUSION DU TRAVAIL DE FIN D'ÉTUDES

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

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

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

**Je soussignée** (Prénom, NOM) : Elodie CHEVALIER

Promotion : 2023-2026

**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 :

La banalisation du soin dans la pratique : comment l'étudiant infirmier se positionne-t-il face aux désaccords des équipes soignantes ?

**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 10 mai 2026. Signature :

### **Résumé de recherche**

La banalisation du soin dans la pratique soignante : quel positionnement pour l'étudiant infirmier face aux désaccords des équipes ?

Ce travail de fin d'étude soulève plusieurs questionnements autour des soins, de la banalisation des soins et de la posture de l'étudiant en stage, donnant lieu à la question suivante : « En quoi le positionnement de l'étudiant dans une équipe influence la prise en soin d'un patient ? ». Le cadre de référence et les entretiens semi-directifs basés sur la méthode clinique, m'ont permis de favoriser une analyse croisée entre les apports théoriques et les données recueillies. L'analyse met en évidence que la routine, la charge de travail ainsi que les habitudes des soignants peuvent conduire à la banalisation des soins et à une perte de la dimension relationnelle. Elle souligne également l'importance de l'accompagnement et de l'intégration de l'étudiant dans les équipes soignantes pour favoriser une posture professionnelle réflexive et éthique. Désormais ma réflexion s'ouvre sur l'encadrement des étudiants.

Nombre de mots (141 mots)

**Mots clés :** banalisation, positionnement étudiant, encadrement des étudiants, relation asymétrique

### **Abstract**

The normalization of care in nursing practice: how should the student nurse position himself in the face of team disagreements?

End of course assignment raises several questions about care, the normalization of care, and the position of the student in work placement, giving rise to the following question: "To what extent the positioning of the student in a team influence the care of a patient?". Terms of reference and semi-directive's interviews based on the clinical method, allowed me to foster a cross-analysis between theoretical contributions and data to be collected. The analysis reveals that the routine, workload and habits of caregivers can lead to the normalization of care and a loss of relational dimension. She shares the importance of supporting and integrating nursing students into care teams to foster a reflective and ethical professional posture. Hereafter, my reflection lies into pedagogical support for student.

Number of words: 124 words

**Key-words:** Normalization, Student stands, Tutor students, Asymmetric relationship