



Institut de formation en Soins Infirmiers du CHU de Rennes
2, rue Henri Le Guilloux - 35033 Rennes Cedex 09

Mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers

Accompagnement de l'étudiant infirmier dans une situation de soin auprès de patients jeunes





Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PRÉFET DE LA RÉGION BRETAGNE

**DIRECTION REGIONALE
DE LA JEUNESSE, DES SPORTS
ET DE LA COHÉSION SOCIALE**

Pôle formation-certification-métier

Diplôme d'Etat Infirmier

Travaux de fin d'études :

Accompagnement de l'étudiant infirmier dans une situation de soin auprès de patients jeunes

Conformément à l'article L 122-4 du code de la propriété intellectuelle du 3 juillet 1992 : « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite. Il en est de même pour la traduction, l'adaptation ou la transformation, l'arrangement ou la reproduction par un art ou un procédé quelconque ».

J'atteste sur l'honneur que la rédaction des travaux de fin d'études, réalisée en vue de l'obtention du diplôme d'Etat d'infirmier est uniquement la transcription de mes réflexions et de mon travail personnel.

Et, si pour mon argumentation, je copie, j'emprunte un extrait, une partie ou la totalité de pages d'un texte, je certifie avoir précisé les sources bibliographiques.

Le 11 mai 2020

Signature de l'étudiant : PROTEAU Sophie

Fraudes aux examens :

CODE PÉNAL, TITRE IV DES ATTEINTES A LA CONFIANCE PUBLIQUE

CHAPITRE PREMIER : DES FAUX

Art. 441-1 : Constitue un faux toute altération frauduleuse de la vérité, de nature à causer un préjudice et accomplie par quelque moyen que ce soit, dans un écrit ou tout autre support d'expression de la pensée qui a pour objet ou qui peut avoir pour effet d'établir la preuve d'un droit ou d'un fait ayant des conséquences juridiques.

Le faux et l'usage de faux sont punis de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 € d'amende.

Loi du 23 décembre 1901, réprimant les fraudes dans les examens et concours publics.

Art. 1^{er} : Toute fraude commise dans les examens et les concours publics qui ont pour objet l'entrée dans une administration publique ou l'acquisition d'un diplôme délivré par l'Etat constitue un délit.

SOMMAIRE

Remerciements	Page I
I – Introduction	Page 1 à 3
I.1 – Intérêts et motivations	Page 1
I.2 – Situations d’appels	Page 1 à 2
I.3 – Questionnements	Page 2 à 3
II – Cadre théorique	Page 4 à 16
II.1 – Perception	Page 4 à 6
II.1.1 – Définition	Page 4
II.1.2 – Approche de la perception	Page 4
II.1.3 – Les trois étapes de la perception	Page 4 à 5
II.1.4 – Facteurs de la perception	Page 5 à 6
II.2 – Prendre soin	Page 6 à 9
II.2.1 – Introduction	Page 6
II.2.2 – Définition du prendre soin et du soin	Page 6 à 7
II.2.3 – Approche du prendre soin	Page 7 à 8
II.2.4 – La banalisation dans le prendre soin	Page 8 à 9
II.3 – Complexité	Page 9 à 12
II.3.1 – Introduction	Page 9 à 10
II.3.2 – Soins simples	Page 10
II.3.3 – Soins compliqués	Page 10 à 11
II.3.4 – Soins complexes	Page 11 à 12
II.4 – Accompagnement	Page 12 à 16
II.4.1 – Introduction	Page 12 à 13
II.4.2 – Définition de l’accompagnement	Page 13 à 14
II.4.3 – Les postures de l’accompagnement	Page 14 à 16
III – Méthodologie du recueil de données	Page 17 à 19
III.1 – Méthode de l’entretien	Page 17
III.2 – Population interviewée	Page 17
III.3 – Organisation de l’entretien	Page 17
III.4 – Objectifs de l’entretien	Page 17 à 18
III.5 – Bilan du dispositif	Page 18 à 19
III.5.1 – Points forts	Page 18
III.5.2 – Limites	Page 18 à 19
IV – Analyse descriptive des entretiens	Page 20 à 25
V – Discussion	Page 26 à 32
VI – Conclusion	Page 33 à 34
Bibliographie	Page 35
Annexes	Page 37
Annexe I – Le guide d’entretien	
Annexe II – Retranscription entretien 1 : IDE en psychiatrie	
Annexe III – Transcription entretien 2 : IDE en réanimation médicale	
Annexe IV – Analyse descriptive : tableau	

Remerciements

Je tenais à remercier tous les proches qui m'ont accompagnée, soutenue et aidée à m'épanouir tout au long de ma formation et tout particulièrement :

Mes parents, ma sœur et son compagnon, mes amis notamment Marion, qui m'ont toujours soutenue, encouragée et crue en moi. Je remercie ma mère qui m'a aidée lorsque j'ai été confrontée à des difficultés au cours de ce mémoire et qui a consacré du temps à la relecture de celui-ci.

Mes amies de l'IFSI avec qui j'ai pu échanger, m'enrichir, partager cette formation et qui m'ont permis de me construire en tant que future infirmière.

Les formateurs de l'IFSI qui ont toujours répondu présents, ont su me donner la passion de ce métier et m'ont permis d'évoluer, en particulier ma référente pédagogique.

Ma guidante de mémoire qui s'est impliquée pour m'accompagner tout au long de ce mémoire, répondre à mes interrogations, valoriser mon travail et mes capacités.

Les divers professionnels que j'ai pu rencontrer lors de mes stages, qui m'ont appris, accompagnée, et qui sans eux, ne m'auraient pas permis de devenir la soignante que je suis.

Les infirmières qui ont bien voulu participer aux entretiens en consacrant de leur temps malgré la situation sanitaire.

I- Introduction

Dans le cadre de notre formation, nous devons réaliser un mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers. Il a pour but de nous initier à un travail de recherche sur notre profession afin de développer notre capacité de réflexion, de compréhension, d'adaptation et d'investigation sur la recherche d'informations. En plus de la théorie et de la pratique abordée lors de nos stages, c'est un travail complémentaire qui nous permet ainsi de constater notre évolution en tant que futur professionnel soignant.

C'est pourquoi, après avoir exploré différentes thématiques j'ai retenu celle qui me parlait le plus et qui me tenait également à cœur. J'ai donc choisi d'aborder dans mon travail de recherche, l'accompagnement d'un étudiant infirmier lors d'une prise en soin complexe d'un jeune patient par un infirmier de proximité.

I.1 – Intérêts et motivations

Tout d'abord, réaliser mon mémoire sur l'accompagnement des étudiants infirmiers présente un intérêt professionnel. En effet, j'ai pu observer que l'encadrement des étudiants, surtout infirmiers, était un sujet d'actualité que l'on retrouve notamment dans le livre *Omerta à l'hôpital*. Pourtant, cette problématique reste peu mise en lumière à l'heure actuelle et donc intéressante pour effectuer des recherches. De plus, en tant que future professionnelle, je serais amenée à être infirmière de proximité auprès des étudiants qu'il faudra encadrer. Accompagner un étudiant, il ne faut pas l'oublier, fait partie de notre référentiel de compétences infirmières (compétence 10). En effet, pouvoir partager et transmettre le savoir, les compétences et les questionnements sont pour moi importants. Aussi, accompagner les étudiants m'attire beaucoup et c'est quelque chose que j'aimerais faire et que je prendrais plaisir à faire. D'autre part, j'ai pu également remarquer que j'effectuais régulièrement des analyses de pratiques professionnelles sur le thème de la communication surtout dans des situations complexes et qui ont été déstabilisantes pour moi. C'est pour cela d'ailleurs que je me suis questionnée sur l'accompagnement de l'infirmier dans des situations que j'avais vécues. Cela me permettrait de comprendre et de pouvoir, par la suite, approfondir ma démarche de bienveillance et de compréhension auprès des étudiants afin de favoriser leur apprentissage. Mon travail de recherche me permettra donc d'acquérir des notions et une réflexion sur l'accompagnement étudiant.

I.2 – Situations d'appels

J'ai décidé d'explorer deux situations qui m'ont marqué : l'une en hématologie lors de mon premier stage de deuxième année et l'autre en réanimation cardiologique lors de mon premier stage de troisième année.

La première situation a donc eu lieu lors de mon premier stage de deuxième année au sein du service d'hématologie clinique. Nous venions d'accueillir un patient de 31 ans qui était en soin palliatif. L'infirmière m'avait dit qu'il était préférable pour moi que je n'entre pas dans la chambre au vu de son état physique. Sur le moment, je n'avais pas compris pourquoi elle ne souhaitait pas que je vienne. Le lendemain matin, l'infirmière et l'aide-soignante d'un autre secteur nous avaient rejointe et avaient discuté entre elles en disant que cela devait être compliqué pour la famille de vivre ça et surtout de voir son enfant mourir. Il y avait une atmosphère particulière, lourde et pesante à ce moment-là. Puis, l'aide-soignante du secteur était venue nous voir pour demander à l'infirmière qu'elle vienne car selon elle, le patient était décédé. Par la suite, la maman de ce jeune homme était sortie en hurlant, en pleurs, accompagnée de sa fille. L'infirmière de l'autre secteur m'avait dit qu'elle allait m'encadrer pour le reste de la journée car c'était une situation difficile pour l'infirmière du secteur. Enfin, celle-ci m'avait également pris à part afin de me demander si j'avais des questions et m'expliquer pourquoi elle n'avait pas voulu que je participe à la prise en soin de ce dernier. Pour elle, ça n'était pas dans l'ordre des choses et qu'étant donné que je n'avais jamais assisté à un décès, elle préférait que cela soit quelqu'un de plus âgé. Ce qui m'avait interpellé alors c'est qu'elle ne m'avait pas demandé ce que moi je pensais.

Ma seconde situation d'appel s'est déroulée au sein de mon premier stage de troisième année dans le service de réanimation cardiologique. J'étais d'après-midi et nous savions que nous allions accueillir un jeune patient de 21 ans qui avait été opéré d'un remplacement de valve aortique et mitrale suite à une endocardite. Dès son arrivée, l'équipe avait semblé être bouleversée par son histoire. Par la suite, il avait effectué plusieurs chocs hémorragiques et avait dû être mis sous ECMO et syncardia. Deux semaines plus tard, j'étais de matin et j'allais être encadrée par un infirmier avec qui je n'avais pas encore été jusqu'à présent. Nous avions deux patients à prendre en soin, il m'avait donc dit que j'allais prendre le patient qui nécessitait une prise en soin moindre, et qu'ensemble nous nous occuperions du jeune patient, car la prise en soin était complexe. J'étais étonnée car il ne m'avait pas demandé si je me sentais capable de le prendre en soin au vu des circonstances et notamment de son âge. Nous nous sommes donc occupés pendant deux jours en binôme.

I.3 – Questionnements

Ces deux situations m'ont beaucoup interpellé et m'ont amené à m'interroger sur divers points. De ce fait, pour la première situation, je me suis d'abord demandé ce qui dans cette situation, avait incité l'infirmière à m'éloigner de ce prendre soin : Avait-elle décidé de me mettre à l'écart à cause de la difficulté de la situation ? Avait-elle eu peur que je ne puisse pas gérer le décès ? Avait-elle eu peur de ne pas pouvoir gérer le décès et moi-même ? Est-

ce qu'elle n'a pas transféré sa propre peur de la situation vis-à-vis de moi en me mettant à l'écart ? Le fait que le patient soit jeune a-t-il influencé sa décision ? Qu'est ce qui lui a fait penser qu'il valait mieux que je vois un décès d'une personne âgée en premier ? Pourquoi n'ai-je pas osé lui dire que je voulais quand même essayer de le prendre en soin ? Est-ce que me mettre à l'écart m'a rendu curieuse de voir comment se déroulait la prise en charge d'un décès ? Peut-on apprendre tout en étant tenu à distance de situation difficile émotionnellement ? D'autres questions me sont aussi venues suite à ma deuxième situation, notamment s'il s'était demandé si la prise en charge de ce patient au vu de l'instabilité de son état de santé pouvait m'atteindre ? A-t-il volontairement voulu qu'on le prenne en soin en binôme pour observer si j'étais capable de le prendre en soin ? Pensait-il que je serais capable de moi-même de dire si je n'étais pas capable d'effectuer la prise en soin ? A-t-il pris en compte que l'âge pouvait être un facteur déstabilisant vis-à-vis de moi ? Était-ce lié à sa conception de l'accompagnement d'un étudiant infirmier de semestre 5 ? Prendre soin d'un patient dont la situation médicale est complexe est-il source d'apprentissage ? La dimension émotionnelle de la situation, influence-elle la prise de décision de l'infirmier de proximité au regard de l'encadrement d'un étudiant ? Le caractère émotionnel de la situation influence-t-il l'apprentissage de l'étudiant ?

De part ces questionnements, j'ai tenté de trouver une question pouvant englober les mots clés, c'est-à-dire, accompagnement de l'étudiant, perception de l'infirmier, situation complexe, prendre soin d'un patient jeune. Mon idée était de comprendre comment l'infirmier pouvait accompagner l'étudiant face à une situation particulière et quels facteurs pouvaient rentrer en jeu. C'est pourquoi, ma question de départ en a découlé : **Dans quelle mesure la perception qu'a un infirmier de proximité de la complexité du prendre soin d'un patient jeune, influence-t-elle la nature de son accompagnement auprès d'un étudiant infirmier ?** Pour moi, elle réunit les mots clés essentiels que je voulais faire ressortir et traduit en mots ce à quoi je pensais et ce qui m'interroge.

Pour tenter d'apporter des éléments de réponse à ma question de départ, je vais tout d'abord effectuer des recherches sur les notions de perception, de prendre soin, de complexité et d'accompagnement de part mon cadre conceptuel. Ensuite, je réaliserai des entretiens semi-directifs auprès de deux infirmières que j'analyserai par la suite, en répondant à mes différents objectifs. Je continuerai en effectuant une discussion afin de faire du lien entre les résultats de mon analyse et la théorie sur mes notions. Pour finir, je conclurai mon travail d'initiation à la recherche.

II- Cadre théorique

II.1 – Perception

II.1.1 – Définition

« Pour Pradines (1946), « la perception est la représentation des choses situées dans l'espace, à travers de simples impressions sensibles ». La définition de Lagneau (1950) s'en rapproche : « La perception est l'achèvement de la représentation et la rectification des données sensorielles... En voyant un objet que j'ai déjà vu, je m'efforce de mettre en accord mes perceptions actuelles avec mes perceptions passées. Percevoir c'est donc interpréter ». (Dortier, 2007) Pour continuer, « La sensation, c'est l'isolement parmi d'autres, d'un ou plusieurs stimuli privilégiés visant à distinguer un « objet sensoriel » visuel, auditif, tactile... et à maintenir pendant un certain temps sa permanence dans la conscience. Différentes opérations psychologiques : comparaison avec des stimuli identiques déjà reçus, souvenirs, données culturelles et affectives vont alors concourir à la reconnaissance de l'objet. Pour cette raison, la perception est marquée d'« intentionnalité » (Lechevalier, 1995, p10)

II.1.2 – Approche de la perception

Jean-François Dortier (2007) explique à travers une expérience qui a été menée par des psychologues, qu'une personne devait dire ce qu'elle voyait sur la table. L'objectif était de mettre en lumière comment fonctionnait l'acte de percevoir quelque chose. Le résultat a été que la personne a répondu qu'elle voyait un livre rouge sur la table. En réalité, elle percevait un rectangle rouge mais savait que c'était un livre. En effet, de sa perception elle en déduisait un livre de par son interprétation des données auxquelles elle avait accès, c'est-à-dire ses connaissances. Pour Bernard Lechevalier (1995), « Si la perception est une représentation fortement marquée par la subjectivité et si la sensation manque de concrétude, on peut se demander dans quelle mesure la connaissance apportée par la perception est une connaissance réelle. » (p10)

« La perception ne se résume donc pas à la simple réception de données venues du réel, comme si nos yeux étaient une fenêtre ouverte sur le monde et le cerveau un observateur passif du spectacle du monde. Les informations en provenance du monde extérieur sont sélectionnées, décodées, interprétées. La perception est une lecture de la réalité. Cette lecture passe par plusieurs étapes mises au jour par les psychologues de la perception. Trois étapes au moins : sensorielle, perceptive et cognitive. » (Jean-François Dortier, 2007)

II.1.3 – Les trois étapes de la perception

Pour Lechevalier (1995), on retrouve dans la perception d'un côté une information sensorielle, et de l'autre une interprétation pouvant être subjective.

Si on se réfère à Dortier 2007, il existe trois étapes dans la perception. La première c'est l'étape sensorielle. « Notre rapport à l'environnement extérieur est donc modelé par la sensibilité de nos capteurs sensoriels. Et ceux-ci diffèrent fortement d'une espèce animale à l'autre. Les êtres humains disposent de plusieurs systèmes perceptifs – vue, ouïe, odorat, goût, toucher – qui participent de « l'extéroception », c'est-à-dire la perception du monde extérieur. Il faut y ajouter la perception interne de notre organisme – appelée « interception » – qui nous permet de ressentir l'état de notre organisme. À cela s'ajoute la proprioception qui nous renseigne sur la position de notre corps dans l'environnement. » (Dortier, 2007)

D'une manière général chaque sens possède des récepteurs spécialisés et peut donc par la suite repérer des caractéristiques d'un milieu extérieur. Si on prend l'exemple de la vision, celle-ci possède des capteurs de lumière, de mouvement ainsi que de couleurs.

La deuxième étape c'est l'étape perceptive à proprement parlé. Si on reprend l'exemple de la vision, une fois que les récepteurs ont repéré les caractéristiques d'un milieu, l'étape perceptive va par la suite, regrouper spontanément des éléments qui sont proches pour en faire des configurations globales selon des lois comme la loi de proximité qui elle va rassembler en en même groupement ou la loi qui amène la personne à détecter directement des formes simples comme les carrés ou les lignes. L'auteur ajoute que c'est le cerveau qui organise ces configurations visuelles pour en faire des formes globales. Cette deuxième étape perceptive a donc pour but de prendre les données sensorielles afin de les mettre en forme. Cela permet d'organiser les données collectées de notre environnement.

Enfin, la troisième étape c'est l'étape cognitive qui consiste à interpréter des données. En effet, une personne va interpréter les formes perceptives, et attribuer une signification à l'information selon différents facteurs comme la culture ou les représentations.

II.1.4 – Facteurs de la perception

Si nous nous référons à un docteur en neurosciences, « Quand on perçoit une information de l'environnement, on la filtre. Notre cerveau il est là depuis notre enfance, il se forge avec toutes notre expérience. Depuis notre naissance on forge des chemins de pensées, des représentations, des schémas de fonctionnement, des façons de se comporter, notre éducation, notre apprentissage. A chaque fois qu'on capte quelque chose de l'environnement, ça passe par ce filtre de notre passé, de notre expérience. Le cortex frontal est une zone du

cerveau qui est très importante pour critiquer une situation, pour juger. C'est aussi le siège de représentations mentales, là où on va planifier. » (Sophie Lavault, 2018)

Dortier (2007) rajoute que filtrer les informations de notre environnement n'est pas effectué que par les éléments de notre passé ou de notre expérience, mais également par la motivation dont on fait ainsi l'attention que l'on porte à ses informations. En effet, il souligne qu'une partie des informations saisies est traitée consciemment par notre cerveau selon des expériences. Par exemple, quand une personne lit un livre tout en écoutant de la musique, à un certain moment cette personne n'entendra plus cette musique car son cerveau aura décidé de mettre en retrait la musique et donc un des sens : l'ouïe. Il finit par énoncé que la perception que l'on a de l'environnement dans lequel on se trouve est orienté à la fois par les capacités sensorielles que nous avons, mais aussi par nos connaissances ou encore nos centres d'intérêts.

II.2 – Prendre soin

II.2.1 – Introduction

Pour introduire la notion de prendre soin, nous allons nous référer à Walter Hesbeen, qui a écrit « Il n'y a rien d'anodin pour celui dont le corps et parfois la vie sont soumis aux mains des professionnels de soins, à leurs savoirs, leurs techniques, leur raisonnement clinique, leur capacité de prendre ou non au sérieux ce qui est important pour celui qui souffre ou plus simplement pour celui qui s'inquiète de ce qui lui arrive ou de ce qu'il va devenir. Il n'y a dès lors rien d'anodin dans la manière de se présenter à l'autre, de le regarder, de lui parler, de l'écouter, de le toucher, de lui annoncer un diagnostic, de lui proposer un traitement, de procéder à des actes de soins, etc. Et c'est parce qu'il n'y a rien d'anodin lorsque les professionnels interviennent sur le corps et dans la vie d'un autre que des pratiques bonnes ne sauraient se réduire à l'application même rigoureuse des guides qui ont pour mission de les décrire. C'est parce qu'il n'y a rien d'anodin qu'une vigilance tant individuelle que collective est requise, une vigilance qui doit être pensée et entretenue, une vigilance qui requiert de l'effort. L'effort de ne pas confondre la personne avec nos savoirs, avec nos valeurs et convictions, de ne pas la réduire aux actes qui nous semblent utiles. [...] Effort, enfin, de ne pas minimiser les inquiétudes discrètes voire les souffrances secrètes qui parfois agitent intérieurement et intensément une existence. » (Walter Hesbeen, 2017)

II.2.2 – Définition du prendre soin et du soin

Pour commencer, nous allons étudier l'étymologie de la notion de prendre soin et de soin. « Le terme anglais caring renvoie à une action dirigée vers quelque chose ou quelqu'un

dans une attitude de sollicitude et d'attention. La traduction la plus usitée en français est "prendre soin" (Vigil-Ripoche, 2009,96-99). Le terme "care" en "nursing" désigne l'ensemble des "soins qui permettent le bien-être physique, mental et social" et l'action de "caring", soigner dans une relation de sollicitude avec l'autre. [...]. De par l'association de ces différentes origines, cette notion pourrait nous faire penser que le prendre soin réunirait les notions de complexité et d'appréhension dans la saisie de quelque chose. Pour le littré, le mot soin renvoie à la notion de charge, de devoir de veiller sur quelqu'un ou quelque chose, une application, une attention que l'on met en faisant quelque chose. Il s'agirait donc de supporter, de saisir voire d'assumer notre devoir d'attention envers autrui. » (Véronique Favetta et Brigitte Feuillebois-Martinez, 2011, p 61-62)

II.2.3 – Approche du prendre soin

Il existe plusieurs modes de pensées énoncées par différents auteurs. Tout d'abord, « le soin est l'expression agissante de mon humanité » (Svandra, 2009,11). Pour d'autres, « Avant d'être une éthique, le care est un travail. Prendre soin de l'autre, ce n'est pas penser à l'autre, se soucier de lui de façon intellectuelle ou même affective, ce n'est pas nécessairement l'aimer, du moins en première intention, c'est faire quelque chose, c'est produire un certain travail qui participe directement du maintien ou de la préservation de la vie de l'autre. » (Molinier, 2009, p75) Dans l'article de Favetta et Feuillebois-Martinez (2011), on retrouve également le modèle de Virginia Henderson qui décrit le rôle d'infirmier(ère) à assister et compenser la dépendance d'un individu malade ou non, dans l'accomplissement d'actes de la vie afin qu'il retourne à son indépendance et satisfasse ses besoins. Cependant, elle ne fait pas apparaître la posture du prendre soin, et limite la fonction de l'infirmière à de la suppléance. C'est pourquoi, les deux auteurs, insistent sur l'importance de regrouper différentes approches et modèles de pensées afin d'avoir une vision plus précise de ce qu'est le prendre soin et le soin en tant que tel.

Si nous poursuivons, Walter hesbeen (2017), énonce le fait que les patients souhaitent exister en tant que sujet et rappelle l'importance que la maladie qu'une personne a, ne l'a défini pas. Pour lui, depuis quelques temps, il s'agit de plus en plus d'allier la meilleure qualité technoscientifique à un niveau d'attention élevée envers une personne et ses proches. C'est pourquoi, il précise qu'en qualifiant une pratique infirmière de qualité, cela sous-entend que le sujet doit se sentir existé, et non banalisé. Il ajoute qu'il faut mettre plus de soin dans les soins, et donc d'accorder plus d'attention à une personne quand l'on prodigue des soins.

Il y a là une distinction entre le soin et les soins, c'est à dire prendre soin et faire des soins. « Le soin relève bien d'une implication personnelle, exercée par une intention

professionnelle éprouvée, dans le souci accordé à l'autre, allant jusqu'à la responsabilité de garantir cette implication. Le prendre soin dans l'identification de l'autre en tant que sujet et de la place qu'il nous octroie en nous reconnaissant nous-même sujet, [...] Sans le regard intentionnel d'une autre personne, l'être humain n'a pas de raison d'être, puisqu'il est une créature sociale. [...] Le regard implique la distinction, la différenciation, la représentation singulière de l'objet observé. Il rend ainsi remarquable l'objet regardé, l'honore d'une estime particulière, d'une marque de valeur en lui attribuant le statut de sujet et donc d'être humain, notre semblable. Pour nous différencier de l'objet, il nous faut donc entrer en communication et en relation. [...] Dans la relation soignant-soigné, cette re-connaissance mutuelle et bilatérale, représente un préalable à la posture du prendre soin. » (Favetta et Feuillebois-Martinez, 2011, p 62-63)

Le prendre soin fait donc apparaître la notion de bienveillance. En effet, selon Walter Hesbeen (2017), « [...] il ne suffit plus aujourd'hui, de bien faire tout ce qu'il y a à faire pour que l'humain se sente bien traité. [...] Il ne suffit donc pas de ne pas être maltraitant pour se montrer bientraitant dans la relation au patient et à son entourage. »

II.2.4 – La banalisation dans le prendre soin

Le risque de banalisation est très présent. En effet, « quelle que soit la technicité des actes posés, le prendre soin est accessible aux professionnels car aucune technique, si pointue soit-elle, ne requiert l'oubli du sujet, n'empêche de lui porter de l'intérêt [...] Ainsi, quelle que soit la nature de la pratique, que celle-ci soit technique ou pas, chercher à ne pas banaliser l'humain en vue de le bien traiter requiert de ne pas négliger son humanité, d'avoir de l'estime pour la personne qu'il est, de lui porter avec bienveillance de l'intérêt et de faire preuve à son égard d'une juste sensibilité. Une sensibilité qui permet de se sentir concerné par la situation de cet autre, de se laisser toucher sans, pour autant, se laisser envahir et déborder par cette situation. » (Walter Hesbeen, 2017)

Selon Walter Hesbeen (2017), on retrouve plusieurs facteurs de banalisation. Le premier, est la confusion qu'il existe entre les soins et le soin, entre les actes et la personne à qui l'on fait ses actes. Les soins relèvent de l'ordre d'une profession, d'une capacité à savoir les réaliser et correctement. A contrario, le soin ne relève pas d'une profession, il est accessible à tous, car il s'agit d'une attention particulière et bienveillante que l'on met à disposition d'une personne, qui se réfléchit, évolue et qui n'est pas acquise à vie. Le deuxième facteur énoncé, est le rapport qu'ont les professionnels avec les formes de savoirs ainsi que les outils qu'ils utilisent dans leurs pratiques. L'auteur met en lumière que la pratique soignante s'adresse avant tout à un individu en particulier et non pas à tout le monde. En effet, malgré

que les connaissances, savoirs et pratiques soient rigoureuses, pertinentes et qualitatives, elles n'en restent pas moins généralisées, c'est pour cela qu'il montre qu'il faut adopter une réflexion et une intelligence du singulier. Enfin, le dernier facteur est l'orientation des structures ainsi que leur gestion. Il souligne le fait que les structures se doivent d'être organisées et soucieuses des finances. Pour autant, Hesbeen, rappelle que la performance gestionnaire d'une structure trouve sa limite dans la pertinence humaine. Pour finir, il dit que les personnes qui requièrent des soins ne perçoivent pas forcément les difficultés que peuvent rencontrer le personnel soignant en côtoyant des personnes malades. C'est pourquoi, le personnel soignant finit par s'épuiser et adopter des comportements tel que le repli sur soi. C'est pour eux un moyen de se protéger, un mécanisme de défense, mais qui par la suite, engendre la banalisation de la personne soignée, ainsi qu'eux même banalisés dans leurs pratiques quotidiennes.

« Ainsi, le fondement du « prendre soin » ne réside pas dans la qualité d'une relation ou d'un « savoir-être », mais bien dans la considération que l'on a pour l'autre ainsi que dans la juste sensibilité dont on fait preuve à son endroit. Sans sensibilité, il ne peut y avoir de relation de soin de qualité car c'est la sensibilité qui montre la capacité que l'on a de se sentir concerné par ce que l'autre a à vivre et le désir autant que la volonté qui nous animent d'essayer d'élaborer avec lui – ou de trouver pour lui – une pratique qui pourra être qualifiée de soignante car perçue comme aidante, bienfaitante, respectueuse et porteuse de sens. Une sensibilité que l'on s'autorise à exprimer en tant que témoin de l'intérêt que l'on porte au malade et à ses proches et qui permet notre compassion, c'est-à-dire au sens fort du terme, notre capacité et notre volonté d'accueillir et de prendre en compte sa souffrance, leur souffrance. » (Walter Hesbeen, 2017)

II.3 – Complexité

II.3.1 – Introduction

Edgar Morin (2014) a énoncé le fait que dans notre société actuelle, la notion de complexité et le mot complexe sont de plus en plus utilisés. Il tend à dire qu'il faut faire une distinction entre quelque chose de simple, de compliqué ou de complexe. En effet, « Les frontières entre le simple, le compliqué et le complexe sont mouvantes et peuvent à tout moment faire basculer une situation d'un côté ou de l'autre. Dans les théories du chaos, un des courants d'étude de la complexité, il est postulé que des modifications minimales des conditions initiales peuvent avoir de très grands effets : c'est le célèbre effet papillon, de la métaphore du météorologue Edward Lorenz. Il en va de même dans le monde des soins :

une embolie pulmonaire peut rendre une situation bien maîtrisée hautement instable, comme quelques bactéries peuvent déclencher un choc septique ; à l'opposé, un antibiotique ou une dose d'insuline peuvent rétablir une situation critique. Il en va de même sur un plan relationnel. » (Curchod, 2019, p105)

Pour continuer, nous allons nous intéresser plus particulièrement à la complexité dans une situation de soins. « Une situation de soins correspond à la situation d'une personne précise à un moment spécifique de son histoire en lien avec un problème de santé particulier, dans un contexte socio-économique, spirituel, organisationnel et environnemental particulier. Elle ne peut jamais être entièrement déduite d'une connaissance générale. » (Curchod, 2019, p102)

II.3.2 – Soin simple

Pour comprendre ce qu'est la complexité et une situation de soins complexe, il faut d'abord comprendre ce qu'on entend par soin simple. « Un soin simple peut ainsi être défini comme un soin qui s'inscrit dans un contexte aisément maîtrisable et dont le processus cognitif, émotionnel, social et technique est composé d'un nombre limité de paramètres, avec un faible niveau de variabilité et des probabilités élevées de donner les résultats prévus. [...] La désinfection d'une cicatrice, la pose d'un cathéter chez une personne qui a un bon réseau veineux, l'administration d'un médicament courant chez un patient collaborant. » (Curchod, 2019, p98). Si on s'appuie sur Curchod (2019), dans un soin simple, nous connaissons le problème ainsi que la solution et ce qui nous permet de le résoudre, c'est de suivre les instructions. Cela rejoint un niveau standard de soins où le besoin d'être créatif reste faible. C'est pourquoi, selon le modèle de Patricia Benner, il est accessible à des professionnels peu qualifiés, venant d'être diplômés et ayant donc un niveau débutant.

II.3.3 – Soin compliqué

Ensuite, nous allons nous intéresser à la notion de complication. « Par exemple, vous avez un chien qui a une pelote de laine et cette pelote de laine est totalement embrouillée. C'est compliqué de reconstituer la pelote, mais ce n'est pas complexe. La complication vient de beaucoup de choses qui dans le fond sont très très simple à faire mais qui ne marche pas parce qu'il y a trop de séparations, trop d'incompréhension. » (Morin, 2014)

C'est pourquoi, « Un soin compliqué est un soin dont certaines dimensions présentent des difficultés, qui, si elles sont maîtrisées notamment par des connaissances et des stratégies particulières, ne sauraient empêcher la réussite du soin : Les problèmes compliqués sont constitués de sous-ensembles de problèmes simples. Ils sont compliqués parce qu'ils ne

peuvent pas être décomposés ou réduits aux problèmes simples qu'ils contiennent. Les problèmes compliqués requièrent une expertise spécialisée pour être résolus, mais ils peuvent l'être par des experts qui ont un haut niveau de connaissances et d'expériences et qui s'appuient sur, ou appliquent des formules préexistantes. Une autre caractéristique des problèmes compliqués relève du fait que, lorsque le problème est pris en main par de tels experts, les résultats peuvent être prédit avec un haut degré de certitude. » (Curchod, 2019, p99) Comme le dit donc Curchod (2019), un soin compliqué va être mieux pris en charge par des infirmières ou infirmiers plutôt expérimentés. En effet, ils/elles vont être capable d'avoir une pratique réflexive plus poussée du fait de leur expérience ainsi qu'une plus grande créativité qu'une infirmière débutante. Ils/elles vont pouvoir ainsi avoir une maîtrise plus importante des différents facteurs présents dans la situation de soin compliqué.

II.3.4 – Soin complexe

Enfin, nous en venons à la notion de complexité. « Complexe vient de *complexus* en latin qui veut dire « tissé ensemble » [...] la complexité c'est l'incapacité de décrire, d'expliquer [...] ce n'est pas simple, mais ce n'est pas compliqué non plus parce qu'il faut faire une différence entre complication et complexité. » (Morin, 2014)

Selon Edgar Morin (2014), le plus important à retenir c'est que la complexité c'est des éléments qui sont liés les uns aux autres et non des plusieurs éléments isolés. C'est ce qui fait le principal problème de la complexité. Si nous transposons la notion de complexité à un soin, « Un soin complexe est caractérisé, en référence aux travaux de Peter Craig et al, par : Le nombre d'éléments en interaction, le nombre et la difficulté des comportements requis de la part de ceux qui délivrent et de ceux qui reçoivent l'intervention, le nombre de groupes ou de niveaux organisationnels qui sont touchés par l'intervention, le nombre et la variété des résultats, le degré permis de flexibilité ou d'adaptation de l'intervention. Cependant, moins que le nombre d'éléments ou de groupes en interactions ou touchés par l'intervention, c'est souvent l'importance des écarts ou des divergences entre les différents éléments et groupes impliqués qui va déterminer si les soins seront complexes ou non. Lorsque ces éléments et groupes : reposent sur des valeurs, des buts et des priorités et des moyens partagés, ils favorisent des synergies qui facilitent et simplifient les soins ; repose sur des valeurs, des buts, des priorités et des moyens divergents voire antagonistes, ils tendent à faire émerger à tout moment des obstacles, des bifurcations, des conflits et des blocages qui complexifient les soins. [...] De même, les interventions liées à certaines situations instables, que ce soit sur un plan médical (instabilité hémodynamique, respiratoires, etc), psychologique et psychiatrique (état de crise), social (conflits familiaux), ou spirituel

(détresse spirituel) voir les quatre simultanément relèvent de soins complexe. » (Curchod, 2019, p100,101)

De par les dires de Curchod (2019), un soin complexe va amener le professionnel de santé à acquérir des compétences comme la gestion de ses émotions, la gestion de ses réactions, la gestion de l'inconnue, etc. Il va donc mettre à profit ses connaissances et son expérience afin de pallier l'inconnu et donc de pouvoir gérer au mieux la situation de soins complexe. Pour Patricia Benner, selon son modèle, le professionnel passe donc au niveau d'expert au vu de la situation de soins devenant complexe.

Selon Edgar Morin (2014), il ne faut pas oublier qu'un des éléments importants de la complexité c'est la connaissance. En effet, dans la connaissance, il y a des incertitudes puisque qu'elle résulte d'une traduction suivie d'une reconstruction. Effectuer une traduction ou une reconstruction peut générer des erreurs et des illusions. De plus, il ajoute que les émotions ne peuvent pas être dissociées de la connaissance ni de la perception car les émotions peuvent donner une perception d'une situation de différentes façons comme la façon de regarder, de penser, ou de connaître. C'est pourquoi, que ce soit la connaissance, ou la perception, ces deux éléments ont la possibilité d'engendrer des illusions et des erreurs qui fait de l'erreur un problème majeur de la complexité.

Pour finir, « Au-delà du fait de savoir si un soin est simple, compliqué ou complexe en lui-même, la plupart du temps, c'est la prise en compte du contexte dans lequel il est réalisé qui détermine son niveau de complexité. [...] une toilette chez une personne présentant une démence peut-être un soin complexe, alors qu'elle relèvera d'un soin simple chez une personne collaborante. [...] Les soins infirmiers s'adressent toujours à des personnes singulières, situées dans des environnements et des contextes spécifiques. » (Curchod, 2019, p101)

II.4 – Accompagnement

II.4.1 - Introduction

Si nous nous référons à la conférence de Maela Paul (2014), l'accompagnement est un terme de plus en plus employé qui suit un effet de mode. Il est également un phénomène social qui se développe depuis les années 1990. Actuellement, la fonction d'accompagnement est devenue une des missions des professionnels de santé et la confrontation des différents points de vue et échanges ont permis de définir le terme accompagner et dégager la vision complémentaire de deux auteurs sur l'introduction de la notion d'accompagnement. En effet, pour Maela Paul (2012), « l'accompagnement [...] renvoie « chacun » à un regard critique sur ce qu'il fait « au juste » quand il accompagne.

L'accompagnement [...] résulte d'un mixte de problématiques et de logiques imbriquées. C'est ce qui permet l'ajustement à toute situation en se répandant comme nouvelle modalité de relation à autrui en situation professionnelle » (p14).

Jean-Marie De Ketele (2014), quant à lui, interroge sur la définition de ce qu'est accompagner et s'il serait rattaché à des notions telles que conduire, guider, aider, soutenir, conseiller, tutorer, mentorer, coacher, ... Il envisage trois possibilités : soit tous ces verbes font partis de l'accompagnement et sont approximativement équivalents, soit ils sont distincts et ne relèvent donc pas de l'accompagnement, soit il y a différents niveaux d'accompagnement qui prennent sens dans un environnement précis.

II.4.2 – Définition de l'accompagnement

Jean-Marie De Ketele (2014), définit l'accompagnement comme « une rencontre entre deux personnes, [...] où l'accompagnateur jouit d'un statut particulier aux yeux de l'accompagné » (Vial et Caparros-Mencacci, 2007). Tout comme en 2012, Maela Paul définit l'accompagnement autour de trois notions. La première est la dimension relationnelle « se joindre à quelqu'un » qui consiste à mettre en relation deux personnes et à mettre en œuvre la capacité à « être avec » donc pouvoir être disponible, présent, attentif et ouvert pour l'autre, en lui disant « je suis là et vous ? ». La seconde est la mise en mouvement « pour aller où il va » et le choix d'une direction en allant « vers ». Enfin, la dernière « en même temps que lui » est la relation interpersonnelle dite coopérative qui résulte d'une manière de faire renvoyant au partage (la parole et les objectifs par exemple) et dans laquelle les deux personnes avancent « de concert » et doivent se percevoir comme compétentes et percevoir l'autre comme tel. L'accompagnement permet donc d'être dans la sollicitation de l'autonomie des personnes ; sollicitation qui se base sur les ressources des personnes et ne vise pas à combler leurs déficiences.

De plus, en ce qui concerne les quatre situations : « Dans cette rencontre, accompagnateur et accompagné(s) partagent des préoccupations communes (ils partagent le pain, comme le souligne l'étymologie), tout en ayant des parcours différents, des expériences diverses, des motivations différenciées ; c'est ce qui fait la richesse de la rencontre. Ces quatre catégories de situations diffèrent cependant par les besoins de l'accompagné et les réponses susceptibles d'être apportées par l'accompagnateur. Quoique différentes et spécifiques, ces situations peuvent amener accompagné et accompagnateur à passer d'une situation à une autre. » (Jean-Marie De Ketele, 2014, p75-76)

Ensuite, « Il résulte deux types d'accompagnement et une double visée. D'une part un accompagnement dit « accompagnement/ maintien » à dominante sociale et relationnelle, impliquant d'assurer une présence auprès d'une personne dans une situation essentielle et

d'autre part un « accompagnement/visée », consistant à dynamiser cette personne dans la réalisation d'un projet. Par ailleurs, tout accompagnement est doté d'une double visée : l'accompagnement « productif » se décide comme investissement et s'apprécie comme résultat, l'accompagnement « constructif » se réalise dans le projet d'autonomisation de son porteur et s'apprécie comme enrichissement. De « porteur », celui-ci devient « acteur ».
(Paul. M, 2012, p15)

Si on se réfère à De Ketele (2014), l'accompagnement est un compagnonnage entre l'accompagné « compagnon » et l'accompagnateur « maître compagnon ». Pour lui, la nature des situations rencontrées et la façon de cheminer sont les facteurs qui permettront de reconnaître les différentes formes de compagnonnages selon deux axes : le caractère fixé ou ouvert du référentiel et les préoccupations du compagnonnage à savoir partir du déjà là chez l'accompagné ou à l'inverse vivre du nouveau. Pour étayer les dires de Maela Paul, De Ketele prend exemple sur 4 situations concrètes : A/ un étudiant ayant des difficultés. Le rôle de l'accompagnateur sera celui du maître compagnon réviseur afin d'effectuer une remise à niveau de l'accompagné et le ramener sur le chemin. C/ un étudiant a des difficultés à se situer, cerne mal ses difficultés ou veut faire autre chose. Le rôle de l'accompagnateur relèvera de la reconnaissance et de la révélation et sera celui de maître compagnon accoucheur afin de faire découvrir un chemin oublié ou non reconnu à l'accompagné. B/ un étudiant a assimilé des ressources et est amené à résoudre un problème nouveau. Le rôle de l'accompagnateur relèvera de l'initiation et sera celui du maître compagnon artisan afin de faire découvrir un nouveau chemin à l'accompagné. D/ un étudiant veut réaliser un projet nouveau. Le rôle de l'accompagnateur sera celui du maître compagnon partenaire afin de s'aventurer ensemble sur de nouveaux chemins pour aboutir à une co-construction nouvelle. Les situations A et C appartiennent au caractère fixé du référentiel et à la préoccupation du partir du déjà là alors que les situations B et D au caractère ouvert et du vivre du nouveau.

II.4.3 – Les postures d'accompagnement

« La posture professionnelle est désignée par Mulin (2014) comme « la situation dans laquelle agit un professionnel, tout autant que le système d'attitudes qu'il adopte dans cet exercice » (p213). Dans un sens générique, la posture est considérée comme un état mental façonné par les croyances, les valeurs et les intentions qui donnent sens aux actions d'une personne » (Lameul, 2016, p2) De plus, Lameul (2016) a repris une citation de Trocmé-Fabre (1999) reprise elle-même par Carré (2005), en disant que « l'actualisation de l'apprenance [qui] dépend donc de la posture, du positionnement, de l'attitude, de l'intention,

des conditions dans lesquelles se trouve l'organisme apprenant et de la façon dont il est relié à son environnement, aux autres et à lui-même » (p2).

Les deux auteurs, Paul et Ketele, mettent en lumière la notion de posture, à savoir comment l'accompagnement se traduit en terme de posture vis-à-vis d'une personne. Jean-Marie De Ketele définit d'abord le terme générique de posture puis ajoute des spécificités selon les situations en transposant par exemple la métaphore de la sculpture à la posture d'accompagnateur. Ensuite, il énonce que les traits de posture sont spécifiques selon les situations. Dans les quatre situations évoquées, on peut dégager certains traits de posture : la volonté de l'accompagnateur à faire réussir l'accompagné (A), la stimulation de la créativité et l'investigation de nouvelles données (B), le processus conjoint de recherche dit « posture de reconnaissance » (C) et enfin la mise de côté de sa position, de son statut pendant l'accompagnement (D).

A contrario, selon Maela Paul, il y a différents types de postures ayant trait à l'accompagnement : éthique, de non savoir, de dialogue, d'écoute et émancipatrice.

Tout d'abord, la posture éthique qui résulte d'un questionnement sur soi-même (pour qui je me prends ? ...) dans le but d'amener une réflexion et une critique. Pour Paul (2012) « C'est une posture éthique au sens où Derrida (1967) définit la relation éthique comme un rapport non-violent [...] à autrui ». (p16) C'est une posture non violente dont l'objectif n'est pas d'être dans une relation de pouvoir, de domination, d'infantilisation mais d'amener le principe de « ne pas se substituer à autrui » en pensant ou faisant à la place de l'autre.

Ensuite, la posture de non savoir « Pour que le professionnel ne se positionne pas dans cette place de toute puissance dans laquelle un autre peut le placer. Le non savoir se réfère à la position du professionnel. En « ne sachant pas », il privilégie l'intelligence qui naît des échanges, du dialogue avec l'autre, et non des théories en surplomb. [...] Cette posture de non savoir suppose de laisser en suspens nos discours professionnels et personnels dominants (ce que nous savons et pensons savoir), se déshabituer de l'idée de comprendre trop vite l'autre, de savoir à sa place ce qu'il conviendrait de choisir, d'énoncer « le » choix qu'il conviendrait de faire et d'avoir l'esprit ouvert au défi et au changement, à l'inattendu. « Ne pas savoir » ne veut pas dire prétendre l'ignorance ou rester neutre. » (Paul, 2012, p16). Pour continuer, la posture de dialogue est un échange entre plusieurs personnes permettant à chacun de trouver sa place. Elle possède une dimension « instituée » qui définit des rôles et un espace « instituant » où deux personnes vont communiquer.

Puis s'ajoute la posture d'écoute : « Ecouter c'est être attentif certes, mais c'est surtout interagir, répondre, solliciter, dynamiser un questionnement permettant aux personnes de « se » questionner dans le rapport à la réalité. L'écoute désigne un processus de négociation des compréhensions, de délibération interactive, de conception partagée du

sens. C'est à la fois une posture et une technique, c'est elle qui soutient la démarche, qui nourrit le cheminement. Elle s'accomplit tant dans le silence réceptif qui acquiesce et valide la parole d'un autre que dans l'interpellation confrontante ». (Paul, 2012, p17).

Enfin, la posture émancipatrice va permettre, en étant à plusieurs dans un environnement relationnel, d'interagir avec les autres et de « grandir en humanité » et non pas de se construire ou grandir seul.

Maela Paul (2012) conclut donc en disant que : « Finalement, la posture d'accompagnement peut être caractérisée comme une posture labile, fluide, en constante redéfinition et ajustement. Elle doit sa justesse à sa pertinence au regard d'une situation. » (p17)

Quant à De Ketele (2014), il conclut sur la notion d'accompagnement en énonçant que celle-ci participe au développement d'une professionnalité émergente à la fois chez l'accompagné et chez l'accompagnateur. En effet, plusieurs accompagnateurs ont mis en lumière que travailler ensemble leur a permis de découvrir des situations auxquelles ils n'auraient pas pensé, d'apprendre à mieux connaître les étudiants, ce qui a engendré un développement d'une professionnalité émergente collective et personnelle.

III- Méthodologie du recueil de données

III.1 – Méthode de l'entretien

Pour réaliser l'entretien, j'ai pensé qu'il était pertinent que ce soit un entretien semi-directif. En effet, cela permet de poser des questions générales et ouvertes et d'en rajouter si besoin au cours de l'entretien. Cela permet également de créer un échange complet et constructif en laissant une marge d'expression pour la personne interrogée.

III.2 – Population interviewée

Je me suis d'abord penché sur le nombre d'entretiens que je souhaitais réaliser. C'était pour moi enrichissant et plus complet d'avoir un minimum de deux entretiens afin de recueillir différents points de vue et de pouvoir par la suite faire une analyse transversale. De plus, je ne souhaitais pas réaliser d'entretiens dans les services où j'avais été en stage car cela m'aurait mise mal à l'aise et cela n'aurait pas été, selon moi, objectif que les infirmiers(ères) répondent à des questions sur l'accompagnement des étudiants alors qu'il m'avait moi-même accompagnée. Ensuite, concernant le type d'infirmier(ère) que je souhaitais interviewer, mon choix s'est porté sur deux infirmières d'âge proche mais exerçant dans deux secteurs différents. Cela me permettait de pouvoir avoir un facteur commun : l'âge, et un facteur différenciant : le lieu d'exercice. Pour le lieu d'exercice, je pensais qu'il était intéressant de reprendre un lieu de stage d'où venait une de mes situations d'appel comme la réanimation, mais aussi un lieu où il y aurait beaucoup de soins relationnels comme la psychiatrie. J'ai donc pu effectuer deux entretiens auprès d'infirmières ayant 24 ans (3 ans de diplôme) dont une travaillant dans un service d'urgences psychiatriques et l'autre travaillant dans un service de réanimation.

III.3 – Organisation de l'entretien

J'ai pris l'initiative de mettre une annonce, via un réseau social, de recherche d'infirmiers de psychiatrie et de réanimation pour la réalisation d'entretien pour mon mémoire. Par la suite, différents professionnels m'ont contactée par message pour me signaler qu'ils étaient disponibles. J'ai donc effectué les entretiens par téléphone tout en les enregistrant avec un autre.

III.4 – Objectifs de l'entretien

L'entretien permettait de recueillir des informations essentielles en lien avec ma question de départ, j'ai donc posé six objectifs. Le premier objectif était de caractériser les notions de perception, de situation de soin complexe et d'accompagnement. Ensuite, le deuxième objectif était de caractériser le ressenti dans le prendre soin de patients jeunes par les IDEs

de proximité. Le troisième objectif était d'identifier les difficultés émises par les IDEs de proximité dans la prise en charge de patients jeunes par des étudiants infirmiers. Le quatrième objectif était d'identifier les moyens mis en œuvre par l'IDE de proximité pour accompagner les étudiants infirmiers. Le cinquième objectif était d'identifier les sources de difficultés de l'IDE de proximité quand elle accompagne les étudiants infirmiers. Enfin, le sixième et dernier objectif, était d'identifier ce qui amène l'ide de proximité à faire intervenir ou pas l'étudiant infirmier lors d'une situation complexe ou non adaptée pour lui.

III.5 – Bilan du dispositif

III.5.1 – Points forts

Tout d'abord, j'ai été agréablement surprise de l'investissement qu'on fait preuve les infirmières. En effet, j'ai ressenti dans leur intonation du plaisir à échanger, de la volonté à transmettre leur pensées et leur réflexion sur le sujet de l'accompagnement des étudiants. C'est pour moi valorisant de pouvoir effectuer des entretiens dans un environnement respectueux et positif. Ensuite, concernant les questions posées lors de l'entretien, j'ai trouvé que dans l'ensemble les différents professionnels avaient compris mes questions et ne me demandaient pas de les répéter. Cela signifie qu'elles étaient assez claires et compréhensibles. Leurs réponses étaient complètes et ils prenaient le temps d'expliquer leur point de vue en l'illustrant par des exemples. Pour finir, à la suite des entretiens que j'ai effectués, je ne me suis pas retrouvée à me demander si je n'aurais pas dû rajouter une question ou deux. J'ai donc trouvé que j'avais bien traité les notions de la question de départ.

III.5.2 – Limites

La première limite que j'ai rencontrée été pour la réalisation des entretiens. En effet, je n'ai malheureusement pas eu de retour du CHU dans les délais impartis me permettant de réaliser mes entretiens confortablement. C'est pourquoi, après avoir contacté la référente de l'unité d'enseignement du mémoire, celle-ci m'a dirigé vers une infirmière de neurochirurgie qui était d'accord pour participer à l'entretien. L'entretien était prévu après sa journée de travail, au sein de son service. J'aurais donc effectué l'entretien dans un endroit calme, et l'aurait enregistré avec mon téléphone. Or, au vu de la crise sanitaire lié au Covid-19, l'entretien a été annulé. J'ai dû trouver une solution de recourt. Via un réseau social, j'ai pu demander à des infirmiers(ères) de réanimation et de psychiatrie de toute la France, s'ils accepteraient de participer à un entretien pour mon mémoire. J'ai reçu plusieurs réponses ce qui m'a permis de réaliser trois entretiens. Ensuite, la deuxième difficulté que je trouve importante de citer, est qu'ayant réalisé les entretiens par téléphone, je n'ai pu entendre que leur réponses et intonations. Je n'ai donc pas pu voir leur faciès et leur gestuel qui auraient

pu m'indiquer différentes émotions et pouvoir par la suite, investiguer. De plus, suite au premier entretien, il m'a semblé plus adéquat et pertinent d'intervertir le terme définir par caractériser sur la question « Comment définiriez-vous une situation de soin complexe ? ». Enfin, j'ai rencontré des difficultés de formulation d'objectifs pertinents, simples et précis et ai dû y revenir à plusieurs fois.

IV- Analyse descriptive des entretiens

Pour effectuer l'analyse descriptive des entretiens, j'ai décidé de faire une analyse transversale afin de pouvoir mettre en relation les différents points de vue des deux infirmières et ainsi, avoir une analyse complète pour chaque objectif posé.

Premièrement, je souhaitais **caractériser les notions de perception, de situation de soin complexe et d'accompagnement.**

Pour la notion de perception, les deux infirmières s'accordent à dire que la perception est définie majoritairement par sa propre vision des choses. En effet, l'une la décrit comme « la sensation que tu ressens et ta manière de vivre la situation » ; l'autre, ajoute que « c'est toujours personnel, de ton point de vue » et que c'est également « lié au vécu de la personne, à son caractère, à son bagage ». Elle souligne tout de même que la perception peut avoir des perceptions différentes en fonction des personnes du fait que « chaque personne peut percevoir les choses différemment et les interpréter de façon différente ».

Ensuite, concernant la complexité, les deux infirmières font ressortir que celle-ci est avant tout liée au contexte de la situation. L'une d'elle exprime que « rien n'est facile, qu'il y a toujours un moment donné où il y a un truc qui va aller de travers » et que la principale difficulté de la complexité c'est « qu'il y a plein de problèmes en même temps à gérer ». Elles rajoutent que la complexité dépend également de la relation que l'on a avec le patient car « c'est plus lié à la relation avec le patient qu'aux pathologies » comme par exemple certaines situations où « ton patient n'est pas forcément coopérant » et donc « c'est tout le relationnel avec le patient qui est compliqué » cela pouvant induire des difficultés et rendre les situations complexes selon elles. Enfin, l'une d'elle fait part de la complexité dans la réalisation de soins techniques qui pour elle « demande énormément de rigueur ».

Enfin, concernant l'accompagnement, elles dissocient l'accompagnement d'une personne d'une part, et l'accompagnement d'un étudiant infirmier d'autre part. Selon les deux infirmières, l'accompagnement d'une personne, c'est avant tout aider en « apportant des éléments de notre expérience pour aider la personne à accomplir un but », c'est « prendre la main pour amener vers » mais aussi communiquer avec la personne car « ce n'est pas que l'accompagnement physique ». Ensuite, l'une d'elle spécifie l'accompagnement vis-à-vis de l'étudiant infirmier en mettant l'accent sur les différents apports qu'il peut y avoir dans l'accompagnement comme l'apprentissage technique et psychologique « il n'y a pas que l'accompagnement en termes de technique et de calculs de doses, il y a aussi l'accompagnement un peu psychologique » et exprime même « qu'il n'y a pas que le côté où tu apprends des choses aux élèves ». Elle rajoute que l'accompagnement, c'est aussi la

relation entre le soignant et l'étudiant où « tu parles avec eux pour savoir comment ils ont vécu le truc » mais aussi l'intégration de l'étudiant dans l'équipe soignante en mettant en lumière l'importance de « les intégrer dans le service ».

Deuxièmement, je voulais **caractériser le ressenti dans le prendre soin de patients jeunes par les IDEs de proximité.**

Selon les deux infirmières, le ressenti dans le prendre soin de patients jeunes se distingue par des modalités d'entrée en relation différentes, une relation à la pudeur modifiée, une recherche de juste distance complexe ainsi qu'une projection vers un avenir compromis. Pour elles, ce qui est le plus revenu, c'est la recherche de juste distance complexe (?). En effet, la juste distance fait intervenir la complexité du prendre soin de par une prise en charge « qui émeut un peu plus, qui est plus difficile parce qu'on sait que c'est une vie qui peut être foutue définitivement » et que « c'est compliqué à gérer avec les jeunes ». Ensuite, on retrouve la distance professionnelle car l'une estime que « la prise en charge des jeunes est un peu plus personnel, plus proche » et selon l'autre, il faut donc trouver la juste distance. De plus, l'une d'elle fait part de l'importance de trouver la relation de confiance entre le soignant et le soigné. Pour finir, elle énonce aussi l'importance de montrer aux patients les limites dans cette relation et « qu'il ne faut pas dépasser les limites ».

Pour continuer sur la deuxième partie, l'autre infirmière distingue des modalités d'entrée en relation différentes : l'emploi du tutoiement « je me retrouve à les tutoyer, les appeler par leur prénom », la place de l'humour où elle se « permet plus de blagues nulles » ou encore, elle évoque avec les patients leurs hobbies « on met de la musique ». Ensuite, cette même infirmière fait ressortir la troisième partie qui est la projection vers un avenir compromis. Elle nomme notamment les difficultés de la réalité de la situation, à savoir que pour elle « ils ne sont pas censés se retrouver en réanimation, que c'est moins dans l'ordre des choses et que c'est difficile pour eux ». Elle complète en indiquant un questionnement sur leur avenir car les jeunes patients posent beaucoup de questions sur leur vie future.

Enfin, cette infirmière exprime la dernière partie, une relation à la pudeur modifiée. Elle y exprime son ressenti vis-à-vis des jeunes et du fait qu'elle pense que c'est « compliqué pour un jeune de 20 ans d'accepter qu'on fasse la toilette » car ils ont en général une forte perte d'autonomie.

Troisièmement, mon souhait était **d'identifier les difficultés émises par les IDEs de proximité dans la prise en charge de patients jeunes par des étudiants infirmiers.**

En effet, pour les deux infirmières, les difficultés de l'étudiant infirmier sont liées avant tout à l'étudiant lui-même mais aussi aux soignants ou encore aux patients. Pour l'une d'elle, les

difficultés sont liées à l'expérience, le parcours et l'histoire de l'étudiant, mais également au rapport émotionnel que peut entretenir l'étudiant avec le patient. On peut voir qu'elle énonce que l'étudiant peut réaliser un transfert lorsqu'il identifie le patient à quelqu'un qu'il connaît, mais aussi quand « les émotions dépassent le soin » ou bien si l'étudiant décide de « ne pas parler de ses souffrances ». Ensuite, l'autre infirmière, rajoute que les difficultés peuvent être également liées à l'âge de l'étudiant qui peut être le même que celui du patient mais aussi aux jugements que peuvent avoir les soignants. Elle exprime que les étudiants peuvent ressentir un certain jugement par les professionnels que ce soit leur tuteur ou pas et donc ne pas savoir comment interagir avec le patient jeune.

En continuant, une des infirmières indique que les difficultés peuvent être également liées aux soignants, et notamment de leur accompagnement qui parfois « peut être délétère pour l'étudiant ». Elle énonce aussi que la prise en considération des émotions des étudiants n'est pas toujours faite, que « les soignants occultent complètement qu'en tant qu'étudiant tu puisses faire un transfert ou qu'un patient puisse faire un contre transfert » et qu'ils « ne pensent pas à la souffrance que ça peut entraîner pour l'étudiant de ne pas en parler ». De plus, elle rajoute que les difficultés peuvent être aussi liées à l'expérience du soignant, à son histoire mais également à la structure d'accueil dans lequel le soignant exerce.

Pour finir, les deux infirmières s'accordent à dire que les difficultés que peuvent rencontrer les étudiants infirmiers à prendre en soin de jeunes patients est aussi liées aux patients. En effet, on peut dissocier l'expérience du patient, le rapport émotionnel que le patient peut entretenir avec l'étudiant avec le contre transfert, mais aussi l'adaptation de la communication verbale car le patient peut interpréter et ressentir le langage que l'étudiant prendra avec lui, par exemple, « si c'est pas assez familier pour le patient c'est pas une bonne prise en charge ».

Quatrièmement, il était important pour moi d'**identifier les moyens mis en œuvre par l'IDE de proximité pour accompagner les étudiants infirmiers.**

Tout d'abord, selon les infirmières, il y a une dissociation entre l'accompagnement de l'étudiant de façon générale et l'accompagnement de l'étudiant dans des situations spécifiques. Si nous nous penchons sur l'accompagnement de l'étudiant, nous pouvons remarquer que l'accompagnement comprend des méthodes d'apprentissages, une mise en pratique, une adaptation de l'infirmier à l'étudiant, des interactions avec l'équipe ainsi que du relationnel entre l'étudiant et le soignant.

Premièrement, les deux infirmières s'accordent à mettre en lumière l'importance du relationnel entre l'étudiant et le soignant. En effet, pour l'une, le temps d'échange est primordial car il permet de « faire le point », « de prendre du temps avec eux », de réaliser des entretiens et surtout de discuter, d'échanger. Elle parle aussi de relation de confiance qui finit par s'installer

en créant une « confiance mutuelle » et de communication non verbale comme la voix qui lui permet selon elle « d'être la plus rassurante possible » mais aussi par les gestes. De plus, on décèle le concept de débriefing car l'autre infirmière quant à elle, leur fait part « des choses bien ou pas bien », ce que les étudiants pourraient améliorer, « des choses sur lesquelles ils ont eu du mal ou qui se sont bien passé » ou encore en leur demandant de donner leur avis avant qu'elle donne le sien. Enfin, on retrouve l'évaluation de l'accompagnement du soignant puisque les deux infirmières trouvent important de demander aux étudiants s'ils auraient des choses à modifier, à améliorer afin que ce soit plus facile pour eux.

Deuxièmement, l'accompagnement de l'étudiant ce sont aussi les méthodes d'apprentissage. Les deux infirmières font le point sur les connaissances, les enrichissent, expliquent la théorie, « apportent des expériences, des éléments ». L'une des infirmières utilise une méthode qui consiste à ne pas donner les réponses aux étudiants mais à faire aller chercher la réponse par eux-mêmes.

Troisièmement, on retrouve la mise en pratique. Une des infirmières énonce qu'il faut « apporter le plus de pratique possible », « refaire » mais aussi proposer à l'étudiant que l'infirmier peut prendre la relève s'il ne se sent pas en capacité de le faire.

Quatrièmement, accompagner un étudiant, c'est aussi l'adaptation de l'infirmier à l'étudiant. Les deux infirmières tendent à dire qu'il faut « aller au rythme de l'étudiant » en s'adaptant à chacun d'entre eux car ils sont différents et ont des besoins également différents. Elles donnent des objectifs atteignables, des axes d'améliorations et guident l'étudiant afin « qu'il ne se sente pas en difficulté ».

Enfin, elles parlent d'interactions avec l'équipe, avec d'une part la communication avec celle-ci, et d'autre part, les actions qu'elles mettent en place. Les deux infirmières énoncent la communication avec l'équipe, notamment en échangeant avec leurs collègues, tuteurs et cadres et en « disant à l'élève ce qu'on a dit » et par la suite mettent en place des actions comme une journée d'intégration, une visite du service, un livret d'accueil, une fiche de suivi pour l'une, et un classeur dédié aux étudiants et un accueil de qualité pour l'autre.

Pour finir, nous allons maintenant nous pencher sur l'accompagnement de l'étudiant via deux situations spécifiques rencontrées par une des infirmières : l'une avec un patient et l'autre avec un étudiant. Concernant la situation complexe avec le patient, elle différencie si la situation complexe est connue en amont ou si elle la découvre sur un moment donné. Pour elle, elle accompagnera l'étudiant d'une façon si elle sait d'avance que la situation sera complexe avec le patient, et d'une autre façon si elle le découvre. En effet, elle trouve important de prévenir l'étudiant, de lui en parler et de lui donner des éléments sur la conduite à tenir. Elle préférera laisser le patient ayant une prise en charge plus simple à l'étudiant mais le laissera observer le patient dit complexe. Pour ce qui est de la situation complexe découverte à un moment

donné, l'infirmière émet deux possibilités, « soit je laisse l'élève se débrouiller s'il s'en sort bien », soit « si c'est un peu plus compliqué, je reprends un peu la main ». Dans les deux cas, elle énonce un débriefing à la suite afin de « voir pourquoi c'était compliqué, pourquoi c'était comme ça qu'il fallait réagir et pas comme ça », d'évaluer s'il se sent capable de continuer la prise en soin ou si au contraire, l'étudiant préfère que l'infirmière prenne le relais. Enfin, pour ce qui concerne la situation complexe avec un étudiant, elle trouve que si l'étudiant n'a pas un comportement adéquat, il est judicieux d'en parler avec les collègues afin de savoir ce qui pourrait être à améliorer dans son accompagnement, de passer la main à une autre infirmière si besoin, de changer de tutrice, ou encore de « voir avec d'autres méthodes d'encadrement » car selon elle « c'est mieux que ça soit dans une situation où l'élève est à l'aise pour apprendre ».

Cinquièmement, je voulais **identifier les sources de difficultés de l'IDE de proximité quand elle accompagne les étudiants infirmiers.**

Les deux infirmières ont énuméré la difficulté qu'elles avaient rencontrée lorsqu'elles accompagnaient les étudiants infirmiers. Pour l'une, c'est la relation de maternage qu'elle entretient avec ses étudiants, tandis que l'autre c'est la dynamique d'équipe. Pour l'infirmière qui entretient une relation de maternage, elle relève à de nombreuses reprises son côté maternant de par ses dires comme « je suis mère poule, je couve mes élèves, je les lâche pas, je suis trop, trop, sur leur dos, je vais avoir un mal de chien à leur laisser de l'autonomie ». Elle explique que le maternage réalisé avec les étudiants vient du fait qu'elle a des difficultés à déléguer, qu'elle a « un peu de mal encore à lâcher ses patients » mais aussi qu'elle éprouve une peur vis-à-vis des étudiants car elle a peur de ne pas être là pour les aider si besoin, « peur de les laisser en galère tout seul ».

Pour ce qui concerne l'autre infirmière, elle a rencontré des difficultés envers l'équipe du service sur l'accompagnement des étudiants. En effet, elle a une vision de l'encadrement différente de ses collègues, ce qui amène à des désaccords. De là, il s'ensuit des tensions dans l'équipe « on s'est vraiment pris la tête » qui pour elle s'avèrent compliquées puisqu'elle répète à plusieurs reprises que « les collègues peuvent poser un problème ».

Enfin, je souhaitais **identifier ce qui amène l'IDE de proximité à faire intervenir ou pas l'étudiant infirmier lors d'une situation complexe ou non adaptée pour lui.**

Les deux infirmières ont indiqué ce qui les amenaient à faire intervenir ou pas un étudiant infirmier dans une situation complexe ou non adaptée. Elles ont référencé deux typologies de situation, la première étant une intervention de l'étudiant modérée par l'IDE où l'une des infirmières énonce le cas de patients jeunes, psychiatriques, ou encore lors de conflits verbaux. La deuxième typologie cible le refus de l'IDE de faire intervenir l'étudiant dans le cas

de situations de conflits et de patients ayant un relationnel compliqué, tandis que l'autre infirmière ajoute les situations d'agressivité et de violence. Ensuite, elles argumentent leur choix de faire intervenir ou pas l'étudiant de par la responsabilité que cela engage car l'une estime que ce n'est pas à l'étudiant de gérer les problèmes d'agressivité et que ce n'est pas « de son ressort de gérer ça pendant un stage ». Elles énoncent aussi le risque encouru par l'étudiant comme celui de se faire taper dessus, qu'il se prenne un coup et qu'il soit blessé et donc « qu'il n'est pas là pour ça ». De plus, l'une d'elle ajoute que les objectifs de l'étudiant sont de se concentrer sur son apprentissage et sur les soins qu'il a à réaliser. Enfin, les actions de l'IDE sont soit de laisser l'étudiant intervenir ou pas et dans ce cas-là, l'IDE laisse l'étudiant regarder et passe la main si besoin, soit l'IDE décide de ne pas laisser intervenir l'étudiant et le fait donc sortir de la chambre.

V- Discussion

Dans cette partie de mon mémoire, je vais mettre en relation les dires des différents auteurs sur les notions de mon cadre théorique avec les dires des infirmières interrogées. Cela va me permettre d'approfondir mon travail de recherche en y incorporant mon analyse. Je vais donc aborder en premier lieu la perception d'une situation, ensuite le prendre soin notamment auprès des patients jeunes et les difficultés qui s'y réfèrent, puis la notion de complexité et pour finir, l'accompagnement des étudiants avec ce qui est mis en place par les soignants.

Tout d'abord, je commence par la notion de perception. J'ai décidé d'aborder cette notion car je la trouvais intéressante. En effet, cette notion me parlait, j'avais l'impression de l'utiliser régulièrement dans des situations de ma vie quotidienne notamment quand chacun exprime son point de vue lors d'échanges entre plusieurs personnes. Pourtant, je trouvais qu'elle était subjective et propre à chacun. C'était pour moi difficile de la définir et d'en comprendre réellement la signification. C'est pourquoi, j'ai pensé utile de la mettre dans ma question de départ car c'était peut-être elle qui m'était le plus inconnu mais qui regroupait mes questionnements au vu de mes situations d'appels. Par la suite, les écrits des auteurs m'ont beaucoup éclairée. Ils m'ont permise de comprendre comment fonctionnait la perception, de par les sens, l'interprétation de ceux-ci ainsi que les facteurs influençant cette perception. Je n'avais pas pensé que la connaissance ou bien la motivation pouvaient influencer la perception des choses alors que pourtant cela semble maintenant évident. En revanche, je ne connaissais pas les notions d'extéroception, d'interception et de proprioception. Je n'avais pas remarqué qu'il existait différentes perceptions, du moins je n'avais pas mesuré que quand je parlais de perception ce n'était pas forcément que pour parler de ce que je ressentais moi à l'intérieur.

De plus, j'ai pensé qu'inclure dans mon entretien une question sur la perception pouvait me permettre d'avoir une idée sur ce que les infirmières pouvaient penser. Pour autant, je dois dire que je me suis beaucoup identifié aux infirmières interrogées sur leur manière de définir ce qui pour elles était la perception. Elles s'étaient accordées à dire que la perception était une vision personnelle de par le point de vue de la personne, des sensations qu'elles ressentaient vis-à-vis d'une situation et que chaque personne pouvait percevoir les choses différemment. On pouvait voir que les sensations ressenties par les infirmières rejoignaient celles des auteurs. Cependant, elles n'avaient pas plus développé la notion et je n'ai pas su finalement, si elles prenaient en compte dans la perception, la notion de connaissance ou de motivation énoncée par les auteurs. D'ailleurs, je me suis demandé si je n'aurais pas pu les faire se questionner un peu plus sur le sujet. Cela m'a tout de même permis de me rendre compte qu'on ne peut pas forcément trouver des réponses sur les agissements des personnes dans des articles, on peut comprendre le mécanisme mais s'il on veut savoir ce que les personnes ont perçu ou ressenti comme dans mes situations d'appels par exemple, il fallait

plutôt aller chercher directement auprès des personnes concernées. C'est pourquoi, par les auteurs et les infirmières interrogés lors de l'entretien, je me suis rendu compte que si je voulais comprendre les agissements de l'infirmier et l'infirmière de mes situations d'appels, le plus adéquat était je pense un échange avec eux. Cela aurait pu m'éclairer à comprendre leur perception des choses même si cela peut être délicat à demander de mon point de vue d'étudiante, surtout quand une situation semble toucher le professionnel.

Ensuite, j'avais décidé d'aborder la notion de prendre soin. C'est une notion essentielle dans la profession d'infirmière. En effet, elle fait partie intégrante des compétences que l'on doit acquérir tout le long de notre formation mais aussi tout le long de notre carrière. C'est pourquoi, j'ai souhaité l'aborder dans mon cadre théorique car c'est une notion qu'on utilise beaucoup mais dont on ne mesure pas toujours l'impact. Au fil de mes lectures, j'ai pu me remémorer l'importance de cette valeur soignante comme au début de ma formation. En effet, les auteurs la définissent en indiquant ce qu'est le prendre soin, ce qu'il faut faire quand on prend soin d'une personne ou d'un patient mais aussi les éventuels dérapages. Le prendre soin amène donc à prendre en considération la personne en tant que telle, à en faire une représentation singulière et non commune et à entrer en communication, en relation avec cette personne afin de répondre à ses besoins. Les auteurs font ressortir le risque de banalisation. J'ai trouvé cela intéressant car je pense qu'il est facile de basculer dans la banalisation des soins et le prendre soin notamment si on rentre dans une routine. On effectue des soins techniques qui eux restent identiques à chaque fois mais je pense qu'on peut facilement oublier que derrière chaque soin technique on retrouve une personne, un patient différent et donc une prise en soin différente.

De plus, ils ont également parlé de notion de bientraitance qui est d'ailleurs souvent énoncée dans l'actualité et qui pourtant n'a pas été évoquée par les infirmières interrogées. Cela m'a surpris car au cours de ma formation on a beaucoup évoqué la bienveillance ainsi que la bientraitance. La bientraitance est je trouve très importante car elle permet de se remettre en question, notamment dans notre pratique. En effet, certains soins sont effectués « parce qu'il faut les faire » mais on n'effectue pas toujours la balance bénéfiques/risques ainsi que la réelle utilité de certains soins comme cela se fait beaucoup dans les soins palliatifs. Je pourrais ainsi souligner que le prendre soin est propre à chaque soignant et de la vision qu'il en a, mais aussi à la personne qui est prise en soin. Cela va donc pour moi dépendre de différents facteurs, et potentiellement rendre une prise en soin simple ou bien complexe.

Pour continuer, j'ai pensé intéressant de me pencher sur le prendre soin de patients jeunes pour spécifier le prendre soin dans une situation précise notamment au vu de mes situations d'appels. N'ayant pas cette spécificité dans mon cadre théorique, j'ai décidé d'aller creuser auprès des infirmières interrogées lors de mes entretiens pour notamment repérer les

difficultés que peut engendrer une prise en soin avec des patients jeunes. Ce qui est ressorti, c'est une recherche de juste distance qui était complexe. En effet, elles s'accordaient sur le point que c'était une prise en soin plus émouvante, personnelle et donc plus difficile et compliquée à gérer afin de pouvoir trouver une juste distance. Cette juste distance dans le prendre soin des jeunes me parle puisque j'ai déjà été confrontée à cette problématique lors de précédents stages dont j'ai d'ailleurs, effectué une analyse de pratique. C'est pourquoi, je comprends leurs dires, et la difficulté dont elles font part, puisque prendre soin de patients jeunes, rajoute selon moi, une difficulté supplémentaire dans le prendre soin quand on n'a pas encore acquis assez de recul. Je les rejoins également sur l'emploi du tutoiement auprès des jeunes, ainsi qu'au niveau de la pudeur entre le soignant et le patient jeune.

De plus, il ne faut pas oublier, que prendre soin de patients jeunes lorsqu'on l'est, est selon moi difficile. Il est vrai que de mon côté, j'ai été confrontée à la difficulté de vouvoyer des jeunes lors de mon stage en psychiatrie. C'est d'ailleurs à ce moment-là que beaucoup de questions m'ont traversé l'esprit notamment sur la distance professionnelle à adopter qu'il faut selon moi adapter en fonction des patients mais surtout de notre bien-être. En effet, il s'est avéré que je me suis retrouvée à trop réfléchir à la tournure de mes phrases pour ne pas tutoyer le patient. J'ai trouvé cela difficile car j'avais l'impression que le relationnel que j'émettais n'était pas de qualité et ne me correspondait pas. J'ai donc décidé de comprendre selon les infirmières, quelles pouvaient être selon elles, les difficultés des étudiants infirmiers à prendre soin de patients jeunes. Il s'est avéré que les difficultés pouvaient être liées aux soignants si leur accompagnement n'était pas adéquat, mais également, aux patients de par leur histoire et le possible contre transfert. Ce que je n'avais pas autant mesuré, c'est l'étudiant en lui-même. La difficulté du prendre soin est certes liée aux patients, mais surtout liée à l'étudiant. En effet, son expérience, son âge, le jugement que les soignants peuvent avoir envers lui et surtout le rapport émotionnel entre les deux avec notamment le transfert prend une part importante dans la prise en soin. Cela m'amène à me demander, est-ce-que les difficultés des étudiants énoncées par les infirmières ne seraient pas les mêmes que pour les infirmières et soignants en général. Je me demande aussi si elles-mêmes ne transféreraient pas leurs propres craintes et peurs à travers les étudiants en répondant aux questions. Je prends conscience de plus en plus que beaucoup de facteurs sont présents et liés entre eux. C'est pourquoi, je finirai par dire que je pense que prendre soin de patients est complexe car cela dépend à la fois du soignant que nous sommes et de celui qu'on l'on aimerait devenir, de l'idée que l'on se fait du prendre soin, mais aussi de nos propres ressentis voire émotions qui peuvent influencer notre prise en soin notamment avec de jeunes patients.

Si je poursuis, la notion que je vais aborder maintenant c'est la complexité. En effet, lors de la construction de ma question de départ, je ne m'étais pas rendue compte de

l'importance de cette notion. En effet, la complexité et le mot complexe sont à différencier de quelque chose de simple ou de compliqué. Cela peut se transposer à des soins et situations de soins qui peuvent alors être simples, compliqués ou bien complexes.

J'ai remarqué que durant les entretiens, les infirmières disaient beaucoup le terme « compliqué » alors que de mon côté je parlais de complexité. J'en ai donc déduit qu'elles n'avaient certainement pas fait la distinction. Moi-même utilisant beaucoup le terme « compliqué », j'avais des difficultés à percevoir la différence. C'est pourquoi, j'ai appris par les auteurs, la différence entre ces deux notions, à savoir entre un soin dit compliqué d'un soin complexe. Si je pouvais résumer, un soin compliqué, c'est à la base plusieurs soins simples qui regroupés ne peuvent pas être décomposés. Pour le résoudre, il y a besoin de maîtrise et de connaissances à niveau intermédiaire. A contrario, la complexité, ce sont des éléments qui sont liés les uns aux autres et qui ne sont donc pas isolés. Pour répondre à cette complexité, il va falloir acquérir des compétences, mettre à profit son expérience et ses connaissances. Les auteurs rajoutent aussi que la problématique majeure de la complexité c'est la connaissance car on retrouve des incertitudes. Il est vrai que notamment en début de stage, n'ayant pas les connaissances théoriques et pratiques liées aux services ou à mon niveau de formation, je me suis retrouvée dans des situations complexes. Effectivement, selon moi, ce qui m'a mise en difficulté c'était le non savoir. Ne pas avoir assez de connaissances me faisait douter de mes capacités tout comme l'incertitude, ce qui pouvait parfois me faire basculer d'une situation de soins simples à une situation de soins complexes. Ensuite, si je me réfère aussi aux infirmières interrogées, elles disent que la complexité est liée à la relation que peut avoir l'infirmier avec un patient, s'il est coopérant ou non par exemple, mais aussi liée à la réalisation des soins techniques.

De plus, les auteurs et les infirmières s'accordent pour dire que la complexité est liée au contexte. Les infirmières soulignent que la complexité est avant tout liée au contexte d'une situation qui peut amener une personne à gérer différents problèmes en même temps. On retrouve d'ailleurs dans les dires des auteurs que la complexité c'est la prise en compte du contexte. En effet, c'est pour eux, la prise en compte du contexte qui va déterminer si une situation est complexe ou non. C'est pourquoi, le contexte peut amener divers éléments liés les uns aux autres avec des incertitudes et inconnus qui peuvent engendrer des soins dits complexes. Je trouve qu'il est vrai que le contexte est un facteur essentiel à la complexité. Si je prends un exemple, lors de mes premières semaines de stage en réanimation, je n'étais pas à l'aise pour réaliser des bilans sanguins sur un cathéter artérielle. En effet, cela engendrait chez moi, une peur de l'erreur qui m'empêchait de discuter avec le patient pendant le soin puisque je ne me concentrais que sur lui. Pourtant, à la fin de ce stage, j'étais capable de réaliser le soin tout en discutant avec le patient. Le contexte du début ou fin de stage jouait

donc sur mes connaissances, mes peurs et donc ma prise en soin technique et relationnelle avec les patients.

Comme vu précédemment, le prendre soin chez des patients jeunes amène une certaine complexité du fait de différents éléments liés comme l'étudiant avec ce qu'il pense, ressent, l'idée qu'il se fait du prendre soin, mais aussi le soignant par son accompagnement envers l'étudiant, le patient avec son histoire ou encore le contexte de la situation. De plus, le prendre soin ce sont des soins techniques liés aux soins relationnels qu'on ne peut pas dissocier. Tout cela participe à la complexité du prendre soin avec des patients jeunes.

Je termine donc par la notion d'accompagnement. En effet, c'est pour moi, la notion fondamentale de ma question de recherche. C'est elle qui m'a motivée à effectuer ce travail d'initiation à la recherche car j'étais curieuse de comprendre ce qu'elle englobe et ce qu'on met en place lorsqu'on accompagne quelqu'un. En effet, accompagner des étudiants à mon niveau de formation me plaît beaucoup. J'aime accompagner, aider, apprendre, soutenir une personne. J'ai donc décidé d'aborder en premier lieu, ce qu'était l'accompagnement pour les infirmières interrogées. Les infirmières s'accordaient à dire que l'accompagnement d'une personne, c'était avant tout aider, aider dans tout ce pourquoi la personne a besoin d'aide, lui apporter des éléments de notre expérience pour l'aider à accomplir un but. Elles ajoutaient que c'était également communiquer. En ce qui concerne plus spécifiquement l'accompagnement d'un étudiant infirmier, elles mettaient en valeur les divers apports de l'accompagnement à savoir l'apprentissage notamment. Elles distinguaient aussi la communication entre le soignant et l'étudiant en s'informant sur le ressenti de l'étudiant face à une situation par exemple et aussi l'intégration de l'étudiant dans l'équipe. J'ai trouvé cela intéressant car les auteurs n'ont pas mentionné la notion d'intégration. En effet, elles mesuraient que l'intégration de l'étudiant participait à l'accompagnement. Il est vrai que j'ai toujours remarqué que me sentir intégrée dans une équipe participait à mon bien-être. Cela me permettait de prendre confiance en moi, d'être motivée, et de pouvoir interagir avec mes collègues en cas de besoin ou de difficultés. Être intégrée est pour moi important car cela permet en cas de journée difficile d'être soutenue, et de soutenir les personnes qui en ont besoin. Je trouve que c'est porteur et dans mon cas, cela me permet de me sentir moi-même et à l'aise.

Ensuite, si je me réfère aux auteurs, ils évoquent la notion de partage entre deux personnes, se joindre ensemble, pour avancer vers. Je n'ai pas retrouvé le concept de partage auprès des infirmières. Pourtant, partager c'est selon moi essentiel dans l'accompagnement d'une personne. En effet, c'est partager des savoirs, des pratiques, c'est partager des questionnements, des réflexions. Les auteurs ont également fait part de postures non évoquées de cette façon par les infirmières mais énonçant tout de même les valeurs propres

aux postures comme le dialogue ou l'écoute. De plus, j'ai trouvé intéressant que Maëla Paul parle de posture de non savoir. Il est vrai que quand nous connaissons des choses nous pouvons rapidement nous encremer dans une position de domination face à une personne qui n'a pas les connaissances. On pense connaître et cela nous peut nous amener finalement à nous renfermer sur ce que nous savons et à ne pas nous ouvrir sur les échanges avec l'autre qui sont d'ailleurs souvent porteurs et enrichissants.

Après avoir eu une idée sur ce qu'était l'accompagnement et ce qu'il impliquait en termes de postures à adopter, j'ai voulu en savoir plus auprès des infirmières afin d'identifier ce qu'elles mettaient concrètement en œuvre quand elles accompagnaient un étudiant infirmier. Beaucoup d'éléments sont ressortis. J'ai pu repérer différentes méthodes d'apprentissage comme faire le point sur les connaissances, préférer aller chercher les réponses que les donner directement ou encore apporter des expériences. J'ai pu en ressortir également que l'accompagnement c'était apporter de la mise en pratique, s'adapter à l'étudiant en allant à son rythme, donner des objectifs atteignables et s'adapter à leur besoin. Le plus important selon les infirmières était le relationnel entre l'étudiant et elles en instaurant une relation de confiance, en créant des temps d'échanges, des débriefings, des interactions avec l'équipe ou encore une évaluation de son accompagnement envers les étudiants. J'ai trouvé cela très positif de voir l'engagement que ces infirmières avaient. La relation de confiance qu'elles ont évoquée est pour moi à souligner car en tant qu'étudiant, être reconnu et avoir acquis la confiance d'un infirmier ou infirmière est gratifiant. En effet, dans mon cas, cela me donne confiance notamment en mes capacités. Cependant, je trouve que ça rajoute une pression supplémentaire parce que l'on ne veut pas perdre cette confiance que nous a accordés le professionnel et on ne veut pas non plus le décevoir. De plus, ce que j'ai remarqué et que je souhaite pratiquer c'est le briefing/débriefing. En les écoutant et repassant mes expériences de stage, je me suis rendue compte de la réelle importance de cette phase. Elle m'a permis d'être rassurée surtout quand on part dans l'inconnu, d'être plus sereine et surtout d'être dans de meilleures conditions d'apprentissage car cela permet aussi de mener une réflexion commune lors de situations de soins complexes comme par exemple avec des patients jeunes.

Ensuite, j'ai voulu comprendre ce que les infirmières pouvaient mettre en place de différent dans la manière d'accompagner quand elles se trouvaient avec l'étudiant face à une situation complexe. J'ai pu identifier des actions diverses afin de ne pas mettre en difficulté l'étudiant. Elles pouvaient être amenées à juger que l'intervention de l'étudiant n'était pas bénéfique ou appropriée pour lui et dans ce cas le tenaient à l'écart, soit elles acceptaient son intervention mais prenaient des mesures si elles voyaient que la situation devenait trop complexe pour l'étudiant. Ce que j'ai retenu c'est qu'elles expliquaient leur choix à l'étudiant

et j'ai trouvé ça important pour qu'en tant qu'étudiant on puisse comprendre ce choix et repérer certains paramètres que nous n'aurions pas forcément repérés justement.

Pour continuer, dire ce qu'il faut faire pour accompagner quelqu'un c'est une chose, mais selon moi, étant tous humains, nous percevons des ressentis, des émotions et par notre personnalité, on peut tous être amenés à rencontrer des difficultés à accompagner une personne. Les écrits des auteurs sur la notion d'accompagnement n'ayant pas énoncé de potentielles difficultés que pouvaient avoir les personnes à accompagner quelqu'un, j'ai pensé utile de poser une question à l'entretien en rapport avec cela. Les infirmières ont référencé deux difficultés. La première sur la dynamique d'équipe et la deuxième sur la relation de maternage. De mon côté, je n'avais pas vraiment réfléchi aux difficultés que pouvaient avoir les soignants à accompagner, pourtant lors de l'entretien j'ai été surprise par les réponses. En effet, j'avais comme vision des difficultés plutôt pédagogiques dans le sens de comment transmettre, comment apprendre des gestes techniques. Cependant, j'ai découvert que ça n'était pas forcément le cas et que les difficultés pouvaient être davantage liées au caractère de la personne.

Enfin, accompagner une personne et notamment un étudiant est avant tout une question de postures qu'il faut ajuster et adapter en fonction de nous soignants, de la personne que l'on a en face ainsi que des situations auxquelles on fait face. Cela permet de développer nos compétences et de s'enrichir à travers les échanges.

Pour conclure cette discussion, je dirais que la perception d'une personne est propre à chacun. Elle prend en compte les sens comme le toucher, la vue et l'ouïe qui sont liés à l'environnement. Pourtant, d'autres facteurs s'ajoutent comme la motivation et les connaissances. Il y a donc différents éléments qui permettant de mieux comprendre le ressenti d'un infirmier, particulièrement s'il est confronté à une situation complexe auprès de jeunes patients. En effet, les divers facteurs interagissent avec la façon dont l'infirmier décide d'accompagner un étudiant et pourront potentiellement influencer à différents niveaux entre la perception et l'accompagnement. Cependant, ma question de départ prenait en compte seulement la notion de perception. C'est pourquoi, ma réflexion m'a poussé à me demander si d'autres choses pouvaient influencer l'infirmier dans son accompagnement envers les étudiants lors d'une situation avec de jeunes patients. Mon cheminement a fait ressortir la notion d'émotion notamment lors de mes recherches auprès des auteurs comme Sophie Lavault (2017) qui disait : « Ce sont ses sentiments, c'est l'émotion qui crée le moteur pour nos comportements et qui fait qu'on va prendre nos décisions et qu'on va être adapté à un environnement » Cela m'amène donc à poser la question de recherche suivante : En quoi les émotions d'un infirmier de proximité peuvent influencer son accompagnement lors d'une prise en soin de jeunes patients auprès d'étudiant infirmier ?

VI- Conclusion

Ce travail d'initiation à la recherche avait débuté autour de situations d'appels qui m'avaient interpellée en stage. Elles étaient portées sur le thème de l'accompagnement infirmier et sur des situations de prise en soin auprès de jeunes patients. Ensuite, des questionnements ont suivi et m'ont guidée vers ma question de départ : Dans quelle mesure, la perception qu'a un infirmier de proximité de la complexité du prendre soin d'un patient jeune, influence-t-elle la nature de son accompagnement auprès d'un étudiant infirmier ? Afin d'y répondre, j'ai effectué des recherches auprès d'auteurs qui ont eu pour objectif de m'éclairer sur la compréhension de quatre notions : la perception, le prendre soin, la complexité et l'accompagnement. À la suite de ce cadre théorique, j'ai réalisé des entretiens auprès de deux infirmières : l'une en psychiatrie et l'autre, en réanimation. Je cherchais à confronter deux lieux d'exercice pour me permettre de repérer de potentielles différences sur leur vision des choses. Pour cela, j'ai effectué une méthodologie et un guide d'entretien afin d'étayer les dires des auteurs et de répondre à mes questionnements, puis une analyse descriptive permettant de classer les différentes idées des infirmières. Pour continuer, j'ai confronté dans une discussion les idées des auteurs et celles des infirmières en ajoutant mon point de vue. Enfin, la conclusion permettait de poser toute la démarche d'initiation à la recherche et d'énoncer mon ressenti tout au long de ce travail.

La réalisation de ce travail a été enrichissante car elle m'a permis d'apprendre, de comprendre, de me questionner, de construire, de mener une réflexion sur ma pratique professionnelle et enfin d'évoluer en tant que personne et soignante.

Tout d'abord, je dirais que j'ai pu acquérir des connaissances sur les différentes notions par les auteurs notamment le prendre soin et l'accompagnement qui sont pour moi, des valeurs essentielles à notre profession. J'ai pu découvrir des idées et réflexions intéressantes qui ont fait avancer mon cheminement et qui m'ont beaucoup intéressé. Toutes ces notions apportaient des éléments fondamentaux dans la compréhension de ma question de départ. La perception m'a intriguée par sa subjectivité et sa multitude de possibilités, la notion de prendre soin par sa volonté de prodiguer des soins de qualité et d'également se remettre en question sur notre pratique professionnelle. De plus, l'étude de la complexité m'a aidée à différencier les soins simples des soins complexes et ce qu'elle pouvait englober. Enfin, la notion d'accompagnement m'a appris à comprendre comment accompagner et ce qu'il fallait mettre en place pour accompagner quelqu'un de la meilleure façon possible.

Ensuite, réaliser les entretiens a été un réel plaisir à réaliser car ils amenaient du concret. J'étais ravie de pouvoir échanger sur mon sujet auprès de professionnels car cela me permettait d'identifier leur façon d'accompagner les étudiants, de compléter les dires des

auteurs, de répondre à mes questionnements et de voir qu'ils pouvaient penser à des choses que je n'avais pas moi-même identifiées. De plus, l'investissement dont les infirmières ont fait part dans leurs réponses m'ont touchée. En effet, j'ai pu ressentir leur engagement, leur souci de bien faire et leur envie de faire partager leur valeur et leur métier.

Pour continuer, la discussion était tout aussi importante que la découverte des notions et l'analyse des entretiens. En effet, mettre en relation les dires des auteurs et ceux des infirmières m'a permis de mener une réflexion construite, posée et plus approfondie que les simples pensées que je pouvais avoir lors de ma lecture des notions ou des entretiens. J'ai également pu mettre en lien mes expériences avec celles énoncées par les infirmières.

Enfin, j'ai remarqué que ce travail m'avait permis de mettre en relation mes trouvailles et de mieux comprendre mes questionnements. J'ai également remarqué que mes concepts étaient tous liés les uns aux autres et qu'il existait divers liens dans chacun des concepts. C'était à la fois perturbant et satisfaisant. En effet, je me suis rendu compte que beaucoup de choses pouvaient s'expliquer puisqu'elles étaient justement liées entre elles. Pourtant, cela pouvait engendrer davantage de questions et pas toujours des réponses.

En conclusion, ce travail a été une opportunité de me faire évoluer sur divers aspects, notamment dans ma pratique professionnelle. Ce fut un travail prenant, qui m'a confrontée à des difficultés, des moments de doutes, et qui m'a permis en retour, de rebondir, et de persévérer pour arriver à une satisfaction personnelle.

Bibliographie

Article :

Favetta, V. et Feuillebois-Martinez, B. (2011). Prendre soin et formation infirmière. *Recherche en soins infirmiers*, (107), 60-75. Repéré à <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2011-4-page-60.htm>

Paul, M. (2012). L'accompagnement comme posture professionnelle spécifique. *Recherche en soins infirmiers*, 110, 13-20. Repéré à <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2012-3-page-13.htm>

Lameul, G. (2016). Postures et activité du sujet en formation : de l'intention au geste professionnel. *Revue internationale de pédagogie de l'enseignement supérieur*, 32(3), 1-7. Repéré à <https://journals.openedition.org/ripes/1160>

De Ketele, J-M. (2014/3). L'accompagnement des étudiants dans l'enseignement supérieur : une tentative de modélisation. *Recherche et formation*, 77, 73-85. Repéré à https://journals.openedition.org/rechercheformation/2321#xd_co_f=NjkhZDExZTqtYzhIMy00YjE5LWFjNjgtYWExZTA3YmIzNDdl~

Ouvrages :

Curchod, C. (2019). *Les situations de soins complexes, un défi à relever pour les infirmières*. Millau : Seli Arslan

Page web :

Dortier, J-F. (2007). La perception, une lecture du monde. Repéré à https://www.scienceshumaines.com/la-perception-une-lecture-du-monde_fr_21020.html

Lechevalier, B. (1995). Ambiguïté de la perception. Repéré à <https://www.cairn.info/perception-et-agnosies---page-9.htm>

Hesbeen, W. (2017). De la réflexion éthique à une pratique de qualité. Repéré à <https://www.elsevier.com/fr-fr/connect/ifsiiinfirmier/de-la-reflexion-ethique-a-une-pratique-de-qualite>

Document audiovisuel :

Lavault, S. (2018). *Le cerveau limite-t-il la perception de la réalité ?*. TEDxUTTroyes. Repéré à <https://www.youtube.com/watch?v=bjnxzMNwIZ8>

Lavault, S. (2017). *L'intelligence émotionnelle*. FDMTV – France Diversité Média. Repéré à <https://www.youtube.com/watch?v=MqpQwXio49E>

Morin, E. (2014). *Le défi de la complexité*. USI Events. Repéré à <https://www.youtube.com/watch?v=6UT57Jm371w&t=139s>

Paul, M. (2014). *L'accompagnement*. Pentecouteau Hugues. Repéré à <https://www.youtube.com/watch?v=-ZliDRGuEC0>

Lien de la photo de la page de garde :

<https://www.google.com/url?sa=i&url=https%3A%2F%2Fwww.youtube.com%2Fwatch%3Fv%3DjTOJvEk6UmQ&psig=A0vVaw2Q11kLMgTja4SdwejlBsQu&ust=1588893458326000&source=images&cd=vfe&ved=0CAIQjRxqFwoTCNDWnfOcpukCFQAAAAAdAAAAABAD>

Annexes

Sommaire

Annexe I – Le guide d'entretien

Annexe II – Retranscription entretien 1 : IDE en psychiatrie

Annexe III – Transcription entretien 2 : IDE en réanimation médicale

Annexe IV – Analyse descriptive : tableau

Annexe I – Le guide d'entretien

Bonjour, je m'appelle Sophie Proteau et je suis étudiante infirmière en 3^{ème} année à l'ifsi de Pontchaillou à Rennes. Je me permets de venir vers vous afin de réaliser un entretien pour mon mémoire de fin d'étude. J'ai formulé une question de départ sur un sujet qui m'intéresse beaucoup, l'accompagnement des étudiants.

Il sera anonyme, et réalisé dans la bienveillance et le non-jugement. Êtes-vous d'accord pour que cet entretien soit enregistré ? Êtes-vous d'accord pour y répondre ? Je vous remercie. Nous allons pouvoir commencer.

- Quelle est votre parcours professionnel ?

Caractériser les notions de perception, de situation de soin complexe et d'accompagnement

- Qu'est-ce que pour vous la notion de perception ?
- Comment définiriez-vous une situation de soin complexe ?
- Qu'est-ce que pour vous la notion d'accompagnement ?

Caractériser le ressenti dans le prendre soin de patients jeunes par les IDEs de proximité

- Si vous avez déjà pris en soin des patients jeunes, comment vous êtes-vous sentis ?

Identifier les difficultés émises par les IDEs de proximité dans la prise en charge de patients jeunes par des étudiants infirmiers

- Pensez-vous que prendre soin d'un patient jeune soit une source de difficultés pour les étudiants ? A quels niveaux ?

Identifier les moyens mis en œuvre par l'IDE de proximité pour accompagner les étudiants infirmiers

- Qu'est-ce que vous mettez en place pour accompagner les étudiants ?
- Comment vous comportez vous avec les étudiants dans des situations complexes ?
- Est-ce qu'il vous arrive de discuter avec vos collègues de comment accompagner les étudiants ? Qu'est-ce que cela vous apporte ?

Identifier les sources de difficultés de l'IDE de proximité quand elle accompagne les étudiants infirmiers

- Quelles sont les principales difficultés que vous rencontrez lorsque vous accompagnez un étudiant ?

Identifier ce qui amène l'ide de proximité à faire intervenir ou pas l'étudiant infirmier lors d'une situation complexe ou non adaptée pour lui

- Existe-t-il des situations pour lesquelles vous refusez qu'un étudiant intervienne ou pour lesquelles vous êtes réticents à l'intervention d'un étudiant ?

- Qu'est-ce qui vous fait dire que ces situations ne seraient pas adaptées aux étudiants ou trop complexes pour eux ?
- Avez-vous vécu une situation d'encadrement d'un étudiant qui vous a fait revoir votre position de le faire intervenir ou pas dans une situation complexe ? Pouvez-vous me raconter cette situation
- Avez-vous autres choses à rajouter ?

Je vous remercie pour le temps que vous m'avez accordé à répondre à mes questions. Je vous rappelle que cet entretien restera anonyme. Je vous souhaite une bonne journée.

Annexe II – Retranscription entretien 1 : IDE en psychiatrie

Durée : 46 min

IDE : Salut ! Ça va ?

MOI : Ça va et toi ?

IDE : Ça va je te remercie !

00:06 - 8:42 : Nous avons discuté de la situation actuelle au vu de la crise sanitaire du Covid-19.

MOI : Du coup si tu veux bien j'ai les questions que je vais te poser. C'est sur l'accompagnement des étudiants. L'entretien sera retransmis et anonyme.

IDE : D'accord

MOI : Il est enregistré pour que je puisse le retranscrire pour pouvoir faire la démarche d'analyse

IDE : D'accord

MOI : La première question c'est qu'elle est ton parcours professionnel ?

IDE : Oui, alors du coup moi j'ai 24 ans, ça fait depuis juillet 2017 que je suis diplômée. J'ai d'abord travaillé dans un service d'admission en psychiatrie pendant à peu près un an. Ensuite j'ai fait un peu plus d'un an dans un service de moyen séjour en psychiatrie et depuis 6 mois je travaille aux urgences psychiatriques.

MOI : D'accord, et du coup la psychiatrie c'était dès ton diplôme que tu savais que tu voulais travailler là-bas ?

IDE : Oui alors en fait ce qui est assez particulier c'est que quand j'ai fait mes études, je ne voulais pas du tout travailler en psychiatrie, c'était quelque chose qui me faisait peur et j'ai fait un stage en psychiatrie et c'était vraiment une révélation et je me suis dit que je ne ferai rien d'autre que ça, que de la psychiatrie.

MOI : D'accord, et ça te plais toujours autant ?

IDE : A oui ! Je ne ferai rien d'autre pour le moment !

MOI : D'accord c'est noté ! Ensuite la question suivante est plus centrée sur les notions présentes dans ma question de départ. Qu'est-ce que pour toi la notion de perception ?

IDE : Quand tu dis la notion de perception c'est par rapport à quoi ?

MOI : Par rapport à une situation quand quelqu'un dit c'est quelque chose que je perçois, pour toi quand tu perçois ça veut dire quoi ?

IDE : Pour moi c'est la sensation que tu ressens, c'est ta manière de vivre la situation.

MOI : D'accord, la deuxième question c'est pour toi qu'est ce qui va te faire dire que c'est une situation de soins complexe ?

IDE : Alors ça peut être complexe par différentes manières, ça peut être complexe parce que ça peut être un soin extrêmement technique et que ça demande énormément de rigueur, ça peut être complexe parce que ton patient n'est pas forcément coopérant.

MOI : Oui...

IDE : Ça peut être complexe parce que ça peut se faire dans une situation d'urgence. Ça pour moi ça peut être des situations complexes.

MOI : D'accord, du coup là ça serait plus généraliste, pour toi l'accompagnement c'est quoi ? Quand on accompagne.

IDE : Tu veux une définition ou tu veux une manière de faire ?

MOI : Comme tu le sens

IDE : (silence) Pour moi l'accompagnement c'est... comment je pourrais te le définir ... C'est alors, de manière imagée ça serait prendre par la main pour amener vers. C'est vraiment ça et puis apporté des éléments de notre expérience pour aider la personne à accomplir un but.

MOI : D'accord. Ensuite moi les questions ça va être vraiment plus centré sur l'accompagnement et sur une situation avec des patients jeunes. Donc la question c'est est ce que tu as déjà pris en soin des patients jeunes et comment tu t'es sentie ?

IDE : Oui alors j'ai déjà eu l'occasion de prendre en charge des patients jeunes. Alors comment on se sent c'est assez compliqué parce que c'est trouvé la juste distance en fait. Sachant que là où c'est un peu compliqué nous dans le domaine de la psychiatrie c'est que déjà en psychiatrie trouver la juste distance c'est assez particulier. En plus de ça avec des patients jeunes, je trouve que c'est d'autant plus compliqué, sachant que l'on doit trouver justement la relation de confiance mais en même temps on doit aussi montrer aux patients qu'il y a des limites et qu'il ne faut pas dépasser ces limites. Je l'ai eu notamment avec une jeune fille il y a très peu de temps, alors je suis désolé j'illustre beaucoup avec des cas que j'ai vécu.

MOI : Nan mais c'est plus parlant il n'y a pas de soucis.

IDE : Oui c'est pour ça ! Il n'y a pas longtemps j'ai eu une jeune fille de 13 ans et si tu veux nous les patients mineurs vont forcément en chambre d'isolement.

MOI : D'accord.

IDE : Tu as déjà fait un stage en psychiatrie du coup ?

MOI : Oui, en admission.

IDE : D'accord, donc nous les patients mineurs vont forcément en chambre d'isolement, ils n'ont pas le droit d'être mêlé aux autres patients d'un point de vue sécuritaire. Et donc la patiente on lui explique, elle connaissait bien la psychiatrie, elle y avait déjà été dans une unité d'admission et là elle revenait aux urgences.

MOI : D'accord

IDE : Donc elle est vu par notre psychiatre, on lui explique qu'elle va aller en chambre d'isolement le temps que sa mère arrive et qu'on prenne une décision et on lui explique que voilà c'est temporaire, que c'est le temps qu'elle s'apaise parce qu'elle était en pleine crise au moment où elle est arrivée. Et donc je lui explique qu'on va devoir mettre le pyjama, je lui explique, enfin je lui demande si elle accepte que je le tutoie, je lui explique qu'elle peut me tutoyer à partir du moment où ça reste dans le respect l'une de l'autre.

MOI : D'accord

IDE : Parce que ne tutoie jamais sans l'accord du patient et je lui dis qu'elle peut me tutoyer du moment où ça reste dans le respect. A partir du moment où je trouve qu'il n'y a plus de respect ou que les limites sont dépassées, je demande de me vouvoyer.

MOI : D'accord, donc comme ça la barrière, enfin le patient ou la patiente peut se rendre compte que là il y a eu quelque chose qui a fait que la relation n'était pas dans le respect, du coup elle le voit peut-être mieux finalement.

IDE : C'est ça. Et donc je lui explique, donc qu'elle va mettre le pyjama, qu'elle va devoir rentrer en chambre. Et là elle me regarde et elle me dit non. C'est tout.

MOI : D'accord.

IDE : Donc je prends le temps tu vois, je lui explique calmement, je passe une demi-heure à lui expliquer parce que je suis quelqu'un qui va, je préfère beaucoup discuter que tu vois mettre de force les gens. Donc je lui explique, je prends vraiment une demi-heure à essayer de négocier, à un moment donné, elle me dit oui mais je ne veux pas la blouse, je voudrais un pantalon. Je lui dis pas de soucis je vais chercher un pantalon, je reviens, j'arrive à la faire rentrer en chambre, nan elle refuse toujours de rentrer en chambre.

MOI : D'accord.

IDE : Donc à un moment donné, je lui ai dit écouter, vous êtes à l'hôpital, tu vois là je passe sur le vouvoiement. C'est que là elle a atteint une limite et que c'est plus possible. Je lui dis là il y a des règles à l'hôpital, moi je dois respecter des règles, vous devez respecter des règles. Et donc là on est passé sur une mise en iso, alors de force entre guillemets parce qu'elle avait un gabarit qui me permettait tu vois, je lui ai pris le bras, je l'ai accompagné en chambre, on n'a pas été sur quelque chose de force, de force imposée.

MOI : Oui.

IDE : Ça été sur de l'accompagnement mais tu vois le fait d'être repassé sur du vouvoiement, je lui ai montré qu'il y avait une limite avec moi et finalement ça c'est très bien passé. Mais voilà il y avait la limite à un moment donné ou j'ai négocié une demi-heure et c'était terminé.

MOI : D'accord, c'était de trouver le bon moment voilà pour dire les choses mais une fois qu'on voit que ça marche plus, on repasse sur une autre démarche quoi.

IDE : C'est ça.

MOI : La question suivante c'était est ce que tu penses que prendre soin d'un patient jeune peut être source de difficultés pour les étudiants et à quels niveaux ?

IDE : Alors, pour les étudiants je pense que ça peut l'être, après je pense que ça dépend du parcours de l'étudiant.

MOI : C'est-à-dire ?

IDE : Alors un étudiant qui est ... Par exemple, tu connais le transfert et le contre transfert ?

MOI : Oui.

IDE : Je pense que là ça peut l'être. Alors après je pense que ça dépend aussi des services, ça dépend de l'histoire du patient, ça dépend de l'histoire des soignants aussi et de l'étudiant.

MOI : Oui.

IDE : Ça dépend de l'accompagnement aussi des soignants qui sont là avec l'étudiant. Mais on peut rentrer dans un transfert et dans un contre transfert et s'il n'y a pas un bon accompagnement des soignants ça peut être délétère pour l'étudiant.

MOI : A quel niveau du coup ?

IDE : Ba si les émotions dépassent le soin.

MOI : Ok, d'accord ... je réfléchis en même temps c'est pour ça !

IDE : Nan mais il n'y a pas de soucis

MOI : Je me dis de penser à des situations, et en fait ce que tu dis c'est totalement l'idée que j'avais en tête.

IDE : Parce que moi je l'ai vécu mais pas avec un patient mineur mais je l'ai vécu avec un patient adulte et j'ai une amie qui l'a vécu avec un patient justement mineur et elle a fait un transfert par rapport à son petit frère. C'est pour ça tu vois, c'est des choses auxquelles je repense ! Et les soignants occultent complètement le fait qu'en tant qu'étudiant tu puisses faire un transfert ou qu'un patient puisse faire un contre transfert et de ce fait ils n'y pensent pas et pensent pas à la souffrance que ça peut entraîner pour l'étudiant de ne pas en parler et de ce fait d'avoir des difficultés à prendre en charge.

MOI : Oui complètement ! Et c'est vrai, je pense qu'en tant que soignant qu'on a vécu ou entendu parler de ça, ça peut permettre justement d'y penser et de pouvoir avoir un échange

avec l'étudiant ou même lui, comment il l'a vécu et qu'est-ce qu'il a fait du coup quand ça lui est arrivé.

IDE : Tout à fait.

MOI : D'accord, et du coup qu'est-ce que tu mets en place pour accompagner les étudiants, tu l'exprimes comment ?

IDE : C'est vraiment (silence) tu vois j'ai été référente étudiant pas aux urgences parce qu'on prend pas d'étudiants, on a pas d'étudiants sur les urgences mais quand j'étais en service, c'est quelque chose qui me tenais beaucoup à cœur parce que j'adore, j'adore tout ça. C'est quelque chose, j'adore transmettre mon savoir en fait, et je prends énormément de temps avec les gens, avec les étudiants. C'est vraiment, tu vois c'est déjà faire le point sur les connaissances, c'est refaire, c'est apporter les éléments, c'est l'aider à enrichir ses connaissances, c'est apporter des expériences, c'est faire le point régulièrement, c'est apporter le plus de pratique possible mais tout en allant au rythme de l'étudiant.

MOI : D'accord.

IDE : Tu vois c'est par exemple tu peux être face à quelqu'un qui va voir quatre fois une injection mais qui au bout de la cinquième fois va demander ba est ce que je peux revoir encore une fois, tu vas pas dire ba non tu l'as vu quatre fois, la cinquième tu l'as fait. Ba non, oui tu l'as vu quatre fois, ba je te remontre une cinquième fois, quand tu seras près tu me diras oui je suis près.

MOI : Oui je vois.

IDE : Tu vois, enfin moi c'est ma vision des choses.

MOI : D'accord, merci pour cette réponse !

IDE : Ba de rien !

MOI : C'est complet, c'est bien pour vraiment comprendre la façon de penser des personnes !

IDE : Après moi c'est ma vision des choses, après c'est peut-être assez utopique parce que je suis jeune diplômé, je pense que j'ai un caractère comme ça et je changerai pas.

MOI : Je vois. Mais c'est vrai que ça dépend, je suis un peu comme ça aussi, je comprends comment tu vois les choses parce que je suis pareil de mon côté. C'est vrai que des fois dans nos stages, on a des expériences totalement différentes et des façons de faire totalement différentes mais je pense qu'au final l'idée reste la même mais justement la manière de faire va être différente.

IDE : Oui ! Exactement. Après c'est très enrichissant.

MOI : Oui complètement.

IDE : C'est ça qui est génial. Moi je me souviens, j'ai vécu des stages complètement différents, j'ai vécu deux stages très marquants. Un ou j'ai été avec une référente, qui m'a fait vivre un enfer pendant dix semaines ou j'ai pleuré tous les jours et ou je me suis dit, ... je me souviens elle m'a dit une phrase une fois avec moi en me disant tu n'es pas là pour parler avec les patients, tu es là pour faire des soins. Et je lui ai dit vous et moi on n'a pas la même conception du métier d'infirmière et ce n'est pas à vous que je veux ressembler. Alors je peux te dire que j'ai vécu un stage où ça été l'enfer.

MOI : A ba oui je me doute ...

IDE : Mais par contre j'ai vécu un autre stage avec une infirmière qui est aujourd'hui, ba j'ai assisté à son mariage l'année dernière et aujourd'hui c'est une personne qui fait partie intégrante de ma vie. Et ça été le meilleur stage de ma vie, enfin c'est quelqu'un tu vois maintenant qui, et je me suis dit, je veux ressembler à cette infirmière et aujourd'hui je fais tout pour parce que c'est une personne mais humaine au plus haut possible. Et je pense que chaque expérience de nos stages fait qu'on devient tu vois une partie de chaque infirmière qu'on a connu ou au contraire on ne ressemble pas à cette infirmière à qui on ne voulait pas ressembler.

MOI : Oui complètement ! C'est vrai que quand on échange aussi entre étudiant et tout, c'est souvent ce qu'on dit, qu'on était avec une infirmière ou on voudrait lui ressembler parce que voilà, ça correspond aux valeurs que l'on s'était imaginé et qu'on souhaite transmettre et au contraire d'autres c'est pas le cas.

IDE : Exactement.

MOI : Et comment, face à une situation complexe, comment tu te comportes du coup avec les étudiants ?

IDE : Moi j'essaie d'être la plus rassurante possible. Au niveau de ma voix, enfin de mon timbre de voix, au niveau des gestes aussi, j'essaie de guider le plus possible l'étudiant.

MOI : Oui.

IDE : Après je propose aussi s'il se sent pas en capacité de le faire de moi le faire et de lui proposer une prochaine fois.

MOI : D'accord.

IDE : Enfin je, tu vois je fais tout pour pas qu'il se sente en difficulté.

MOI : Ok.

IDE : Il n'y a rien de pressant, un stage ça dure dix semaines. Puis même si ça se passe pas dans ce stage-là, il y a d'autres possibilités que ça se passe dans un autre stage et si ça se passe pas pendant les études, ba c'est tout. Ça se passera quand on sera diplômé. Je veux dire une carrière d'infirmier ou d'infirmière ça peut durer des années. Voilà fin, j'ai vécu tu vois trois ans d'école et j'ai jamais fait de réanimation, au bout d'un an de diplôme je me suis fait une réanimation. Ba c'est tout, après j'en ferai peut-être pas pendant dix ans, c'est tout ça peut arriver à un moment donné. Ça arrivera quand ça arrivera. Après si la personne veut vraiment le faire, ba c'est tout. Voilà je pars du principe ou s'il y a une confiance, de toute façon c'est une confiance mutuelle. Si la personne a confiance en moi je vais avoir confiance en elle.

MOI : Oui complètement. De toute façon c'est une relation de confiance qui s'installe en fait.

IDE : C'est ça. Exactement.

MOI : Du coup j'arrive à la prochaine question, est qu'il t'arrive de discuter avec tes collègues de comment accompagner les étudiants et qu'est-ce que cela t'apporte ?

IDE : Alors énormément ! Alors moi j'adore discuter ! (rire) Comme tu as pu le remarquer je suis quelqu'un qui parle énormément.

MOI : Je dis rien je suis bavarde aussi !

IDE : En plus de ça je suis quelqu'un qui se remet en question et même avec les étudiants, j'adore à la fin prendre un temps avec eux et leur demander s'il y a des choses qui pour eux, fin s'il pensent qu'il y a des choses à améliorer dans ma prise en charge, par rapport à eux. Tu vois s'ils auraient préféré que je prenne un peu plus de temps sur certaines choses ou par exemple si tu veux sur les thérapeutiques je suis pas quelqu'un qui va leur donner des réponses. Quand on fait les traitements qu'ils me disent je sais pas, je vais pas leur donner la réponse, comme je leur explique, je préfère qu'ils aillent chercher les réponses.

MOI : Oui.

IDE : Plutôt que de leur donner les réponses. Parce que pour moi, on apprend en cherchant. Après il y en a chez qui ça fonctionne pas et dans c'est cas-là on réadapte en fonction de leur besoin. Mais dans un premier temps, on fonctionne comme ça. Après je réadapte, chaque personne à des besoin différents mais voilà, dans un premier temps je préfère qu'ils fassent leurs recherches qu'ils notent tout dans un petit carnet après on va faire des échanges, souvent je les vois une fois par semaine, on fait des petits entretiens, on discute beaucoup, on adapte les objectifs, ce genre de choses et du coup c'est vrai que j'en discute beaucoup avec mes collègues, on a pas tous les mêmes visions des choses mais on en discute beaucoup, c'est pareil avec mes cadres ont en discutaient beaucoup parce que la c'est vrai qu'on en prend plus en charge des étudiants parce que les urgences c'est quand même un système très particulier.

MOI : D'accord.

IDE : Du coup c'est vrai qu'on prend pas en charge des étudiants mais dans les services, je devais faire la formation pour être tutrice. Malheureusement je suis partie avant. Mais c'est quelque chose qui me tient beaucoup à cœur et j'avais avec mes collègues, on avait développé tout un classeur par rapport aux étudiants. Voilà c'est dans les unités où je suis passé, on avait mis en place beaucoup de choses par rapport aux étudiants et c'est vraiment quelque chose qui nous tenait énormément à cœur, le bon déroulement des stages et le meilleur accueil possible des étudiants.

MOI : En fait vous vous impliquiez vraiment beaucoup justement dans la prise...

IDE : Enormément !

MOI : D'accord.

IDE : Ouai énormément.

MOI : D'accord et ça te plaisait du coup de prendre du temps pour ça et pour eux.

IDE : A ba oui, franchement oui. A ba moi-même sur mon temps perso, je faisais des recherches, j'étais à fond !

MOI : D'accord ! C'est vrai qu'on croise pas toujours des professionnels qui sont autant investis et c'est vrai que ça fait plaisir parce qu'on sait que des fois, comme tout le monde, les soignants et les étudiants, on n'est pas tous pareil et je pense que c'est vrai que c'est important quand il y a une cohésion comme ça.

IDE : Après si tu veux aux urgences on en a discuter, on aimerait beaucoup avoir des étudiants mais au vu de notre fonctionnement, on pourrait pas. Autant il y a des journées où on pourrait en avoir, autant il y a des journées où on ne pourrait pas et à la rigueur, fin ce serait délétère sur les journées où on a vraiment beaucoup de patients. On aurait pas le temps en fait, et on laisserait les étudiants de côté et c'est pas ce qu'on veut, du coup on préfère ne pas prendre d'étudiants.

MOI : D'accord.

IDE : Mais c'est quelque chose dont on a discuté, mais pour le bien être des étudiants on ne préfère pas.

MOI : Oui c'était un peu la balance bénéfice risques, est ce que l'encadrement serait adéquat.

IDE : C'est ça, et du coup pour leur bien-être on préfère ne pas en prendre. Mais c'est des choses qui sont énormément discuté et voilà on fait énormément attention au bien être des étudiants mais voilà la pour le moment c'est pas envisageable sur les urgences.

MOI : Du coup pour toi qu'elle serait les principales difficultés que tu as déjà rencontrées quand tu as accompagné un étudiant ?

IDE : Moi la principale difficulté que j'ai retrouvée c'est le fait de ne pas avoir la même vision de l'accompagnement avec mes collègues.

MOI : D'accord, c'est-à-dire ?

IDE : Par exemple on avait une étudiante, alors dont je n'étais pas référente mais ou deux de mes collègues était référentes. Et mes collègues me demandent d'encadrer l'étudiante sur une injection d'une patiente psy. Donc je prends l'étudiante avec moi et donc je lui demande de prendre les paramètres. Moi je suis quelqu'un qui pose beaucoup de questions parce que pour moi c'est formateur les questions. Et donc je lui demande tu sais pourquoi tu prends les paramètres et elle me répond non.

MOI : Oui.

IDE : Alors moi ça me pose question, je lui dis ba si tu prends des paramètres c'est qu'il y a une raison donc c'est tout on en discute après voilà je ne suis pas là pour la disputer ou quoi que ce soit. Je lui dis ba c'est tout, tu rechercheras et tu me rediras. Et donc c'est tout, donc je lui dis est ce que tu peux préparer le traitement injectable, elle me dit oui, et je lui dis est ce que tu sais ce que c'est. Et donc elle me lit ce qui est écrit, je dis oui effectivement tu as bien vérifié la prescription, elle me dit oui, je lui demande donc c'est tous les combien, je lui

dis oui et puis je lui dis tu sais ce que c'est que ce produit. Et là elle me répond non. Et je la regarde et je lui dis écoute ce n'est pas contre toi je lui dis mais je ne te laisse pas injecter le produit. Et elle me dit pourquoi, je lui dis je ne vais pas te laisser injecter un produit que tu ne connais pas sachant que tu ne connais pas non plus les surveillances à faire par rapport à ce produit.

MOI : Oui.

IDE : L'étudiante comprend tout à fait. Donc on sort de la salle et puis donc je vais voir ma collègue qui été sa référente, elle me dit ça été l'injection. Je lui dis écoute je ne l'ai pas laissé injecter. Elle me dit ouai pourquoi tu l'as pas laissé injecter, elle l'a vu deux fois et tout. Je lui dis écoute elle connaît pas les surveillances et elle ne connaît pas le produit. Elle me dit oui mais elle peut le faire pour le geste. Je lui dis attend, moi je vais pas la laissé injecté un produit qu'elle ne connaît pas. Je dis derrière il se passe quoique ce soit c'est mon diplôme, j'ai pas fais trois ans pour que mon diplôme saute pour une injection enfin j'ai dit nan en fait. Et donc si tu veux ça été compliqué, s'en ai venu jusqu'au bureau de ma cadre parce que voilà avec ma collègue on s'est vraiment pris la tête et voilà c'était très compliqué. Après l'étudiante comprenait tout à fait mon raisonnement et comme je lui ai dit ce n'atait pas contre elle mais si tu veux, voilà c'est vraiment ça qui pose problème du fait qu'on soit pas tous en accord sur la prise en charge des étudiants.

MOI : D'accord.

IDE : Avec les étudiants j'ai jamais eu de soucis en fait.

MOI : d'accord, tu n'as pas rencontré des moments où tu ne savais pas, je sais pas, comment expliquer, comment aborder le soin.

IDE : Non pas du tout, et même des étudiants qui était plutôt avaient peur de la psychiatrie, ça s'est toujours bien passé. Parce qu'on a toujours trouvé des solutions. Tu vois je les ai jamais laissé en activité seul, enfin, même si on laisse jamais des étudiants seul mais tu vois on a toujours trouvé des solutions pour, ba qu'il se sente le plus à l'aise possible.

MOI : D'accord.

IDE : Après je pense que le fait que j'ai eu peur de la psychiatrie me permet de plus réussir à comprendre en fait ce côté on a peur.

MOI : Oui parce que par rapport à ton expérience du coup tu peux...

IDE : C'est ça ! Ouai c'est plus mes collègues qui me posent problème ! (rire)

MOI : C'est vrai que c'était un facteur que j'avais pas pensé à ça. Et c'est vrai que c'est bien.

IDE : Eh ba si les collègues peuvent poser problème parfois !

MOI : Après j'avais posé la question est ce qu'il existait une situation pour laquelle tu avais refusé qu'un étudiant intervienne ou tu étais réticente à l'intervention d'un étudiant, mais du coup par rapport à l'exemple que tu m'as donné ça y répond.

IDE : Oui après si tu veux en psychiatrie on laisse pas intervenir les étudiants sur les situations d'agressivité ou de violences aussi. Si tu veux un autre exemple.

MOI : D'accord. Et d'après toi pourquoi du coup c'est instauré comme ça qu'on ne laisse pas les étudiants face à cette situation ?

IDE : Par rapport à la responsabilité déjà.

MOI : Oui.

IDE : Et par rapport au risque qu'il y a, parce que déjà nous en tant que soignant on à des gros risques d'accidents de travail alors si on commence à casser nos étudiants ça va être très compliqué ! (rire)

MOI : Ok c'est noté ! (rire)

IDE : Nan mais après pour avoir déjà vécu un accident de travail ça peut être vraiment très violent et en soi je comprends entièrement qu'on protège les étudiants. Je suis la première à protéger les étudiants donc non je préfère qu'on continue comme ça.

MOI : Ok pas de soucis. Du coup, qu'est ce qui pour toi te ferait dire qu'il y aurait des situations qui serait pas adapté aux étudiants parce qu'elle serait trop complexe pour eux ?

IDE : Trop complexe pour des étudiants ?

MOI : Oui. Enfin qui, si tu veux que je répète la question je peux ?

IDE : Non non je vois ce que tu veux dire. Après trop complexe... Je suis en train de réfléchir. (silence) En soi je trouve, ba... (silence) Si tu veux je trouve qu'on apprend tout sur le terrain.

MOI : Oui.

IDE : Pour moi on apprend tout, et tu vois moi qui ai travaillé en psychiatrie depuis trois ans il y a, enfin j'apprends encore tous les jours.

MOI : Oui d'accord.

IDE : Enfin même une situation d'urgence, tu vois j'en ai vécu une sur une réanimation, ça faisait un an que j'étais diplômé, ba j'étais complètement perdu.

MOI : Oui.

IDE : (rire) Je suis honnête, j'étais complètement perdu, en soi j'ai envie de dire que chaque situation est complexe. Après effectivement quand tu suis des choses qui ont des protocoles bien précis, ça paraît très simple mais dans la pratique ba, les choses sont différentes. Par exemple tu vas perfuser sur PAC, ba si peut que ton patient ai la peau un peu dur, tu vas un peu galérer ou perfuser oui ça paraît super simple mais tu vas perfuser sur quelqu'un qui est obèse, ba c'est un peu plus compliqué quand même.

MOI : Oui tout à fait.

IDE : Mais en soi je pense que toute situation peut être complexe après c'est une question de facteurs.

MOI : Par exemple quoi comme facteurs ?

IDE : Ba tout dépend du patient, enfin... tout dépend de l'encadrement, aussi, tout dépend des conditions de travail, tout dépend de ton matériel. Tu vois ce genre de choses.

MOI : Oui je vois complètement.

IDE : De ton environnement.

MOI : Aussi. Oui

IDE : Je pense que c'est vraiment ça. Si tu es face à un soignant qui, qui est très calme, qui t'encadre vraiment bien, ba tu vas faire les choses calmement. Si tu es face à un soignant qui est hyper stressé hyper stressant ba tu vas trembler, tu vas pas être à l'aise.

MOI : Oui c'est vrai.

IDE : Moi je l'ai vécu comme ça, enfin c'est des situations vécus d'étudiante ! (rire)

MOI : Complètement ! (rire)

IDE : Et même de soignante hein ! Parce qu'honnêtement je vais te dire face à un médecin qui te dit t'injecte, qu'il est là, qu'il te regarde, qui te stresse et alors que tu es face à un médecin qui te stresse pas du tout, tu vas pas injecter de la même manière.

MOI : Oui, c'est vrai que ça va influencer le soin du coup.

IDE : Complètement ! Alors en tant qu'étudiant c'est encore pire parce que tu n'as pas encore ton diplôme !

MOI : C'est vrai !

MOI : Du coup, ma dernière question, c'était si tu avais déjà vécu une situation d'encadrement d'un étudiant qui t'avais fait revoir ton positionnement de le faire intervenir u pas dans une situation ?

IDE : Oui ça m'est déjà arrivé une fois.

MOI : D'accord et du coup est ce que tu peux la raconter ou pas comme tu veux ?

IDE : Oui ! C'était avec une patiente, c'était une patiente psy, alors c'était au moment de la distribution des thérapeutiques. Et la patiente délirait complètement sur moi, et c'était une étudiante dont j'étais référente et qui était avec moi pour la distribution des thérapeutiques. Et l'étudiante était à côté de moi, et en fait c'était au tout début et ou donc en fait moi j'administrerais les thérapeutiques et ou elle était à côté de moi et ou en fait au moment des

thérapeutiques, je lui demandais si elle connaissait la molécule, les effets indésirables et ce genre de choses.

MOI : Oui.

IDE : Et elle connaissait déjà beaucoup de choses. Et la prochaine étape c'était la prochaine distribution ou ça allait être à son tour. Donc arrive le tour de la patiente, et donc je lui propose ses thérapeutiques et la patiente refuse. Et donc là elle commence à m'insulter en disant je m'excuse des termes que je vais employer, salle pu*, tu vas voler mon mari. Enfin la patiente délire complètement sur moi. C'était pas la première fois, la semaine d'avant j'avais pris une gifle.

MOI : D'accord.

IDE : Ducoup, et en fait je savais que ça passait très bien avec l'étudiante, et du coup je regarde mon étudiante qui était avec moi et je lui dis écoute est ce que tu te sens capable d'administrer les traitements à cette patiente-là tout de suite maintenant. L'étudiante me regarde et me dit sa te dérange pas, je lui dis écoute, le but d'une équipe c'est de savoir passer la main à un moment donné comme ça passe pas avec un patient. Je lui dis là la patiente délire sur moi, je lui dis j'ai pas de collègues à côté de moi, je peux pas quitter les traitements, tu es avec moi, je lui fais tu connais les thérapeutiques, moi je ne vois pas d'inconvénients si tu es d'accord. Et elle me dit oui donc je lui passe la main. Je laisse la patiente à s'apaiser un petit peu et puis la patiente revient et elle lui administre les thérapeutiques et ça s'est très bien passé avec l'étudiante.

MOI : D'accord.

IDE : Voilà, toute la richesse et aussi tout le comment te dire, comment on peut dire, tu sais tout le côté de pas vouloir insister non plus avec un patient. Là je savais que ça passait pas avec moi. Je ne vois pas l'intérêt d'insister en disant s'il faut que vous preniez votre traitement. Je sais que ça passe pas avec moi au risque de me prendre mon chariot ou les traitements en pleine figure, bah non je lui dis bah asseyez-vous deux minutes. Voilà c'est tout et puis je passe la main à l'étudiante qui est avec moi. C'est plus simple et puis comme ça tout le monde reste dans le calme et la sérénité.

MOI : D'accord, ok et c'est vrai que quand on a l'occasion de passer la main autant le faire au vu de ce genre de situation.

IDE : Oui tout à fait !

MOI : Ba du coup si tu avais autres choses à rajouter ?

IDE : Ba écoute je pense que j'ai dit pas mal de choses déjà !

MOI : C'était très complet en tout cas et tu répondais bien à mes questions.

IDE : J'ai essayé, après t'hésite pas si jamais il manque des choses, que tu as d'autres questions ou quoi que ce soit t'hésite pas à m'envoyer un message. Après quand je suis disponible je te réponds en tout cas.

MOI : D'accord bah c'est très gentil, je te remercie pour le temps que tu m'as accordé !

IDE : C'est normal, comme je t'ai dit si je peux aider il n'y a pas de soucis.

MOI : Ba merci beaucoup en tout cas, je précise quand même que ça restera anonyme. Je te remercie encore et puis bah je te souhaite un bon courage et si toi aussi il y a besoin pas de soucis !

IDE : Ba je te souhaite bon courage aussi et puis pleins de bonnes choses pour la suite.

MOI : Merci beaucoup, bonne journée à toi.

IDE : Merci, bon weekend à toi.

MOI : Merci à toi aussi.

IDE : Au revoir.

MOI : Au revoir.

Annexe III – Transcription entretien 2 : IDE en réanimation médicale

Durée : 31 min

IDE : Salut !

MOI : Salut ! Ça va ?

00:04 – 02 :45 : Discussion sur la crise sanitaire du covid-19

MOI : Du coup l'entretien sera enregistré, et que ça sera anonyme.

IDE : Oui pas de problème.

MOI : Comme je t'avais dit sur le groupe, c'est sur l'accompagnement des étudiants. Du coup la première question c'était de savoir quel était ton parcours professionnel ?

IDE : Alors moi j'ai été diplômé en 2017, et depuis j'ai travaillé en réanimation médicale à ... A bah non je te dis pas le nom de l'hôpital du coup ! Ba voilà j'ai travaillé en réanimation médicale depuis 2017.

MOI : D'accord, ok et du coup ça te plait toujours de travailler la bas ?

IDE : Oui oui oui, franchement c'est un service super intéressant, j'apprends pleins de choses, je vois pleins de pathologies différentes, on s'ennuie pas. C'est très intéressant

MOI : D'accord c'est le principal alors ! Du coup les prochaines questions c'était sûr, en fait pour avoir ton point de vue sur différentes notions qui sont présentes dans ma question de départ.

IDE : Oui.

MOI : Donc c'était savoir pour toi quel était la notion de perception ? Qu'est-ce que c'est en fait.

IDE : La perception ?

MOI : Oui la perception.

IDE : (silence) La perception dans quel sens ? Dans le sens comment on perçoit les ...

MOI : Oui.

IDE : La perception en fait, c'est concrètement, fin c'est toujours personnel, parce qu'en fait c'est toujours de ton point de vue. Je sais pas du tout ce que, je sais pas comment te le dire... C'est toujours lié au final au vécu de la personne, à son caractère, à son bagage. Et donc dans une même situation chaque personne peut percevoir les choses de façon très différentes, et les interprétés de façon différente. Donc voilà.

MOI : Très bien, merci.

IDE : C'est ça qui te fallait commeeee ?

MOI : Oui, oui, justement savoir toi cette notion qu'est-ce que ça fait ressortir !

IDE : J'avais peur de répondre à côté de la plaque !

MOI : Non non ! C'est très bien ! Ensuite c'était de savoir comment tu caractériserais une situation de soins complexes

IDE : Alors déjà je pense qu'en réanimation on est toujours un petit peu dans du soin complexe dans la mesure ou rien n'est facile, rien ne va de soi, il y a toujours un moment donné ou il y a un truc qui va aller de travers donc c'est toujours au final dans du soins complexe parce que tu as pleins de problèmes en même temps à gérer mais après je pense aussi en réa, avoir des soins complexes c'est pas tant la pathologie du patient et c'est, et ses problèmes purement techniques et médicaux, c'est tout le relationnel avec le patient qui est compliqué parce que c'est un patient qui est intubé, qui a du mal à parler qui est en réa. La famille est stressée, ils sont stressés c'est tout à fait normal, donc bah forcément c'est plus le contexte en fait qui rend le soin complexe pour moi plus que le soin en général parce que le soin ça reste du soin technique même si c'est complexe. Donc voilà pour moi s'est plus lié à la relation avec le patient quand c'est complexe, qu'aux pathologies du patients en lui-même. Une ECMO c'est une ECMO, on sait comment ça fonctionne.

MOI : Ok, et la dernière ça serait sûr savoir qu'est-ce que c'est pour toi l'accompagnement ?

IDE : Dans le cadre des élèves ou en général ?

MOI : Les deux !

IDE : Ba en général accompagner quelqu'un c'est l'aider dans tout ce pourquoi il a besoin d'aide donc ça peut être accompagné quelqu'un je sais pas pour la toilette et c'est pas que l'accompagnement physique c'est aussi parler pendant la toilette des choses comme ça. Et pour l'étudiant plus particulièrement, vu que je pense que c'est ton sujet de mémoire, ça t'intéresse encore plus !

MOI : Oui !

IDE : Tu es censé apprendre des choses aux élèves et on est d'accord, c'est pour ça qu'ils sont en stage. Mais l'accompagnement il n'y a pas que le côté où tu apprends des choses aux élèves en fait, ils ont eux aussi des situations difficiles parce que tu es confronté pour la première fois à de la réanimation, c'est, il faut l'encaisser.

MOI : Oui.

IDE : Donc il y a aussi l'accompagnement un peu psychologique entre guillemet mais tu parles avec eux pour savoir comment ils ont vécu le truc, tu as tout ce côté-là en fait, il n'y a pas que l'accompagnement en termes de technique et de calculs de doses et de choses comme ça. Donc, ... les intégrés dans la vie du service, bah on va pas passer dix semaines à les regarder en chien de faillance sans parler avec eux donc c'est l'accompagnement c'est vraiment de l'intégration de l'élève et s'assurer qu'il vive bien le truc et voilà.

MOI : D'accord. Du coup les questions suivantes sont plus centrées sur la prise en soins de patients jeunes. Donc par exemple est ce que toi tu as déjà pris en soins des patients jeunes ? Et comment tu t'es senti ?

IDE : Alors moi je suis dans un hôpital en fait, dans un hôpital d'adulte, majoritairement, surtout en réanimation médicale ce sont plutôt des patients avec pleins de pathologies accumulés qui font qu'ils finissent en réa, mais effectivement on a eu pas mal de jeunes quand même donc de 16 à, bah les jeunes je te dirais que c'est de 16 à 30 ans pour nous. Après on considère que c'est les moins jeunes.

MOI : D'accord.

IDE : Voilà donc oui on a quand même pris beaucoup de patients en charge de 16 à 30 ans. Et donc tu me demandais comment je m'étais senti ?

MOI : Oui c'est ça !

IDE : Donc oui, c'est compliqué à gérer avec les jeunes parce qu'ils ne sont pas censés se retrouver en réanimation pour moi fin je veux pas dire que les vieux sont forcément censés se retrouver en réanimation enfin qu'on soit d'accord la dessus.

MOI : Oui il n'y a pas de soucis.

IDE : Mais les patients jeunes c'est moins dans l'ordre des choses qu'ils soient dans un lit d'hôpital et je trouve ça très compliqué, et souvent quand ils sont en réanimation ils ont une forte perte d'autonomie et quand tu es âgé tu as eu le temps de t'y préparer au fait que tu allais avoir une perte d'autonomie. Les jeunes ils sont pas du tout prêts à ça. Donc par exemple, le dernier que j'ai eu c'était un jeune qui était là pour un syndrome de Guilland barré, donc en fait il était devenu tétraplégique.

MOI : D'accord.

IDE : Et c'est très compliqué pour un jeune de 20 ans je trouve d'accepter qu'on fasse la toilette en fait c'est compliqué parce qu'on a son âge et on se retrouve à lui faire la toilette. Donc souvent on essaie plus avec les patients âgés, j'essaie plus d'avoir une relation normale de soignant- soigné, les jeunes on essaie plus de leur faire sentir que en fait, on est dans le soin, on reste des humains donc souvent on fait des prises en charge des jeunes qui sont un peu plus, un peu plus personnel. On met de la musique, on discute avec eux un peu de leur vie, de, enfin je trouve que c'est une prise en charge qui émeut un peu plus, parce que bah, ouai c'est difficile je pense, particulièrement pour eux de se retrouvé comme ça et

aussi pour toutes les questions qu'ils ont par rapport à leur vie, leur vie future, qu'est-ce qu'ils vont faire donc ouai les jeunes souvent je trouve que les prises en charge sont plus difficile parce qu'on sait que c'est une vie qui peut être foutu définitivement et que, et voilà. Et ouai c'est compliqué je me retrouve moi à les tutoyer au final et à les appeler par leur prénom ce qui ne me viendrait pas à l'idée pour un patient de 70 ans quoi ! Sauf quand ils sont confus et que je les appelle par leur prénom pour essayer de recadrer, les remettre un peu avec nous.

MOI : Oui, d'accord !

IDE : Mais oui fin voilà c'est une prise en charge que je trouve plus proche en fait.

MOI : D'accord et du coup...

IDE : Je me permets plus de blagues nulles, enfin voilà.

MOI : Oui, d'échange qui soit un peu plus différent qu'avec des personnes un peu plus âgées quoi.

IDE : Oui voilà je trouve que la prise en charge de, est plus ouai, un peu différente.

MOI : D'accord, et du coup est ce que tu penses que prendre soin d'un patient jeune peut être source de difficulté pour les étudiants ?

IDE : Ba oui, parce que souvent les, moi comme je suis infirmière, il y a des choses que je peux me permettre plus facilement, parce que j'ai l'expérience pour savoir un peu comment me positionner et ou m'arrêter avec les jeunes aussi. Mais je pense que quand on est étudiant bah fin, c'est co* à dire mais on se sent toujours un peu juger et je pense que c'est compliqué pour les étudiants de faire des blagues nulles avec les patients parce qu'ils se disent toujours que leur tuteur va les juger en fait en disant qu'ils ne sont pas assez sérieux ou des choses comme ça. Donc bah, rien que ça c'est source de difficultés pour prendre en charge un jeune parce que bah ils se disent si je fais pas de blagues ça va être chiant, si je fais des blagues je vais me faire juger par mon tuteur donc. Ba fin je pense que de se point de vue là ça peut être difficile, s'ils sont trop familiers ils ont peur que le tuteur trouve que c'est pas approprié si, si c'est pas assez familier bah pour le patient c'est pas une bonne prise en charge et puis après ils ont le même âge aussi que les patients donc bah c'est compliqué aussi de prendre en charge quelqu'un qu'à son âge et qui ça se trouve était même dans le même lycée que soi c'est compliqué. Donc oui ça peut être source de difficultés et je crois que quand j'ai des élèves j'évite de leur donner des patients jeunes du coup parce que je sais que ça peut être compliqué. Donc si j'ai le choix j'évite de leur donner.

MOI : D'accord, ok. Du coup là ça va être un peu plus sur l'accompagnement en général. C'était de savoir du coup qu'est-ce que toi tu mettais en place pour accompagner les étudiants ?

IDE : Alors je te parle à ce moment-là de ce qu'on met en place dans le service ou juste de ce que moi je mets en place hors service ?

MOI : Tu peux me dire les deux c'est toi qui vois.

IDE : Ok, alors du coup dans mon service, on est en train de mettre en place, c'est encore assez neuf, mais on leur fait une journée d'intégration avant qu'ils commencent à travailler. On leur fait visiter le service, on leur montre ce que c'est qu'un scope, un respi, un KTA, un KTC ils ont droit de les manipuler, enfin voire aussi les sondes d'intubations un peu tout ça comme ça ils sont familiarisés et ils ne démarrent pas en réa, parce que la réa c'est un autre monde par rapport à l'hôpital, sans, sans comme ça largué dedans, allé salut un on va prendre un patient en charge aujourd'hui, Voilà.

MOI : D'accord !

IDE : Après on leur a fait un livret aussi d'accueil avec la plupart des infos importantes de réa et là récemment on a mis aussi en plus une espèce de petite fiche de suivis parce que souvent les étudiants ont deux tuteurs pour qu'ils ai pas tout le temps à revenir, alors on revérifie les calculs de doses, même si mon collègue la fait, moi je t'ai pas vu, donc on a fait

une feuille de suivis ou en fait on peut cocher ce qui ai acquis comme soin par l'élève. Donc ça permet de savoir que bah par exemple mon élève avec ma collègue, elle lui a validé les soins d'aspiration trachéale donc je peux lui laisser faire les aspirations trachéales tranquillement, je sais qu'il sait faire du coup.

MOI : D'accord.

IDE : on a noté comme ça les soins les plus courants du service et en plus lui ça lui donne un aperçu de ce qu'il va trouver comme soin dans le service.

MOI : Ok

IDE : Et du coup de mon côté, je vais te faire des retranscriptions longues !

MOI : Nan mais il n'y a pas de soucis, il n'y a pas de soucis vraiment ! Au moins c'est un échange et c'est plus enrichissant donc il n'y a pas de problèmes !

IDE : Ok ! donc là c'est ce qui est fait pas le service, voilà. Donc moi de mon côté ce que j'essaie de faire, c'est de leur donner chaque début de nuit des petits objectifs atteignables, par exemple, hier tu as pris un patient en charge tu as fait quelques erreurs d'inattention, aujourd'hui tu prends tout ton temps mais tu fais plus d'erreurs d'inattentions ou bah hier c'était très bien, tu as tout bien fait mais tu as été lent, aujourd'hui on va essayer d'accélérer un petit peu, fin leur donner des axes d'amélioration pour qu'ils n'aient pas tout en même temps à gérer.

MOI : D'accord.

IDE : En cours de nuit, je travaille de nuit pardon,

MOI : Nan il n'y a pas de soucis !

IDE : Je leur dis souvent s'il y a des choses bien ou pas bien, je leur explique, s'il y a des temps pour se poser pour parler de théorie, parce qu'il y a pleins de théorie en réa, et en fin de nuit, systématiquement je leur dis pour moi, enfin je leur demande déjà de ce qu'ils ont pensés de leur nuit avant que je leur donne mon avis pour qu'il soit libre de dire ce qui veulent.

MOI : Ouais

IDE : Et, comme ça eux ils peuvent me dire si eux il y a des choses sur lesquelles ils ont eu du mal, des choses sur lesquelles ça s'est bien passé, qu'ils sont fiers parce que c'est important et puis après moi je leur dis ce que j'ai trouvé de bien, ce que j'ai trouvé à améliorer et ce qu'ils peuvent rebosser pour la, enfin ce qu'on mettra en, ce que je voudrais qu'ils améliorent lors de la prochaine nuit. Et puis souvent du coup je finis en leur demandant s'il y a des choses à modifier parce que je sais bien que chaque élève à des façons d'aimer, fin on apprend tous différemment donc si moi il y a des choses que je peux faire pour changer, pour que ce soit plus facile pour eux quoi. Parce que par exemple moi je sais que je suis très mère poule, et s'il y a des moments où ils veulent que je leur lâche la grappe pour qu'ils puissent eux faire leurs soins tranquillement sans que je sois toujours en train de les couvrir.

MOI : D'accord.

IDE : Ou je sais pas s'ils préfèrent qu'on voit plus la théorie, moins la théorie. Et puis personnellement j'essaie aussi de pas leur donner de travail à la maison parce qu'en fait ils font 35 h comme nous et qu'ils ont leur mémoire et leur travail à côté de j'essaie vraiment de leur ... Ba du coup ils passent des nuits très intense parce que j'essaie de leur faire la théorie pendant qu'on est, en, en stage pour qu'il n'y ai pas de, trop de théorie à la maison, parce qu'il y a déjà beaucoup de travail personnel je trouve quand on est à l'ifsi donc voilà.

MOI : D'accord.

IDE : Mais du coup je leur demande juste à la rigueur de relire les notes qu'on a pris ensemble pendant la nuit quand ils sont chez eux mais rien de plus, donc voilà.

MOI : Ok, très bien. La question suivante c'était comment tu te comportais avec les étudiants face à une situation qui était complexe ?

IDE : Alors si je sais qu'elle va être complexe avant de rentrer dans la chambre, je les préviens avant de rentrer dans la chambre et je leur dis comment ils doivent se comporter. Parce exemple quand on a des patients psy, alors là, si possible ne dit rien, reste, regarde, fait tes soins, ne dis rien, je m'occupe de parler. Ou alors avec lui il faut que tu sois un peu plus ferme parce qu'il a du mal. Fin voilà quand je connais déjà les patients ou qu'au trans, on a eu des trans qui, qui nous permettent d'avoir des indices, de ce qu'il va se produire, j'essaie d'en parler à l'élève avant, pour qu'on puisse voir avant comment ça va se passer dans la chambre avec, qu'il soit un peu au courant avant d'être lâché au milieu de la chambre.

MOI : D'accord.

IDE : Mais, si je découvre pendant la situation que c'est complexe et voilà, soit je laisse l'élève se débrouiller s'il s'en sort bien, si je vois que c'est un peu plus compliqué, bah je, je reprends un peu la main et puis on débrief une fois qu'on est sorti de la chambre pour, pour voir pourquoi c'était compliqué et pourquoi bah là c'était comme ça qu'il fallait réagir, pas comme ça qu'il fallait réagir qu'est-ce que lui en a penser, et ce qu'il se sent capable de continuer ou est ce qu'il veut que je prenne le relais pour ce patient là et aussi si c'est complexe, souvent je, au début les patients, enfin les élèves ont qu'un patient par exemple à charge.

MOI : Oui

IDE : Donc si c'est complexe au début je prends le patient complexe en charge, je leur laisse le patient simple et ils viennent avec moi dans la chambre pour voir comment je m'occupe du patient complexe, Pour pouvoir s'y faire doucement.

MOI : D'accord, ok

IDE : Avant d'être lâché tout seul avec le patient.

MOI : Je vois parce que j'avais été en stage de réanimation cardio et effectivement ça s'était passé plus ou moins de la même façon d'abord un patient simple ensuite justement j'allais voir le patient complexe et après je m'occupais du patient complexe.

IDE : Et ça s'était bien passé comme ça ?

MOI : Très bien, oui on peut vraiment bien avoir le temps d'assimiler les choses et de pouvoir observer et en même temps après de pouvoir faire quoi

IDE : Oui de pas être lâché dans le grand bain d'un coup

MOI : Tout à fait

IDE : Ok, ça me rassure de savoir que je ne les mets pas trop en galère (rire)

MOI : Non (rire). Ensuite c'était de savoir est-ce qu'il t'arrive de discuter avec tes collègues de comment accompagner les étudiants et qu'est-ce que cela t'a apporté ?

IDE : Oui oui oui déjà on en discute parce que comme on est deux tuteurs pour un élève, bah on discute forcément de l'élève pour savoir comment ça se passe avec tout le monde et l'autre tutrice.

MOI : Oui

IDE : Donc moi souvent par contre quand je discute D'un élève avec une tutrice et qu'on en a discuté ensemble, après je dis à l'élève ce qu'on a dit. Parce que même s'il était pas là on parlait de lui

MOI : Oui.

IDE : Et même s'il savait pas qu'on parlait de lui, on parlait de lui. Bah souvent je lui dis d'ailleurs on a parlé de toi Et on a trouvé que c'était bien passé ou d'ailleurs on a discuté de toi et on a trouvé que tu avais un peu de mal. Là, le dernier que j'ai eu Avec les erreurs d'inattention, on va essayer de trouver des trucs pour qu'il s'améliore. Donc, alors on parle bien sûr des élèves avec nos collègues. Quand j'ai eu des élèves qui était compliqué, on en a parlé avec les collègues aussi pour essayer de voir ce qu'on pouvait améliorer.

MOI : D'accord.

IDE : Et puis pour que mes collègues, en fait ça c'est très très mal passé. Il était dangereux, fin, il éteignait des seringues dans notre dos sans rien nous dire enfin c'était voilà. On s'était

retrouvé à parler avec mes collègues pour qu'elle prenne le relais de l'élève pour pas être épuisé parce que c'était compliqué. Voilà on essayait de mettre en place des choses pour l'aider à s'améliorer, pour essayer d'en discuter, on a essayé de mettre plein de choses en place différentes. À la fois notre niveau de comportement pour essayer de voir si nous, avec d'autres personnes ça passerait mieux, d'autres méthodes par exemple au lieu de, de je sais plus ce qu'on avait fait... Ah oui on a essayé de lui faire faire des recherches pour voir si ça marchait mieux. Fin voilà donc on essaie de voir avec différentes méthodes d'encadrement si ça peut changer les choses et puis on essaie de voir aussi en changeant de tutrice si ça peut changer les choses parce que, parce que bah moi par exemple, le tout dernier élève que j'ai eu, celui qui faisait des erreurs d'inattention. Il se trouve qu'avec moi ça se passait très bien mais avec ma collègue qui était ma co-tutrice, il avait beaucoup de mal enfin elle avait beaucoup de mal à l'encadrer, ben du coup ça se passait pas bien. Donc bah comme avec moi ça se passait mieux, ben elle me l'a laissé un petit peu plus en charge, parce que bah autant qu'il passe le meilleur stage possible donc voilà si on a du mal, on lâche et c'est mieux que ça soit dans une situation où l'élève est à l'aise pour apprendre. C'est toujours mieux quand on est à l'aise, voilà donc non on en discute et c'est bah je pense que c'est important.

MOI : D'accord

IDE : Voilà

MOI : Très bien. Du coup après c'était de savoir pour toi, quelles étaient les principales difficultés que tu rencontrais quand tu accompagnais un étudiant ?

IDE : Alors moi c'est ce que je te disais tout à l'heure, ma grosse difficulté c'est que je suis mère poule. Donc en fait, je vais avoir un mal de chien à leur laisser de l'autonomie parce que bah finalement avec mes deux ans et demi de diplôme, je suis quand même assez jeune diplômé, j'ai un peu de mal encore à lâcher mes patients parce que bah j'ai fait longtemps ou j'ai eu que mes patients, ou j'étais toute seule avec mes patients et je pense que j'ai encore du mal à les laisser à quelqu'un d'autre.

MOI : D'accord.

IDE : Et puis en plus j'avais toujours peur de les laisser en galère tout seul parce que ba moi quand j'étais étudiante pour le coup j'ai vraiment eu des stages de mer*** avec des tuteurs mais imbuables et du coup bah j'ai toujours peur en fait qu'il se retrouve en galère et que je sois pas là pour les aider et du coup bah je suis mère poule et je les lâche pas et c'est ma grosse difficulté c'est qu'ils me le disent tous en fait. Je les préviens quand ils arrivent que je suis mère poule et qu'ils ont le droit de m'envoyer me faire foutre si à un moment donné je suis trop, trop, sur leur dos parce qu'en fait je sais très bien que voilà. Et ma plus grosse difficulté après c'est que souvent en termes de, comment dire, ça se passe bien, on peut discuter de d'autres sujets parce que bah comme je te disais il faut les intégrer dans l'équipe.

MOI : Ouai

IDE : Donc en termes de relationnel, pour l'instant j'ai eu aucun problème avec les élèves, ça se passe très bien, j'ai l'impression quand je leur explique ils comprennent bien donc ça doit aller niveau explications. C'est vraiment moi ma difficulté mon côté mère poule enfin voilà.

MOI : D'accord.

IDE : Je couve mes élèves ! (rire)

MOI : (rire) Bah dans un sens aussi ça permet qu'ils se sentent en sécurité aussi !

IDE : Ba au début du stage ils se sentent en sécurité, et puis en fin du stage ils en ont marre que je les couve, c'est voilà ! c'est très bien pour les débuts de stage mais pour les fin de stage c'est un peu plus chiant ! (rire)

MOI : D'accord ! Du coup après c'était de savoir s'il existait des situations pour lequel toi tu refusais qu'un étudiant intervienne ou alors que tu étais réticente au fait qui soit là ?

IDE : Les situation de conflits avec les patients. Parce que la bah en réanimation, là nous on est une réanimation, enfin comment dire, on est un hôpital qui est référent pour plusieurs pathologies et en autre la drépanocytose je sais pas si tu en as entendu un peu parler ?

MOI : Vaguement.

IDE : C'est une maladie chronique qui affecte les globules rouges et en fait les patients l'ont depuis leur naissance et du coup ils ont un comportement souvent lié à l'hôpital qui est, en

fait leur deuxième maison c'est l'hôpital du coup bah souvent ils se permettent des, pas tous hein il y en a qui sont très bien mais souvent ils se permettent des choses qui sont inapproprié pour la réanimation, fumer dans les chambres des choses comme ça donc et ils sont très vite, enfin j'en ai dans mon service que je connais qui reviennent souvent qui sont très vite agressifs.

MOI : D'accord.

IDE : Souvent dans des situations où les patients sont agressifs, qui sont dans le conflit, tout ça en fait, c'est moi qui parlerais c'est pas l'étudiant parce que bah là c'est plus, enfin je considère que c'est pas de son ressort de gérer ça pendant un stage. Lui il est là pour se concentrer sur apprendre, c'est pas à lui de gérer les problèmes d'agressivités de nos patients, qui veulent nous taper dessus, enfin il est pas là pour ça, il est pas là pour se faire taper dessus donc je préfère que ce soit moi qui les gère et à la rigueur ils peuvent rester regarder mais depuis la porte de la chambre parce que je veux pas qu'ils prennent un coup. Mais voilà quand on se retrouve à contentionner à cinq des patients parce qu'ils sont en train de nous taper dessus, de nous menacer, de enfin des fois ça peut aller très loin.

MOI : Ah oui !

IDE : En fait, je veux pas qu'ils soient blessés là dedans quand il y a des conflits même si c'est juste verbal, même quand il y a des conflits juste verbal je ne veux pas qu'ils interviennent et quand les patients deviennent agressif et qu'on se met à un par membre pour réussir à le contentionner là je ne veux plus qu'ils soient dans la chambre.

MOI : D'accord.

IDE : Après les seuls cas, après c'est ce que je te disais si on a des patients jeunes au début je leur donne pas, après oui, mais pas au début du stage parce que c'est, ils ont déjà assez à faire pour se concentrer sur les soins, si en plus on rajoute le relationnel particulier des jeunes dont tu parlais, pour tous les patients qui ont des relationnels un peu compliqué parce que les jeunes, les psy tout ça je, enfin voilà, je, il y a des situations où je leur donnerais un peu moins ces patients-là, les psy, les jeunes tout ça, les conflits juste verbaux je m'occupe d'intervenir et ils interviennent pas et tout ce qui est physique quand ils nous agresse je, ils sont pas dans la chambre, je les fais sortir.

MOI : D'accord. Ok bah je crois que en fait ça répond aussi à la question suivante, parce que je demandais ce qui te faisais dire que ces situations n'étaient pas adaptés aux étudiants ou trop complexe pour eux.

IDE : Bah je ne veux pas qu'ils se prennent un coup.

MOI : Oui voilà c'est ça, c'était les deux, finalement tu as répondu aux deux en même temps. Ok, la dernière question c'était de savoir si t'avais vécu une situation d'encadrement d'un étudiant qui t'avais fait revoir ton positionnement de le faire intervenir ou pas du coup ?

IDE : (silence) Attends je suis en train de repasser les étudiants ...

MOI : T'inquiète pas il y a pas de soucis !

Bah en fait tous les étudiants ça s'est à peu près bien passé sauf bah un étudiant dont je te parlais avec qui on a eu d'énormes difficultés et finalement bah en fait lui il a fini par plus rentrer dans les chambres parce que, dès qu'il parlait, dès qu'il ouvrait la bouche il disait une connerie, il terrorisait nos patients. C'était plus possible donc lui en fait clairement il a fini son stage or des chambres, il touchait plus les seringues il faisait plus rien parce qu'en fait il éteignait les seringues dans notre dos, il disait aux patients des choses qui n'étaient pas adaptés, les patients étaient terrorisés, fin, donc en fait lui clairement mais là c'était, enfin on a pris je crois six rendez-vous avec la cadre pendant le stage donc là c'était, mais la ça m'a pas fait revoir mon positionnement en général parce que là le problème n'était pas mon positionnement mais c'était son positionnement. Il est passé par cinq tutrices, il nous a épuisé toutes les cinq donc on n'y arrivait pas quoi. Mais en soit il n'y a rien qui m'a fait revoir moi mon positionnement personnel quoi. C'était, la oui effectivement on avait dit stop à cet élève parce que c'était trop, ça n'allait pas quoi.

MOI : C'était une décision collégiale en fait.

IDE : Voilà, c'était une décision collégiale, mais en fait c'est pour ça qu'on l'avait fait passer à plusieurs tutrices pour voir si c'était notre positionnement qui posait problème et ... ouai voilà

... Donc non il n'y a pas de situation qui m'a fait particulièrement revoir mon positionnement par rapport à ce que les élèves peuvent faire. Là ça n'avait pas l'air d'être moi donc voilà !

MOI : Ce qui était bien dans un sens c'était qu'il y avait une démarche justement, de recherche et de bienveillance finalement quand même.

IDE : Ba oui parce qu'en fait il faut leur laisser leur chance. C'est pas parce que ça se passe mal avec quelqu'un... Après le dernier élève que j'ai eu c'est ce que je te disais ça se passait mal avec ma co-tutrice, on me l'a laissé parce qu'avec moi ça se passait bien. Parce que le but c'est que eux passe un bon stage et c'est pas parce que bah le courant ne passe pas avec une tutrice que son stage est flingué quoi. Donc il faut, il faut lâcher en fait c'est comme pour les patients, il y a certains patients pour lesquels on sent que ça passe pas donc on dit à nos collègues bah prend le parce que là moi je peux plus. Bah c'est pareil pour les étudiants, c'est... faut savoir lâcher pour les laisser faire le meilleur stage possible quoi

MOI : Complètement oui. Bah du coup si tu avais autre chose à rajouter ?

IDE : Bah écoute non. Bon courage !

MOI : Merci ! En tout cas je te remercie beaucoup pour m'avoir accordé du temps pour mon mémoire et puis c'était très enrichissant, très complet donc je te remercie en tout cas !

IDE : Et bah je te souhaite bon courage !

MOI : Merci c'est gentil ! Et bah je te souhaite bon courage à toi aussi pour la suite au vu des événements et puis bah bonne soirée ou bonne nuit du coup je sais pas si tu travailles demain ?

IDE : Non, c'est gentil ! Je suis en repos c'est Merveilleux !

MOI : D'accord tu vas pouvoir te reposer alors !

IDE : Bonne soirée et bon courage et t'inquiète la fin est plus loin, tu vas y arriver !

MOI : D'accord merci c'est gentil ! Bonne soirée.

IDE : Bonne soirée, au revoir.

MOI : Au revoir.

Annexe IV – Analyse descriptive : Tableau

Objectif 1 : Caractériser les notions de perception, de situation de soin complexe et d'accompagnement

<u>Perception</u>	
<u>Vision personnelle</u>	<u>Perspective différente de la perception</u>
<ul style="list-style-type: none">• <i>sensation que tu ressens</i>• toujours personnel• toujours de ton point de vue• toujours lié au vécu de la personne, à son caractère, à son bagage• <i>ta manière de vivre la situation</i>	<ul style="list-style-type: none">• chaque personne peut percevoir les choses différemment et les interpréter de façon très différente
5	1

<u>Complexité</u>		
<u>Relation avec le patient</u>	<u>Réalisation de soins techniques</u>	<u>Contexte de la situation</u>
<ul style="list-style-type: none"> • <i>ton patient n'est pas forcément coopérant</i> • <i>c'est plus lié à la relation avec le patient qu'aux pathologies du patient en lui-même</i> • <i>c'est tout le relationnel avec le patient qui est compliqué</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>peut-être un soin extrêmement technique et que ça demande énormément de rigueur</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>rien n'est facile</i> • <i>rien ne va de soi</i> • <i>il y a toujours un moment donné où il y a un truc qui va aller de travers</i> • <i>pleins de problèmes en même temps à gérer</i> • <i>dans une situation d'urgence</i>
3	1	5

<u>Accompagnement</u>				
<u>Accompagnement d'une personne</u>		<u>Accompagnement d'un étudiant infirmier</u>		
Aider	Communiquer	Apports de l'accompagnement	Communication entre le soignant et l'étudiant	Intégration de l'étudiant
<ul style="list-style-type: none"> • <i>prendre par la main pour amener vers</i> • <i>aider dans tout ce pourquoi il a besoin d'aide</i> • <i>apporter des éléments de notre expérience pour aider la personne à accomplir un but</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>c'est pas que l'accompagnement physique</i> • <i>c'est aussi parler</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>apprendre des choses aux élèves</i> • <i>il n'y a pas que le côté où tu apprends des choses aux élèves</i> • <i>il n'y a pas que l'accompagnement en termes de technique et de calculs de doses</i> • <i>il y a aussi l'accompagnement un peu psychologique</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>tu parles avec eux pour savoir comment ils ont vécu le truc</i> • <i>s'assurer qu'il vive bien le truc</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>les intégrer dans la vie du service</i> • <i>c'est vraiment de l'intégration de l'élève</i>
3	2	4	2	2
5		8		

Objectif 2 : Caractériser le ressenti dans le prendre soin de patients jeunes par les IDEs de proximité

<u>Modalités d'entrée en relation différentes</u>		
<u>Emploi du tutoiement</u>	<u>Place de l'humour</u>	<u>Références aux hobbies</u>
<ul style="list-style-type: none"> je me retrouve à les tutoyer les appeler par leur prénom 	<ul style="list-style-type: none"> je me permets plus de blagues nulles 	<ul style="list-style-type: none"> on met de la musique on discute avec eux un peu de leur vie
2	1	2
5		

<u>Une relation à la pudeur modifiée</u>
<ul style="list-style-type: none"> compliqué pour un jeune de 20 ans d'accepter qu'on fasse la toilette compliqué parce qu'on a son âge et on se retrouve à lui faire la toilette ils ont une forte perte d'autonomie
3

<u>Une recherche de juste distance complexe</u>			
<u>Complexité du prendre soin</u>	<u>Distance professionnelle</u>	<u>Relation de confiance soignant-soigné</u>	<u>Limites dans la relation soignant-soigné</u>
<ul style="list-style-type: none"> prise en charge qui émeut un peu plus prise en charge plus difficile parce qu'on sait que c'est une vie qui peut être foutue définitivement c'est compliqué à gérer avec les jeunes 	<ul style="list-style-type: none"> prise en charge des jeunes un peu plus personnel prise en charge plus proche j'essaie plus d'avoir une relation normale de soignant-soigné avec les patients âgés trouver la juste distance 	<ul style="list-style-type: none"> trouver la relation de confiance 	<ul style="list-style-type: none"> montrer aux patients qu'il y a des limites il ne faut pas dépasser les limites
3	4	1	2
10			

<u>Une projection vers un avenir compromis</u>	
<u>Difficultés de la réalité de la situation</u>	<u>Questionnement sur leur avenir</u>
<ul style="list-style-type: none"> ils ne sont pas censés se retrouver en réanimation les patients jeunes c'est moins dans l'ordre des choses qu'ils soient dans un lit d'hôpital c'est difficile pour eux de se retrouver comme ça 	<ul style="list-style-type: none"> toutes les questions qu'ils ont par rapport à leur vie, leur vie future, qu'est-ce qu'ils vont faire
3	1
4	

Objectif 3 : Identifier les difficultés émises par les IDEs de proximité dans la prise en charge de patients jeunes par des étudiants infirmiers

<u>Liés aux soignants</u>			
<u>Expérience du soignant</u>	<u>Structure d'accueil</u>	<u>Accompagnement des soignants</u>	<u>Prise en considération des émotions de l'étudiant</u>
<ul style="list-style-type: none"> <i>l'histoire des soignants</i> 	<ul style="list-style-type: none"> <i>les services</i> 	<ul style="list-style-type: none"> <i>l'accompagnement des soignants</i> <i>s'il n'y a pas un bon accompagnement des soignants ça peut être délétère pour l'étudiant</i> 	<ul style="list-style-type: none"> <i>les soignants occultent complètement le fait qu'en tant qu'étudiant tu puisses faire un transfert ou qu'un patient puisse faire un contre transfert</i> <i>les soignants ne pensent pas à la souffrance que ça peut entraîner pour l'étudiant de ne pas en parler</i>
1	1	2	2
6			

<u>Liés aux patients</u>		
<u>Expérience du patient</u>	<u>Rapport émotionnel avec l'étudiant</u>	<u>Adaptation de la communication verbale</u>
<ul style="list-style-type: none"> <i>l'histoire du patient</i> 	<ul style="list-style-type: none"> <i>le contre transfert</i> 	<ul style="list-style-type: none"> si c'est pas assez familial pour le patient c'est pas une bonne prise en charge
1	1	1
3		

<u>Liés aux étudiants</u>			
<u>Expérience de l'étudiant</u>	<u>Rapport émotionnel avec le patient</u>	<u>Âge</u>	<u>Jugement des soignants</u>
<ul style="list-style-type: none"> <i>le parcours de l'étudiant</i> <i>l'histoire de l'étudiant</i> 	<ul style="list-style-type: none"> <i>si les émotions dépassent le soin</i> <i>le transfert</i> <i>ne pas parler de leur souffrance peut induire des difficultés pour prendre en charge</i> 	<ul style="list-style-type: none"> avoir le même âge que les patients c'est compliqué 	<ul style="list-style-type: none"> quand on est étudiant, on se sent toujours un peu juger je vais me faire juger par mon tuteur s'ils sont trop familiers ils ont peur que le tuteur trouve que c'est pas approprié
1	3	1	3
8			

Objectif 4 : Identifier les moyens mis en œuvre par l'IDE de proximité pour accompagner les étudiants infirmiers

<u>Accompagnement de l'étudiant</u>				
<u>Méthodes d'apprentissage</u>	<u>Mise en pratique</u>	<u>Adaptation de l'infirmier à l'étudiant</u>	<u>Interactions avec l'équipe</u>	
			Communication avec l'équipe	Actions mises en place par l'équipe
<ul style="list-style-type: none"> • faire le point sur les connaissances • aider à enrichir ses connaissances • se poser pour parler de théorie • s'ils préfèrent qu'on voit plus la théorie, moins la théorie • s'ils me disent je sais pas, je vais pas leur donner la réponse • je préfère qu'ils aillent chercher les réponses • je préfère qu'ils fassent leurs recherches qu'ils notent dans un carnet • on apprend en cherchant • j'essaie de pas leur donner de travail à la maison • je leur demande de relire les notes • apporter des expériences • apporter des éléments 	<ul style="list-style-type: none"> • c'est refaire • apporter le plus de pratique possible • proposer s'il se sent pas en capacité de le faire, de moi le faire et de lui proposer une prochaine fois 	<ul style="list-style-type: none"> • aller au rythme de l'étudiant • on apprend tous différemment • on adapte les objectifs • donner des petits objectifs atteignables • donner des axes d'amélioration • on réadapte en fonction de leur besoin • chaque personne a des besoins différents • guider le plus possible l'étudiant • je fais tout pour pas qu'il se sente en difficulté 	<ul style="list-style-type: none"> • j'en discute beaucoup avec mes collègues • avec mes cadres on en discutait beaucoup • on parle bien sûr des élèves avec nos collègues • on en discute parce qu'on est deux tuteurs pour un élève • je dis à l'élève ce qu'on a dit 	<ul style="list-style-type: none"> • on avait développé tout un classeur par rapport aux étudiants • le meilleur accueil possible des étudiants • journée d'intégration • visite du service • livret aussi d'accueil • fiche de suivis

Relationnel entre l'étudiant et le soignant

Relation de confiance	Communication non verbale	Temps d'échanges	Débriefing	Evaluation de l'accompagnement du soignant
<ul style="list-style-type: none"> • <i>confiance mutuelle</i> • <i>Si la personne a confiance en moi je vais avoir confiance en elle</i> • <i>c'est une relation de confiance qui s'installe</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>être la plus rassurante possible</i> • <i>au niveau de ma voix</i> • <i>au niveau des gestes</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>faire le point régulièrement</i> • <i>prendre un temps avec eux</i> • <i>après on va faire des échanges</i> • <i>on fait des petits entretiens</i> • <i>on discute beaucoup</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>je leur dis s'il y a des choses bien ou pas bien</i> • <i>je leur demande ce qu'ils ont pensé de leur nuit avant que je donne mon avis pour qu'il soit libre de dire ce qui veulent</i> • <i>dire s'il y a des choses sur lesquelles ils ont eu du mal, des choses sur lesquelles ça s'est bien passé, qu'ils sont fiers</i> • <i>je leur dis ce que j'ai trouvé de bien, ce que j'ai trouvé à améliorer et ce qu'ils peuvent rebosser</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>leur demander s'il y a des choses pour eux à améliorer dans ma prise en charge</i> • <i>s'ils auraient préféré que je prenne un peu plus de temps sur certaines choses</i> • <i>je leur demande s'il y a des choses à modifier</i> • <i>s'il y a des choses que je peux faire pour changer, pour que ce soit plus facile pour eux</i>
3	3	5	4	4

Accompagnement de l'étudiant dans des situations spécifiques

<u>Situation complexe avec un patient</u>		<u>Situation complexe avec un étudiant</u>
Situation complexe connue en amont	Situation complexe qu'on l'on découvre	<ul style="list-style-type: none"> • quand j'ai eu des élèves qui étaient compliqués, on en a parlé avec les collègues pour essayer de voir ce qu'on pouvait améliorer • parler avec mes collègues pour qu'elles prennent le relais de l'élève pour pas être épuisé • on essayait de mettre en place des choses pour l'aider à s'améliorer, d'en discuter • voir si avec d'autres personnes ça passerait mieux • voir avec différentes méthodes d'encadrement • voir en changeant de tutrice • c'est mieux que ça soit dans une situation où l'élève est à l'aise pour apprendre
<ul style="list-style-type: none"> • je prends le patient complexe en charge • je leur laisse le patient simple • ils viennent avec moi dans la chambre pour voir comment je m'occupe du patient complexe • pouvoir s'y faire doucement • je les préviens • j'essaie d'en parler à l'élève avant • je leur dis comment ils doivent se comporter 	<ul style="list-style-type: none"> • soit je laisse l'élève se débrouiller s'il s'en sort bien • si c'est un peu plus compliqué, je reprends un peu la main • on débrief une fois qu'on est sortis de la chambre <ul style="list-style-type: none"> ○ voir pourquoi c'était compliqué ○ pourquoi c'était comme ça qu'il fallait réagir et pas comme ça ○ qu'est-ce que lui en a penser ○ s'il se sent capable de continuer ○ est ce qu'il veut que je prenne le relais 	
7	3	7
10		7
		17

Objectif 5 : Identifier les sources de difficultés de l'IDE de proximité quand elle accompagne les étudiants infirmiers

<u><i>Dynamique d'équipe</i></u>	
<u>Vision différente de l'encadrement</u>	<u>Tension dans l'équipe</u>
<ul style="list-style-type: none"> • <i>ne pas avoir la même vision de l'accompagnement</i> • <i>qu'on ne soit pas tous en accord</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>c'est plus mes collègues qui me posent problème</i> • <i>les collègues peuvent poser problème</i> • <i>s'en ai venu jusqu'au bureau de ma cadre</i> • <i>on s'est vraiment pris la tête</i> • <i>c'était très compliqué</i>
2	5
7	

<u><i>Relation de maternage</i></u>		
<u>Difficulté à déléguer</u>	<u>Peur vis à vis des étudiants</u>	<u>Maternage</u>
<ul style="list-style-type: none"> • j'ai un peu de mal encore à lâcher mes patients • j'ai encore du mal à les laisser à quelqu'un d'autre 	<ul style="list-style-type: none"> • que je sois pas là pour les aider • peur de les laisser en galère tout seul 	<ul style="list-style-type: none"> • je suis mère poule • Je couve mes élèves • je les lâche pas • je suis trop, trop, sur leur dos • je vais avoir un mal de chien à leur laisser de l'autonomie • Je les préviens quand ils arrivent que je suis mère poule • ils me le disent tous
2	2	7
11		

Objectif 6 : Identifier ce qui amène l'ide de proximité à faire intervenir ou pas l'étudiant infirmier lors d'une situation complexe ou non adaptée pour lui.

<u>Typologie des situations</u>		<u>Justification de l'ide pour ne pas faire intervenir l'étudiant infirmier</u>		
<u>Intervention de l'étudiant modérée par l'IDE</u>	<u>Refus de l'IDE de faire intervenir l'étudiant</u>	<u>Responsabilité</u>	<u>Risques encourus par l'étudiant</u>	<u>Objectifs de l'étudiant</u>
<ul style="list-style-type: none"> les psy les jeunes les conflits justes verbaux 	<ul style="list-style-type: none"> situations d'agressivité ou de violences situations de conflits avec les patients patients qui ont des relationnels un peu compliqué 	<ul style="list-style-type: none"> Par rapport à la responsabilité c'est pas à lui de gérer les problèmes d'agressivités de nos patients c'est pas de son ressort de gérer ça pendant un stage 	<ul style="list-style-type: none"> par rapport au risque qu'il y a il est pas là pour se faire taper dessus il est pas là pour ça je ne veux pas qu'ils se prennent un coup je veux pas qu'ils soient blessés 	<ul style="list-style-type: none"> se concentrer sur apprendre assez à faire pour se concentrer sur les soins
3	3	3	4	2
6		9		

<u>Actions de l'IDE</u>	
<u>L'étudiant reste et intervient ou non</u>	<u>L'étudiant n'intervient pas</u>
<ul style="list-style-type: none"> peuvent rester regarder savoir passer la main 	<ul style="list-style-type: none"> je ne veux plus qu'ils soient dans la chambre. je les fais sortir
2	2

NOM : **PROTEAU**
PRENOM : **Sophie**

TITRE : **Accompagnement de l'étudiant infirmier dans une situation de soin auprès de patients jeunes**

We often talk about support towards patients however, we don't talk much about support towards nursing students. Thanks to the multiple experiences that I had during my internships, I sought to understand a proximity nurse perception on the complexity to take care of a young patient and also, if it does influence the nature of his support toward a nursing student ?

I made researches on authors that are familiar with the following notions : Perception, Caring, Complexity and Support. Indeed, Caring and Support are key values in our profession.

This lead me to have interviews with 2 nurses in order to identify the measures taken to support nursing students, which difficulties Nurses and Students encountered and not forgetting, the caring of young patients, which is more complex and emotional.

I also wanted to understand the link between the perception of a complex situation and a student support. During those researches, new questions came to my mind that lead to, new thoughts about the different links between all those notions.

On parle souvent d'accompagnement envers des patients, cependant, on parle très peu de l'accompagnement envers les étudiants infirmiers. Grâce aux différentes expériences que j'ai eu durant mes stages, j'ai cherché à comprendre dans quelle mesure la perception qu'a un infirmier de proximité de la complexité du prendre soin d'un patient jeune, influence-t-elle la nature de son accompagnement auprès d'un étudiant infirmier ? J'ai effectué des recherches sur des auteurs qui sont familiers avec les notions suivantes : perception, prendre soin, complexité et accompagnement. En effet, le prendre soin et l'accompagnement sont des valeurs essentielles à notre profession. J'ai été amené à réaliser des entretiens auprès de deux infirmières. L'intérêt était d'identifier les pratiques mise en place pour accompagner l'étudiant infirmier, les difficultés rencontrés par les infirmières et les étudiants, notamment dans la prise en soin de patients jeunes qui est plus complexe et émouvante. Je souhaitais également pouvoir comprendre quel était le lien entre la perception d'une situation complexe et l'accompagnement de l'étudiant. Au cours de ce travail, cela m'a fait émerger des questionnements qui m'ont mené à une réflexion autour des différents liens entre les notions.

MOTS CLES : Perception, prendre soin, complexité d'une situation, patients jeunes, accompagnement

KEYWORDS : Perception, take care, complex situation, young patients, accompaniment

Institut de formation en Soins Infirmiers du CHU de Rennes
2, rue Henri Le Guilloux - 35033 Rennes Cedex 09
Travail écrit de fin d'études – 2017/2020