



Pôle de formation des professionnels de santé du CHU Rennes.

2, rue Henri Le Guilloux 35033 Rennes Cedex 09

Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers

**L'accompagnement infirmière
dans le processus de deuil d'un traumatisme**

Formateur référent mémoire : MASSON Erwan

**POURTIER - Odessa
Formation infirmière
Promotion 2019-2022
02/05/2022**



PRÉFET DE LA RÉGION BRETAGNE

**DIRECTION REGIONALE
DE LA JEUNESSE, DES SPORTS
ET DE LA COHÉSION SOCIALE**
Pôle formation-certification-métier

Diplôme d'Etat d'infirmier.

Travaux de fin d'études :

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 02/05/2022

Signature de l'étudiant :

Fraudes aux examens :

CODE PENAL, 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.

Remerciements

Je tenais tout d'abord à remercier Erwan MASSON, mon référent de mémoire, qui m'a suivi et soutenu pendant toute la rédaction de ce mémoire.

Je souhaite également remercier Murielle qui a bien voulu prendre le temps de relire et corriger mon travail, merci à elle.

Pour finir, je remercie ma famille pour leur soutien. Je remercie également mes amies de la promotion pour avoir passé ces trois années ensemble, avec toujours beaucoup d'entraide.

Merci à vous de m'avoir soutenue et d'avoir relu mon mémoire.

Sommaire

Introduction	1
1. Le cheminement vers la question de départ	2
1.1. Situation d'appels	2
1.2. Question de départ	6
2. Le cadre théorique ou conceptuel	6
2.1. Le traumatisme	6
2.1.1. Généralités	6
2.1.2. L'impact du traumatisme sur la vie quotidienne	7
2.2. Le deuil	8
2.2.1. Le processus de deuil	8
2.2.2. Les étapes du deuil	9
2.3. L'accompagnement infirmier	11
2.3.1. Généralité	11
2.3.2. La relation d'aide	12
2.3.3. Les outils pour accompagner	13
3. Le dispositif méthodologique du recueil de données	14
4. L'analyse descriptive des entretiens	15
4.1. Le traumatisme	15
4.2. Le deuil	16
4.3. L'accompagnement	17
4.4. Les outils d'accompagnement	18
4.5. Les ressources	20
4.6. L'accompagnement infirmier influence-t-il le processus de deuil chez un patient avec un traumatisme impactant sa vie quotidienne ?	21
5. La discussion	21
5.1. Connaissance et Confiance : Une prise en soin globale ?	21
5.1.1. Une prise en soin complexe et personnalisée	21
5.1.2. Le patient dans toutes ses dimensions	23
5.2. Le soignant et ses outils	24
5.2.1. Le soignant qui écoute	24
5.2.2. Le soignant qui éduque	25
5.2.3. Le soignant qui communique	26
5.2.4. Le soignant qui accompagne	27
5.3. Deuil et traumatisme : de subtiles nuances	29
5.3.1. Le traumatisme physique et le traumatisme psychique : réellement dissociables ?	29
5.3.2. Le deuil : La pertinence d'une durée ?	30
La conclusion	32
La bibliographie	34
Annexe I : Guide d'entretiens	36
Annexe II : Entretiens n°1	37
Annexe III : Entretiens n°2	44
Annexe IV : Tableau d'analyse des entretiens	53
Abstract	63

Citation

“Quand la vérité et le bonheur sont l’horizon, l’accompagnement est le chemin”

(G. Le Bouédec et L. Pasquier, 2001)

Introduction

Depuis toute petite je rêve de travailler dans le milieu hospitalier. C'est un milieu qui m'a toujours attirée. Le contact avec les patients, le soutien qui leur est procuré et l'accompagnement que le personnel soignant accomplit chaque jour me fascinent. Le lien qui se crée entre le patient et le soignant m'a toujours impressionnée. C'est pourquoi j'ai voulu intégrer la formation d'infirmière.

Lors de mes premiers stages, j'appréhendais cette relation et je me posais beaucoup de questions. Est-ce que moi aussi j'arriverai à créer cette relation avec les patients? Est-ce que je parviendrai à accompagner et soutenir les patients dans des moments difficiles ?

Pourtant, arrivée en stage, la communication et l'élaboration de cette relation avec le patient sont venues toutes seules. Je me suis alors rendue compte à quel point ce rapport patient/soignant est important pour chacun, à quel point il contribue à apporter des moments magiques malgré les situations parfois complexes.

Lors de mon stage de deuxième année en Médecine Physique et Réadaptation Adulte, j'ai pu m'investir pleinement et me rendre compte de l'accompagnement et du soutien dont ont besoin les patients, dans les étapes difficiles de leur vie. C'est d'ailleurs lors de ce stage que j'ai vécu un des instants qui, je pense, me marquera dans ma carrière.

En effet, je me rappellerai toujours de mon dernier jour. Je travaillais de matin et lors des transmissions ce jour-là, une de mes collègues de nuit m'informe qu'une des patientes que je suis depuis plusieurs semaines maintenant, n'a pas beaucoup dormi, semble triste et pleure beaucoup. Préoccupée par cela, je décide de terminer mon tour du matin par cette patiente pour pouvoir prendre le temps de discuter avec elle.

C'est une patiente âgée de 58 ans ayant subi un Accident Vasculaire Cérébral avec pour conséquence une tétraplégie. Tout au long de mon stage, j'ai tenté de l'accompagner et nous avons développé un lien particulier ainsi qu'une routine.

Lorsque je venais réaliser sa toilette le matin, nous avons pris l'habitude de discuter, puis notre routine se terminait avec le "pchit-pchit" comme elle l'appelle : un parfum qu'elle adore porter. Si une collègue avait oublié de le lui mettre, c'était la première chose qu'elle me demandait.

Ce matin là, lorsque j'arrive dans sa chambre, elle me sourit puis fond en larmes. Je m'approche d'elle et lui demande ce qui ne va pas. Elle me répond "vous ne vous rendez pas compte de tout ce que vous avez fait pour moi. Aujourd'hui c'est votre dernier jour et je suis triste parce que je me demande

comment je vais faire sans vous”. J’ai été extrêmement touchée par ces mots. Après l’avoir remerciée et lui avoir dit qu’elle aussi m’avait beaucoup apporté durant ce stage, je l’ai rassurée en lui disant que mes collègues sont là pour elle autant qu’elle en aura besoin.

Je crois que c’est ce moment magique qui m’a amené à me poser des questions sur l’accompagnement soignant et les séquelles d’un traumatisme impactant la vie quotidienne des patients. C’est d’ailleurs sur cette patiente que porte l’une de mes situations d’appel. J’ai eu envie de travailler sur ce sujet parce que j’aimerais en apprendre plus sur ce rôle qui nous incombe en tant que soignant et pouvoir accompagner au mieux les patients dans ces étapes compliquées. En réfléchissant à mes situations et expériences, je me suis plus concentrée sur le deuil de leur ancien corps : comment en tant qu’infirmier nous pouvons les aider à traverser les étapes de celui-ci.

1. Le cheminement vers la question de départ

1.1. Situation d’appels

1.1.1. Situation d’appel n°1 :

Madame A, 58 ans, travaille en tant que bibliothécaire. Elle habite à Chantepie dans un appartement au 4^{ème} étage sans ascenseur. Elle est divorcée avec deux filles adultes habitant sur Rennes. Elle était autonome et se déplaçait en voiture. Elle est arrivée au service de Médecine Physique et Réadaptation Adulte (MPRA) pour une prise en soin post Accident Vasculaire Cérébral (AVC) ischémique bulbaire bilatéral avec pour séquelle une tétraplégie.

À son arrivée dans le service, Madame A est trachéotomisée depuis 1 mois. Le retrait de la trachéotomie aura lieu 2 semaines après son entrée dans le service.

C’est une patiente facile à vivre ayant toujours le sourire et peu demandeuse. Lorsque les médecins prennent la décision de retirer la trachéotomie, celle-ci se dit heureuse car elle aimerait communiquer avec nous et ses filles plus facilement. Le retrait de la trachéotomie se fait sans incident et Madame A. peut s’exprimer plus aisément.

Cependant, quelques jours après le retrait, en me rendant dans sa chambre, je la sens préoccupée, elle est moins souriante que d’habitude et paraît plus renfermée. Je m’approche d’elle puis lui demande ce qui ne va pas. Madame A se livre ; je m’assieds à ses côtés et l’écoute. Elle raconte avoir réfléchi toute la nuit au retrait de la trachéotomie. Sachant qu’elle a un “trou” dans la gorge, elle a peur qu’on ne voit que ça. Elle me demande si nous n’aurions pas un miroir pour qu’elle puisse se regarder. Une fois qu’elle eut fini, j’ai essayé de la rassurer en lui expliquant qu’effectivement,

actuellement, il y avait un “trou” dans sa gorge, mais que c’était temporaire. J’ai concrétisé mes dires en lui annonçant que nous avons retiré la trachéotomie il y a trois jours et que maintenant l’orifice était quasiment rebouché. Je tente de rassurer Madame A en lui disant que la cicatrice sera fine et se fondra dans les plis de son cou. Voyant qu’elle n’est toujours pas rassurée, je lui annonce que je vais voir mes collègues pour me renseigner.

Je sors de la chambre et me dirige vers mes collègues pour leur expliquer la situation. Ils me répondent que je suis autorisée à lui donner un miroir mais qu’ils n’en ont pas dans le service hormis ceux fixés au mur. Je leur demande si je peux utiliser la caméra frontale de la tablette de Madame A pour qu’elle puisse se regarder. Après avoir reçu leur accord, je retourne auprès de Madame A., lui explique la situation.

Madame A. me remercie et accepte et je m’exécute. Madame A. me sourit, me remercie plusieurs fois d’affilée et m’affirme que j’avais raison : ça ne se voit presque pas. Elle semble rassurée. Cependant cet état ne dure pas et rapidement elle fond en larmes. Je m’assois de nouveau à côté d’elle et l’écoute. Madame A me raconte qu’elle vient juste de se rendre compte à quel point c’est réel. Jusqu’à maintenant, elle vivait au jour le jour et ne se posait pas de questions. Seulement là, à ce moment précis, elle prend conscience que cet état, son état, est permanent. Elle me dit repenser à tous ces moments où elle prenait ses filles dans ses bras, où elle cuisinait, conduisait, travaillait. Elle me dit que jusqu’à maintenant elle n’avait pas pensé au futur, elle ne se projetait pas, mais que le fait de se voir ainsi, immobile dans son lit d’hôpital, avait fait comme un déclic. Elle venait de réaliser que maintenant sa vie serait comme ça. Elle continue, me disant qu’elle se pose beaucoup de questions : comment cela va se passer après l’hôpital, comment elle va faire seule chez elle, pour son travail, ses courses, conduire. Après l’avoir écoutée, je prends une voix douce et calme et j’explique à Madame A. qu’il faut laisser le temps au temps, que les réponses à ses questions viendront au fur et à mesure, que pour l’instant notre objectif c’était le retrait de la trachéotomie, puis possiblement le retour à une alimentation par voie orale et soulager son inconfort lié à ses hémorroïdes. Je lui ai proposé de noter pour elle sur une feuille les questions qu’elle se pose, afin de pouvoir les poser au médecin quand elle le verra, et ainsi se sortir de la tête ces interrogations.

Après avoir rédigé ses questions, et m’être assurée que Madame A. se sentait moins préoccupée, je l’ai laissée, et suis partie raconter mon entretien avec elle à mes collègues.

1.1.2. Questionnement n° 1 :

Suite à cette conversation plusieurs questions me sont venues à l'esprit. Ai-je bien fait de permettre à Madame A. de se regarder ? Madame A. était-elle prête psychologiquement à cela ? Madame A. elle-même me dit qu'avant qu'elle ne se voit, tout ça n'était pas réel, était-elle dans le déni de son état ? Dans quel état d'esprit était-elle et dans quel état d'esprit est-elle maintenant ? Devait-il y avoir une préparation psychologique avec Madame A. avant de la faire se regarder ? Est-ce que mes paroles étaient adaptées ? Est-ce que mon positionnement était le bon ? Comment accompagner un patient à accepter son nouvel état ? Comment aider un patient à se projeter dans l'avenir ? Quel moyen j'ai à ma disposition pour accompagner les patients dans ce contexte ? Quelles sont les étapes du processus de deuil ? Est-ce que les patients passent forcément par toutes ces étapes ? Peut-on les aider à les franchir ? Quel accompagnement leur apporter ?

1.1.3. Situation d'appel n°2 :

Nous sommes dans un service de Médecine Physique et Réadaptation Adulte (MPRA) et nous recevons un patient âgé de 40 ans travaillant comme conducteur poids lourd. Il vit seul dans une maison près de Rennes. Il a eu un Accident sur la Voie Publique (AVP) en moto, contre un poids lourd. Suite à cette AVP Monsieur D a subi une amputation tibiale droite. Monsieur D est hospitalisé dans le service pour une mise en place d'une prothèse.

Lorsque j'arrive dans le service, Monsieur D marche plusieurs kilomètres par jour avec sa prothèse, la troisième depuis son arrivée dans le service quelques semaines plus tôt. Et, comme les autres, il ne la supporte pas. Il se plaint de douleurs et de gêne dans son moignon. Après une observation clinique, nous n'avons pas pu déterminer l'origine de ses douleurs. Monsieur D réclame une nouvelle prothèse.

Un jour, lorsque j'étais dans le couloir du service, Monsieur D m'a interpellée : il n'arrivait pas à faire les lacets de ses chaussures et m'a demandé de l'aide. Profitant de ce moment calme, et sans la tunique du soignant venant administrer des traitements ou lui prodiguer des soins, j'entame la discussion avec lui. Très rapidement, Monsieur D me parle de son emploi de camionneur qu'il aime énormément. Il poursuit en me racontant les circonstances de son accident. Il me dit aimer les motos, et adorer plus que tout aller faire des balades avec la sienne. Il passe rapidement sur l'accident, ne s'en souvenant pas dans les détails. En revanche, il me raconte la douleur qu'il a ressentie lors de son réveil. Puis, vient l'annonce de l'amputation. Monsieur D en parle avec émotion, mais sans utiliser le terme amputation. Il me dit qu'ils ont dû lui enlever sa jambe, mais que tout s'est enchaîné très rapidement.

Il me raconte plus en détail, comment s'est déroulé la rééducation avec les essais de prothèse. Plusieurs fois dans son discours, Monsieur D me répète qu'on lui avait dit que la prothèse serait comme sa jambe. Petit à petit, je sens qu'il s'énerve. Pour lui, comme on lui avait dit que la prothèse serait comme sa jambe, il s'attendait à avoir une prothèse qui ressemble trait pour trait à son ancienne jambe. Il commence à s'agiter en me disant "Regardez, ça ne ressemble pas du tout à une jambe, à ma jambe, ce n'est pas ce qu'on m'avait dit... C'est moche, ça ressemble à rien, ce n'est pas ce qu'on m'avait dit !". J'essaie de l'apaiser en lui expliquant que je comprends son désarroi, que les ergothérapeutes font ce qu'ils peuvent. J'essaie de lui montrer le positif, en lui faisant remarquer que sa prothèse lui permet de retrouver une certaine autonomie pour se déplacer, et qu'il lui faut du temps pour s'y habituer, mais, que si ça le dérange, il peut en parler avec les médecins et les ergothérapeutes afin de voir ce qui peut être fait. Monsieur D me répond qu'il sait déjà tout cela, et qu'il fait des efforts pour s'y habituer. Il me dit que pour preuve, il marche 20 km tous les jours pour se faire à sa prothèse. À ce moment-là, je me demande si les douleurs ressenties dans son moignon, ne sont pas dues, justement, à ces 20 km de marche par jour. Par la suite Monsieur D s'apaise. Il m'explique qu'il est en train de faire des démarches pour repasser son permis. J'ai fini par quitter la chambre de Monsieur D lorsqu'il s'est apaisé. En sortant de celle-ci, j'avise mes collègues de la discussion que j'ai pu avoir et en fait une transmission écrite.

1.1.4. Questionnement n° 2 :

Suite à cette discussion, je me suis posée plusieurs questions. Je me suis demandée s'il avait accepté la perte de son membre. Je me demande également si l'esthétique de sa prothèse n'est pas un moyen pour lui de justifier son état d'esprit. Je me demande s'il a fait le deuil de son membre ? Et quels suivis sont proposés aux patients pour les accompagner dans cette étape ? Je me demande pourquoi Monsieur D s'inflige 20 km de marche par jour, sachant qu'il se plaint de douleurs dans sa jambe ? Je me demande si le fait de marcher autant ne lui provoque pas ses douleurs ? Et si ce n'est pas un moyen, pour lui, de justifier son refus de cette prothèse ? Quand il évoque vouloir repasser son permis, je me demande si Monsieur D ne veut pas aller trop vite, s'il ne saute pas des étapes. Est-ce que les étapes du processus de deuil sont les mêmes pour chaque personne ? Est-ce que celles-ci ont une chronologie linéaire ? Et que se passe-t-il si les patients sautent des étapes ? Combien d'étapes y a-t-il ? Passent-ils forcément par toutes les étapes ? Quelle est l'étape finale et comment accompagner les patients pour qu'ils l'atteignent ? Avec quels outils ? Peut-on revenir à une étape déjà franchie ?

1.1.5. Synthèse des questionnements :

En analysant mes deux situations, plusieurs questionnements ressortent : les étapes du deuil menant à l'acceptation de son nouvel état, les outils mis à disposition pour y parvenir, le rôle de l'accompagnement infirmier... Ainsi plusieurs notions se dégagent de celles-ci : le traumatisme, l'accompagnement infirmier et le deuil.

1.2. Question de départ

Chez un patient ayant subi un traumatisme avec des répercussions sur sa vie quotidienne, en quoi l'accompagnement infirmier influence-t-il le processus de deuil ?

2. Le cadre théorique ou conceptuel

2.1. Le traumatisme

2.1.1. Généralités

2.1.1.1. Définition

Le terme traumatisme a subi une évolution au cours du siècle dernier. Si François Lebigot le définit étymologiquement par la traduction du terme grec "trauma" signifiant "blessure" (2005, p. 9). Hélène Romano, le définit plus généralement par une blessure avec effraction (Romano, 2015, p. 7-8). Le traumatisme se définit dans deux dimensions : "dans la pathologie chirurgicale d'étiologie externe ; il implique un choc matériel et une blessure" (Pedieli & Mariage, 2015, p. 8). En psychopathologie, il désigne un "choc psychologique externe, parfois interne, qui représente une effraction et, par un afflux d'excitations violentes, déborde les défenses de la personne" (Pedieli & Mariage, 2015, p. 8-9). Cependant le traumatisme est propre à chacun, il se rapporte aux "réactions différentes devant les événements externes et les émotions qu'ils suscitent". (Pedieli & Mariage, 2015, p. 9).

Il est intéressant de noter que les auteurs distinguent le traumatisme physique et le traumatisme psychologique.

2.1.1.2. Traumatisme physique

"En grec ancien, "traumatismos" est l'acte de blesser et "trauma", c'est la blessure" (Pedieli & Mariage, 2015, p. 17). C'est vers les années 1855 que le terme semble faire son

apparition en chirurgie pour désigner “un choc mécanique exercé par un agent extérieur sur une partie du corps en y provoquant une blessure ou une contusion” (Pedinielli & Mariage, 2015, p. 17).

2.1.1.3. Traumatisme psychique

Le traumatisme psychique est “le résultat d’un débordement des capacités psychiques de liaisons et de métabolisation, provoqué par un événement brutal et inattendu” (Dozio et al., 2020, p. 9). “L’événement traumatique vient ébranler les croyances et les frontières préalablement établies et structurant l’existence.” (Dozio et al., 2020, p. 10).

Le traumatisme étant maintenant défini, il est pertinent de constater son impact sur la vie quotidienne.

2.1.2. L’impact du traumatisme sur la vie quotidienne

Lorsque des personnes évoquent un traumatisme, elles ne se contentent pas de raconter les faits tels qu’ils se sont produits. En effet, la place de leurs sentiments, sensations, émotions, pensées sont mises au premier plan. Ainsi, si plusieurs personnes subissent un même traumatisme, leurs versions vont différer (Pedinielli & Mariage, 2015, p. 27-28). Bien après l’événement, l’esprit garde une trace de celui-ci et peut se manifester de différentes façons :

- La situation semble encore se dérouler devant la victime et la distinction entre passé et présent disparaît (Pedinielli & Mariage, 2015, p. 29). “La personne garde le même vécu d’horreur chaque fois qu’elle évoque la scène” (Pedinielli & Mariage, 2015, p. 29). Ainsi “l’événement et les émotions s’imposent à sa conscience” (Pedinielli & Mariage, 2015, p. 29).
- Apparition de réaction d’angoisse, de déplaisir, parfois des conduites d’évitement, sans savoir d’où elles proviennent” (Pedinielli & Mariage, 2015, p. 29). L’événement traumatique fait l’objet d’un refoulement, cependant il reste actif dans l’inconscient de la personne ce qui engendre ces réactions (Pedinielli & Mariage, 2015, p. 29).
- “La personne évoque des souvenirs déplaisants, qui ont provoqué un choc au moment de l’évènement” (Pedinielli & Mariage, 2015, p. 29). Lorsqu’elle y repense, elle ressent une sensation de malaise, de forte angoisse (Pedinielli & Mariage, 2015, p. 29).
- “Le traumatisme reste totalement inaperçu et fait l’objet d’un oubli, d’un refoulement” (Pedinielli & Mariage, 2015, p. 30). Cependant l’esprit, lui, n’a pas oublié et produit des “troubles illustrant directement le traumatisme sans qu’il y ait de lien apparent” (Pedinielli & Mariage, 2015, p. 30).

Hélène Romano évoque le “deuil post-traumatique” comme étant un “deuil qui survient suite à un événement traumatique” (2015, p. 25). Pour elle, il s’agit de “l’état psychologique dans lequel se trouve une personne qui a échappé à une situation dramatique, brutale et imprévue” (2015, p. 25). Après avoir défini ce qu’était le traumatisme en général, et s’être intéressé à son impact sur la vie quotidienne, traitons maintenant le sujet du deuil.

2.2. Le deuil

2.2.1. Le processus de deuil

Le processus de deuil a été évoqué en premier lieu par Freud en 1915 dans son ouvrage “deuil et mélancolie”. À cette époque, il parle de “travail du deuil”. Petit à petit, il s’écarte du sens donné d’un deuil lié à la mort et se rapproche du deuil lié à la perte (2020, p. 13). Au fur et à mesure des recherches sur le deuil, les auteurs s’éloignent du terme “travail de deuil” et se concentrent sur le terme “processus de deuil”. Le processus se définit par une “suite continue d’opérations, d’actions constituant la manière de faire, de fabriquer quelque chose” (Larousse, s. d.-b). Selon Petolas & Michaud-Nérard “chaque rupture met en place un processus d’intériorisation qui provoque des réactions physiques, psychologiques, affectives, comportementales et sociales” (2020, p. 22). Ainsi le deuil se définit comme propre à chacun.

Petolas et Michaud-Nérard nous parlent plus précisément du deuil et l’associent à la douleur d’une perte (2020, p. 4). En effet ils nous expliquent que “la notion originelle de “douleur” a pris une valeur polysémique regroupant à travers le même terme plusieurs dimensions :

- Dimension somatique,
- dimension psychologique,
- dimension psychiatrique,
- dimension culturelle,
- dimension religieuse,
- dimension sociale,
- dimension familiale” (2020, p. 4-5).

Petolas et Michaud-Nérard, disent que lors du deuil les notions de passé, présent et futur se mélangent (2020, p. 23). Par ailleurs, ils établissent également que le processus de deuil peut durer de 10 à 18 mois. Au-delà, on peut considérer celui-ci comme un deuil pathologique (2020, p. 25).

Après avoir précisé ce qu’était le processus de deuil, intéressons-nous aux étapes de celui-ci.

2.2.2. Les étapes du deuil

Elisabeth Kubler-Ross et David Kessler, évoquent 5 étapes au processus de deuil :

“Le déni, la colère, le marchandage, la dépression, l’acceptation” (Kubler-Ross & Kessler, 2011).

2.2.2.1. Le déni

La phase de déni se définit par “l’incrédulité, le refus de croire à la réalité d’un mal incurable” (Kubler-Ross & Kessler, 2011, p. 26). Lors de cette étape, Elisabeth Kubler-Ross met en évidence le moment où l’individu se refuse à reconnaître la réalité de son état et l’irréversibilité de celui-ci. Ce moment où il pense que ce n’est pas vrai, que c’est temporaire. Ainsi, l’individu ne va cesser de remettre en question la réalité de ce qu’il vit (Kubler-Ross & Kessler, 2011, p. 29). Le déni, et comme chaque étape du processus de deuil, est important car lorsque la personne prend conscience de cette réalité et s’interroge sur la véracité de celle-ci, elle avance petit à petit sur le chemin de la guérison (Kubler-Ross & Kessler, 2011, p. 30).

2.2.2.2. La colère

La colère se définit par un “état affectif violent et passager, résultant du sentiment d’une agression, d’un désagrément, traduisant un vif mécontentement et accompagné de réactions brutales” (Larousse, s. d.). Selon Elisabeth Kubler-Ross, la colère est une réaction immédiate qui camoufle les innombrables émotions liées au chagrin et à la perte qui parcourent les individus endeuillés (2011, p. 37). Lors de cette phase, selon elle “la colère n’est pas nécessairement logique, ni fondée” (Kubler-Ross & Kessler, 2011, p. 30). Bien souvent, les proches ne savent pas comment réagir face à cette colère et la juge “déplacée, inappropriée, disproportionnée, voire exagérée” (Kubler-Ross & Kessler, 2011, p. 35). En effet, elle peut apparaître lorsque les individus paraissent se remettre de cette perte (Kubler-Ross & Kessler, 2011, p. 31). Pour autant cette colère est indispensable à la guérison (Kubler-Ross & Kessler, 2011, p. 31).

2.2.2.3. Le marchandage

Le marchandage est défini par Elisabeth Kubler-Ross comme le fait que “l’esprit altère les événements passés et bâtit des hypothèses virtuelles” (2011, p. 41). Selon elle, durant cette étape, l’individu va chercher à modifier le passé et à le reconstruire pour trouver une issue plus favorable. Bien souvent la culpabilité se joint au marchandage et pousse l’individu à se “reprocher de ne pas avoir agi autrement” (Kubler-Ross & Kessler, 2011, p. 37). Cependant cette étape "offre un répit

crucial dans la douleur” (Kubler-Ross & Kessler, 2011, p. 40) et bien que les individus ne croient pas réellement en ces hypothèses, elle leur permet d’accéder à un soulagement temporaire (Kubler-Ross & Kessler, 2011, p. 40). En effet, même si l’individu s’acharne à vouloir modifier le passé, "l'intellect parvient inévitablement à la même conclusion : la tragique réalité” (Kubler-Ross & Kessler, 2011, p. 41).

2.2.2.4. La dépression

La dépression est un “état pathologique marqué par une tristesse avec douleur morale, une perte de l'estime de soi, un ralentissement psychomoteur.” (Larousse, s. d.). Elisabeth Kubler-Ross la caractérise par “un sentiment de vide qui nous assaille et le chagrin qui prend possession de nous, plus intense, plus ravageur que tout ce que nous avons pu imaginer” (2011, p. 42). Cependant le ralentissement qu’elle engendre permet à l’individu de faire le point, de savoir où il en est pour mieux se reconstruire par la suite (Kubler-Ross & Kessler, 2011, p. 45-46). Malgré tout, la dépression est une étape compliquée à endurer mais elle consiste en une phase nécessaire au rétablissement (Kubler-Ross & Kessler, 2011, p. 43).

2.2.2.5. L’acceptation

Selon Elisabeth Kubler-Ross l’acceptation consiste à "admettre la permanence de cet état de fait” (2011, p. 46). Pour elle, bien que la réalité de cet état ne nous plaise pas, nous finirons quand même par l’accepter et nous accommoder de celui-ci (Kubler-Ross & Kessler, 2011, p. 47). Cette étape apparaît lorsqu’après avoir “refusé de voir la réalité” (Kubler-Ross & Kessler, 2011, p. 47) nous intégrons petit à petit la permanence de celle-ci. Il est alors temps de prendre conscience que “notre univers a été bouleversé à jamais et nous devons nous y adapter” (Kubler-Ross & Kessler, 2011, p. 47). Elisabeth Kubler-Ross explique que parfois “l’acceptation c’est tout simplement de passer davantage de bonnes journées que de mauvaises” (2011, p. 50). Elle conclut sur l’acceptation en disant qu’une fois le travail du deuil terminé nous recommençons alors à vivre” (2011, p. 50).

Elisabeth Kubler-Ross et David Kessler nous expliquent que le processus de deuil n’a pas de schéma suivant un ordre précis : “chaque deuil est unique, comme chaque vie est unique” (2011, p. 25). L’essentiel est d’accompagner le patient dans les différentes étapes du deuil.

2.3. L'accompagnement infirmier

2.3.1. Généralité

2.3.1.1. Définition

Isabelle Godard Auray définit l'accompagnement de façon étymologique : ce terme se décompose de la manière suivante "ac-cum-pagnis" qui signifie vers, avec. Le terme "-pagnis" donne une double dimension de relation et de cheminement au terme d'accompagnement (2018, p. 72). Selon Guy Le Boëdec et Luc Pasquier

"l'accompagnement concerne les situations où il y a un acteur principal que, d'une manière ou d'une autre; il s'agit de soutenir, de protéger, d'honorer, de servir, d'aider à atteindre son but; en aucun cas il ne peut être question de le supplanter en prenant sa place ou le devant de la scène, ou la direction des événements, ou tout simplement en prenant l'initiative" (2002, p. 24).

Ainsi il ne s'agit pas de faire à la place de l'autre (Godard Auray, 2018, p. 72), "l'accompagnement est une démarche visant à aider une personne à cheminer, à se construire, à atteindre ses buts" (Godard Auray, 2018, p. 73). L'accompagnement "n'est pas qu'un savoir mais c'est aussi un savoir-faire et un savoir-être" (Godard Auray, 2018, p. 73). En effet c'est une démarche à la fois dynamique et participative (Godard Auray, 2018, p. 74).

2.3.1.2. La communication

La communication se définit comme "l'action de communiquer avec quelqu'un, d'être en rapport avec autrui, en général par le langage ; échange verbal entre un locuteur et un interlocuteur dont il sollicite une réponse" (Larousse, s. d.-a). Par ailleurs la "notion de communication induit les notions de transfert de message (ce qui est émis, reçu puis renvoyé) et d'individu (un émetteur et un récepteur)" (Broca, 1997, p. 45). Cependant le "message est déformable, modifiable, mal recevable et son écho sera toujours très variable" (Broca, 1997, p. 45). La communication "n'est pas seulement le fait de parler et d'écouter, c'est aussi être en présence" (Broca, 1997, p. 44). C'est pourquoi A. De Broca précise que communiquer doit se faire dans une "démarche de confiance" et que le but de celle-ci est d'accroître la "confiance réciproque" des protagonistes pour les faire "grandir ensemble" (1997, p. 46). Plus précisément selon G. Le Cardinal et JF. Guyonnet cette communication se déroule en sept étapes :

- "Trois étapes de mise en contact et en condition,
- une étape d'action,
- trois étapes permettant une prise de recul" (Broca, 1997, p. 46).

Après avoir défini ce qu'est l'accompagnement infirmier, et déterminer l'importance de la communication, il est intéressant de se renseigner sur la nature d'une relation d'aide.

2.3.2. La relation d'aide

Carl Rogers commence par parler de ce que n'est pas la relation d'aide. Ainsi pour lui la relation d'aide diffère des relations telles que : parent-enfant qui implique un rôle autoritaire et responsable de l'un des protagoniste (2019, p. 89), ami-ami basé sur la réciprocité ou la relation élève-maître qui implique "un statut supérieur et un statut inférieur" (2019, p. 89). Il poursuit son explication en nous donnant sa définition d'une relation d'aide : "elle représente un genre de lien social qui diffère de tous ceux que le client a éprouvé jusque-là" (2019, p. 90). Il complète en ajoutant qu'elle "s'exprime d'abord en un intérêt authentique pour le client et en son acceptation en tant que personne" (2019, p. 90-91). Pour mener à bien une relation d'aide, il explique que l'aidant doit s'impliquer émotionnellement dans la relation bien que de façon "strictement limitée au bien du patient" (2019, p. 91). Ainsi l'aidant "accepte ce qu'il dit, avec une absence complète d'attitude morale ou de jugements, une attitude de compréhension qui imprègne l'entretien" (Rogers, 2019, p. 91). Ce qui pousse l'autre partie à exprimer tous ses sentiments et attitudes (Rogers, 2019, p. 91). Le but d'une relation d'aide est "de mettre à jour les pensées et les attitudes, les sentiments et les impulsions à charge émotionnelle, qui sont au centre des problèmes et des conflits d'un individu" (Rogers, 2019, p. 131). Dans la relation d'aide, l'aidant encourage la liberté : en suivant "la structure des sentiments du client dans la mesure où celui-ci les exprime librement" (Rogers, 2019, p. 131) tout en s'abstenant "de toute initiative ou de toute réponse qui orienterait l'entretien" (Rogers, 2019, p. 132). Au cours de la relation d'aide, l'aidant doit "percevoir le sentiment qui a été exprimé et y répondre plutôt que d'apporter son attention au seul contenu intellectuel de ce qui est dit" (Rogers, 2019, p. 133).

Lors d'entretiens infirmiers, il est important de savoir écouter l'autre. L'écoute active selon Egan & Forest, "comporte trois dimensions :

- Observer et lire le comportement non verbal de l'autre,
- écouter et comprendre les messages verbaux,
- écouter l'autre d'une façon globale en prenant en compte le contexte" (1992, p. 86).

Le but d'une écoute active est la compréhension. Partager cette compréhension avec l'autre l'aide à mieux se comprendre lui-même et ainsi l'aidera à agir de façon plus constructive (Egan & Forest, 1992, p. 86).

La relation d'aide étant définie, passons aux différents outils de communication.

2.3.3. Les outils pour accompagner

2.3.3.1. L'entretien infirmier

L'entretien infirmier est "un soin relationnel permettant de répondre au besoin d'information du patient, de l'aider à formuler ses demandes, et de recueillir des données de qualité pour élaborer ensemble un projet de soins" (Rybak et al., 2004, p. 295). C'est à la fois un temps d'échange permettant au patient d'exprimer ses difficultés et un temps "d'accompagnement pour le soignant pour l'aider à exprimer son vécu de la situation" (Rybak et al., 2004, p. 295). Lors de cet échange, les deux protagonistes évoluent dans un but commun, afin de résoudre au mieux les difficultés rencontrées par le patient (Rybak et al., 2004, p. 295). Ainsi, au sein de cet entretien, le patient devient acteur et expert de sa prise en soin. Il va alors, avec l'aide du soignant, mettre à disposition ses compétences et ses ressources pour résoudre son problème (Rybak et al., 2004, p. 296). Pour construire un entretien infirmier, il faut tout d'abord construire une relation de confiance avec le patient. Pour cela le soignant s'appuie sur plusieurs notions :

"Être empathique, être respectueux, être capable de ne pas savoir se demander ce que le patient attend de nous, être authentique, souligner les aspects positifs, ne pas dire ce qu'on ne pense pas, se plier aux règles familiales, adopter les habitudes verbales du patient, reformuler pour souligner les aspects positifs d'une caractéristique ou d'une relation décrite de façon négative" (Rybak et al., 2004, p. 296-297).

2.3.3.2. Les groupes de parole

Selon Fabienne Raybaud-Macri, un groupe de parole est "constitué par un regroupement de personnes, toutes concernées par au moins une préoccupation commune, à un moment donné de leur vie" (2017, p. 163). Lors de ces groupes, c'est au professionnel d'être attentif à reformuler et proposer des interprétations dont le sujet peut se saisir ou non. Plusieurs règles structurent le groupe. Notamment la "non-violence physique ou verbale" (Raybaud-Macri, 2017, p. 163). Ces règles permettent à chacun de s'exprimer sans crainte de jugement. Le but de ces groupes est de permettre au patient de partager sa situation pour élaborer sa propre stratégie, et de l'enrichir avec le vécu des autres. (Raybaud-Macri, 2017, p. 163). Fabienne Raybaud-Macri synthétise le groupe de parole, en un atelier qui va "générer une dynamique de groupe favorable aux changements dans les comportements et/ou les attitudes d'un sujet, du groupe." (2017, p. 163). Il permet également au

patient de mobiliser les "ressources psychiques nécessaires pour affronter la réalité" (Raybaud-Macri, 2017, p. 163).

3. Le dispositif méthodologique du recueil de données

Dans la continuité de l'élaboration de mon cadre conceptuel, j'ai souhaité effectuer des entretiens semi-directifs auprès de deux infirmières afin d'enrichir ainsi mes connaissances théoriques par des connaissances pratiques auprès de professionnelles sur le terrain. Cela me permettait également de me renseigner sur la mise en pratique de certains concepts mis en lumière dans le cadre théorique. Pour obtenir ces réponses, lors de la construction de mon guide d'entretien (cf. Annexe I), je me suis inspirée des grandes notions de mon cadre conceptuel : le traumatisme, le deuil, l'accompagnement et les outils pour accompagner.

J'ai souhaité réaliser deux entretiens dans le but de pouvoir comparer les points de vue des deux professionnelles, et ainsi enrichir ma réflexion personnelle. Pour cela, j'ai fait le choix d'interroger deux infirmières avec le même nombre d'années d'exercice au sein d'un même service. Cependant, la première infirmière est diplômée depuis 2009 et est en poste dans une unité de médecine physique et réadaptation depuis 2016. La seconde infirmière que j'ai interrogée, diplômée pour sa part depuis 2016, travaille en service de médecine physique et réadaptation depuis cette même période. J'ai choisi de réaliser ces entretiens au sein d'un service de médecine physique et réadaptation, car j'ai estimé les professionnels y exerçant comme les plus en lien avec des patients en situation de deuil suite à un traumatisme.

J'ai tout d'abord pris contact avec les infirmières choisies par appel téléphonique, pour me présenter, puis leur demander si elles accepteraient de participer à une interview, dans le cadre de mon mémoire. Après l'obtention de leur accord, nous avons échangé par messagerie afin de nous organiser, au vu de nos emplois du temps respectifs. Pour les entretiens, j'avais estimé avoir besoin de 30 à 40 minutes. Par la suite, nous avons pu fixer une date et une heure pour nous rencontrer. J'ai pu rencontrer la première infirmière au sein du Pôle de formation où j'ai réservé une salle. Lors de l'entretien j'ai utilisé la fonction dictaphone de mon téléphone portable pour enregistrer l'infirmière. Bien qu'ayant sollicité son accord en amont de notre rencontre, j'ai néanmoins reformulé ma demande en début d'entretien afin de m'assurer de sa permission d'enregistrer nos échanges. Pour la seconde infirmière, je l'ai rencontré sur son lieu d'exercice, à la fin de son service. De même, je m'étais assurée de son assentiment pour enregistrer nos dires et lui demandais confirmation avant de débiter l'entretien.

Pour ce qui est des limites du dispositif, il fut compliqué de trouver une plage horaire au regard des différents emplois du temps. En effet j'ai souhaité réaliser les entretiens durant mon stage de semestre 6.1, période correspondant aux vacances scolaires, ce qui a rendu compliqué la planification des rendez-vous. Pour ce qui est des lieux d'entretiens j'ai facilement pu réserver une salle au pôle de formation pour réaliser le premier, puis la seconde infirmière a proposé de se voir au sein de son service pour plus de commodité. Par ailleurs, lors du premier entretien, j'avais disposé mon téléphone trop loin de l'infirmière, rendant sa voix sourde. Pour y remédier lors de celui avec la seconde infirmière, j'ai pris soin de placer mon téléphone plus proche d'elle. Le son s'en est effectivement trouvé amélioré. Au cours de ces entretiens, il m'a été assez difficile de suivre le fil de la conversation tout en approfondissant les éléments intéressants apportés par les infirmiers et poursuivre les questions du guide que j'avais créé.

4. L'analyse descriptive des entretiens

Pour une meilleure lisibilité de cette analyse, j'ai retranscrit les propos de la première infirmière entre guillemets et ceux de la seconde entre guillemets et en italique afin de les différencier.

4.1. Le traumatisme

La première infirmière définit le traumatisme comme une "rupture entre deux états", elle précise que ce serait quelque chose qui viendrait "rompre l'équilibre qui existait", elle s'y réfère également comme un "choc" qui viendrait "rompre quelque chose". Tandis que la seconde infirmière, elle, le définit comme quelque chose "*d'inattendu qui provoque des lésions au niveau du corps*" et elle y ajoute une notion de "*réparation*".

Toutefois, les deux infirmières sont d'accord sur un point : le lien entre traumatisme physique et psychique. En effet la première infirmière nous dit qu'ils sont "souvent associés" en précisant qu'un "traumatisme médullaire est souvent associé à un traumatisme psychique". La seconde infirmière nous parle de la présence de la "*double prise en charge*" au sein de son service, entendant par là la prise en charge des deux traumatismes. Au sein de son service, elle précise accueillir des patients ayant "*des traumatismes psychologiques mais souvent suite à un accident*" faisant ainsi le lien entre ces deux traumatismes.

Dans leur prise en soins de patient atteint de traumatisme physique, les deux infirmières se rejoignent. La première infirmière estime que cela "dépend du patient" tandis que la seconde, elle, pense que ça "dépend du traumatisme" subi. Toutes deux s'accordent à dire "qu'il n'y a pas une manière de faire", "qu'on ne peut pas baliser un parcours". La première infirmière précise "qu'il y a plein de choses à prendre en compte" : "la famille, l'environnement", "l'état dans lequel est" le patient, "où il en est", "depuis combien de temps il a eu son accident"... Selon elle, aucun patient ne va "réagir de la même manière". Pour la seconde infirmière cela va dépendre de la "récupération sur la vie future", de la durée de la prise en soin : "les blessés médullaires sont des prises en charge plus longues". Par ailleurs, selon elle, cela va également dépendre des "besoins que va avoir le patient". Ainsi elle reste "très vague sur les atteintes" ne sachant pas "ce que ça va être comme récupération" elle "n'a pas les réponses" et précise de surcroît que "les premières réponses, c'est pas à nous de les apporter, ça relève du médical". C'est de fait la raison pour laquelle elle "botte en touche". Ainsi elle "avance pas à pas" et "s'adapte complètement à ce qui lui est arrivé".

4.2. Le deuil

La première infirmière définit le deuil comme "un tout", un "cheminement" où il y aurait "plusieurs étapes" et dont "l'aboutissement serait l'acceptation". Elle ajoute cependant qu'elle croit aussi à "la résilience de l'état". Faire son deuil, pour elle, ce serait se "projeter dans tous les moments de sa vie avec ce nouvel état" : elle précise qu'il y a "des va-et-viens dans le deuil", que ce n'est "pas forcément compartimenté". Par ailleurs, selon elle, il n'y aurait pas de durée au deuil, il peut prendre "parfois des années comme parfois toute une vie" et que certains "ne le font jamais", alors que "parfois le cheminement se fait seul". La seconde infirmière dit, elle aussi que le deuil "ça se passe en telle, telle et telle étape", étapes qui ne sont "jamais dans le même ordre", précisant que "chacun n'aura pas les mêmes étapes au même moment" et que certains "des fois même ne passeront pas par certaines étapes". Cependant pour la seconde infirmière, il n'y a pas d'acceptation, pour elle "on va apprendre à vivre avec", "on va faire avec" mais, on n'accepte pas. Toutefois, elle aussi, affirme que "le chemin est long" pour y arriver.

Concernant les étapes du deuil, la première infirmière nous parle "du rejet", du fait d'être "très, très virulent" envers elle, "de la tristesse", d'une "espèce de sidération", de la "colère", que les patients sont "dans le tort auprès" d'elle. Pour elle, toutes ces émotions sont les "différentes phases" du "travail du deuil", permettant d'aboutir "à une certaine acceptation", et "accepter son nouvel état". La seconde infirmière dit que certains patients arrivent dans son service en ne voyant "pas trop ce qu'on peut leur apporter" alors que d'autres au contraire arrivent en étant "déjà très au clair avec ce qui se passe de par leur vécu, de par leur connaissance". Elle continue en faisant la distinction entre

“deux parties sur le deuil” : “le deuil du corps et le deuil de la vie d’avant”. Pour elle “on distingue les deux dans les réactions” et que souvent “la vie d’avant c’est là où ils s’effondrent”. Toutefois elle remarque chez les patients “des phases de colère”, un “besoin d’être dans le contrôle” ce qu’elle traduit par “le marchandage”, puis “l’acceptation” bien que pour elle “on n’accepte pas, on vit avec” : selon elle “ils sont résolus”. Elle précise que bien souvent, le deuil “ils le font plus tard dans leur vie” lorsqu’ils se “retrouvent tout seul face à eux-mêmes et face à ce qu’ils doivent faire”, c’est alors à ce moment-là qu’ils “acceptent complètement leur condition”. Elle indique que “le déni est assez long” et peut prendre “des mois, des années”. Elle prend l’exemple du moment où le médecin vient leur faire le diagnostic et elle remarque “il a écouté mais rien entendu” que le patient a alors “beaucoup de questions”, “beaucoup de remises en question”, “ils remettent tout en cause” pour finalement “aller vers l’acceptation”.

4.3. L’accompagnement

La première infirmière définit l’accompagnement comme étant le fait “d’être là, à côté”, “auprès d’eux”, d’être “suffisamment discret”, “à l’écoute”, “sans être trop intrusif” pour “essayer d’être au plus juste” et les “soutenir comme on peut”. Tandis que pour la seconde infirmière l’accompagnement c’est “accompagner au mieux pour cheminer”, “être là” pour “recueillir les informations”, “reconnaître les signes”. Pour elle “il y a le patient, on n’est pas devant, on n’est pas derrière, on est à côté, on l’amène”. Ainsi “il y a plusieurs chemins, c’est lui qui choisit, nous on met juste les chemins devant lui”.

Plus concrètement, pour la première infirmière “l’accompagnement infirmier est central” dans la prise en soins des patients. Il est “très encadré” ainsi les patients sont “très pris en charge”. Pour elle, l’accompagnement, c’est être “là pour le quotidien”, “pour les nuits”, “pour le réveil”, être là “dans les moments qui sont un peu durs”, surtout qu’elle est souvent “dans la sphère de l’intime” de par les soins qu’elle réalise et ainsi elle “va très très près d’eux dans l’intime”. Mais son accompagnement dépendra “si le patient veut nous prendre avec lui sur son cheminement” : “y’a des jours où il a envie qu’on soit présent à ses côtés, qu’on soit dans l’accompagnement, d’autres jours où il rejettera complètement notre écoute, notre aide” mais l’idée générale c’est “qu’il soit le plus à l’aise” pour “qu’il accepte au mieux son état”. C’est pourquoi, selon elle, il faut “être au plus près d’eux”, pour savoir “si le patient nous laisse voir ce qu’il a envie” même si parfois “on est loin d’imaginer ce qui se passe dans leur tête”. Selon elle, accompagner c’est également savoir “remettre un cadre”, “remettre les choses en place” pour pouvoir “les rebooster”. Pour la seconde infirmière accompagner va se faire en “expliquant que nous on va faire” même s’il y a “des choses pas faciles à aborder” il faut quand même les aborder “très rapidement”. Pour elle, “on n’y va pas tout de suite de but en blanc”, “on

explique” pour les amener petit à petit vers l’autonomie en leur disant, *“peut-être que vous vous pourriez le faire tout seul”*. Pour elle, l’accompagnement se fait *“dans l’éducation pour le quotidien futur”*, en essayant *“de valoriser”, parce qu’au final “leur but pour eux aussi c’est d’être autonome le plus rapidement possible”*. Donc, pour elle, dans l’accompagnement *“on parle d’apprentissage”*. Elle prend pour exemple l’apprentissage des autosondages, un des objectifs pour pouvoir rentrer chez eux le week-end, et leur dit donc *“fait que vous puissiez faire vos sondages”, il “fait que vous ayez un minimum de notions niveau élimination des selles”*. Ainsi selon elle, dans l’accompagnement des patients ayant subi un traumatisme physique *“y a vraiment tout, tout à revoir”, “ tout le quotidien”*. Cependant elle précise qu’il faut *“les laisser aller à leur rythme”, que “chaque personne est différente, chaque caractère, chaque histoire”* et que donc il faut *“faire aussi avec leur histoire de vie”*. L’accompagnement, pour elle, c’est donc *“être là”* même si *“des fois on se trompe”, “des fois on veut aller un peu plus vite que la musique”, “des fois on les laisse aller à leur rythme”, “des fois il faut aller les bousculer”* pour pouvoir *“aider au maximum”* le but étant, selon elle, *“faire que son quotidien soit le plus facilité possible”* mais *“on ne pourra pas faire à sa place”*. Elle précise qu’au sein de son service souvent les patients *“sont un peu dans un cocon”* puisqu’elle leur *“apporte les solutions”*. Elle poursuit en disant que l’accompagnement c’est aussi *“les ouvrir vers de nouvelles possibilités”* parce qu’elle est *“aussi là pour proposer des choses”* même si *“les solutions, c’est pas forcément nous qui les avons”*. C’est à elle *“de capter ces information-là”* et d’inciter les patients à *“devoir soit trouver des solutions seuls”, “soit des solutions alternatives”*.

4.4. Les outils d’accompagnement

La première infirmière nous parle tout d’abord de *“l’écoute”,* plus précisément *“l’écoute active”* comme outil d’accompagnement, pour peu que le patient *“exprime enfin oralise, verbalise des choses”*. Toutefois selon elle l’écoute ne se limite pas qu’à ça il y a aussi *“l’écoute du silence”*. Pour elle, la communication non verbale permet de percevoir que le patient *“n’a pas envie de parler”, “pas envie d’être là”, “pas envie d’être avec nous”, “pas envie d’être dans cette chambre”* : accompagner serait donc *“écouter son souhait de ne pas parler”*. Ainsi selon elle, l’écoute active servirait à *“s’adapter au mieux au patient”* car celle-ci *“prend plein de dimensions”*. En conséquence, elle considère *“les temps d’écoute”* comme des outils. La seconde infirmière n’évoque pas l’écoute comme un outil d’accompagnement mais tout de même l’écoute est sous-entendue dans son discours sur la communication.

Pour ce qui est de la communication, la première infirmière dit que la prise en soin des patients ayant subi un traumatisme physique est particulier car les premiers mois aucun diagnostic n’est posé. A ce

moment-là tout peut encore arriver. Ainsi elle ne “peut pas trop en dire” au patient et ne sait donc “plus sur quel pied danser”. Cependant elle précise que la “communication, elle est dans notre posture, notre corps”. Dans le dialogue, son attention porte sur “la manière dont on se tient”, “la manière dont on regarde le patient”, parce qu'en réalité “on envoie plein de choses”. Pour elle, la communication est “plutôt sur la reformulation” : “vous dites que”, “qu'est-ce que vous en pensez” mais qu'elle “n'apporte pas de réponse”, qu'elle “essaie d'être dans notre posture la plus neutre possible”. Pour la seconde infirmière la communication c'est plus “quand ils arrivent à le verbaliser”, lorsque le patient va leur dire “c'est plus mon corps”, “c'est plus mes jambes”, “ce sont ces jambes”, “ce corps”. Ainsi, pour elle, la communication va passer par “lui demander ce qu'il a compris”, “ce qu'il n'a pas compris” “puis de lui apporter parfois des outils”. La communication va également passer par “reprendre avec eux ce qui s'est mal passé” pour pouvoir voir “ce qu'on peut faire pour améliorer”, les rassurer en leur disant “vous êtes pas le premier, vous serez pas le dernier à rencontrer ces difficultés”, “leur dire aussi qu'y a d'autres choses qui se passent, qui peuvent se passer”; les encourager en leur disant que “les passions anciennes peuvent aussi être de nouvelles passions, peuvent aussi perdurer”. Pour elle il faut prendre en compte à la fois “communication verbale ou non verbale” parce que “si on leur parle pas, il ne se passe rien”. Donc pour elle “la communication c'est un élément central de notre métier”.

Les deux infirmières vont s'accorder à dire que l'éducation thérapeutique des patients est également un outil pour les accompagner. En effet, la première infirmière pense que l'éducation thérapeutique des patients va leur permettre, entre eux, “d'échanger sur les mêmes préoccupations”, “échanger avec des pairs”, “d'échanger avec des pairs régulateurs”. Selon elle “ça fonctionne assez bien”, car ça permet aux pairs régulateurs de “parler de son expérience pour témoigner”. D'ailleurs elle rapporte que “c'est ce que les patients ont le plus retenu”, “mille fois plus que l'intervention du médecin”. Néanmoins, si “les rencontres avec les parents c'est vraiment, vraiment porteur” comme pour tout “il faut que le patient soit prêt à le faire”. En effet, selon elle, cela va dépendre de “où il en est de son cheminement”. La seconde infirmière stipule également que les “pairs émulateurs” sont “favorisés au maximum” car elle a remarqué que c'est “plus facile pour les patients de parler à quelqu'un qui a vécu la même chose”, de pouvoir “lui exprimer ses difficultés”. Pour elle, en “échangeant comme ça ils se donnent des outils”. Ainsi pour elle “l'éducation thérapeutique” constitue un outil important dans l'accompagnement des patients.

Tout au long de leurs discours, les deux infirmières font de nombreuses fois référence aux équipes pluridisciplinaires qui les aident à accompagner au mieux les patients. On y retrouve ainsi : “le kiné”, “les ergo”, “le collègue infirmier soutien psychologique”, “l'éducateur sportif”, “l'assistante sociale” ainsi que des références aux discussions faites “avec toute l'équipe”. En effet, en cas de difficulté,

elles “en parlent souvent en équipe” afin de trouver la meilleure solution pour accompagner le patient.

4.5. Les ressources

Dans une autre catégorie nous retrouvons les ressources évoquées par les deux infirmières. Tout d’abord, la première infirmière nous parle de la famille comme ressource pour accompagner le patient. En effet, selon elle, le vécu de l’hospitalisation est “très dépendant de l’entourage familial”. “Les choses ne sont pas vécues de la même manière” “s’ils sont soutenus” ou s’ils ont une famille “présente” avec un “étayage familial” ou encore s’ils “sont isolés”. De même “lorsqu’ils sont mariés” ou “s’il y a rupture familiale”, “l’après ne va pas être le même”. Par ailleurs, elle nous précise que “parfois c’est les familles qui nous éclairent”. Ainsi, pour elle, “les familles sont aussi des ressources pour nous” autant que pour le patient. De la même façon, la seconde infirmière indique que le vécu des patients va être différent si “*la famille se projette un peu comme des aidants*” ou “*s’ils sont seuls*”. Pour elle, c’est le rôle de l’infirmière “*de voir quelles ressources, eux, vont avoir*” et “*de pouvoir les solliciter*”. Elle nous parle du fait “*qu’on a vu former des parents*” pour aider leurs enfants lorsque ceux-ci sont en difficulté. Elle précise “*qu’on force pas*”, “*on attend que ce soit les familles qui viennent vers nous*”. Elle revient sur le deuil et dit que “*quand on a des familles ça peut aller très vite*”.

La seconde infirmière évoque par ailleurs une autre ressource, qu’elle juge importante pour la prise en soin et l’accompagnement des patients : les ressources financières. En effet, elle nous parle du fait que “*l’indemnisation sera pas la même*” en fonction du contexte de l’accident. Effectivement, quand le patient est déclaré en tort (par exemple lorsqu’il est sous l’effet de l’alcool) l’indemnisation des assurances sera alors moindre. Elle nous précise que l’après accident revient cher. Elle s’explique : “*un fauteuil c’est extrêmement cher*” auquel il faut rajouter “*le Montauban*”, “*des travaux dans sa maison*” voire “*trouver un logement*”. Ainsi, pour elle, “*si on a les ressources suffisantes, financières et affectives, c’est facilitant*”.

4.6. L’accompagnement infirmier influence-t-il le processus de deuil chez un patient avec un traumatisme impactant sa vie quotidienne ?

Lors de cette question les deux infirmières se positionnent différemment. En effet, là où la première infirmière a répondu d’abord hésitante “ni oui ni non”, “plutôt oui que non” par la suite elle tranche : “je pense que oui”. Elle s’explique en disant que “l’infirmier a un vrai rôle à jouer dans le processus de deuil”, “dans l’acceptation du patient, sur sa voie future”. Pour elle, c’est un “tremplin

pour la nouvelle vie d'après". Elle conclut en disant "oui je pense qu'on a un vrai rôle à jouer avec l'accompagnement". La seconde infirmière, elle, ne "dirait pas influencer" elle " resterait sur le mot accompagner" parce que selon elle "c'est pas nous qui faisons le travail de deuil". Pour elle, "on peut pas influencer", "on peut aller provoquer des choses", "soulever des lièvres", "mettre le doigt sur quelque chose", mais quoi qu'il arrive "on restera dans l'accompagnement" parce que "on ne sait pas sa capacité de résilience".

5. La discussion

Après avoir traité le point de vue des auteurs dans le cadre théorique, puis celui des professionnelles du terrain grâce aux entretiens, il est temps de les mettre en relation et d'y ajouter le mien.

5.1. Connaissance et Confiance : Une prise en soin globale ?

5.1.1. Une prise en soin complexe et personnalisée

Aux détours des entretiens, j'ai pu comprendre que la prise en soin de patient atteint d'un traumatisme est complexe et se doit d'être personnalisée. En effet, les infirmières interrogées nous rapportent deux points de vue différents qui, selon moi, se complètent. Pour la première infirmière cela va dépendre du patient tandis que pour la seconde infirmière cela va dépendre du traumatisme vécu par le patient. En effet je pense que la prise en soin doit à la fois prendre en compte le patient et son traumatisme pour ainsi orienter notre prise en soin. Par ailleurs, toutes deux s'accordent à dire que chaque prise en soin est différente. La première infirmière nous dit "qu'il n'y a pas une manière de faire" et la seconde complète en disant "qu'on ne peut pas baliser un parcours". Elles s'expliquent par la suite dans leur propos : selon la première infirmière "il y a plein de choses à prendre en compte : la famille, l'environnement, l'état dans lequel est le patient, où il en est, depuis combien de temps il a eu son accident" et selon la seconde tout dépend de "sa récupération sur la vie future, de la durée de la prise en charge, des besoins que va avoir le patient". Je suis d'accord avec ce qu'expriment les deux infirmières. La prise en soin est complexe de par la situation du patient et de par son vécu de celle-ci. Comme le démontrent les infirmières, de nombreuses composantes doivent être considérées dans leur prise en soin, ce qui engendre, de fait, une prise en soin personnalisée. D'un autre côté, les infirmières se retrouvent elles-mêmes dans l'incertitude. En effet la seconde infirmière avoue ne pas savoir "ce que ça va être comme récupération", toutes deux concèdent ne pas détenir de réponses à cela et que de toute manière c'est au médecin de les apporter. En raison de ces incertitudes, elles se

retrouvent dans une situation complexe où elles ne peuvent pas trop en dire au patient. La première infirmière dit qu'elle ne sait "plus sur quel pied danser", tandis que la seconde indique qu'elle "botte en touche". Ce sont des situations qui me paraissent complexes à gérer de par des non-dits qui s'y trouvent, des positions délicates dans lesquelles je pourrais me retrouver face à un patient. Les deux infirmières ajoutent par la suite que la prise en soin va devoir s'adapter au patient mais que pour cela elles pourront s'appuyer sur le travail en pluridisciplinarité. Je trouve rassurant de pouvoir compter sur les différentes équipes, qui prennent en soin le patient dans ces situations complexes, pour pouvoir exprimer les difficultés rencontrées et confronter les avis d'autres professionnels pour améliorer notre prise en soin.

Ces entretiens m'ont permis de comprendre la complexité de ces prises en soin. En effet, comme les deux infirmières témoignent, leur silence des premiers mois quant à la récupération des patients nous place dans une situation délicate. Je comprends la nécessité de ce silence, car à ce moment-là rien n'est joué. Il est trop tôt pour se positionner quant à l'évolution du patient. Cependant le silence complet me dérange. Je trouve que c'est un frein à la création d'un lien de confiance. Comment le patient peut-il nous faire confiance si nous ne lui disons pas tout? Pour moi la relation de confiance se base sur une dynamique réciproque : si le patient, lui, se permet de nous confier l'ensemble de ses états d'âme quant à sa situation, il me paraît déséquilibré de ne pas lui rendre la pareille. Cependant, comme dit précédemment, lors de cette période, l'incertitude est présente. Il me semble alors approprié de faire part de cela au patient et de lui exprimer clairement que nous-mêmes n'avons pas les réponses. En revanche, je retiens de cet échange avec les professionnelles qu'il faut prendre en compte le patient dans sa globalité : avec son histoire de vie, ses connaissances, ses ressources et ses capacités. En effet, pour moi il est primordial de connaître son patient, car la prise en soin va dépendre de sa capacité à nous accepter auprès de lui, à nous faire confiance et à se confier. Il me semble donc essentiel de parvenir à créer un lien de confiance durable avec lui. Ce qui nous amène à une prise en soin, certes complexe, mais personnalisée aux besoins et attentes du patient.

Étant bientôt infirmière, je pense que ma pratique professionnelle devra se baser sur la création d'un lien de confiance réciproque, permettant ainsi au patient de m'exprimer son ressenti et son questionnements pour récolter les informations nécessaires à une prise en soin globale et personnalisée. Avec ces informations en ma possession, j'espère pouvoir adapter au mieux ma prise en soin au patient tout en lui apportant la liberté de s'exprimer.

5.1.2. Le patient dans toutes ses dimensions

Plus tôt nous avons évoqué les capacités du patient, cependant ce ne sont pas les seuls éléments à prendre en compte. Lors des entretiens, il est ressorti que les ressources du patient étaient également un enjeu majeur dans sa prise en soin. En effet, les deux infirmières se rejoignent pour nous dire que la famille est une ressource importante pour le patient, et que toute la prise en soin peut en être impactée. La première infirmière nous dit que “s'ils sont soutenus, s'ils ont une famille présente, avec un étayage familial conséquent l'après ne va pas être le même que s'ils sont isolés” et la seconde nous dit que la prise en soin va dépendre de si “*la famille se projette un peu comme des aidants ou s'ils sont seuls*”. Plus tard la première infirmière nous dit que “c'est parfois les familles qui nous éclairent”, que “les rencontres avec les parents c'est vraiment, vraiment porteur” et continue en nous disant que les familles sont aussi “des ressources pour nous”. Je trouve vraiment porteur le fait qu'elles incluent la famille dans la prise en soin. En effet, je pense que les familles peuvent apporter énormément au patient ainsi qu'aux équipes soignantes. D'un autre côté la seconde infirmière affirme que pour elle il est du rôle de l'infirmière “*de voir quelles ressources, eux, vont avoir*”, pour pouvoir s'appuyer dessus. Elle ajoute qu'elle “*a vu former des parents*” à plusieurs soins pour permettre à leur enfant de profiter au maximum du temps passé ensemble. J'estime en effet cela très porteur pour le patient lorsque la famille s'implique et que la prise en soin s'en trouve facilitée. Cependant je ne peux m'empêcher de penser aux patients pour qui il y a rupture familiale et me demande si cela n'impacte pas la capacité du patient à accorder sa confiance, ajoutant ainsi de la complexité à la prise en soin. La seconde infirmière nous parle également d'une seconde ressource importante à prendre en compte. En effet, selon elle, les “*ressources financières*”, elles aussi, seraient également importantes pour la prise en soin. Surtout pour l'après, lorsque le patient quittera l'hôpital. Je pense également que c'est une ressource à prendre en compte car les appareillages peuvent revenir cher et si les assurances ne peuvent pas aider, c'est aux patients de payer et cela peut être un frein à la prise en soin.

Donc pour moi, il est important de prendre en compte les ressources du patient en plus de ses capacités afin d'arriver à le comprendre et ainsi à le prendre en soin dans sa globalité. En effet les familles sont pour moi très importantes dans la prise en soin de par leur connaissance du patient et leur volonté à le soutenir. Par exemple, lors de ma première situation d'appel, j'évoquais le fait que Madame A. avait comme préoccupation son travail, sa vie quotidienne mais surtout ses filles. Par ailleurs, celles-ci étaient très présentes au chevet de Madame A., ce qui lui a apporté beaucoup de soutien et de soulagement. Je pense donc que la famille peut être une ressource importante qui facilitera une prise en soin. D'un autre côté, les ressources financières sont également importantes pour la vie future du patient. En effet de nombreux aménagements du logement et/ou du véhicule

peuvent être nécessaires. Si je reprends l'exemple de Madame A. qui vivait au 4ème étage d'un immeuble sans ascenseur, se trouvant maintenant en fauteuil roulant, elle ne peut plus accéder à son appartement. Il faut donc prévoir un déménagement qui ne pourrait avoir lieu sans ressources financières. Ainsi, selon moi, il faut voir la prise en soin plus loin que la simple hospitalisation mais connaître le patient dans sa globalité pour lui permettre d'accéder à la meilleure qualité de vie possible.

Pour ma future prise de poste j'aimerais inclure au maximum la famille ou les proches des patients dans la prise en soin. En effet, que ce soit des hospitalisations courtes ou longues, leur implication aura un impact sur le patient, que ce soit lors du retour à domicile pour les hospitalisations courtes, ou pendant et après l'hospitalisation pour celles plus longues. En tant que future professionnelle, je veux pouvoir offrir une prise en soin globale au patient. La prise en soin ne s'arrêtant pas à la simple hospitalisation, il faut également prévoir le retour à domicile et y assurer une bonne continuité des soins. Pour cela, il me semble nécessaire de prendre en compte les ressources du patient. C'est pourquoi j'aimerais inclure leurs proches dans ma prise en soin.

5.2. Le soignant et ses outils

5.2.1. Le soignant qui écoute

Lors de mes recherches j'ai évoqué l'importance de l'écoute, suite aux entretiens avec les professionnelles cette notion est également ressortie. Ainsi dans la boîte à outils des soignants nous retrouvons l'écoute active. Dans le cadre théorique Egen et Forest explique que l'écoute active "comporte trois dimensions : observer et lire le comportement non verbal de l'autre ; écouter et comprendre les messages verbaux ainsi qu'écouter l'autre d'une façon globale en prenant en compte le contexte" (1992, p. 86), Carl Roger ajoute que l'écoute "s'exprime d'abord en un intérêt authentique pour le client et en son acceptation en tant que personne" (2019, p. 90-91), ainsi l'aidant "accepte ce qu'il dit, avec une absence complète d'attitude morale ou de jugements, une attitude de compréhension qui imprègne l'entretien" (2019, p. 91). Ce qui, selon lui, "pousse l'autre partie à exprimer tous ses sentiments et attitudes" (2019, p. 91). Lors des entretiens, la première infirmière est celle qui nous parle de "l'écoute active" qu'elle considère comme un outil d'accompagnement des patients. Elle précise surtout l'importance de "l'écoute des silences", qui correspond pour elle à "écouter son souhait de ne pas parler" puisque selon elle l'écoute "prend plein de dimensions".

Au regard de ce que nous disent les auteurs et l'infirmière, on remarque qu'ils se rejoignent sur l'importance du non verbal. Je partage également cette notion. Pour moi, l'écoute des silences

comme le dit l'infirmière est autant, si ce n'est plus importante que l'écoute de ce que dit le patient. En effet, selon moi le non verbal nous donne beaucoup d'éléments et vient souvent compléter le discours du patient. En conséquence, je pense que pour avoir une prise en soin la plus adaptée, il faut savoir écouter le patient autant dans ce qu'il dit que dans ce qu'il ne dit pas. Pour pouvoir faire cela, il me semble primordial de connaître son patient et d'avoir tissé, avec lui, une relation de confiance.

Au fur et à mesure des stages que j'ai pu réaliser, j'ai remarqué que l'écoute active était au centre de la prise en soin. En effet peu importe le lieu où j'ai réalisé mes stages, l'écoute active y était présente. C'est pourquoi je pense que ma pratique professionnelle devra mettre en avant cette compétence. Pour adapter au mieux ma prise en soin du patient, il me semble essentiel de le comprendre. Pour ce faire, l'écoute de ce que le patient exprime verbalement et non verbalement est cruciale pour connaître ses besoins et attentes et y répondre au mieux.

5.2.2. Le soignant qui éduque

Dans la boîte à outils du soignant nous retrouvons également l'éducation. Dans le cadre théorique lorsque nous évoquons les groupes de paroles, nous avons pu voir que selon Fabienne Raybaud-Macri "c'est au professionnel d'être attentif à reformuler et proposer des interprétations dont le sujet peut se saisir ou non" (2017, p. 163), afin de "permettre au patient de partager sa situation pour élaborer sa propre stratégie et de l'enrichir avec le vécu des autres" (2017, p. 163) ce qui lui permettrait également de mobiliser "les ressources psychiques nécessaires pour affronter la réalité" (2017, p. 163). De plus, lors des entretiens, les deux infirmières ont évoqué l'éducation thérapeutique des patients comme outils pour les accompagner. La seconde infirmière nous dit que celle-ci a pour but de "*les amener petit à petit vers l'autonomie*" et leur assurer un "*quotidien futur*" le plus confortable possible. Elle ajoute qu'en "*échangeant comme ça ils se donnent des outils*". La première infirmière dit que ça permet aux patients "d'échanger sur les mêmes préoccupations" ou "d'échanger avec des pairs régulateurs" autour "de son expérience pour témoigner" et que ça en devient donc "un outil pour accompagner les patients". Dans les deux cas, les idées des auteurs et des infirmières se rejoignent. En effet, tous trouvent qu'échanger avec des personnes dans la même situation qu'eux leur permet d'avancer.

Lors de l'élaboration de mon cadre théorique, durant mes recherches autour des groupes de parole je m'étais rendue compte que parler avec des personnes vivant la même situation qu'eux pouvait leur apporter beaucoup. Lors de mes entretiens les infirmières ont évoqué l'éducation thérapeutique et j'ai trouvé que c'était très intéressant car cela mêle à la fois l'éducation pour gagner de l'autonomie pour la vie future et également le partage d'expérience qui permettrait, lui, d'accompagner le patient

aussi bien pour le quotidien futur et que sur son cheminement vers l'acceptation de son nouvel état. Je trouve que l'éducation thérapeutique est un outil essentiel dans l'accompagnement des patients, notamment dans leur processus de deuil. Cependant, je me rends compte de toute la complexité de cet accompagnement. En effet, il reste très dépendant du patient et de ce qu'il est en mesure d'entendre ou de faire. Ainsi, il me paraît important de connaître les capacités du patient pour savoir s'il serait prêt à participer à des groupes de parole, ou à des séances d'éducation thérapeutique. D'autre part, une question me vient à l'esprit : est-il possible de faire son deuil en aidant autrui?

En me projetant en tant que future professionnelle, je trouve compliqué de savoir quand le patient se sent prêt à participer à ces activités. En effet, pour moi, cela demande une connaissance importante du patient et un lien de confiance solide avec lui. Et pour cela, je pense qu'il faut du temps, que ce soit pour connaître le patient, ou pour construire ce lien. Ainsi, je trouve essentiel de baser ma pratique professionnelle en premier lieu sur la création d'un lien de confiance durable et réciproque, pour, par la suite, connaître au mieux le patient, et donc adapter mes suggestions au moment où il me semble prêt à les entendre.

5.2.3. Le soignant qui communique

La communication est une part essentielle du métier d'infirmier et c'est donc une notion que nous retrouvons à la fois dans le discours des auteurs et dans celui des infirmières interrogées. Dans le cadre théorique, lorsque nous avons défini la communication, nous avons vu qu'elle correspondait au fait "d'être en rapport avec autrui, en général par le langage ; échange verbal entre un locuteur et un interlocuteur dont il sollicite une réponse" (Larousse, s. d.-a). Par ailleurs, Broca dit que celle-ci "n'est pas seulement le fait de parler et d'écouter, c'est aussi être en présence" (1997, p. 44). Il évoque également le fait que la communication "induit les notions de transfert de message (ce qui est émis, reçu puis renvoyé) et d'individu (un émetteur et un récepteur)" (1997, p. 45). Il précise aussi que la communication doit se faire dans une "démarche de confiance" et que le but de celle-ci est d'accroître la "confiance réciproque" des protagonistes pour les faire "grandir ensemble" (1997, p. 46). Lors des entretiens, les infirmières apportent des nuances à cela. En effet, la première infirmière nous dit que pour elle, la "communication elle est dans notre posture, notre corps" dans "la manière dont on se tient", "la manière dont on regarde le patient", parce qu'en réalité "on envoie plein de choses". Tandis que pour la seconde, communiquer c'est "*quand ils arrivent à le verbaliser*", lorsque le patient va leur dire "*c'est plus mon corps*", "*c'est plus mes jambes*", "*ce sont ces jambes*", "*ce corps*". Cette dernière ajoute que communiquer, ça va aussi être "*lui demander ce qu'il a compris*", "*ce qu'il n'a pas compris*". D'autre part, dans leurs quotidiens, la communication paraît parfois plus complexe

que ce qu'elle en a l'air. En effet, lorsque le diagnostic n'est pas encore posé par le médecin, celle-ci se retrouve en position délicate. Dans ce cas, la première infirmière nous dit qu'elle "peut pas trop en dire" au patient et qu'elle est "plutôt dans la reformulation" tout en "essayant d'être dans notre posture la plus neutre possible", la seconde infirmière évoque également ces situations délicates.

De ces différents discours, je retiens que la communication tout comme l'écoute passent également par le non verbal. Le non verbal du patient mais également le non verbal du soignant. Les auteurs évoquent la notion de confiance pour établir une communication : je pense également que la confiance est essentielle. Cependant j'y apporterais une nuance, selon moi, la communication peut se dérouler sans cette notion de confiance. Par ailleurs, sans cette notion de confiance, le but réel de la communication ne peut pas être appréhendé sereinement par les deux parties. Les situations délicates évoquées par les infirmières me semblent extrêmement complexes. La première nous dit qu'il faut être dans une posture la plus neutre possible, cependant je me demande si cela ne freine pas la création du lien de confiance pour établir cette communication réciproque, de par la frustration que cela pourrait engendrer chez le patient. De plus, cela nécessite un contrôle constant de notre posture, ce que je trouve éreintant et compliqué, et qui impacte grandement la prise en soin du patient.

Dans ma future pratique professionnelle j'aimerais être aussi authentique que possible, sans pour autant mettre en difficulté le patient. Comme je le disais précédemment, pour moi, la relation de confiance se doit d'être réciproque. De plus, je ne me sens pas capable d'être constamment en contrôle. Je suis quelqu'un de très expressive, notamment dans les expressions du visage, et c'est quelque chose que les patients que j'ai rencontrés pendant mes stages, m'ont dit apprécier. C'est pourquoi j'aimerais garder cette authenticité, tout en m'adaptant aux situations rencontrées, pour une communication dans un climat de confiance, permettant ainsi à chacun de s'exprimer.

5.2.4. Le soignant qui accompagne

Dans la prise en soin d'un patient atteint d'un traumatisme, l'accompagnement est essentiel. Isabelle Godard Auray dit qu'étymologiquement il y a "une double dimension de relation et de cheminement au terme d'accompagnement" (2018, p. 72). Guy Le Boëdec et Luc Pasquier ajoutent que dans l'accompagnement "il s'agit de soutenir, de protéger, d'honorer, de servir, d'aider à atteindre son but" (2002, p. 24) ce qui est complété par Isabelle Godard Auray lorsqu'elle dit que dans l'accompagnement "il ne s'agit pas de faire à la place de l'autre" (2018, p. 72). Ainsi, selon elle, accompagner serait "aider une personne à cheminer, à se construire, à atteindre ses buts" (2018, p. 73). Elle écrit également qu'accompagner "c'est aussi un savoir-faire et un savoir-être" (2018, p. 73)

qui serait une démarche à la fois dynamique et participative (2018, p. 74). Pour sa part la première infirmière nous dit qu'accompagner, c'est le fait "d'être là, à côté", "auprès d'eux", d'être "suffisamment discret", "à l'écoute", "sans être trop intrusif" pour "essayer d'être au plus juste". Elle fait également ressortir la notion de soutien. Pour la seconde infirmière, accompagner aurait pour but de "*cheminer*". Pour cela, selon elle, il faut savoir "*recueillir les informations*" et "*reconnaître les signes*". Elle termine en disant que l'accompagnement, pour elle, c'est le fait "*qu'il y a le patient, on n'est pas devant, on n'est pas derrière, on est à côté, on l'amène*", "*y a plusieurs chemins, c'est lui qui choisit nous on met juste les chemins devant lui*". Toutefois les deux infirmières sont d'accord sur le fait que l'accompagnement est central dans la prise en soin d'un patient. La première infirmière nous dit que l'accompagnement a lieu lorsqu'elle est "là pour le quotidien", "pour les nuits", "pour le réveil", "dans les moments qui sont un peu durs" mais que tout dépend "si le patient veut nous prendre avec lui sur son cheminement". Mais qu'on les accompagne pour "qu'ils acceptent au mieux leur état" et que parfois on doit "remettre un cadre", "remettre les choses en place" pour pouvoir "les rebooster". Pour la seconde infirmière, l'accompagnement a lieu en "*expliquant ce que nous on va faire*" et que le but c'est de "*les amener petit à petit vers l'autonomie*". Pour elle "*des fois on se trompe*", "*des fois on veut aller un peu plus vite que la musique*" mais on l'accompagne.

Lorsque Isabelle Godard Auray dit que l'accompagnement a une double dimension de cheminement et de relation, je suis d'accord avec elle. Pour moi il est crucial d'établir une relation de confiance avec le patient pour pouvoir l'accompagner dans son cheminement. Guy Le Boëdec et Luc Pasquier précisent qu'accompagner c'est servir, et je suis moins d'accord avec eux. En effet, pour moi, on n'est pas au service du patient mais on est, comme l'a dit la seconde infirmière, à leurs côtés, à côté d'eux. D'autre part, je suis d'accord pour dire qu'accompagner, c'est autant un savoir-faire qu'un savoir-être. C'est pourquoi je ne suis pas totalement d'accord avec la première infirmière lorsqu'elle évoque l'adoption d'une posture la plus neutre possible. En étant neutre, je trouve qu'on laisse, certes, le patient choisir, cependant je pense que ce ne serait pas l'inciter à avoir confiance en nous et à cheminer avec nous le plus sereinement possible. Lorsque la seconde infirmière dit qu'accompagner c'est lorsqu'on explique au patient ce qu'on va faire, je ne suis pas totalement d'accord non plus. Pour moi, à ce moment-là, il manque quelque chose. Il manque la participation du patient. Comme le dit précédemment Isabelle Godard Auray, accompagner ce n'est pas faire à la place de l'autre. Ainsi pour moi, seulement expliquer ne signifie pas accompagner. Il faut chercher la participation du patient au soin, pas forcément par la réalisation du soin par le patient lui-même mais en le faisant participer, parfois, d'une autre manière.

Pour moi l'accompagnement est essentiel dans une prise en soin, c'est pourquoi je veux l'intégrer à ma pratique professionnelle. En effet, l'accompagnement se retrouve dans toute prise en soin, donc

je dirais qu'il est central dans le métier d'infirmier. Pouvoir accompagner le patient, c'est prendre en compte ses besoins et attentes au moment le plus propice pour l'aider à avancer. Dans le but d'une prise en soin globale et personnalisée, l'accompagnement est un aspect que je juge primordial à intégrer à ma pratique professionnelle. Dans celle-ci, j'aimerais incorporer l'accompagnement en même temps que l'instauration du lien de confiance et la mise en place de la communication et ainsi apporter le maximum au patient pour qu'il vive au mieux son hospitalisation et l'après celle-ci.

5.3. Deuil et traumatisme : de subtiles nuances

5.3.1. Le traumatisme physique et le traumatisme psychique : réellement dissociables ?

Si on définit le traumatisme de manière étymologique comme l'a fait François Lebigot cela se rapporte au terme "blessure" (2005, p. 9). Hélène Romano, elle, le définit plus généralement par une blessure avec effraction (2015, p. 7-8). Pedinielli & Mariage semblent s'accorder aux aussi à dire que le traumatisme "implique un choc matériel et une blessure" (2015, p. 8). Cependant ils ajoutent qu'en psychopathologie, il désigne un "choc psychologique externe, parfois interne, qui représente une effraction et, par un afflux d'excitations violentes, déborde les défenses de la personne" (2015, p. 8-9). Dozio nous dit également que le traumatisme serait "le résultat d'un débordement des capacités psychiques de liaisons et de métabolisation, provoqué par un événement brutal et inattendu" (2020, p. 9). De par les propos des auteurs, il y existe une différence entre le traumatisme physique et le traumatisme psychique. Cependant, lors des entretiens, la première infirmière définit le traumatisme comme une "rupture entre deux états", quelque chose qui viendrait "rompre l'équilibre qui existait". La seconde le définit comme quelque chose "*d'inattendu qui provoque des lésions au niveau du corps*". Mais toutes les deux s'accordent sur le fait qu'il existe un lien entre le traumatisme physique et le traumatisme psychique.

Lorsque j'ai réalisé mes recherches, j'étais plutôt d'accord avec les auteurs : pour moi il existait une distinction entre le traumatisme physique et le traumatisme psychologique. Cependant au cours des entretiens, je me suis questionnée sur ma vision des choses et je me demande si cette distinction existe réellement. Peut-on prendre soin d'un traumatisme sans l'autre? Pour moi cela semble impossible, il existe forcément un lien. Les deux traumatismes ne peuvent pas être distingués. En effet, pour moi, l'un aura un impact sur l'autre. Le traumatisme psychique laissera des traces de son passage dans le comportement du patient et le traumatisme physique laissera une trace dans le l'esprit du patient également. Ainsi, pour moi, la définition du traumatisme serait donc quelque chose de matériel ou immatériel qui viendrait rompre l'équilibre qui existait. Au fil de mes réflexions je me

suis demandé s'il existe deux traumatismes différents. Existe-il deux deuils différents face à ces traumatismes.

Dans ma prise en soin, il me semble impensable de faire l'impasse sur l'un. Comme je le disais précédemment je veux pouvoir prendre en soin un patient dans sa globalité. Pour cela je ne peux pas m'autoriser de mettre une part de leur sentiment de côté. Je dois prendre en compte l'ensemble de ses préoccupations, qu'elles soient liées à un traumatisme physique ou psychique, puisqu'ils auront tous les deux un impact sur le patient. Dans un but de prise en soin globale, faire une distinction entre les deux serait défavorable à celle-ci. C'est pourquoi, en tant que future professionnelle, j'ai pour objectif d'inclure dans ma pratique l'ensemble des préoccupations du patient pour m'adapter à lui.

5.3.2. Le deuil : La pertinence d'une durée ?

Selon Elisabeth Kubler-Ross, le deuil se déroule en cinq étapes : "le déni, La colère, le marchandage, la dépression, l'acceptation" (2011). Elle nous explique également que le processus de deuil n'a pas de schéma suivant un ordre précis, "chaque deuil est unique, comme chaque vie est unique" (2011, p. 25). Selon Petolas & Michaud-Nérard "chaque rupture met en place un processus d'intériorisation qui provoque des réactions physiques, psychologiques, affectives, comportementales et sociales" (2020, p. 22). Ils établissent que le processus de deuil peut durer de 10 à 18 mois. Au-delà, on peut considérer celui-ci comme un deuil pathologique (2020, p. 25). Les auteurs s'accordent à dire que le deuil se définit comme propre à chacun. Lors des entretiens, la première infirmière dit que le deuil est un "cheminement" qui se déroule "en plusieurs étapes" dont "l'aboutissement serait l'acceptation". Pour elle, l'acceptation serait le fait que le patient se "projette dans tous les moments de sa vie avec ce nouvel état". Elle précise tout de même qu'il existe "des va-et-vient dans le deuil" et qu'il n'est "pas forcément compartimenté". Là où elle diffère des autres, c'est qu'elle dit que pour elle, "il n'y aurait pas de durée au deuil". Elle ajoute également la notion de "résilience de l'état". La seconde infirmière se joint à la première dans sa définition du deuil, et précise que "*chacun n'aura pas les mêmes étapes au même moment*", que les patients "*des fois même ne passeront pas par certaines étapes*". Par contre elle s'éloigne de sa collègue et des autres, puisque selon elle il n'y a pas d'acceptation, "*On va apprendre à vivre avec*", "*on va faire avec*" mais on n'accepte pas. Elle ajoute qu'il y a deux deuils différents chez un patient ayant subi un traumatisme physique "*le deuil du corps et le deuil de la vie d'avant*".

Avant mes recherches, j'avais dans l'idée que la définition du terme deuil se distinguait des étapes en elle-même. Cependant lors de celles-ci, j'ai pu remarquer que le deuil se définissait par ces étapes, ce

que nous retrouvons dans les propos des infirmières. Néanmoins dans leurs discours je remarque qu'il semble complexe de définir le deuil simplement. Elles semblent définir le deuil par son aboutissement, ce qui me dérange. Pour moi, le deuil est une succession continue d'états d'esprit. Un processus permettant de tourner une page et d'aller de l'avant sans ressasser le passé. Un processus tourné vers l'avenir. L'acceptation ne serait donc que l'état d'esprit à la fin de ce processus, mais qui serait également temporaire. En effet, selon moi, le sentiment d'acceptation ne dure qu'un temps, puis serait oublié, puisque le processus n'aurait plus lieu d'être. Dans le discours des deux infirmières, la résilience est une notion qui ressort et qui est distinguée de l'acceptation. Cependant, je pense que la résilience est une forme d'acceptation. Pour moi, lorsque le patient se résigne à son état, il se tourne alors vers l'avenir et le processus de deuil a alors terminé son cheminement. Je note également que les auteurs distinguent par le temps, le deuil normal et le deuil pathologique, cependant les infirmières semblent s'accorder à dire que le deuil n'a pas de durée. De ce côté-là, je suis plutôt d'accord avec les infirmières. Comme chaque deuil est unique et propre à chacun, y mettre une durée serait paradoxal. Pour autant, je suis d'accord avec les auteurs pour dire qu'il existe un deuil dit "normal" et un deuil dit "pathologique". Mais si nous ne nous fixons pas sur une durée, sur quoi se fixer pour déterminer si un deuil est "normal" ou "pathologique"? Ne serait-il pas plus intéressant de réaliser cette distinction en fonction de l'impact qu'a ce deuil sur la vie quotidienne de la personne qui le vit?

Pour moi, le deuil est un processus que nous retrouvons dans bon nombre de services, notamment en service de chirurgie. En me projetant en tant que future professionnelle, j'aimerais accompagner les patients au sein de ce processus. Les aider et les soutenir dans leur cheminement. Pour cela, il me faut développer une relation basée sur la confiance avec eux, pour pouvoir appréhender tous les aspects de leur réflexion et ainsi leur proposer les outils adéquats, au moment le plus propice, pour leur permettre de poursuivre leur cheminement. En cela, je dois mettre en jeu l'ensemble des connaissances, aussi bien d'eux, que des outils que j'ai à ma disposition. C'est pourquoi, l'ensemble des connaissances que j'ai pu récolter au sein de ce mémoire me semble essentiel à intégrer à ma pratique professionnelle, toujours dans le but d'offrir une prise en soin globale et personnalisée aux patients.

La conclusion

Lors de mon introduction, j'annonçais mon souhait de réaliser ce mémoire pour apprendre et comprendre tous les tenants et aboutissants qui se cachent derrière la notion d'accompagnement infirmier. Pour cela, je l'avais mis en lien avec la prise en soin d'un patient dans un processus de deuil suite à un traumatisme impactant sa vie quotidienne. Grâce aux recherches que j'ai réalisées et aux entretiens que j'ai menés, j'ai pu me faire ma propre idée de ce qu'était cet accompagnement. Si je reprends toutes les étapes de mon cheminement, aujourd'hui, je peux me servir de toutes les connaissances que j'ai accumulées pour formuler mes propres définitions des termes : traumatisme, deuil et accompagnement.

Ainsi pour moi le traumatisme serait la conséquence de la rencontre inattendue d'élément matériel ou immatériel venant rompre l'équilibre préexistant dans lequel la personne évoluait jusqu'à cet instant. Cette personne serait alors dans l'obligation de reconstruire un équilibre en prenant en compte le et les nouveaux éléments. C'est ainsi que la personne entrerait dans ce qui est appelé le processus de deuil.

Comme je le disais précédemment dans la discussion, je définirais le processus de deuil comme une succession d'états d'esprit dont le point de départ serait le traumatisme et la fin, le retour à un certain équilibre. Donc faire son deuil serait se recréer dans un nouvel équilibre qui permettrait de se projeter dans l'avenir. Ainsi chaque étape de ce processus serait temporaire sans réel début ni fin, avec de nombreux allers-retours entre elles. Le processus de deuil est donc propre à la réflexion de la personne, ce qui le rend propre à chaque individu.

Pour ce qui est de l'accompagnement, je trouve difficile d'en donner une définition. Cependant, si je devais le faire, je dirais que l'accompagnement serait l'ensemble des moyens mis en œuvre par le personnel soignant pour permettre au patient de recréer un équilibre. Pour ce faire, l'infirmière dispose de nombreux outils parmi lesquels on peut citer l'écoute active, la communication, l'éducation, les ressources du patient, les capacités de celui-ci ainsi que la possibilité de faire appel à des pairs ayant terminé leur processus de deuil. Pour moi, l'accompagnement se base en premier lieu sur la construction d'une relation de confiance avec le patient.

Ma question de départ est : chez un patient ayant subi un traumatisme avec des répercussions sur sa vie quotidienne, en quoi l'accompagnement infirmier influence-t-il le processus de deuil ? A la suite de ce mémoire je dirais que l'accompagnement infirmier influe sur le processus de deuil, que ce soit positivement en permettant au patient de cheminer dans les meilleures conditions ou négativement en le freinant par des propositions qu'il n'est pas encore prêt à entendre. Cependant, notre rôle

infirmier s'arrête à l'accompagnement, l'ensemble du travail de deuil est réalisé par le patient, lorsqu'il se sent prêt à le faire. De plus, j'ai pu me rendre compte de la complexité de l'accompagnement, ce qui me semble à l'heure actuelle encore difficile à mettre en place. Ainsi, pour moi, il ne serait plus question de savoir si l'accompagnement infirmier influe sur le processus de deuil mais plutôt de savoir dans quelle mesure il le fait.

J'envisage, donc, la poursuite de ma réflexion avec la question de recherche suivante : chez un patient ayant subi un traumatisme, dans quelle mesure peut-on l'accompagner dans son processus de deuil ?

La bibliographie

Ouvrages :

- Crocq, L., Daligand, L., Villerbu, L. M., & Collectif. (2007). *Traumatismes psychiques : Prise en charge psychologique des victimes*. Masson.
- De Broca, A. (1997). *Deuils et endeuillés : (Se) comprendre pour mieux (s')écouter et (s')accompagner*. Masson.
- Dozio, E., Laroche Joubert, M., & Baubet, T. (2020). *Le traumatisme psychique chez l'adulte : 12 fiches pour comprendre*. In Press.
- Egan, G., & Forest, F. (1992). *Communication dans la relation d'aide*. Maloine.
- Godard Auray, I. (2018). *Vivre le deuil autrement : La relation de soins ; un espace de transition et d'accompagnement*. Chronique Sociale.
- Kubler-Ross, E., & Kessler, D. (2011). *Sur le chagrin et sur le deuil : Trouver un sens à sa peine à travers les cinq étapes du deuil*. JC Lattès.
- Le Bouëdec, G., & Pasquier, L. (2002). *L'accompagnement en éducation et formation : Un projet impossible?* L'Harmattan.
- Lebigot, F. (2005). *Traiter les traumatismes psychiques : Clinique et prise en charge*. Dunod.
- Ollivier, M.-P. (1998). *La maladie grave, une épreuve de vie*. L'Harmattan.
- Pedinielli, J.-L., & Mariage, A. (2015). *Psychopathologie du traumatisme*. Armand Colin.
- Pétolas, M.-C., & Michaud-Nerard, F. (2020). *Pour accompagner le deuil : De l'intime au social*. Chronique Sociale.
- Rogers, C. (2019). *La relation d'aide et la psychothérapie* (20 éd.). ESF.
- Romano, H. (2015). *Accompagner le deuil en situation traumatique : Dix situations cliniques*. Dunod.
- Usselio, A. (2006). *Le traumatisme grave : Quel parcours?* Sauramps Médical.

Dictionnaire en ligne :

Larousse, É. (s. d.). *Définitions: Colère - Dictionnaire de français Larousse.*

<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/col%C3%A8re/17100>

Larousse, É. (s. d.). *Définitions: Communication - Dictionnaire de français Larousse.*

<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/communication/17561>

Larousse, É. (s. d.). *Définitions: Dépression - Dictionnaire de français Larousse.*

<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/d%C3%A9pression/23913>

Larousse, É. (s. d.). *Définitions: Processus - Dictionnaire de français Larousse.*

<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/processus/64066>

Article de périodiques :

Raybaud-Macri, F. (2017). Le groupe de parole. *Les Cahiers Dynamiques*, (n°71), 162-166.

Rybak, C., Beauzée, N., & Lelevrier-Vasseur, A. (2004). L'entretien infirmier en santé mentale, ressources et compétences du patient. *Thérapie familiale*, (n°25), 293-302.

Annexe I : Guide d'entretiens

Se présenter, remercier de sa participation, lui assurer l'anonymat

→ demander l'autorisation d'enregistrer l'entretien

- 1. Pouvez-vous me présenter votre parcours depuis l'obtention de votre diplôme ? qu'est ce qui vous a poussé sur cette voie?**
 - 1.1. Dans quel service travaillez-vous ?*
 - 1.2. Depuis combien de temps exercez-vous dans ce service ?*
- 2. Quelle est la population que vous rencontrez dans votre service?**
- 3. Selon vous, qu'est-ce qu'un traumatisme ?**
 - 3.1. Pour le reste de l'entretien nous allons nous concentrer sur le traumatisme physique.*
- 4. Lorsque vous accueillez un patient ayant subi un traumatisme physique, comment vous y prenez-vous ?**
 - 4.1. Comment se manifeste-t-il chez les patients ?*
 - 4.2. Quel impact a-t-il dans votre prise en soin ?*
- 5. Selon vous, qu'est-ce que le deuil ?**
- 6. Faites-vous un lien entre traumatisme physique et deuil ?**
- 7. Qu'évoque l'accompagnement infirmier pour vous?**
- 8. Dans votre accompagnement infirmier, que mettez-vous en place pour accompagner les patients dans une situation de deuil?**
- 9. Ainsi selon vous l'accompagnement infirmier influence t-il le processus de deuil chez un patient avec un traumatisme impactant sa vie quotidienne ?**
- 10. Avez-vous quelque chose à ajouter ?**

Remercier, assurer l'anonymat et clôturer l'entretien

Annexe II : Entretiens n°1

ESI - Je vais me présenter, je suis Odessa étudiante en 3ème année et on se retrouve aujourd'hui pour un entretien au sujet de mon mémoire. Je vous remercie encore d'avoir accepté de participer. Votre anonymat sera conservé tout au long de l'entretien.

Pour commencer, est-ce que vous pourriez me dire votre parcours depuis que vous avez eu votre diplôme ?

IDE - Alors moi j'ai été diplômée en 2009 de l'IFSI de Pontchaillou. Après j'ai fait pas mal d'intérim... Finalement pendant 4-5 ans j'ai fait de l'intérim en commençant les remplacements là où je travaille actuellement. Là, je travaille en structure de rééducation, à la clinique FSF de Beaulieu. Mais oui c'était beaucoup d'intérim, donc c'était très varié : ça allait de la cancéro à la chirurgie. Donc j'ai pu voir là où je voulais et, là où je ne voulais pas travailler. Donc ce qui m'intéressait c'était la clinique où je travaille. Enfin voilà vous devinez bien tout ce que je recherchais dans le métier d'infirmière.

ESI - Super merci. Depuis combien de temps travaillez-vous dans ce service ?

IDE - Donc c'était, j'ai été en CDI, vraiment, en 2014.

ESI - D'accord ok

IDE - Donc ça fait 7 ans

ESI - 7 ans oui d'accord, donc vous connaissez bien le service ?

IDE - Oui, oui maintenant c'est vrai que je me sens vraiment à l'aise. Vraiment à l'aise dans la prise en charge de patients.

ESI - Très bien et quelle est la population que vous rencontrez dans votre service ?

IDE - Alors c'est une population... La population cible est plutôt une population jeune, donc de 12 à 35 ans. Dans le service là où je travaille c'est un « MPR » Médecine Physique et Rééducation donc c'est de 12 à 35 ans. Donc ça va être à la fois des polytraumatisés, des fractures et des traumatismes crâniens, donc qui viennent souvent directement de chirurgie. Ça va être des blessés médullaires qui viennent souvent de neurochirurgie. Il va y avoir aussi la prise en charge de la douleur chronique et puis j'en oublie sûrement mais voilà grossièrement, c'est les pathologies qu'ont accueillies. Y a un pôle scolarité des jeunes qui sont en soins étude.

ESI - D'accord ok.

IDE - Polyhandicapé

ESI - D'accord et selon vous qu'est-ce qu'un traumatisme ?

IDE - De manière générale ?

ESI - Oui de manière générale

IDE - Heu, c'est une bonne question... Quand ça vient pour moi, rompre l'équilibre qui existait en fait... qui avant... ça vient rompre quelque chose, c'est vraiment une rupture entre deux états, ça vient, voilà à la fois que si c'est des crâniens mais qu'il soit crânien ou médullaire, c'est vraiment un choc et... Voilà, une rupture entre les deux états.

ESI - D'accord c'est un traumatisme physique donc?

IDE - Oui... ça peut être un traumatisme psychologique aussi, moi je... Voilà, c'est vrai que j'ai tout de suite vu de manière physique que dans la... par mon activité, le service où je travaille et que effectivement ça peut être un traumatisme psychique et c'est d'ailleurs souvent associé après un traumatisme médullaire il y a quand même souvent associé un traumatisme psychique.

ESI - C'est parfait, ça me va très bien, parce que pour le reste de l'entretien du coup on va se concentrer sur le traumatisme physique.

IDE - D'accord.

ESI - Très bien. Lorsque vous accueillez un patient ayant subi un traumatisme physique, comment est-ce que vous vous y prenez ?

IDE - Vous voulez dire dans la prise en charge en général ?

ESI - Oui en général

IDE - En fait cela dépend beaucoup du patient, ça dépend de la manière de faire. Y a pas une manière de faire, c'est vraiment dépendant du patient. Dépendant de plein de choses aussi : de l'environnement, de la famille, y a plein de choses qui rentrent en compte. Souvent... Vous voulez par exemple un patient qui rentre et qui est ?

ESI - Qui aurait subi un traumatisme et que vous accueilliez par la suite dans votre service et de quelle manière ça va se manifester chez le patient ? Par exemple l'impact dans votre prise en soin de ce traumatisme-là en particulier ?

IDE - Eh bien ça va être parfois du rejet, enfin il va être très très virulent avec nous ou alors de la tristesse ou alors ça va dépendre de l'état dans lequel il est aussi par rapport à son travail d'acceptation de deuil ça va dépendre d'où il en est, depuis combien de temps il a eu son accident, ça va dépendre de beaucoup de choses en fait. De si son hospitalisation remonte à 3 mois ou si l'accident date d'il y a moins de 15 jours, la prise en soin n'est pas du tout la même. Y a, quand les accidents sont très récents, d'ailleurs c'est le cas souvent pour les blessures médullaires quand y a pas eu de complications finalement les patients arrivent très vite chez nous et parfois ça fait 15 jours qui sont dans un lit sans pouvoir bouger par exemple les membres inférieurs et y a une espèce de sidération, donc là c'est pas du tout la même approche pour nous que quelqu'un qui a déjà eu... Qui a un parcours d'hospitalisation de deux à trois mois derrière lui, c'est pas les mêmes, mais ça on va vraiment s'adapter au patient en fait. Dans quel état d'esprit il se trouve puis y a des patients qui vont beaucoup plus vite que... Enfin y a pas de vitesse, enfin le mot n'est pas bon mais y a pas... Les patients ne vont pas tous réagir de la même manière.

ESI - D'accord, et donc juste avant vous nous parliez du deuil, et selon vous qu'est-ce que le deuil ?

IDE - Le deuil c'est... alors il y plusieurs étapes dans le deuil, je les ai pas toutes en tête mais pour moi c'est un tout, un cheminement qui finalement... Dont l'aboutissement serait l'acceptation en fait et de... je pense aussi à la résilience de l'état, dans le nouvel état en fait, dans lequel le patient se trouve quoi. Voilà, pour moi c'est un peu la définition que j'en fais. Quand on me dit souvent que les patients sont ou en colère ou triste ou voilà... Souvent dans différentes phases, on dit souvent c'est le travail du deuil, c'est les étapes du deuil, jusqu'à ce qu'ils arrivent à une certaine acceptation. Même si c'est pas rare qu'ils partent de notre service sans en être à ce stade-là.

ESI - Oui

IDE - Ça prend beaucoup, beaucoup de temps, ça prend parfois des années comme parfois toute une vie, parfois il y en a qui le font jamais et y a des patients autour de moi qui... Bon y a un patient qui en deux mois m'a dit « bon j'ai fait le deuil de mes jambes », il avait 25 ans et c'était... Et vraiment, de la manière dont il le disait c'était vraiment, ben il avait intégré l'idée, il avait, il s'était projeté dans tous les moments de sa vie avec ce nouvel état quoi. Voilà après je pense qu'il y a aussi des va et vient dans le deuil c'est pas forcément compartimenté, c'est pas 1 mois on est triste un mois y a de la

colère, 1 mois... Je pense que les... C'est très fondu enfin, y a pas à la fois aussi entre la colère et la tristesse et puis... Et puis voilà.

ESI - Est-ce que vous faites un lien entre traumatisme physique et deuil ?

IDE - Oui moi je pense qu'il y a quand même un lien parce que comme je vous le disais tout à l'heure, je pense que vraiment pour moi le traumatisme c'est vraiment la rupture entre un état antérieur et un nouvel état dans lequel le patient se trouve, notamment dans les traumatismes physiques et que du coup le travail de deuil va permettre d'accepter ce nouvel état. Donc oui je les associerais, enfin je les relirais assez facilement.

ESI - Qu'évoque l'accompagnement infirmier pour vous ?

IDE - Beaucoup de choses, parce que moi je pense vraiment que l'accompagnement infirmier, dans le monde du traumatisme, enfin tout au long du parcours du patient en rééducation est central en fait et je pense qu'il y a vraiment... Donc ils sont, certes très encadrés par les... enfin très pris en charge soit par le kiné, les ergo qui vont vraiment être dans le faire, le progrès vraiment qui... et nous on va vraiment être là pour le quotidien, pour ..., on va être là pour les nuits, on va être là pour le réveil, on va être là dans les moments qui sont un peu durs dans les.... Et puis on va être dans la sphère de l'intime beaucoup plus que le kiné, les ergos qui finalement voient les patients souvent habillés assis au bord du lit quand ils le peuvent ou en fauteuil ou... Donc oui les progrès sont plus voyants en fait pour les patients. D'ailleurs, c'est un peu l'idée qu'ils en ont, au début, enfin nous notre but dans le service. Ils sont parfois, un peu dans le rejet parce que nous on va très très près d'eux, on va dans l'intime dans ... Un sondage urinaire, j'ai des jeunes hommes ou jeunes filles de 20 ans c'est hyper violent, ben c'est très très violent donc. Mais nous ... L'accompagnement il est... Voilà, pour moi il réside là, il est.... C'est d'être là, à côté, d'être suffisamment discret, être à l'écoute et à la fois sans être trop intrusif, même si nos gestes le sont finalement, mais d'essayer d'être au plus juste, en fait, auprès d'eux pour les accompagner et puis voilà. Je sais pas si j'ai répondu correctement à la question.

ESI - Si si c'est très bien, d'ailleurs je vais rebondir, vous avez parlé de l'écoute dans votre accompagnement de quelle manière intervient-elle et à quel point est-elle importante dans votre prise en soin...

IDE - Eh bien y a déjà l'écoute, l'écoute active, déjà quand le patient parle réellement... Exprime enfin oralise, verbalise des choses et puis y a l'écoute du silence aussi... Parfois le patient, on sent qu'il a pas envie de parler, qu'il est là mais qu'en fait il a juste pas envie d'être là, pas envie d'être avec

nous, pas envie d'être dans cette chambre. Donc c'est très très violent donc ça, c'est aussi écouter, écouter son souhait de ne pas parler, écouter... oui c'est ça, écouter le silence enfin c'est pas rare qu'on se retrouve à faire des soins dans un silence total et le lendemain ce sera peut-être plutôt animé puis un autre jour plutôt autrement mais oui c'est essayer de s'adapter au mieux au patient. Après y a aussi nous, enfin nous, on est aussi humain, nous soignants... Oui des jours où on est un peu moins... On est un peu contrarié de... D'autre chose et puis ça fonctionne pas comme on veut et... Mais oui l'écoute, oui je parle de cette écoute-là, l'écoute elle prend plein de dimensions. Et puis... La communication c'est pareil... C'est un peu particulier parce que comme les blessés médullaires, quand les patients de médecine médullaire arrivent souvent dans notre service ils n'ont pas eu le diagnostic de la blessure. C'est-à-dire que le diagnostic est posé au bout de 3 mois par le neurochirurgien. Donc en fait, nous, entre 0 et 3 mois là on est dans une espèce de... Personne ne sait vraiment comment la récupération va se faire. Est-ce que le patient... Est-ce que le patient va récupérer? Est-ce que ça va être comme il se projette ? Nous, on peut pas trop en dire et on nourrit beaucoup d'espoir de récupération et en même temps c'est une des phases. Il faut qu'il passe par cette phase, c'est important. Parce que ça fait partie des étapes... Et c'est là que les patients vont dans l'acceptation. Donc on est dans une espèce de... On ne sait plus sur quel pied danser. Les patients sont beaucoup dans le tort auprès de nous. Ils nous disent beaucoup "quand je remarcherais, quand je reconduirais, quand je referais du sport, quand je retournerais au ski, quand je... Voilà, en testant beaucoup, beaucoup. En nous regardant en étant très très... Et la notre communication elle est, elle est là, mais c'est vrai que là, même de notre posture, notre corps, la manière dont on se tient, la manière dont on regarde le patient elle est hyper importante on envoie plein de choses, on renvoie... On est plutôt sur la reformulation, vous dites que, qu'est-ce que vous en pensez. On apporte pas de réponse, on est plus dans la reformulation et puis on essaie d'être dans notre posture la plus neutre possible en fait.

ESI - Tout à l'heure vous évoquiez le deuil et l'acceptation. Est-ce que votre accompagnement infirmier va tendre à amener le patient vers cette acceptation? Ou est-ce que vous l'accompagnez au fur et à mesure et le laissez faire son propre cheminement?

IDE - ça c'est pareil, ça va dépendre du patient. Parce que si le patient veut nous prendre avec lui sur son cheminement.... Voilà ça dépend. Y' a des jours où il a envie qu'on soit présent à ses côtés, qu'on soit dans l'accompagnement et d'autre jours où il rejettera complètement notre écoute, notre aide... mais nous, l'idée c'est qu'ils soient le plus à l'aise et qu'ils acceptent au mieux leur état. Après on essaie d'être au plus près d'eux. Mais parfois le cheminement se fait seul. Après il y a aussi... C'est très dépendant de l'entourage familial aussi.

ESI - Oui, donc l'entourage familial a un rôle très important selon vous?

IDE - Oui, oui, quand ils sont soutenus, présents, il y a un étayage familial comme ça. Quand les choses ne se passent pas entre eux... Quand les patients sont isolés... Mais c'est déjà pas la même chose quand le message est un peu remarqué... Au fil de l'expérience que j'ai. Mais les choses ne sont pas vécues de la même manière... Les paraplégies ne sont pas vécues de la même manière à 40 ans qu'à 20 ans parce que... Et n'est pas vécu de la même manière par exemple, si c'est un homme, je prends souvent l'exemple d'homme parce qu'ils sont en majorité dans notre service. (...) ou quand ils sont mariés, ou quand ils ont des parents très présents ou quand il y a rupture familiale et que c'est un accident de voiture en rentrant de soirée avec des copains alcoolisés et là c'est pas du tout... L'après ne va pas être le même.

ESI - Oui c'est sûr... Dans votre accompagnement infirmier que mettez-vous en place pour accompagner les patients dans les situations de deuil?

IDE - Je pense que ça va être des temps d'écoute, des temps... C'est un peu, je pense, je sais même pas si on met des choses ou alors ça m'échappe là tout de suite... Si il y a des groupes d'ETP, je pense que ça peut en faire partie et des temps où justement les patients échangent sur les mêmes préoccupations notamment sur les chir des blessés médullaires. Les blessés médullaires c'est central sur notre prise en charge. Je suis désolée je prends beaucoup cet exemple-là pour m'expliquer.

ESI - Ne vous inquiétez pas c'est très bien comme ça.

IDE - D'accord et du coup y a des groupes d'ETP qui sont sur l'autosondage par exemple, ça va être un groupe d'hommes ou de femmes qu'on va réunir sur plusieurs séances et du coup le fait d'échanger avec des pairs, des pairs régulateurs, d'échanger avec des personnes ça fonctionne assez bien. Là je suis copilote d'un programme d'ETP la prévention cutanée chez les blessés médullaires et du coup j'ai eu l'occasion de... Lors du DU, j'ai fait des rencontres, les patients avaient participé à ce programme-là et en fait la rencontre avec un pair régulateur, le pair régulateur c'est un patient qui... un pair qui est porteur de ce handicap-là depuis très très longtemps et qui est venu dans le groupe, parler de son expérience pour témoigner. Ca c'est ce que les patients ont le plus retenu. Ils ont retenu ça, mille fois plus que l'intervention du médecin montrant des photos d'escart. Je pense que les rencontres avec les parents c'est vraiment, vraiment porteur. Après il faut que le patient soit prêt à le faire, suivant où il en est de son cheminement. Donc on essaie d'être au plus près, nous, d'eux parce que après c'est pareil si le patient nous laisse voir ce qu'il a envie, enfin on sait, parfois on est loin d'imaginer ce qu'il se passe dans leurs têtes, parfois c'est les familles qui nous éclairent un peu sûr comment c'est passé le week-end en permission... mais des fois on est très très loin du compte. Mais

voilà c'est comme ça, les familles sont aussi des ressources pour nous et puis après on rebondit autrement...

ESI - Je vais vous poser maintenant une question un peu plus technique. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse c'est juste selon vous, votre expérience professionnelle. Selon vous, l'accompagnement infirmier influence-t-il le processus de deuil chez un patient ayant subi un traumatisme qui impacte son quotidien.

IDE - influence-t-il, c'est ça?

ESI - Oui c'est ça.

IDE - Alors ni oui ni non, quand même plutôt oui que non... Je pense que oui on a de là, enfin l'infirmier a un vrai rôle à jouer en fait dans le processus de deuil, dans l'acceptation du patient, sur sa voie future. On est vraiment là, on est enfin, le service, mais je le décris souvent comme un tremplin pour la nouvelle vie d'après. En fait c'est vraiment là qu'ils sont, ils arrivent souvent dans un état de sidération, là on est... Après y a la tristesse, la colère, nous on est là, à côté, pour les accompagner, à les soutenir comme on peut, enfin après, remettre un cadre parce que y a des patients qui se laissent un peu déborder aussi et qui... On est un peu là pour remettre les choses en place, pour les booster, mais du coup... oui Je pense qu'on a un vrai rôle à jouer avec l'accompagnement.

ESI - Est-ce que vous auriez quelque chose d'autre à ajouter?

IDE - non

ESI - Bien en tout cas je vous remercie beaucoup, c'est très constructif et ça va beaucoup m'aider pour analyser et pour pouvoir réfléchir par rapport à tous ces sujets. Je vous assure encore l'anonymat de cet entretien et merci beaucoup.

Annexe III : Entretiens n°2

ESI - Bonjour, je m'appelle Odessa je suis étudiante infirmière en troisième année et on se retrouve aujourd'hui pour un entretien pour mon mémoire. Je vous remercie beaucoup d'avoir accepté de participer et je vous garantis l'anonymat durant tout l'entretien.

Pour commencer est-ce que vous pourriez me présenter votre parcours depuis l'obtention de votre diplôme?

IDE 2 - Oui, donc moi je suis infirmière depuis 2016 et j'ai intégré la clinique de Beaulieu en septembre à la suite de mon diplôme. J'avais commencé par faire 2 mois à Saint-Elier et après c'est la clinique. Et je travaille aussi, parce que je suis à temps partiel ici, je travaille aussi sur le pôle gériatrique rennais.

ESI - D'accord, et donc vous travaillez depuis combien de temps dans ce service?

IDE 2 - Du coup depuis septembre 2016. (5.5 ans)

ESI - Quelle est la population que vous rencontrez dans ce service?

IDE 2 - Alors c'est assez vaste ... du coup pour catégoriser un petit peu on a la catégorie soin-étude, des jeunes qui sont souvent mineurs qui ont des pathologies, soit associées, soit des douleurs chroniques ou des ... voilà des soucis de santé particuliers qui nécessitent qu'ils soient encadrés dans leurs études avec des soins kinés, d'ergo en parallèle. ça c'est pour la première catégorie il y a à peu près 8 places je crois.

ESI - D'accord

IDE 2 - Ensuite on a tout ce qui est blessé médullaire, paraplégie, tétraplégie, syndrome de la queue-de-cheval... voilà on a des polytraumatisés avec des patients qui peuvent être alités pendant 6 semaines on a des mobilisations à l'araignée, en monobloc et on a des traumatisés crâniens, c'est à peu près tout... Et non, les séjours bien-être aussi dans ce qu'on appelle les PRESDO C'est des séjours de 5 semaines sur les, en fait, apprendre à gérer leurs douleurs chroniques par la rééducation intensive notamment... la PARO, l'APA c'est... physique adapté

ESI - l'activité physique adaptée ?

IDE 2 - C'est ça!

ESI - Selon vous, qu'est-ce qu'un traumatisme ?

IDE 2 - Alors, c'est quelque chose d'inattendu qui provoque des lésions au niveau du corps... avec plus ou moins de réparations... Un traumatisme ça peut-être aussi un trauma psychologique alors nous on a ce qu'on appelle les doubles prise en charge des patients qui arrivent avec des soucis physiques mais aussi des soucis psychologiques, là nos collègues infirmiers soutien psychologique sont, pour les entretiens, pour les aider eux de ce côté-là toujours en lien avec notre équipe. On travaille toujours les un avec les autres donc voilà on peut aussi avoir des traumatismes psychologiques mais souvent c'est suite à un accident chez nous.

ESI - On va se concentrer, le reste de l'entretien sur le traumatisme physique si vous le permettez?

IDE 2 - Pas de souci

ESI - Lorsque vous accueillez un patient ayant subi un traumatisme, comment vous y prenez- vous?

IDE 2 - Alors, après tout dépend du trauma parce qu'on est à plus ou moins de répercussions sur la vie future. On a le trauma qui va être transitoire, j'ai envie de dire... c'est -à -dire le trauma qui dure, oui 6 semaines de... Vraiment d'immobilisation totale et après une rééducation sur 2 à 3 mois et le patient va repartir en marchant.

ESI - D'accord merci

IDE 2 - ça c'est un trauma... on va dire, nous c'est ce qu'on appelle un polytraumatisé de base quoi, et après on va aussi avoir tout ce qui est trauma au niveau de la colonne et là c'est ce qu'on appelle les blessés médullaires et qui souvent sont des prises en charge plus longues puisque y a en fonction des récupérations, pareil on est surtout... y a pas de loi sur les récupérations sur les traumas c'est-à-dire qu'y a un C6-C7 on sait pas ce que ça va être comme récupération ça dépend si c'est une compression ou une... une compression ou je trouve pas le mot quand c'est coupé

ESI - une rupture?

IDE 2 - oui voilà c'est ça. Voilà on a pas, c'est un peu le, le jeu du blessé médullaire, c'est... on ne sait pas ce que ça va être ensuite. c'est-à-dire qu'il arrive dans tel état, mais dans les 3 à 6 mois tout peut arriver en fait. Bon c'est assez exceptionnel les récupérations complètes, y a toujours des séquelles et donc du coup... je crois que je me suis éloignée de la question de base.

ESI - Non, non vous y répondez très bien.

IDE 2 - C'était quoi la question du coup?

ESI - C'était lorsque vous accueilliez un patient ayant subi un traumatisme comment vous y prenez-vous?

IDE 2 - Voilà tout est, on peut pas baliser un parcours il n'y a pas de parcours type en fait, c'est vraiment très aléatoire selon les besoins que va avoir le patient déjà oui c'est un accueil, suivant la pathologie qu'il a on va pas accueillir un patient de la même manière c'est à dire que sur un blessé médullaire ben dès le début on va rester très vague sur les atteintes souvent soit ils nous disent "est-ce que je vais remarcher, combien de temps est-ce que je vais rester hospitalisé, est-ce que ça aussi c'est normal, comment ça va se passer qu'est-ce qu'on va faire et tout ça on n'a pas les réponses ou alors c'est pas, les premières réponses c'est pas à nous de les apporter ça relève du médical donc là c'est-à-dire qu'on botte en touche. On essaye de se baser sur les récupérations actuelles. On essaye de demander au patient et vous vous en êtes où? Qu'est-ce que vous en pensez? En gros quelles sont vos possibilités? Qu'est-ce que vous pouvez faire, comment est-ce qu'on peut vous aider au mieux? Souvent c'est des patients qui sont douloureux, spastiques, qui ont des fuites urinaires, des fuites fécales donc c'est, voilà pour eux l'accueil est un peu plus compliqué dans le sens où on sait pas où on va et lui non plus et du coup on avance pas à pas quoi.

ESI - C'est ça en fonction du patient

IDE 2 - C'est ça, on s'adapte complètement à ce qui lui est arrivé.

ESI - Et l'arrivée dans le service pour ce genre de patient, ça se passe comment, ça se manifeste comment?

IDE 2 - Comment ils atterrissent chez nous c'est ça la question?

ESI - Plutôt comment eux perçoivent la chose, de se retrouver chez vous?

IDE 2 - Alors quand ils sortent en fait c'est quand ils arrivent chez nous c'est assez nouveau parce que nous on leur dit bien vous n'êtes pas à l'hôpital, c'est un centre de rééducation, bon du coup, pour un, pour un blessé médullaire type tétraplégie arrive complètement comme ça qui fait que ça... ben pour lui la perspective d'être là qui voit pas trop ce qu'on peut lui apporter donc là la difficulté première c'est de lui expliquer que nous on va faire une rééducation sphinctérienne tout ce qui concerne le SSI en tout cas c'est surtout ça. tout ce qui est rééducation mobilité ça va plus être le kiné, tout ce qui est installation, aide de l'environnement ça va plus être l'ergo, nous on va être vraiment sur la rééducation sphinctérienne et donc quand on leur explique qu'on va probablement devoir les sonder, probablement faire l'évacuation des selles, voilà c'est pas des choses faciles à aborder et ... mais on l'aborde très rapidement puisque dès le lendemain voire le jour même, soit ça a déjà était balisé à l'hôpital, soit ça a déjà été mis en place et dans ce cas là on fait que reprendre, on explique que quand, voilà... selon la récupération à plus ou moins long terme on n'y va pas tout de suite de but en blanc mais on leur explique que pour un paraplégique que par exemple... Au bout de quelques temps ça fait plusieurs, plusieurs fois, plusieurs semaines qu'on le sonde des fois ça se compte même en jours on leur dit : peut-être que vous, vous pourriez le faire tout seul.

Donc on est vraiment dans l'éducation pour le quotidien futur, on essaye de valoriser ça un maximum parce que leur but pour eux aussi c'est d'être autonome le plus rapidement possible pour qu'on ait le moins possible à intervenir pour leur quotidien après et puis souvent ce qui marche comme objectif c'est le week-end. La possibilité de partir en week-end à la maison, ça, c'est quelque chose qui les motive beaucoup.

ESI - Oui forcément ça les pousse...

IDE 2 - C'est-à-dire, quand on parle d'apprentissage on leur dit, quand ils nous disent "oui tous les autres patients vont en permission, mais ce sera quand? déjà il faut que vous teniez au fauteuil, que la maison soit adaptée, faut que vous puissiez faire vos sondages toutes les 4 heures, jour et nuit, et faut que vous ayez un minimum de notions, niveau élimination des selles, parce que s'il vous arrive une fuite, faut que ce soit organisé quoi, vous pouvez pas sortir comme ça, pas comme quelqu'un qui est là pour un séjour bien-être, enfin mieux être pour le dos qui est là, 5 semaines, qui rentre le week-end ça lui change rien quoi. Là il y a vraiment tout, tout à revoir, tout le quotidien et du coup ils partent pas, ils partent pas très rapidement le week-end il y a souvent un sacré laps de temps qui se passe. Je sais pas si j'ai répondu à la question?

ESI - Si c'est très bien... Selon vous, qu'est-ce que le deuil?

IDE 2 - Si on reste toujours sur le, notre histoire de traumatisme là, sur les blessés médullaires puisque... le deuil sur la façon théorique on sait bien que ça se passe en telle, telle et telle étape, on sait bien que c'est jamais dans le même ordre donc ils y passeront, ils y passeront pas, que chacun n'aura pas les mêmes étapes au même moment et des fois même ne passeront pas par certaines étapes. On a assez souvent, je dirais le déni qui est assez long, ou alors des gens qui arrivent et qui sont déjà très au clair avec ce qui se passe de par leur vécu, de par leurs connaissances, parce qu'ils ont un proche ou quelqu'un a eu la même atteinte et diraient, disent, mais je suis tétraplégique, je sais que je remarquera plus et puis alors d'autres qui pendant des mois, des années même on a des gens qui pensent qu'un jour ils remarqueront.

Mais ça... ce deuil là, ce deuil, alors il a deux parties sur le deuil chez les patients blessés médullaires, y a le deuil du corps et le deuil de la vie d'avant. et, on distingue les deux dans les réactions puisque la vie d'avant souvent c'est là où ils s'effondrent le plus rapidement parce que du coup y a.. oui c'est la famille, les proches ETC ben du coup c'est difficile par exemple là on a, on a deux oui deux monsieurs... trois... qui sont, qui vont être futurs papas, qui sont déjà papas mais de jeunes enfants. Du coup là on voit bien que par rapport à l'enfant c'est très compliqué de se dire que peut-être, là je pense aux futurs papas, il ne sait pas s' il pourra tenir son enfant dans ses bras donc ça c'est, c'est quelque chose qui est difficile, le deuil de la vie d'avant et le deuil du corps oui ça veut dire que bah malheureusement, quand ils arrivent à le verbaliser, souvent ils nous disent c'est plus mon corps, c'est plus mes jambes, ce sont ces jambes ce corps mais c'est pas moi qui le gère puisqu'ils n'ont plus la sensibilité, plus le contrôle voilà donc deuil on a. enfin voilà ils passent aussi par des phases de colère... Voilà le côté, alors plus chez les hommes, ils sont plus pudiques au niveau des émotions du coup avoir (...) plus de la colère, le besoin d'être dans le contrôle, ce qu'on appelle le marchandage, mais moins, vraiment quand les, qu'ils s'effondrent c'est plus vers les collègues ISP avec qu'il vont lâcher ce genre de chose. Mais on n'a pas tous les stades. Et malheureusement l'acceptation ... je dirais qu'on n'accepte pas, on vit avec. Pour moi c'est ma vision des choses et pour les patients c'est la même chose et c'est ce qu'ils disent. On va apprendre à vivre avec, on va faire avec parce que maintenant c'est comme ça c'est un peu, ils sont résolus quoi. Quand ils sont arrivés à cette étape-là, mais le chemin est long. Et des fois ils sortent d'ici et on n'est pas passé par le deuil, il n'est pas fait hein. Ils le font plus tard dans leur vie et... Moi j'avais échangé avec une jeune qui maintenant gère une association, qui m'avait dit que son deuil elle l'avait fait ans et demi après être sortie de rééducation. et le fait d'avoir été dans la vie quotidienne du coups ça avez été très long, très dur parce que du coup elle se retrouve toute seule face à elle-même et face à ce qu'elle doit faire et donc ça

avait été assez long avant qu'elle accepte complètement sa condition et qu'elle puisse vivre avec son handicap. Donc même lorsqu'ils partent d'ici on est en cours.

On essaye de les accompagner au mieux pour cheminer mais on les laisse aller à leur rythme parce que de toute façon ça sert à rien, chaque personne est différente, chaque caractère, chaque histoire, il faut faire aussi avec leur histoire de vie, s'ils ont des ressources, si on prend tout ça on essaye d'être là après on est dans des soins qui sont très intrusifs et du coup qui parfois libèrent aussi la parole. on essaie de rebondir afin de les accompagner.

ESI - Et qu'est-ce qu'évoque l'accompagnement pour vous?

IDE 2 - Ben du coup ça, dans toutes ces étapes là, être là, recueillir les informations, reconnaître les signes ça, ça ne s'apprend pas, des fois on se trompe, des fois on veut aller un peu plus vite que la musique, des fois on les laisse aller à leur rythme mais des fois il faut aller les bousculer aussi parce qu'ils y arriveront pas seuls des fois voilà on les laisse pas dans... De toute façon le déni ne peut pas durer très longtemps dans le sens où il y a des échéances ce qu'on appelle les 3 à 6 mois où là le médecin revient, revient sur les séquelles refait un testing et là y a des annonces qui sont faites, et donc nous suite à ça, suite aux annonces, soit le patient n'aura rien entendu, il a écouté mais rien entendu et il aura beaucoup de questions, beaucoup de remises en questions, voilà il remet tout en cause et du coup c'est là dans lequel notre rôle de l'accompagner de lui demander ce qu'il a compris ce qu'il n'a pas compris et puis de lui apporter parfois des outils, mais ça reste que des outils on peut pas, on n'est pas à sa place donc on peut l'aider au maximum, l'accompagner pour le, pour faire que son quotidien soit le plus facilité possible mais on ne pourra pas faire à sa place quoi. ça c'est notre rôle à nous et puis ben oui tout ce qui est de l'éducation thérapeutique est un énorme enjeu pour eux parce que si on passe pas par là, ce qui pour nous personne non traumatisé, c'est normal d'aller aux toilettes et de pouvoir se déplacer pour eux c'est tout un enjeu, tout un parcours, et les permissions week-end c'est aussi un bon test parce que souvent ici on dit qu'ont les, qu'ils sont un peu dans un cocon, les aides, on apporte les solutions et une fois rentrés chez eux y a les premières fuites de selles et je sais pas faire et y a pas d'infirmier disponible, je fais comment et c'est madame qui m'aide à me coucher voilà et c'était la cata, c'est la première chute parce qu'il y avait une marche que j'ai pas vue et puis c'est des retours de week-end qui sont parfois pas faciles et là aussi on a un rôle à jouer, reprendre avec eux ce qui c'est mal passé, ce qu'on peut faire pour améliorer pour le week-end d'après, si le week-end d'après c'est encore trop juste, on dit c'est pas grave, vous partirez dans 15 jours, on prendra le temps qu'il faut mais vous y arriverez, vous êtes pas le premier, vous serez pas le dernier à rencontrer ces difficultés on, voilà on fera ce qu'il faut, voilà ce que j'avais envie de dire et y a un autre point mais je l'ai zappé... oui puis aussi notre rôle, ça ça vient un peu plus tard c'est des, les

ouvrir vers de nouvelles possibilités, c'est pas encore... moi je le sais parce que j'ai fait plusieurs sorties, des accompagnements sur des, nous on a des olympiades voilà qu'on fait avec toutes les cliniques et on fait du handisport. Et du coup voilà c'est de leur dire aussi que ben y a d'autre chose qui se passe qui peut se passer et que voilà les passions anciennes ne peuvent pas, peuvent aussi être de nouvelles passions, peuvent aussi perdurer mais d'une autre manière donc on est aussi là pour proposer des choses. Et ça c'est avec toute l'équipe hein on est pas seul infirmier, tout seul à dire whaou et si on faisait du ping pong, non c'est le, notre éducateur sportif qui lui va peut-être aller au-devant, proposer des choses et voir ce qui peut les intéresser ce qu'ils peuvent développer. Je dis ça parce que c'est vrai on a pas mal de jeunes qui ben de part... la jeune femme que j'avais rencontré qui fait partie de l'association, qui propose pas mal de sorties. comme ça mais je suis allée en mer les accompagner à Saint Malo c'était que des patients en fauteuil et du coup c'est hyper intéressant et entre eux ils ont pu échanger parce que y a nous qui accompagnons mais il y a aussi les pairs émulateurs. Et ça c'est, c'est hyper intéressant, et nous on essaye de favoriser au maximum, je vois mes collègues qui travaillent sur l'ETP sondage elles essaient justement d'avoir quelqu'un qui est déjà bien au clair avec ses soins etc... Et il essaye de le faire venir parce que souvent il s'est avéré que c'était plus facile pour les patients de parler à quelques-uns qui ont vécu la même chose et pouvoir lui exprimer ses difficultés plutôt qu'à nous qui sommes professionnels et qui vont forcément essayer de... parce que les solutions c'est pas forcément nous qui les avons. Parce que les autres ont expérimenté. La jeune femme me racontait qu'elle, elle a une façon très bizarre, une position très particulière qu'elle adopte pour se sonder mais y a que comme ça qu'elle a réussi à le faire dans n'importe quel endroit, n'importe quel moment, des choses qu'ici on ne lui aurait jamais proposées. C'est-à-dire qu'elle se sonde, je crois, avec les deux jambes très très relevé. Nous ici jamais on et du coup en échangeant comme ça ils se donnent des outils les uns les autres aussi pour aller vers l'acceptation.

ESI - Vous parliez de ressource tout à l'heure, qu'est-ce que vous entendez par ressource?

IDE 2 - La famille c'est, s'ils se projettent un peu comme des aidants ou s'ils sont seuls parce que du coup le parcours sera pas le même y' a des ressources malheureusement financières. Si c'est un accident causé par autrui ou si c'est un accident causé par ben de sa, de son propre chef, le souci c'est que, et bien, l'indemnisation sera pas la même et du coup pour s'acheter un fauteuil, un fauteuil c'est extrêmement cher et encore s'il y avait que le fauteuil... y a tout ce qui va avec, le Montauban, faire des travaux dans sa maison ou trouver un logement, c'est des choses qui sont très très rares et voilà... Si nous on l'assistante sociale qui peut intervenir sur pas mal de choses, les ergo aussi ont des contacts pour avoir des prix etc... et du coup, voilà si on a les ressources suffisantes... financières et affectives,

ben du coup, ça c'est facilitant, voilà ils ont leur rôle vraiment à jouer au domicile par exemple, c'est vrai que s'il arrive quelque chose et que, on avait le cas d'une patiente où son mari voulait même pas lui mettre ses chaussons donc là c'est compliqué. On n'était pas dans le cadre d'un blessé médullaire, on était sur un AVC mais qui voilà et du coup, mais qui refusait par contre à ce qu'il y ait 36000 personnes à venir chez lui, ben du coup c'est compliqué là. Parce que du coup la pauvre dame était pieds nus. Voilà c'est à nous aussi de capter ces informations-là, de voir quelle ressource eux vont avoir et de pouvoir les solliciter, on a vu former des parents à l'hétéro-sondage pour que les week-ends lui ne pouvant pas les faire, parce que c'est trop compliqué, pour qu'il puisse partir en week-end et profiter pleinement les parents tous les deux ont appris à faire l'hétéro-sondage mais c'était, après voilà on force pas, on attend que ce soit les familles qui viennent vers nous pour savoir ce qu'on va faire. On leur dit qu'est-ce que vous, vous accepteriez de ...? Si c'est oui ben on les forme autant qu'on formerait un autre patient pas avec les mêmes protocoles parce que voilà mais et dans le cas contraire c'est le patient qui va devoir soit trouver des solutions seul, soit des solutions alternatives, quand je parle d'alternative, je parle, je reste sur le sondage mais par exemple un bricker, un mitrofanoff pour être facilitant. Donc ça pareil ça s'inscrit dans le temps et souvent très loin du post-accident hein, là on a déjà fait un bout de chemin quand on arrive là. Mais quand on a des familles ça peut aller très vite. Puisque les familles disent moi, nous, moi je vais le porter pour faire les trois marches qu'il y a à la maison. On va pas attendre qu'il y ait les travaux ou ça y est j'ai déjà construit la rampe, du coup c'est vrai que là oui. On a une maison de plain-pied alors que là le petit jeune dit moi j'étais chez papa, maman, ma chambre est à l'étage, je m'entends plus avec eux, voilà on va essayer de trouver un logement quoi. Puis voir comment vous pouvez vous débrouiller tout seul voilà. Et puis on est dans la communication, on peut pas passer autrement que de communiquer et puis dans les soins si on parle pas, que ce soit communication verbale ou non verbale. Si on leur parle pas il ne se passe rien clairement, parce que bon même si on leur montre des vidéos c'est de la communication c'est un moyen de communication. De toute façon la communication c'est un élément central de notre métier j'ai envie de dire. Quelles que soient les situations. Utiliser ses mains c'est bien mais si on ne dit pas ce qu'on va faire, on est pas dans la loi puisqu'il faut son consentement libre et éclairé.

ESI - Maintenant je vais vous poser la question de mon mémoire. Ainsi selon vous l'accompagnement infirmier influence-t-il le processus de deuil chez un patient ayant subi un traumatisme impactant sa vie quotidienne?

IDE 2 - Alors influencer?

ESI - Oui c'est ça influencer.

IDE 2 - Je dirais pas influencer, je resterais sur le mot accompagner. Parce que c'est pas nous qui faisons le travail de deuil, c'est eux et du coup on peut pas influencer, on peut aller provoquer des choses, soulever des lièvres comme on dit, mettre le doigt sur quelque chose et paf ça explose mais on restera dans l'accompagnement, on influence pas, on ne peut pas, on ne sait pas ses capacités, on ne sait pas sa capacité de résilience donc on ne peut pas influencer, on est... mais je me souviens d'une image que j'avais faite pendant mon mémoire c'est que en fait il y a le patient, on est pas devant, on est pas derrière, on est à côté, on l'amène, y a plusieurs chemin, c'est lui qui choisit nous on met juste les chemins devant lui et c'est lui qui y va nous c'est à côté et on l'accompagne...

ESI - Est-ce que vous auriez quelque chose à ajouter?

IDE 2 - La fin de la phrase c'était quoi? Je suis restée sur influencé par moi.

ESI - Influence-t-il le processus de deuil chez un patient ayant subi un traumatisme impactant la vie quotidienne.

IDE 2 - D'accord, oui juste dire que sa vie quotidienne ce sera plus la même. Donc tout ça ils le savent assez rapidement, c'est quelque chose d'assez rapide c'est le premier truc où ils disent je ferai plus ci, je ferai plus ça. C'est souvent les premières phrases qu'ils ressortent voilà j'espère que j'ai répondu.

ESI - Oui c'était très bien merci beaucoup.

IDE 2 - Si tu as tous les éléments dont tu avais besoin.

ESI - Oui je vous remercie encore et je vous assure l'anonymat de cet entretien.

Annexe IV : Tableau d'analyse des entretiens

Légende :

IDE 1

IDE 2

Grande catégorie	Sous catégorie	Items
Traumatisme	Définition	<ul style="list-style-type: none"> - rompre l'équilibre qui existait - rompre quelques chose - rupture entre deux états (x2) - un choc
		<ul style="list-style-type: none"> - <i>d'inattendu qui provoque des lésions au niveau du corps</i> - <i>avec plus ou moins de réparation</i> - <i>Un traumatisme ça peut être aussi un trauma psychologique</i>
	Le lien entre traumatisme physique et traumatisme psychique	<ul style="list-style-type: none"> - ça peut être un traumatisme psychologique - c'est d'ailleurs souvent associé - traumatisme médullaire souvent associé un traumatisme psychique
		<ul style="list-style-type: none"> - <i>les double prise en charge</i> - <i>des patients qui arrivent avec des soucis physiques mais aussi des soucis psychologiques</i> - <i>on peut aussi avoir des traumatismes psychologiques mais souvent c'est suite à un accident</i>

		<p><i>chez nous</i></p>
	<p>La prise en soin</p>	<ul style="list-style-type: none"> - dépend beaucoup du patient - y a pas une manière de faire - dépendant du patient - dépendant de plein de choses (x2) - l'environnement, de la famille - plein de choses qui rentrent en compte - dépendre de l'état dans lequel il est - dépendre d'où il en est - depuis combien de temps il a eu son accident - les patient ne vont pas tous réagir de la même manière
		<ul style="list-style-type: none"> - <i>tout dépend du trauma</i> - <i>plus ou moins de répercussions sur la vie future</i> - <i> blessés médullaires sont des prises en charge plus longues</i> - <i>en fonction des récupérations</i> - <i>y a pas de loi sur les récupérations sur les traumas</i> - <i>on sait pas ce que ça va être comme récupération</i> - <i>ça dépend</i> - <i>on ne sait pas ce que ça va être ensuite</i> - <i>on peut pas baliser un parcours</i>

		<ul style="list-style-type: none"> - <i>il n'y a pas de parcours type</i> - <i>très aléatoires</i> - <i>selon les besoin que va avoir le patient</i> - <i>on va rester très vague sur les atteintes</i> - <i>on a pas les réponses</i> - <i>les premières réponses c'est pas à nous de les apporter ça relève du médical</i> - <i>on botte en touche</i> - <i>On essaye de se baser sur les récupérations actuelles</i> - <i>On essaye de demander au patient</i> - <i>on sait pas où on va et lui non plus</i> - <i>on avance pas à pas</i> - <i>on s'adapte complètement à ce qui lui est arrivé</i>
Deuil	Définitions	<ul style="list-style-type: none"> - il y a plusieurs étapes dans le deuil - c'est un tout, - un cheminement - l'aboutissement serait l'acceptation - je pense aussi à la résilience de l'état - s'était projeté dans tous les moments de sa vie avec ce nouvel état - il y a aussi des va et vient dans le deuil - c'est pas forcément compartimenté - parfois des années comme parfois toute une vie

		<ul style="list-style-type: none"> - qui le font jamais - il avait intégré l'idée - parfois le cheminement se fait seul
		<ul style="list-style-type: none"> - <i>ca se passe en telle, telle et telle étape</i> - <i>c'est jamais dans le même ordre</i> - <i>il y passeront, il y passeront pas</i> - <i>chacun n'aura pas les même étapes au même moment</i> - <i>des fois même ne passerons pas par certaine étapes</i> - <i>Mais n'a pas tous les stades</i> - <i>On va apprendre à vivre avec,</i> - <i>on va faire avec</i> - <i>le chemin est long</i>
	Les étapes	<ul style="list-style-type: none"> - du rejet (x2) - très très virulent avec nous - de la tristesse - y a une espèce de sidération - colère - triste - différentes phases - travail du deuil

- c'est les étapes du deuil
- jusqu'à ce qu'il arrive à une certaine acceptation
- d'accepter ce nouvel état
- dans le tort auprès de nous

- *voit pas trop ce qu'on peut lui apporter*
- *le déni qui est assez long*
- *déjà très au clair avec ce qui se passe de par leur vécu, de par leur connaissance, leurs vécus*
- *des mois, des années*
- *il a deux parties sur le deuil*
- *le deuil du corps et le deuil de la vie d'avant (x2)*
- *on distingue les deux dans les réactions*
- *la vie d'avant souvent c'est là où ils s'effondrent*
- *des phases de colère*
- *le besoin d'être dans le contrôle,*
- *ce qu'on appelle le marchandage*
- *l'acceptation*
- *on accepte pas, on vit avec*
- *ils sont résolus*
- *ils le font plus tard dans leur vie*
- *retrouve toute seule face à elle-même et face à ce qu'elle doit faire*
- *accepte complètement sa condition*

		<ul style="list-style-type: none"> - <i>il a écouté mais rien entendu</i> - <i>il aura beaucoup de questions,</i> - <i>beaucoup de remises en questions</i> - <i>ils remettent tout en cause</i> - <i>pour aller vers l'acceptation</i>
Accompagnement	Définition	<ul style="list-style-type: none"> - <i>C'est d'être là à côté</i> - <i>d'être suffisamment discret</i> - <i>être à l'écoute</i> - <i>sans être trop intrusif</i> - <i>essayer d'être au plus juste</i> - <i>auprès d'eux</i> - <i>on est là et à côté</i> - <i>les soutenir comme on peut</i>
		<ul style="list-style-type: none"> - <i>accompagner au mieux pour cheminer</i> - <i>être là</i> - <i>recueillir les informations,</i> - <i>reconnaître les signes</i> - <i>il y a le patient, on est pas devant, on est pas derrière, on est à côté, on l'amène</i> - <i>y a plusieurs chemins, c'est lui qui choisit nous on met juste les chemins devant lui</i>
	L'application dans la prise en soin	<ul style="list-style-type: none"> - <i>l'accompagnement infirmier est central</i>

- | | |
|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none">- très encadrés- très pris en charge- là pour le quotidien- pour les nuits- pour le réveil- dans les moments qui sont un peu dure- dans la sphère de l'intime- on va très très près d'eux- dans l'intime- si le patient veut nous prendre avec lui sur son cheminement- y' a des jours où il a envie qu'on soit présent à ses côtés- qu'on soit dans l'accompagnement- d'autre jour où il rejettera complètement notre écoute, notre aide- l'idée c'est qu'il soit le plus à l'aise- qu'ils acceptent au mieux leur état- être au plus près d'eux (x2)- si le patient nous laisse voir ce qu'il à envie- parfois on est loin d'imaginer ce qu'il se passe dans leur têtes- remettre un cadre- pour remettre les choses en place- pour les rebooster |
|--|---|

- | | |
|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none">- <i>expliquer que nous on va faire</i>- <i>on leur explique</i>- <i>des chose pas facile a abordé</i>- <i>on l'aborde très rapidement</i>- <i>on explique</i>- <i>on n'y va pas tout de suite de but en blanc</i>- <i>on leur dit : peut être que vous vous pourriez le faire tout seul</i>- <i>dans l'éducation pour le quotidien futur</i>- <i>on essaye de valoriser</i>- <i>leur but pour eux aussi c'est d'être autonome le plus rapidement possible</i>- <i>qu'on ait le moins possible à intervenir pour leur quotidien</i>- <i>on parle d'apprentissage</i>- <i>faut que vous puissiez faire vos sondages</i>- <i>faut vous ayez un minimum de notions niveau élimination des selle</i>- <i>y a vraiment tout, tout à revoir,</i>- <i>tout le quotidien</i>- <i>on les laisse aller à leur rythme</i>- <i>chaque personne est différente,</i>- <i>chaque caractère,</i>- <i>chaque histoire,</i>- <i>il faut faire aussi avec leur histoire de vie</i> |
|--|---|

- *on essaye d'être là*
- *des fois on se trompe,*
- *des fois on veut aller un peu plus vite que la musique,*
- *des fois on les laisse aller à leur rythme*
- *des fois il faut aller les bousculer*
- *l'aider au maximum*
- *pour faire que son quotidien soit le plus facilité possible*
- *on ne pourra pas faire à sa place*
- *ils sont un peu dans un cocon*
- *on apporte les solutions*
- *les ouvrir vers de nouvelles possibilités*
- *on est aussi là pour proposer des choses*
- *allée en mer les accompagner*
- *les solutions c'est pas forcément nous qui les avons*
- *à nous aussi de capter ces informations-là,*
- *devoir soit trouver des solutions seul,*
- *soit des solutions alternatives*

- *l'écoute,*
- *l'écoute active*
- *exprime enfin oralise, verbalise des choses*
- *l'écoute du silence (x3)*

		<p>L'écoute active</p>	<ul style="list-style-type: none"> - on sent qu'il a pas envie de parler - pas envie d'être là, - pas envie d'être avec nous, - pas envie d'être dans cette chambre - écouter son souhait de ne pas parler - s'adapter au mieux au patient - l'écoute elle prend plein de dimensions - des temps d'écoute
		<p>La communication</p>	<ul style="list-style-type: none"> - on peut pas trop en dire - on ne sait plus sur quel pied danser - communication elle est dans notre posture, - notre corps, - la manière dont ont se tient, - la manière dont ont regardent le patient - on envoie plein de choses, - on renvoie - plutôt sur la reformulation - vous dites que, - qu'est-ce que vous en pensez

	Les outils d'accompagnement		<ul style="list-style-type: none"> - On apporte pas de réponse - on essaie d'être dans notre posture le plus neutre possible
			<ul style="list-style-type: none"> - <i>quand ils arrivent à le verbaliser</i> - <i>il nous disent c'est plus mon corps,</i> - <i>c'est plus mes jambes,</i> - <i>ce sont ces jambe</i> - <i>ce corps</i> - <i>lui demander ce qu'il a compris</i> - <i>ce qu'il n'a pas compris</i> - <i>puis de lui apporter parfois des outils</i> - <i>reprendre avec eux ce qui c'est mal passé</i> - <i>ce qu'on peut faire pour améliorer</i> - <i>vous êtes pas le premier, vous serez pas le dernier à rencontrer ces difficultés</i> - <i>leur dire aussi que y a d'autres choses qui se passent qui peuvent se passer</i> - <i>les passions anciennes peuvent aussi être de nouvelles passions, peuvent aussi perdurer</i> - <i>ils ont pu échanger</i> - <i>communication verbale ou non verbale</i> - <i>si on leur parle pas il ne se passe rien</i> - <i>la communication c'est un élément central de notre métier</i>
			<ul style="list-style-type: none"> - groupes d'ETP (x2)

		L'ETP	<ul style="list-style-type: none"> - les patients échangent sur les mêmes préoccupations - échanger avec des pairs - d'échanger avec des pairs régulateurs, - ça fonctionne assez bien - parler de son expérience pour témoigner - c'est ce que les patients ont le plus retenu - mille fois plus que l'intervention du médecin - les rencontres avec les parents c'est vraiment, vraiment porteur - il faut que le patient soit près à le faire - suivant où il en est de son cheminement
			<ul style="list-style-type: none"> - <i>l'éducation thérapeutique</i> - <i>les pairs émulateurs</i> - <i>favoriser au maximum</i> - <i>plus facile pour les patients de parler à quelqu'un qui a vécu la même chose</i> - <i>pouvoir lui exprimer ses difficultés</i> - <i>en échangeant comme ça il se donnent des outils</i>
		La pluridisciplinarité	<ul style="list-style-type: none"> - le kiné, - les ergo - on en parle souvent en équipe
			<ul style="list-style-type: none"> - <i>collègue infirmier soutien psychologique</i>

			<ul style="list-style-type: none"> - le kiné - l'ergo - avec toute l'équipe - éducateur sportif - l'assistante sociale
Les ressources	La famille	<ul style="list-style-type: none"> - très dépendant de l'entourage familial aussi - quand ils sont soutenus, - présents, - il y a un étayage familial - Quand les patients sont isolés - les choses ne sont pas vécues de la même manière - quand ils sont mariés, - quand ils ont des parents très présent - quand il y a rupture familiale - L'après ne vas pas être le même - parfois c'est les familles qui nous éclairent - les familles sont aussi des ressources pour nous 	
		<ul style="list-style-type: none"> - La famille si ils se projettent un peu comme des aidants - s'ils sont seuls - de voir quelles ressources eux vont avoir 	

		<ul style="list-style-type: none"> - <i>de pouvoir les solliciter,</i> - <i>on a vu former des parents</i> - <i>on force pas</i> - <i>on attend que ce soit les familles qui viennent vers nous</i> - <i>quand on a des familles ça peut aller très vite</i>
	Financière	<ul style="list-style-type: none"> - <i>l'indemnisation sera pas la même</i> - <i>un fauteuil c'est extrêmement cher</i> - <i>le montauban</i> - <i>des travaux dans sa maison</i> - <i>trouver un logement</i> - <i>si on on a les ressources suffisantes financières et affectives c'est facilitant</i>
Question de départ		<ul style="list-style-type: none"> - ni oui ni non - plutôt oui que non - Je pense que oui - l'infirmier a un vrai rôle à jouer dans le processus de deuil - dans l'acceptation du patient, sur sa voie future - On est vraiment là - tremplin pour la nouvelle vie d'après - oui Je pense qu'on a un vrais rôle à jouer avec l'accompagnement

- *Je dirais pas influencer*
- *je resterais sur le mot accompagner*
- *c'est pas nous qui faisons le travail de deuil*
- *on peut pas influencer,*
- *on peut aller provoquer des choses,*
- *soulever des lièvres*
- *mettre le doigt sur quelque chose*
- *on restera dans l'accompagnement*
- *on influence pas*
- *on ne sait pas sa capacité de résilience*

Abstract

NOM : Pourtier

PRENOM : Odessa

TITRE DU MÉMOIRE : L'accompagnement infirmière dans le processus de deuil d'un traumatisme

Following the care of a patient who suffered a stroke with the after-effects of quadriplegia, I asked myself about the mourning process in a trauma, and then its accompaniment.

My questioning led me to ask myself the following question: In a patient who has suffered a trauma with repercussions on his daily life, how does nursing support influence the mourning process ?

To begin with, I built my theoretical framework by taking up the main notions evoked by this last question : trauma, the mourning process, as well as nursing support, including the tools to carry it out. Then, I conducted two semi-directive interviews with nurses working with patients suffered of trauma. Thanks to these interviews, I was able to concretise the authors' statements and add nuances to them. Finally, I compared the authors' ideas with the nurses' statements, which led me to the conclusion that, in my opinion, nursing support has an influence on the patients' grieving process in one way or another.

Suite à la prise en soin d'une patiente victime d'un AVC avec pour séquelle une tétraplégie, je me suis questionner autour du processus de deuil dans un traumatisme puis de son accompagnement.

Mon questionnement m'a amené à me poser la question suivante : Chez un patient ayant subi un traumatisme avec des répercussions sur sa vie quotidienne, en quoi l'accompagnement infirmier influence t-il le processus de deuil ?

Pour commencer j'ai construit mon cadre théorique en reprenant les grandes notions évoquées par cette question : le traumatisme, le processus de deuil ainsi que l'accompagnement infirmier en y incluant les outils pour le réaliser. Par la suite, j'ai réalisé deux entretiens semi-directifs avec des infirmières exerçant auprès de patients ayant subi un traumatisme. Grâce à ces entretiens j'ai pu concrétiser les propos des auteurs et y apporter des nuances. Pour finir j'ai confronté les idées des auteurs aux propos des infirmières, ce qui m'a permis d'arriver à la conclusion que, pour moi, l'accompagnement infirmier influe d'une manière ou d'une autre sur le processus de deuil des patients.

KEY WORDS : MOURNING PROCESS, NURSING SUPPORT, TRAUMA, COMMUNICATION

MOTS CLÉS : PROCESSUS DE DEUIL, ACCOMPAGNEMENT INFIRMIER, TRAUMATISME, COMMUNICATION

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS :

Adresse : Pôle de Formation des Professionnels de Santé. CHU Pontchaillou. 2 rue Henri Le Guilloux
35000 Rennes

TRAVAIL ECRIT DE FIN D'ETUDES – Année de formation : 2019-2022