



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'apprentissage de la juste distance lors de situations relationnelles complexes impliquant les familles



Formateur référent mémoire : LEBORGNE Nadine

MONY Elisa
Formation infirmière
Promotion 2021-2024

Le 04 mai 2024



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PRÉFET DE LA RÉGION BRETAGNE

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

Pôle formation-certification-métier

Diplôme d'Etat Infirmier

Travaux de fin d'études :

L'apprentissage de la juste distance lors de situations relationnelles complexes impliquant les familles

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 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 04 mai 2024

Identité et signature de l'étudiant : Elisa MONY

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 tiens tout d'abord à adresser mes remerciements à ma référente MIRSI Nadine Leborgne qui m'a accompagnée tout au long de cette année, malgré les difficultés rencontrées.

J'adresserais également mes remerciements à mes parents qui m'ont soutenu jusqu'au bout dans la construction de ce mémoire.

Je souhaiterais ensuite remercier les deux infirmiers qui ont accepté de se laisser interviewer et qui m'ont beaucoup apporté dans ce travail de mémoire.

Enfin, je souhaiterais remercier ma référente pédagogique Virginie Fortin qui m'a suivie tout au long de ces trois années d'études.

Table des matières

1.	Introduction	1
2.	Le cheminement vers la question de départ.....	1
	2.1.Situations d'appel.....	1
	2.2.Questionnements	2
3.	La phase conceptuelle.....	4
	3.1.La posture de l'infirmier de proximité	4
	3.1.1.Le mentorat	4
	3.1.2.L'accompagnement.....	4
	3.1.3.L'autonomie.....	4
	3.1.4.La responsabilité	5
	3.2.L'apprentissage relationnel de l'étudiant	6
	3.2.1.L'apprentissage	6
	3.2.2.La compétence	6
	3.2.3.L'implication.....	7
	3.2.4.La formation pratique.....	7
	3.3.Les situations relationnelles complexes impliquant les familles.....	8
	3.3.1.Les différents comportements de l'entourage	8
	3.3.2.Les difficultés engendrées par ces situations relationnelles complexes.....	9
	3.3.3.La communication	10
	3.4.La juste distance soignant-familles	11
	3.4.1.La place et le rôle de l'entourage dans la prise en charge.....	11
	3.4.2.Les besoins de l'entourage.....	13
	3.4.3.La relation de confiance.....	13
	3.4.4.La juste distance professionnelle	14
4.	La phase exploratoire.....	15
	4.1.Présentation de la méthodologie de l'enquête	15
	4.2.Analyse des résultats	15
	4.2.1.Impact de la formation, de l'encadrement des étudiants en tant que futurs professionnels	15
	4.2.2.Identifier les outils et types d'apprentissages utilisés dans l'encadrement relationnel	16
	4.2.3.Identifier la place et la posture que l'infirmier de proximité doit avoir auprès de l'étudiant.	17
	4.2.4.Appréhender les différences d'encadrement en fonctions des différents types de soins	18
	4.2.5.Encadrement des étudiants lors de situations relationnelles complexes avec les familles.....	19
	4.2.6.Evolution et intérêt de l'apprentissage relationnel.....	19
	4.2.7.Montrer l'évolution de la place de l'apprentissage relationnel dans la formation infirmière.	20
	4.2.8.Identifier les outils à utiliser lors de difficultés rencontrées avec l'entourage.....	21
	4.2.9.Identifier l'importance de la communication dans la prise en soin.....	21

4.2.10. Montrer l'importance de l'entourage dans la prise en charge des patients	22
4.2.11. Donner un sens à la juste distance professionnelle avec l'entourage, selon deux soignants	23
4.2.12. Montrer le but et l'évolution au cours de la carrière de la juste distance	24
5. Discussion.....	25
6. Conclusion.....	34

Bibliographie

Annexe I : Guide d'entretien

Annexe II : Entretien n°1

Annexe III : Entretien n°2

Annexe IV : Tableau d'analyse des entretiens

Abstract

Siglier :

IDE : Infirmier diplômé d'Etat

MIRSI : mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers

ESI : Etudiant en soins infirmiers

1. Introduction

Dans le cadre de la formation infirmière, il nous est demandé de réaliser un mémoire de fin d'études. Cet exercice nous permet de pouvoir traiter d'un sujet qui nous tient à cœur et de pouvoir nous inscrire et nous projeter en tant que futurs professionnels dans la profession infirmière. C'est un exercice qui permet également une réelle remise en question sur sa manière d'exercer et de transmettre cette profession aux étudiants infirmiers suivants.

J'ai donc choisi comme thème l'encadrement de l'étudiant dans l'apprentissage de la juste distance lors de situations relationnelles complexes impliquant les familles. Afin de pouvoir diriger plus précisément mes recherches, je me suis centrée sur les situations relationnelles complexes avec les familles des patients. Ce sujet m'est venu lors de mon premier stage de troisième année pendant lequel je me suis retrouvée confrontée à ce genre de situation. De nature réservée, j'ai dû à plusieurs reprises sortir de ma zone de confort de manière à apprendre à gérer des situations relationnelles complexes impliquant les familles des patients. Ce sujet me semble d'autant plus important que lors de nos années d'études ou de nos stages, les professionnels de santé nous poussent majoritairement à nous exercer à la réalisation de soins techniques ou relationnels avec les patients plutôt qu'avec les familles. Cependant, une fois diplômés, nous serons seuls infirmiers face aux proches des patients qui auront des questions et voudront des réponses, être rassurés. Il est donc primordial de pouvoir s'y exercer également dès les années d'études pour se préparer au mieux à sa prise de poste.

2. Le cheminement vers la question de départ

2.1. Situations d'appel

J'ai choisi d'exposer deux situations qui se sont produites à deux moments complètement différents de ma formation. La première situation se déroule lors de mon stage de semestre 2, en chirurgie digestive. Il y avait dans le service un jeune patient (21 ans) déjà connu de l'unité pour avoir consommé plusieurs mois auparavant des champignons toxiques. Cela a été à l'origine de deux greffes de foies ainsi que d'une reprise au bloc opératoire pour une dérivation de l'appareil digestif. L'état de ce patient s'est dégradé pendant son hospitalisation post-opératoire (hyperthermie, frissons, hypertension, pâleur...). Il faisait d'ailleurs l'objet d'une transfusion à ce moment-là puisqu'il était anémié. Sa sous-costale était sous drainaS (poche de récupération des liquides de l'organisme en écoulement libre, au niveau d'une cicatrice) et donnait un liquide marronné. L'équipe médicale a décidé de le reprendre au bloc opératoire. Nous sommes restées toute l'après-midi avec l'infirmière dans sa chambre afin de pouvoir suivre l'évolution de sa situation. Sa mère était venue lui rendre visite en début d'après-midi et a également suivi toute la situation d'un peu plus loin que nous, mais sur le

côté. Nous étions à ce moment occupées avec le patient et l'équipe médicale et il est vrai qu'elle a été un peu délaissée le temps que son fils ne se retrouve au bloc. Lorsqu'il a enfin été repris, elle a fondu en larmes devant nous et nous avons essayé de la rassurer comme nous l'avons pu. Le patient a survécu et a été transféré du bloc dans le service adjacent au nôtre. J'ai recroisé plus tard la mère de ce patient qui revenait chercher quelques affaires oubliées. J'ai pu prendre de leurs nouvelles à tous les deux, et elle m'a fait part de son inquiétude et de la difficulté de la situation qu'ils vivaient, d'autant plus que leur relation était plutôt conflictuelle. J'ai discuté avec elle un petit instant et ai essayé de la rassurer comme je l'ai pu. Après cela, elle est partie retrouver son fils et je ne les ai plus revus.

La deuxième situation se déroule lors de mon stage de semestre 5 en service de maladies infectieuses. Lors de cette situation, j'étais d'après-midi avec une jeune infirmière diplômée depuis deux ans. Cela faisait plusieurs après-midi que j'étais avec elle et je prenais en charge un peu plus de la moitié du secteur. Il était environ 17h, et je sortais de la chambre d'un patient qui était entré dans l'après-midi pour réaliser une bandelette urinaire. Lorsque je sors de la chambre, j'aperçois l'infirmière avec laquelle je suis en train de me diriger vers moi avec le téléphone en main. Lorsqu'elle arrive à ma hauteur, elle s'adresse à moi et me dit : « La fille de M.P appelle pour prendre des nouvelles et savoir comment il va. Tu vas reprendre l'appel puisque c'est ton patient, tu es d'accord ? Je reste à côté. » M.P était un patient âgé de 73 ans également arrivé dans l'après-midi. Je ne savais pas trop quoi répondre sur le moment puisque je n'avais encore jamais répondu à un appel des familles et que je ne connaissais pas très bien le patient, mais j'accepte tout de même. Je mets le téléphone sur haut-parleur afin que l'infirmière à côté de moi puisse également entendre et m'aider si besoin. L'appel se passe très bien, en réalité sa fille attendait simplement de savoir que son père était bien arrivé dans le service, qu'il allait bien, que les médecins allaient passer le voir et qu'elle pouvait l'appeler. J'ai pu parler avec l'infirmière de cet appel. Elle s'est excusée de m'avoir un peu forcé la main, mais trouvait que c'était une bonne opportunité pour moi de répondre à la famille puisque pendant les années d'études il est vrai que les étudiants ont moins tendance à jouer cet intermédiaire entre les familles et les patients et que le jour où l'on est diplômé, on n'a de toute façon pas d'autre choix que de répondre puisqu'on est seul face aux familles. D'autant plus qu'en général ils attendent simplement d'être rassurés quant à leur proches.

2.2. Questionnements

De ces deux situations en a découlé plusieurs questionnements. Lors de la première situation, je me trouvais en stage de première année, j'avais alors peu d'expérience. L'infirmière de proximité qui m'accompagnait était une infirmière ayant environ quarante ans

d'expériences derrière elle. Je me suis alors demandé quelle posture en tant qu'étudiante infirmière je pouvais prendre pour m'adresser à la famille d'un patient ? Je portais la blouse blanche, comme cette infirmière, cependant je n'avais pas les mêmes outils ni les mêmes clés pour me positionner en tant que professionnelle et m'affirmer auprès des familles. Je me suis donc demandé s'il aurait été préférable de me laisser expérimenter une situation relationnelle complexe afin de pouvoir construire une partie de mon identité professionnelle ? Est-ce que justement, le fait de me laisser expérimenter ce genre de situation aurait-il pu m'aider à développer mon apprentissage de la juste distance en tant qu'étudiante ?

Dans la deuxième situation, je me suis demandé comment l'infirmière, en me mettant hors de ma zone de confort mais en restant tout de même à mes côtés a-t-elle participé à ma formation en soins relationnels ? Comment cette manière d'encadrer un étudiant peut-elle participer à sa prise de position en tant que futur professionnel ? Est-ce qu'elle participe alors à l'apprentissage de la juste distance ? La formation des étudiants pendant les stages fait partie intégrante de la construction de leur identité professionnelle. Aussi, est-ce que les sortir de leur zone de confort n'est pas les mettre en difficulté lors de leur apprentissage ? Ou bien est-ce qu'au contraire, cela leur permet de progresser et de s'exercer en sécurité sur le terrain ? L'ensemble de ces questionnements a pu me mener à me poser une question. « En quoi la posture de l'infirmier de proximité impacte-t-il l'apprentissage par l'étudiant, de la juste distance dans des situations relationnelles complexes impliquant les familles ? » En effet, dans ces deux situations, les infirmières de proximité qui m'accompagnaient ont toutes les deux eu des stratégies d'encadrement différentes. Pour essayer d'apporter des éléments de réponse, j'ai divisé cette question de départ en quatre concepts de manière à orienter mes recherches.

Dans un premier temps, je vais me concentrer sur la posture de l'infirmier de proximité, puis l'apprentissage relationnel de l'étudiant, les situations relationnelles complexes impliquant les familles et enfin la juste distance soignant-proches. Dans un deuxième temps, je réaliserai des entretiens semi-directifs auprès de deux infirmiers que j'ai sélectionné en fonction de leurs parcours de manière à alimenter mes recherches, que j'analyserai de manière à faire ressortir leurs éléments de réponses. Dans un troisième temps, je réaliserai une discussion permettant de mettre en relation le cadre théorique et l'analyse des entretiens. J'y incorporerai alors mon avis personnel. Et dans un dernier temps je conclurai ce travail de mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers.

3. La phase conceptuelle

3.1. La posture de l'infirmier de proximité

3.1.1. Le mentorat

Lors de ses différentes périodes de stage, l'étudiant est encadré dans son apprentissage par un infirmier de proximité. Cela implique que ce-dernier ait une certaine posture vis-à-vis de l'étudiant. Anne-Marie Mottaz évoque tout d'abord la posture de mentor qu'adopte l'infirmier de proximité. En effet, elle définit le mentorat comme : « une relation de confiance et un partage d'expérience en milieu professionnel. Le mentor possède une grande expérience et des connaissances qu'il souhaite partager avec l'autre, le mentee, moins expérimenté, dans le but de favoriser son développement personnel et professionnel. Dans la profession infirmière, du point de vue nord-américain, le mentor est un modèle, un guide qui prend soin de l'autre et facilite son apprentissage. » (*Les Concepts en Sciences Infirmières 2e édition - Monique Formarier, Ljiljana Jovic, s. d., p. 43*) Dans cette définition, Anne-Marie Mottaz évoque deux points qui m'interpellent : le premier réside dans le fait que pour pouvoir partager ses connaissances, le mentor doit créer une relation de confiance avec l'étudiant. Le deuxième point réside dans la posture de facilitateur qu'il emploie alors afin de l'accompagner dans son apprentissage.

3.1.2. L'accompagnement

Ainsi, comme vu précédemment, le professionnel observe une position d'accompagnant de l'étudiant dans sa formation. Anne-Marie Mottaz exprime alors l'accompagnant comme devant avoir une posture de réflexion tout en étant dans le respect de l'autre, de son expérience et de ses valeurs. L'accompagnant doit avoir une capacité d'adaptabilité à chaque situation et permettre le dialogue et la communication avec l'étudiant. L'accompagnant doit faire preuve d'écoute et se montrer disponible. Il doit en priorité axer son intérêt sur les points positifs de l'étudiant, et sa valorisation. Ces points positifs reposent sur ses compétences, ses expériences, ses ressources... et doivent être mis en valeur de manière à favoriser au mieux son autonomie. (*Les Concepts en Sciences Infirmières 2e édition - Monique Formarier, Ljiljana Jovic, s. d., p. 43*)

3.1.3. L'autonomie

Si l'accompagnement est une des postures que doit observer l'infirmier de proximité, il doit cependant préserver au mieux l'autonomie de l'étudiant. Son étymologie

nous est donnée par Nathalie Warchol. Le mot autonomie se divise en deux parties. D'origine grecque, « autos » signifie le même, ce qui vient de soi et évoque les actions individuelles du sujet et « nomos », règles établies par la société, lois. En rassemblant les deux termes, « Autonomos » signifie « qui se régit par ses propres lois ». (*Les Concepts en Sciences Infirmières 2e édition - Monique Formarier, Ljiljana Jovic, s. d., p. 87-88*). D'après Nathalie Warchol, l'autonomie possède alors quatre critères : le premier consiste à la prise de décision pour soi-même. Il définit alors la capacité d'autodécision en fonction de ses critères, de ses expériences personnelles. Le deuxième critère consiste en la maîtrise de son environnement. Il s'agit là de savoir à la fois poser ses limites et évoluer dans cet environnement. Le troisième critère concerne la gestion de sa relation avec les autres, en particulier de son interdépendance. Le quatrième critère consiste en la pleine conscience de ses actes. Il s'agit ici d'agir en ayant connaissance des risques encourus par ses actions, de la capacité à par la suite assumer les conséquences potentielles. C'est agir en prenant ses responsabilités. (*Les Concepts en Sciences Infirmières 2e édition - Monique Formarier, Ljiljana Jovic, s. d., p. 87-88*)

3.1.4. La responsabilité

La question de la responsabilité entre donc alors dans la posture de l'infirmier de proximité. En effet, il doit non seulement prendre ses responsabilités en tant qu'infirmier et encadrant, mais également faire prendre conscience à l'étudiant de sa propre responsabilité dans la réalisation de ses actes. D'après Nathalie Warchol, « il ne peut y avoir d'autonomie sans responsabilité » (*Les Concepts en Sciences Infirmières 2e édition - Monique Formarier, Ljiljana Jovic, s. d., p. 88*) Cette responsabilité implique plusieurs choses comme dites précédemment. A savoir, la prise de décision pour soi, un état de conscience et une mesure des risques pris lors de la réalisation de ses actes qui permet de pouvoir par la suite en assumer pleinement les conséquences. Ainsi, l'infirmier de proximité va devoir observer une posture qui favorise la prise d'autonomie de l'étudiant, tout en le faisant prendre conscience de sa responsabilité. L'infirmier de proximité porte alors un rôle de mentor, d'accompagnateur, ce qui favorise son autonomie et lui fait prendre conscience de sa responsabilité.

3.2. L'apprentissage relationnel de l'étudiant

3.2.1. L'apprentissage

En regardant la définition de l'apprentissage donnée par Nicole Jeanguiot, il s'agit de « la période pendant laquelle quelqu'un apprend un savoir-faire nouveau et le processus par lequel ce savoir nouveau s'acquiert » (*Les Concepts en Sciences Infirmières 2e édition - Monique Formarier, Ljiljana Jovic, s. d., p. 72*). L'apprentissage se réalise donc sur les temps de formation théoriques et pratiques et englobe également le temps nécessaire à l'assimilation de ces connaissances. Toujours d'après Nicole Jeanguiot, l'apprentissage dans la formation infirmière peut également être réalisé du fait des compétences. Le premier critère à cet apprentissage consiste en une formation en alternance. L'étudiant se retrouve confronté à des situations de soins complexes, qu'il n'a jamais ou peu rencontrées et doit alors chercher de lui-même des solutions. Pour chercher et trouver de nouvelles solutions, il doit s'appuyer sur ses compétences déjà acquises de manière à progresser et en acquérir de nouvelles. Il se retrouve donc dans une situation d'apprentissage d'un nouveau savoir-faire qu'il va par la suite assimiler et pouvoir utiliser en situation réelle. (*Les Concepts en Sciences Infirmières 2e édition - Monique Formarier, Ljiljana Jovic, s. d., p. 73*) L'apprentissage relationnel de l'étudiant repose alors également sur sa confiance en soi. Brigitte Guerrin nous apporte une définition de la confiance en soi : « c'est le sentiment d'être capable de réussir ce que l'on entreprend, c'est également une composante de l'estime de soi » (*Les Concepts en Sciences Infirmières 2e édition - Monique Formarier, Ljiljana Jovic, s. d., p. 186*). En ayant confiance en ses capacités, l'étudiant favorise sa capacité d'apprentissage.

3.2.2. La compétence

Lors de ses situations d'apprentissages, l'étudiant assimile de nouvelles compétences qu'il peut par la suite mobiliser. Philippe Zarifian, sociologue, nous apporte alors une définition de la compétence : « La compétence est la prise d'initiative et de responsabilités de l'individu sur des situations professionnelles auxquelles il est confronté. La compétence est une intelligence pratique des situations qui s'appuie sur des connaissances acquises et les transforme avec d'autant plus de force que la diversité des situations augmente » (*Les Concepts en Sciences Infirmières 2e édition - Monique Formarier, Ljiljana Jovic, s. d., p. 111*). Philippe Zarifian explique, à l'instar de l'autonomie pour Nathalie Warchol, que la compétence favorise le développement de la prise de responsabilité du professionnel dans ses actions. Il décrit la compétence comme permettant au professionnel, ou ici à l'étudiant, de pouvoir s'adapter à chaque situation.

(*Les Concepts en Sciences Infirmières 2e édition - Monique Formarier, Ljiljana Jovic*, s. d., p. 111) La compétence favorise la réflexivité de chacune de ses actions et permet d'appréhender diverses situations en s'appuyant sur ses connaissances et savoirs acquis.

3.2.3. L'implication

L'apprentissage relationnel de l'étudiant se fera notamment grâce au niveau d'implication qui lui est donné. En effet, d'après Christine Mias dans le périodique *Recherches en soins infirmiers n°101*, en fonction du degré d'implication, à savoir participer ou être invité à le faire et s'engager à faire ou être engagé à faire, le niveau d'implication sera plus ou moins important. Or, si sa participation vient de l'individu lui-même, son implication dans une situation donnée n'en est que d'autant plus majorée. (Jovic et al., 2010, p. 47) Cela signifie que si l'étudiant est invité à participer par une tierce personne, l'infirmier de proximité dans une situation, son degré d'implication sera moindre. Or, toujours d'après Christine Mias, plus l'individu s'implique de façon volontaire, plus son assimilation de connaissances sera importante. (Jovic et al., 2010, p. 47) Ainsi, dans le cadre de l'apprentissage de l'étudiant, son implication volontaire est très importante dans l'acquisition de savoirs. Une participation passive de cet individu serait alors plutôt défavorable à son apprentissage. Il vaut donc mieux que, l'apprenant ait une posture volontaire pour participer à des situations plutôt que passive, ce qui l'en fera ressortir avec d'autant plus de connaissances.

3.2.4. La formation pratique

Dans l'apprentissage relationnel de l'étudiant, la question du type de formation se pose. La formation infirmière étant une formation en alternance, celle-ci se compose d'une formation théorique et d'une formation pratique. Cependant, dans le cadre de l'apprentissage relationnel, le rôle de la formation pratique semble primordial. D'après une étude menée sur un ensemble d'étudiants, de formateurs et de tuteurs, dans le cadre d'un travail de mémoire mené par Nelly Jouanchin, la formation théorique à savoir le stage représente un lien entre formation théorique et professionnalisation de l'étudiant. Il s'agit du lieu de passage entre l'institut de formation et la réalité du terrain, l'exercice pratique du métier. (Jovic et al., 2010, p. 61)

Ensuite, d'après l'ouvrage de Pascale Thibault-Wanquet, *Les Aidants Naturels Auprès de l'Adulte à l'Hôpital*, la pratique des stages vient compléter la théorie de l'institut de formation. Cette formation théorique permet entre autres de réaliser de nombreux liens entre les différents apprentissages théoriques et de pouvoir les appliquer à la réalité du

terrain. Cette pratique permet également aux étudiants de se poser des questions, de réfléchir à leur manière d'agir en fonction de chaque situation. Cela les positionne dans une posture réflexive sur leurs actes de manière à s'appuyer sur leurs expériences pour leur pratique future (Wanquet-Thibault et al., 2008, p. 81). De plus, la formation pratique les confronte parfois à l'entourage des patients. La formation pratique permet alors de placer les étudiants en situation, et de leur apprendre à réagir, à gérer les différentes réactions plus ou moins complexes de l'entourage (agressivité, anxiété, interrogations...). Il est alors préférable de favoriser cette rencontre entre étudiants et familles, de manière à tendre vers la professionnalisation de l'apprenant. (Wanquet-Thibault et al., 2008, p. 80)

3.3. Les situations relationnelles complexes impliquant les familles

3.3.1. Les différents comportements de l'entourage

Les étudiants, comme les professionnels peuvent se retrouver face à différentes situations relationnelles impliquant l'entourage, plus ou moins complexes. Dans son ouvrage, Pascale Thibault-Wanquet explique la complexité de ces relations par plusieurs types de comportements adoptés par l'entourage. Tout d'abord elle justifie ces situations par l'anxiété ressentie par les familles pour leur proche, mais également pour eux. En réalisant la situation dans laquelle ils se retrouvent, les proches comprennent l'impact que la maladie va avoir sur leurs vies. Ils peuvent également ressentir de la culpabilité envers le patient. Cela va engendrer diverses réactions de leur part envers l'équipe soignante, mais également envers eux-mêmes. Cela peut se traduire par de l'agressivité, des remarques ou questionnements incessants, et pouvant altérer la relation de confiance qui existe entre les soignants et le patient (Wanquet-Thibault et al., 2008, p. 47-48). Toujours dans le même ouvrage, Pascale Thibault-Wanquet détermine cinq comportements différents adoptés par l'entourage des patients. Le premier comportement abordé est celui de la coopération. Le proche porte alors le nom « d'aidant coopérant ». Dans cette situation-là, le proche agit en complémentarité avec le soignant. Il reconnaît la place et l'importance de chacun sans qu'il n'y ait de notion de concurrence et représente alors plutôt un allié. Le deuxième comportement concerne l'hyperprotection. Ici, « l'aidant hyperprotecteur » peut entrer en conflit avec l'équipe soignante du fait de la divergence de son attente, sur la prise en charge de son proche. Cela se matérialise par une trop forte exigence quant à l'équipe soignante. Il va avoir du mal à accepter que cette-dernière ne partage pas forcément son point de vue. Le troisième comportement concerne l'abandon. Dans ce cas de figure, l'entourage, réagit en abandonnant son proche. Il se montre alors absent envers le proche et l'équipe soignante. Le rôle soignant est alors d'autant plus

important qu'il va servir de lien, presque ultime entre le patient et ses proches. Le quatrième comportement est celui de la culpabilité. Le proche se sent endetté envers son parent et attend de l'équipe soignante qu'elle puisse compenser ce qu'il ne peut lui apporter. Le dernier comportement est celui de l'angoisse. L'entourage se retrouve confronté à sa propre angoisse devant l'évolution de la situation de son parent. Il développe alors une forte exigence et une omniprésence auprès de l'équipe soignante. Ce comportement peut également mener à des situations relationnelles complexes. (Wanquet-Thibault et al., 2008, p. 49-50)

3.3.2. Les difficultés engendrées par ces situations relationnelles complexes

Ces situations relationnelles complexes peuvent alors représenter des difficultés pour l'équipe soignante. Tout d'abord, d'après l'ouvrage de Pascale Thibault-Wanquet sur *Les Aidants Naturels Auprès de l'Adulte à l'Hôpital*, une des difficultés que peuvent ressentir les professionnels, notamment les jeunes diplômés, consiste en la peur d'être jugé. (Wanquet-Thibault et al., 2008, p. 24). La présence de la famille lors de la réalisation de soins apporte une crainte d'être remis en question sur ses compétences en tant qu'infirmier. Impliquer la famille à bon escient dans la réalisation des soins permet de faire disparaître cette crainte. Une deuxième difficulté qui peut être rencontrée est lorsque le patient devient plus exigeant envers l'équipe soignante, en présence de leurs proches. Ce genre de situations peut se produire, cependant Pascale Thibault-Wanquet explique qu'en réalité l'entourage peut permettre d'aider le patient à exprimer ses émotions, à le rassurer et à l'accompagner. (Wanquet-Thibault et al., 2008, p. 24). Le soignant doit pour cela les impliquer dans la prise en charge du patient, ce qui peut générer une complexité supplémentaire pour lui car cela implique un partage de place entre soignants et familles. Cette difficulté peut être désamorcée à partir du moment où les rôles sont clairement définis et partagés. Pour autant le soignant peut vivre des situations compliquées générant un sentiment d'impuissance voire de culpabilité lorsque, malgré les soins prodigués, le patient voit son état continuer à se détériorer. Enfin, le patient est rarement seul dans son parcours de soin. Il est entouré de sa famille, plus ou moins proche. Son positionnement est rarement idéal dans sa relation avec les soignants sur ses questionnements et les hypothèses de soin à prodiguer. Pour autant, il n'est pas envisageable pour le soignant de considérer son patient comme une personne unique, mais comme faisant partie d'un groupe social (la famille), qu'il faudrait accepter dans son entièreté. Cela implique alors pour le soignant de construire une communication adaptée incluant le patient et son entourage. La projection que le soignant se fait de la famille idéale ne correspond pas forcément à la réalité de la situation. Ce désalignement entre le contexte familial et la

projection du soignant peut alors générer des situations conflictuelles entre les deux parties sur les attitudes de chacun, les actions de soins... Une formation complémentaire des soignants sur les dynamiques familiales permet alors d'en limiter les apparitions fréquentes (Wanquet-Thibault et al., 2008, p. 24).

Cependant, bien que les difficultés rencontrées puissent venir de l'entourage, elles peuvent également venir de l'infirmier lui-même. En effet, d'après l'ouvrage de Pierre Lebel *Communication Professionnelle de l'Infirmière*, ce dernier se retrouve, du fait de son métier, face à de nombreux paramètres tels que de la confusion ou du stress, qui vont engendrer ces difficultés de relation et de communication avec l'entourage. Ces paramètres doivent être pris comme des axes d'amélioration sur lesquels l'infirmier peut travailler et progresser dans son relationnel avec les proches du patient. (Lebel, 1994, p. 39) Enfin, pour terminer, l'entourage peut désormais contacter les équipes soignantes grâce au téléphone. En effet ce nouveau moyen de communication peut permettre à l'entourage du patient de contacter jour et nuit l'équipe soignante. Cependant il présente certaines limites. L'identitovigilance doit être mise au premier plan de manière à limiter le risque d'erreur et de rupture du secret médical. Le soignant doit être encore plus prudent sur les informations qu'il divulgue à la famille et doit pouvoir s'appuyer sur ce qu'elle sait déjà afin de construire ses propos. La communication en équipe est également importante, car elle permet de valider les éléments qui peuvent être dits et transmis à la famille. (Wanquet-Thibault et al., 2008, p. 74-75)

3.3.3. La communication

La communication représente donc un élément important dans la prise en charge du patient. En effet, d'après Pascal Thibault-Wanquet, « Le besoin d'information est le premier besoin exprimé par les familles. » (Wanquet-Thibault et al., 2008, p. 56-57). Cependant, la famille n'étant pas forcément familière avec le fonctionnement de l'hôpital, des incompréhensions peuvent se produire. Un manque d'information qui n'est pas forcément inquiétant pour le soignant peut l'être et représenter une source d'angoisse importante pour l'entourage et le patient. Il existe de nombreuses raisons qui peuvent expliquer cet écart présent entre soignants et entourage. La première raison, la principale, reste celle de la peur de rompre le secret professionnel. Les informations ne sont alors transmises qu'au patient sans forcément être transmises à son entourage, puisqu'il pourra alors décider lui-même de ce qu'il souhaite leur dire. Cependant, dans la plupart des situations le patient est accompagné d'un entourage qui peut le soutenir, l'aider et l'encourager. Pascal Thibault-Wanquet cite alors Hugues Joublin qui précise que

« Beaucoup de familles sont en recherche d'informations et de conseils qui les aideraient à soutenir plus efficacement le patient » (Wanquet-Thibault et al., 2008, p. 56-57). Ce besoin d'information montre alors leur volonté de s'impliquer dans la prise en charge de leurs proches. À l'instar du patient, la famille souhaite recevoir des informations transparentes et honnêtes, malgré la difficulté de certaines de ces informations. Cette honnêteté permet alors de favoriser l'installation d'une relation de confiance entre patient, entourage, et équipe soignante. (Wanquet-Thibault et al., 2008, p. 56-57)

Comme l'explique Pascale Thibault-Wanquet, en plus de l'installation d'une relation de confiance, la communication entre équipe soignante et entourage permet de favoriser la bonne compréhension mutuelle des informations. Ainsi, les familles peuvent comprendre l'organisation du service de l'hôpital, les soins effectués... et l'équipe soignante peut comprendre les sentiments, les émotions exprimés par l'entourage (Wanquet-Thibault et al., 2008, p. 50). Cela permet de désamorcer les possibles conflits et de favoriser une meilleure relation. De plus, Pierre Lebel dans son ouvrage, précise que l'entourage comme le patient ont besoin d'une communication claire et accessible (Lebel, 1994, p. 84). Ce travail de vulgarisation du vocabulaire médical permet alors de garantir une bonne communication et une meilleure prise en charge du patient (Lebel, 1994, p. 13). Il indique également que la communication doit se faire également dans l'équipe soignante, que la collaboration entre médecins et infirmiers, leur communication représente alors un des piliers qui garantit l'équilibre du milieu hospitalier (Lebel, 1994, p. 12).

3.4. La juste distance soignant-familles

3.4.1. La place et le rôle de l'entourage dans la prise en charge

La question de la place de l'entourage dans la prise en charge se pose alors. Du côté législatif, Pascale Thibault-Wanquet cite dans l'ouvrage, *Les Aidants Naturels Après de l'Adulte à l'Hôpital*, la loi Kouchner du 4 mars 2002. Cette dernière reconnaît alors la place de l'entourage dans l'information médicale concernant le patient. (Wanquet-Thibault et al., 2008, p. 31) De plus, si on regarde le code de la santé publique relatif à l'article R4311-5 en vigueur depuis le 26 juillet 2021, « Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes ou dispense les soins suivants visant à identifier les risques et à assurer le confort et la sécurité de la personne et de son environnement et comprenant son information et celle de son entourage » (*Article R4311-5 - Code de la santé publique - Légifrance*, s. d.). En théorie, le cadre législatif reconnaît

donc la place de la famille comme faisant partie de la prise en charge du patient. Nous pouvons alors nous intéresser à ce qu'il en est en pratique.

Brigitte Guerrin explique l'utilisation des aidants naturels en institution comme « d'envisager l'entourage du patient comme l'un des éléments déterminants de son environnement et de l'efficacité des soins » (*Les Concepts en Sciences Infirmières 2e édition - Monique Formarier, Ljiljana Jovic, s. d., p. 60*). Le soignant n'est donc plus sur une prise en charge patient-centré, comme cela a pu l'être par le passé, mais prend en compte l'entourage comme faisant partie intégrante de son environnement. Pascale Thibault-Wanquet le confirme également dans son ouvrage. Cela permet au patient de conserver un lien social avec sa famille ce qui favorise grandement son processus de guérison (Wanquet-Thibault et al., 2008, p. 39). Elle précise également qu'à chaque fois que le patient se rend en milieu hospitalier, il est en général accompagné de son entourage qui se retrouve touchés et impactés par l'état de santé de leur proche. (Wanquet-Thibault et al., 2008, p. 97-98) L'accompagnement soignant est un des besoins qu'ils peuvent nécessiter, que ce soit pour traverser cette hospitalisation, ou pour apprendre leur rôle d'aidant à domicile. Elle explique que dans l'intérêt du patient et de ses besoins sociaux et affectifs, il est préférable que les soignants accueillent et intègrent mieux l'entourage à l'hôpital. Elle explique que la considération de l'entourage dans la prise en charge du patient est encore trop peu présente dans la médecine actuelle. (Wanquet-Thibault et al., 2008, p. 97-98)

Toujours selon Pascale Thibault-Wanquet, la famille est d'autant plus importante qu'elle permet de désanonymiser le patient. (Wanquet-Thibault et al., 2008, p. 43). Ainsi, ce dernier est vu comme un élément à part entière de sa famille qui peut alors représenter un allié dans sa prise en charge (Wanquet-Thibault et al., 2008, p. 24). L'implication de la famille permet de réaliser un relais, une continuité des soins et d'agir en complémentarité. La confiance et le respect mutuel entre les deux partis restent alors un pilier de la bonne prise en charge du patient. (Wanquet-Thibault et al., 2008, p. 40) Cependant, celle de l'entourage nécessite un changement dans les mentalités et les habitudes de pratiques, de manière à le prendre en compte également. Elle explique que la formation infirmière doit permettre de placer l'entourage comme faisant partie de la prise en charge, dès les années d'études, de former les soignants à son intérêt et ainsi apporter une meilleure qualité de soins. (Wanquet-Thibault et al., 2008, p. 27-28)

3.4.2. Les besoins de l'entourage

L'entourage est considéré comme faisant partie de la prise en charge du patient. Cependant, ceux-ci ont leurs propres besoins qui doivent être satisfaits. Le premier qu'évoque Pascale Thibault-Wanquet dans son ouvrage est celui qu'elle nomme le « besoin de relation avec les membres de l'équipe qui prennent en charge leur proche » (Wanquet-Thibault et al., 2008, p. 58). Pour répondre à ce besoin, elle explique que la relation doit alors contenir le partage d'information (tout en conservant le secret professionnel), de l'écoute et une prise en compte de l'anxiété dont ils font part. (Wanquet-Thibault et al., 2008, p. 58). Le deuxième besoin évoqué est celui de la réassurance pour pallier son anxiété. Pascale Thibault-Wanquet précise alors que cette réassurance ne peut se faire que si l'entourage a une relation de confiance avec les soignants (Wanquet-Thibault et al., 2008, p. 59). Le troisième besoin évoqué va avec celui de la réassurance, il s'agit de la prise en charge des difficultés psychologiques que peuvent ressentir l'entourage et le patient (Wanquet-Thibault et al., 2008, p. 61). Enfin, elle rappelle que parmi les besoins exprimés régulièrement par le patient, celui de l'accueil de ses proches est primordial. Le développement de qualités relationnelles telles que l'écoute ou encore la patience, permet d'y répondre. De plus, en apprenant à connaître les réactions des familles, leurs différents besoins et attentes, les soignants peuvent être capables d'anticiper leurs réactions et d'agir en conséquence. Enfin, le développement de ces qualités va permettre d'assurer une certaine unité au sein de l'équipe soignante dans la prise en charge de l'entourage et participer au développement d'une bonne relation entre les deux partis. (Wanquet-Thibault et al., 2008, p. 62)

3.4.3. La relation de confiance

La relation de confiance représente un des piliers nécessaires à la bonne prise en charge du patient et de sa famille. Dans son ouvrage, Pascale Thibault-Wanquet nous donne l'étymologie latine du mot confiance (Wanquet-Thibault et al., 2008, p. 73). Celui-ci est composé du suffixe *cum* qui signifie « avec », « ensemble » et du verbe *fido* qui signifie « se fier », « croire », « avoir foi ». Elle cite alors Annette Baier qui définit la confiance comme « risquer certains aspects de son avenir en pariant sur la loyauté de la personne à laquelle on fait confiance » (Wanquet-Thibault et al., 2008, p. 73). Pascale Thibault-Wanquet explique que faire confiance à un soignant, « c'est donc se placer dans un état de dépendance et d'espérance à l'égard d'un soignant ; c'est accepter de croire en sa parole, de porter crédit à ses connaissances, à son expérience professionnelle. » (Wanquet-Thibault et al., 2008, p. 73) Elle précise que la confiance n'est pas d'emblée acquise par le soignant. Ses compétences, ses qualités en tant que professionnel le

légitimement auprès du patient et de son entourage, mais il doit cependant travailler pour acquérir cette confiance. Pascale Thibault Wanquet définit ensuite la relation de confiance comme nécessitant « de trouver un juste équilibre entre bienveillance et autonomie, compassion et respect afin d'aboutir à une véritable alliance thérapeutique. » (Wanquet-Thibault et al., 2008, p. 73) Cet équilibre permet de favoriser une bonne relation entre l'équipe soignante et la famille du patient. Elle cite également Walter Hesbeen qui définit huit critères nécessaires à l'élaboration de cette relation de confiance : la chaleur, l'écoute, la disponibilité, la simplicité, l'humilité, l'authenticité, l'humour et la compassion. (Wanquet-Thibault et al., 2008, p. 73) Chacun représente des qualités relationnelles dont les soignants doivent faire preuve, afin d'accueillir les proches de manière adéquate.

3.4.4. La juste distance professionnelle

Bien que le soignant doive accompagner l'entourage, il doit également faire preuve d'une juste distance professionnelle. D'après Pascal Prayez dans son livre *Julie ou l'aventure de la juste distance : une soignante en formation*, « la juste distance est la capacité à être au contact d'autrui en pleine conscience de la différence des places. » (Prayez, 2006a) Il s'agit donc d'accompagner une personne tout en ayant conscience de la position de chacun dans la relation. Toujours d'après Pascal Prayez, dans l'ouvrage *Distance Professionnelle et Qualité du Soin* cette fois-ci, la juste distance professionnelle nécessite de délimiter les relations professionnelles et privées, afin de ne pas tomber dans ce qu'il appelle le « syndrome de la relation d'aide ». (Adiceom et al., 2017) La juste distance permet alors de préserver l'équilibre intérieur du soignant, tout en évitant une projection, une implication excessive qui pourrait le faire souffrir et franchir cette limite entre relation professionnelle et privée. Il explique que la bonne démarche à suivre serait d'être à l'écoute du patient, de sa famille et de ses propres besoins. Cette écoute permet d'ajuster la distance que le soignant souhaite mettre entre la famille et lui. Le soignant doit, tout en étant présent auprès de l'autre, mettre ses sentiments et émotions à distance de la situation. De cette manière, il peut gérer sa juste distance professionnelle tout en répondant aux besoins de l'autre individu. (Adiceom et al., 2017) La juste distance est personnelle et, d'après Pascale Thibault-Wanquet dans son ouvrage *Les aidants naturels auprès de l'adulte à l'hôpital*, les étudiants peuvent alors s'appuyer sur ce qu'ils ont vécu comme situation en stage pour petit à petit se distancier de la famille et du patient, tout en conservant une bonne relation de confiance. (Wanquet-Thibault et al., 2008, p. 80)

4. La phase exploratoire

4.1. Présentation de la méthodologie de l'enquête

À la suite de la construction de mon cadre théorique, j'ai réalisé des entretiens auprès de deux infirmiers. L'objectif, ayant chacun des parcours différents, était de confronter leurs expériences sur mon sujet de mémoire. Pour la méthode d'entretien, j'ai choisi de réaliser des entretiens semi-directifs, qui me permettaient d'orienter leurs réponses sur les thématiques qui m'intéressaient tout en leur laissant leur liberté d'expression.

J'ai contacté un infirmier libéral avec vingt ans d'expérience qui a été mon tuteur de stage de semestre 4, qu'on appellera IDE 1. Ma référente de MIRSI m'a permis de solliciter une infirmière jeune diplômée, travaillant en milieu hospitalier, qu'on appellera IDE 2. Une fois mon guide d'entretien validé, j'ai pu réaliser l'ensemble des deux entretiens. Le premier s'est déroulé en présentiel, avec l'infirmier libéral en libéral depuis 14 ans. Étant régulièrement confronté aux familles des patients, son approche de la communication avec eux, ainsi que la place qu'il y apportait dans la prise en soin de ses patients. De plus, exerçant depuis de nombreuses années, la différence entre la formation actuelle et celle qu'il a connu me semblait pertinente. Le deuxième entretien s'est déroulé en distanciel, avec une jeune diplômée de juillet dernier travaillant en chirurgie digestive, en horaires de nuit. Connaître son point de vue sur sa posture auprès des familles, les difficultés qu'elle pouvait rencontrer et également les outils qu'elle utilise m'ont permis de compléter les recherches effectuées lors du cadre théorique.

Afin de réaliser mon tableau d'analyse, j'ai tout d'abord regroupé chacune des questions posées en fonction d'objectifs, à l'aide de codes couleurs. J'ai obtenu au total 12 objectifs. J'ai ensuite trié les éléments de réponses qui m'intéressaient en fonction de chaque objectif. J'ai ensuite regroupé ces items sous des noms de thèmes dans différents tableaux qui, une fois terminés, m'ont permis de rédiger l'analyse.

4.2. Analyse des résultats

4.2.1. Impact de la formation, de l'encadrement des étudiants en tant que futurs professionnels

Je me suis tout d'abord penchée sur la manière dont l'encadrement et la formation des étudiants les impactent sur leur pratique future. Tout d'abord, les deux infirmiers interrogés ont tenu à préciser qu'il ne s'agissait pas de l'encadrement seul qui impactait l'étudiant, ou bien un seul professionnel, mais un tout. L'IDE 2 précise cependant que l'impact de la formation reste très important. En effet, selon elle, « les pratiques qu'ils

vont voir au final, on sait qu'ils vont s'en inspirer pour leur exercice futur ». Elle évoque notamment l'impact de la formation au niveau des soins relationnels. En effet, l'étudiant, dans son rôle d'observateur du professionnel qui l'accompagne peut également s'inspirer des pratiques relationnelles qu'il trouve pertinentes : « même sur des soins relationnels où on dit que c'est génial, qu'il faut remettre ça, j'en ai plusieurs qui étaient vachement dans l'accompagnement au niveau relationnel avec le patient donc je trouvais que c'était bien. » Enfin, les deux infirmiers évoquent notamment la dimension négative que peut tout de même avoir cet impact sur les étudiants. En effet, ils prennent en compte l'intégralité des soignants et précisent que toutes les pratiques ne sont pas forcément bonnes à prendre. Cependant l'étudiant, dans son rôle d'apprenti peut tout de même les assimiler et s'en ressourcer à posteriori.

4.2.2. Identifier les outils et types d'apprentissages utilisés dans l'encadrement relationnel

Je me suis ensuite penchée sur les différents outils d'apprentissage que les professionnels peuvent utiliser afin d'encadrer les étudiants sur le plan relationnel. L'IDE 1, n'ayant pas réalisé de formation à l'encadrement, est plutôt instinctif dans sa manière de faire et n'utilise pas d'outils en particulier. Cependant, à l'instar de l'IDE 2, ils soulignent tous les deux l'importance de la communication, notamment lorsqu'il s'agit de se préparer en amont du soin, en privé avec l'étudiant, à l'extérieur de la chambre ou du domicile du patient. Cela permet ainsi de pouvoir communiquer avec l'étudiant en le préservant ainsi que le patient. L'IDE 2 introduit également ici la notion de débrief qui permet de revenir sur le soin relationnel avec l'étudiant et d'identifier ses besoins et ses axes d'amélioration.

L'IDE 2 ayant déjà pu encadrer des étudiants dans son service, rappelle l'utilisation d'outils matériels comme la feuille de suivi : « En outil forcément, on a la feuille de suivi, plutôt à la fin de la journée ou des fois si on les a sur deux petites périodes on peut s'appuyer dessus pour voir s'il y a des petites choses à améliorer ». Celle-ci permet alors d'assurer un suivi de l'étudiant et de son évolution lors de la formation pratique. Elle précise également l'importance de favoriser l'entraînement pour l'étudiant. Selon elle, la partie théorique influe sur la formation relationnelle, cependant, la pratique joue majoritairement dessus : « ça en partie avec les cours parce qu'on va avoir une partie théorique, mais je pense surtout en pratique. » Toujours selon l'IDE 2, le relationnel présente également une grande part d'inné. D'après elle, « il y a des choses qui ne s'apprennent pas ». Elle considère que les qualités relationnelles constituent une certaine

base chez chacun des étudiants et des soignants, et ces qualités peuvent se développer par la pratique. Cela fait notamment partie de la raison pour laquelle elle priorise l'autonomie de l'étudiant en le laissant pratiquer au maximum seul, une fois qu'elle a pu évaluer sa capacité à tenir un entretien relationnel. L'étudiant peut ainsi être mis en situation, tout en restant encadré par le débrief qui suit.

Ensuite, l'IDE 2 évoque également l'importance d'un encadrement bienveillant et sécuritaire, que ce soit pour l'étudiant et pour le patient. Ces deux notions permettent de placer l'étudiant dans une situation de confort, optimale à son développement et sa pratique. Elles permettent d'éviter les situations trop complexes qui peuvent le mettre en difficulté ou en danger, le patient et lui. « on peut reprendre la main si on se rend compte que ce n'est pas top, qu'il faut rassurer un peu plus ou qu'il faut développer un peu plus les soins relationnels. » Enfin, les deux IDE soulignent l'importance de l'adaptabilité soignante à chaque étudiant. En effet, ils précisent qu'en fonction de l'âge, de l'année d'étude, de l'expérience... Il faut adapter le discours, les différentes notions enseignées afin que le stage se passe au mieux et que l'étudiant puisse comprendre tout ce qu'il se passe.

4.2.3. Identifier la place et la posture que l'infirmier de proximité doit avoir auprès de l'étudiant.

Tout d'abord, l'IDE 2 souligne le terme de posture d'accompagnant. Elle la décrit comme ayant un « rôle assez important » qui permet alors d'identifier les besoins de l'étudiant en termes d'accompagnement. Cette posture d'accompagnant et permet de favoriser le confort de l'étudiant dans le stage, et donc de favoriser son apprentissage : « confortable dans les pratiques et dans le stage derrière, parce qu'on sait que si on n'est pas confortable dans le stage on ne peut rien donner et on n'apprend pas correctement ». L'IDE 2 souligne également la posture d'aidant auprès de l'étudiant lui permettant d'acquérir au mieux les savoirs et de pouvoir l'aider dans la formation. Par la suite, à plusieurs reprises dans l'entretien, la notion d'écoute est citée par l'IDE 1 et 2. En effet, l'écoute permet alors également d'identifier les besoins de l'étudiant en matière d'accompagnement et de l'aider également dans sa formation.

Ensuite, l'IDE 1 présente la bienveillance comme une des qualités nécessaires au soignant encadrant : « soignant bienveillant ». Il présente également l'infirmier de proximité comme une sorte de guide. En effet, ce-dernier doit montrer les soins à l'étudiant afin qu'il puisse les pratiquer ensuite, et surtout le conseiller. Le guide est là pour transmettre à

l'étudiant les bonnes pratiques, mais également lui dire ce qui ne va pas et comment faire pour s'améliorer, car comme il le rappelle, « l'étudiant est là pour apprendre ». Enfin, ils présentent tous deux la transférabilité comme un grand rôle de l'infirmier de proximité. En effet, il va, du fait de ses conseils, sa manière de montrer les soins, de répondre aux questions et d'expliquer à l'étudiant, participer à son acquisition de connaissances : « c'est un grand rôle, de transfert des savoirs et des pratiques ». L'IDE 1 précise qu'il va également montrer son amour du métier, et pouvoir le transmettre. Il rappelle cependant que l'apprentissage peut aussi se faire dans l'autre sens et que l'étudiant n'est pas toujours l'apprenant : « on peut toujours apprendre quelque chose de l'étudiant aussi, ça va dans les deux sens ».

4.2.4. Appréhender les différences d'encadrement en fonctions des différents types de soins

Les soins relationnels et les soins techniques sont des soins différents, mais interdépendant. Dans la prise en charge d'un patient, il est important de prendre les deux en compte et de les lier de manière à rendre le soin efficace. Cependant, l'IDE 2 différencie tout de même ces deux types de soins. Elle explique alors que les soins techniques ont une tendance à être plus protocolisés, plus répétitifs même s'il existe des différences entre les services. Tandis que les soins relationnels semblent être plus personnels dans leur manière de faire et dépendent de chacun. La manière d'encadrer est alors beaucoup plus libre. D'après l'IDE 2, il existe de nombreuses manières de pratiquer les soins relationnels. Tout d'abord elle explique que chacun est différent et que les soins relationnels en dépendent donc. Ainsi, il existe différents outils pour réaliser les soins relationnels, comme l'humour par exemple. Certains soignants sont plus à l'aise à l'utiliser que d'autres, cependant cela doit être adapté à chaque patient car ils n'y seront pas forcément réceptifs. Ainsi, les soins relationnels dépendent alors à la fois du soignant et du patient.

Enfin, bien que les soins relationnels et les soins techniques soient interdépendants, il existe des moments où ils sont plus ou moins opportuns à utiliser. L'encadrement des étudiants sert alors également à leur apprendre à identifier ces temps dédiés. L'IDE 2 explique ici une situation où elle a dû reprendre la main par rapport à l'étudiante qui réalisait des soins plutôt techniques, là où les soins relationnels étaient plutôt de mise. Elles ont tout de même pu en débriefer par la suite en dehors de la chambre.

4.2.5. Encadrement des étudiants lors de situations relationnelles complexes avec les familles

Si l'encadrement relationnel se déroule en grande partie en présence des patients, il arrive parfois que l'étudiant se retrouve en contact avec les familles. Je me suis donc interrogée sur la manière d'encadrer l'étudiant lors de situations complexes avec les proches. L'IDE 1 a commencé par rappeler l'importance d'introduire l'étudiant à la famille de manière à établir un premier contact. Ensuite, l'IDE 2 évoque l'intérêt de pratiquer pendant les années d'études, en particulier lors des stages. En effet, elle explique que ces mises en situation favorisent leur apprentissage et leur permettent de se préparer au mieux à la suite du diplôme. Il faut donc que l'étudiant puisse être le plus en contact possible avec l'entourage afin de s'exercer au maximum : « j'essayerais de le laisser communiquer au maximum avec la famille parce que c'est comme ça qu'il faut apprendre ».

Enfin, elle précise de sécuriser au maximum l'étudiant dans ces mises en situation : « c'est quand même important de les sécuriser tout en les laissant communiquer en fait ». En effet, il peut parfois arriver que l'étudiant se retrouve dans des situations plus complexes où il est mis en difficulté. A ce moment-là, l'IDE 2 explique qu'elle reprend la main afin de le sortir de cette situation. Elle fait également en sorte, en fonction de l'étudiant, de choisir des familles adaptées à son niveau : « on va choisir aussi la famille aussi, on sait qu'il y en a qui sont plus simples que d'autres ».

4.2.6. Evolution et intérêt de l'apprentissage relationnel

Au début de sa carrière professionnelle, l'IDE 1 précise que le jeune professionnel réalise la concrétisation de ses années d'études. Il se retrouve dans le milieu professionnel avec tout ce qui va avec. L'IDE 2 ajoute que l'apprentissage, relationnel et technique n'est pas terminé à la sortie du diplôme. Elle décrit les jeunes professionnels, comme n'étant pas très confiants, rassurés. Et selon elle, cela impacte la prise en charge des patients dans le sens où il est difficile de rassurer une personne en étant peu confiante et rassuré soi-même. Cependant, chacun des infirmiers évoque une évolution de cette confiance dans ses soins relationnels avec l'expérience. A distance de la diplomation, les deux infirmiers précisent être plus sûrs d'eux, donc plus confiants. L'IDE 2 explique alors pouvoir mieux accompagner, que ce soit le patient ou l'étudiant, car elle comprend mieux les différentes situations qui peuvent se produire et agir en conséquence. L'impact que portait ce manque de confiance, de réassurance sur la prise en charge des patients à la sortie de diplôme, est alors réduit et permet de mieux appréhender les situations complexes « avec l'expérience,

on n'en a pas une grosse pour l'instant, mais comme on est plus rassurés, on va pouvoir être plus rassurant, et on a plus de données donc on va pouvoir donner plus d'éléments de réponse aux patients ».

Sur la question de l'apprentissage du relationnel lors de la formation, l'IDE 1 acquiesce son importance. Il précise alors que le ressenti du patient sur la qualité du soin en est impacté. Ce dernier ne souhaite pas uniquement un « exécuteur de soin » et apprécie les échanges relationnels qui peuvent se produire : « il aime aussi le bonjour, le relationnel, le contact, le sourire, la bienveillance ». L'IDE 2 porte alors son propos sur l'intérêt de pratiquer lors des années d'études. Cela permet de limiter le manque de confiance en soi et d'acquérir différents outils afin de répondre aux attentes des patients et de leurs familles : « certaines choses qui peuvent revenir et du coup on a une idée de certaines orientations de réponses, certaines grandes lignes de notre discours qui peuvent revenir. Et du coup, on va savoir mieux rebondir aux attentes du patient si on s'est déjà exercé ». S'exercer lorsqu'on est étudiant est alors important pour expérimenter des situations qui posent souci si elles n'ont pas été déjà vécues. Cependant, elle rappelle tout de même que cette prise en charge relationnelle ne doit pas impacter son apprentissage des autres compétences. Un équilibre est nécessaire : « ce n'est pas le rôle de l'étudiant non plus de faire ça tout le temps. C'est bien d'aider, de faire au mieux pour le patient, mais on n'est pas là pour accompagner le patient toute la journée à aller marcher. ».

4.2.7. Montrer l'évolution de la place de l'apprentissage relationnel dans la formation infirmière.

Grâce aux profils différents des infirmiers interrogés, j'ai pu étudier l'évolution de l'apprentissage relationnelle dans la formation infirmière. D'après l'IDE 1, dans la formation infirmière des années 1990, le relationnel n'occupait alors qu'une place peu présente. Il y exprime alors deux possibilités. Soit il ne s'en souvient pas : « je n'ai pas trop de souvenirs d'avoir eu des modules sur les relations humaines », soit il explique ne pas avoir eu d'apprentissage relationnel : « Il y avait aussi une grosse partie législation, mais relationnelle non ». L'IDE 2 quant à elle y trouve une place plus présente de l'apprentissage relationnel, mais dépendant tout de même des lieux de stages. Selon elle, les stages en service psychiatriques restent les lieux les plus propices à la pratique et l'apprentissage du relationnel. Elle précise tout de même que cet apprentissage est nécessaire à la prise en charge des patients et fait partie des critères pour qualifier une journée de travail de « réussie » : « on n'a pas le temps de faire des soins relationnels, pour moi on n'a pas fait une bonne journée » .

4.2.8. Identifier les outils à utiliser lors de difficultés rencontrées avec l'entourage

L'IDE 1 prône une approche plutôt patient-centrée de sa prise en charge. En effet, il explique se concentrer sur le patient et le mettre au centre de son occupation. L'entourage, selon lui, vient en second plan : « je fais abstraction de la famille puisque le soin se concentre surtout sur le ou la patiente ». Son approche lui permet alors de pouvoir tourner son attention uniquement sur le patient. Il ajoute cependant rester disponible pour répondre aux interrogations de la famille, échanger avec eux si c'est nécessaire : « Après je peux répondre aux interrogations de la famille, expliquer les choses, échanger... ».

Lors d'une situation qui les mette eux ou l'étudiant en difficulté, l'IDE 1 et 2 préconisent une attitude calme et bienveillante : « Je reste zen », « Après il faut toujours dire ça gentiment, en restant un minimum correct ». Cette approche-là permet de pouvoir désamorcer la situation dans le calme, tout en expliquant les choses à l'entourage, même si ce n'est pas forcément ce qu'ils souhaitent entendre. Dans les situations données en exemple, il s'agit par exemple de pousser gentiment la famille à partir de la chambre pour laisser le patient se reposer ou encore d'expliquer calmement que « le but de l'étudiant c'est d'apprendre ». Cependant, si la situation ne se désamorce pas, ils expliquent bien la possibilité de pouvoir déléguer. Par exemple, dans les situations données, l'étudiant laisse la main à l'infirmier sur la réalisation du soin, et l'infirmière du service redirige l'entourage vers le médecin du service qui a une posture différente et des éléments de réponses différents.

4.2.9. Identifier l'importance de la communication dans la prise en soin

Tout d'abord, l'IDE 2 explique que la communication est primordiale dans la prise en soin des patients. Elle est importante à la fois lors de soins techniques et de soins relationnels. Selon elle, c'est cette communication qui va permettre de les rassurer, et de les mettre au centre de leur prise en charge. Elle considère que le fait que le patient comprenne ce qui lui arrive lui permet d'être le plus au clair de sa situation, et d'être le plus autonome possible : « Je trouve ça important quand même pour que le patient ait au maximum la main mise sur sa prise en soin, qu'il soit le plus autonome possible et qu'il comprenne la situation ».

Selon l'IDE 2 et l'IDE 1, la communication est une des clés pour instaurer une relation de confiance avec le patient. En effet, c'est ce lien qui permet d'assurer une continuité des

soins dans un climat de confiance, et d'assurer la compréhension claire du patient vis-à-vis de ses soins. Cependant, bien qu'ils placent l'échange et les explications en avant dans la communication, ils précisent tout de même l'importance de l'écoute active dans la relation au patient. L'écoute occupe une place primordiale dans la communication, permettant de rendre la prise en charge optimale : « on essaye d'amener ça avec les différents outils qu'on a pour la communication qui vont quand même permettre de pouvoir leur faire comprendre les choses. L'écoute active ça va être hyper important ».

Enfin, l'IDE 1 ajoute que la communication peut permettre au patient d'aborder des sujets autres qu'en lien avec la pathologie et de l'associer à autre chose qu'uniquement sa condition de santé : « La communication est hyper importante, savoir discuter avec un patient c'est aussi faire oublier d'autre chose pendant que tu fais le soin, de parler de tout et de rien, c'est aussi faire oublier sa maladie ». L'IDE 1 ajoute également que l'honnêteté prend une place importante dans la communication. Avec le patient et la famille, la transparence vis-à-vis de ses actes, de ses soins, et même au niveau de ses erreurs favorise la relation de confiance.

4.2.10. Montrer l'importance de l'entourage dans la prise en charge des patients

L'IDE 1 et 2 sont d'accord pour donner une place importante des proches dans la prise en charge : « Elle est importante, c'est toujours important qu'il y ait de la famille autour d'un patient », « hyper important ». L'IDE 2 précise par ailleurs que même s'ils ne sont pas ceux à soigner, ils vont être présents, avec leurs inquiétudes et leurs interrogations, et font donc de toute manière partie de la prise en charge.

En s'intéressant à la place que les deux infirmiers leur donnent, l'IDE 2 penche plutôt pour une posture aidante de l'entourage. Elle précise que cela reste très dépendants des familles, cependant, ils peuvent être là pour réaliser des soins que les soignants n'ont pas forcément le temps de réaliser dans la journée. La famille, connaissant son proche, peut participer à la relation soignant-soigné en rassurant le patient, ou bien en lui réexpliquant des choses qu'il n'aurait pas forcément comprises : « il y a des situations où ils rassurent, ils peuvent réexpliquer, notamment avec les personnes âgées ou il peut y avoir des problèmes d'audition, de compréhension parfois ». Du fait de leur statut de proches, ils ont une certaine légitimité dans leurs dires et peuvent également pousser le patient à faire confiance à l'équipe soignante, ce qui permet une prise en charge plus aisée.

Cependant, les proches peuvent également représenter des obstacles à la prise en charge. D'après l'IDE 1, notamment en libéral, les proches peuvent être omniprésents, si ce n'est trop et presque parasiter la prise en charge du fait de leurs questions, ou leur volonté de participer. La communication avec le patient peut alors être altérée et il en est de même pour la prise en charge : « tu verras si tu fais du libéral plus tard mais dans la famille du patient il y a des parents qui sont là mais qui ne sont pas présents et d'autres qui sont omniprésents, qui posent des questions, qui sont aux petits soins, qui aiment bien être là, des fois un peu trop ». Les deux infirmiers expriment également le cas de figure où l'angoisse de la famille peut prendre le dessus sur le lien établi entre les soignants et les patients et le rendre plus agité, voire lui faire perdre cette confiance établie envers eux.

L'IDE 2 précise tout de même que si les proches ont parfois une posture d'obstacle, il est possible de les faire passer à une posture d'aidant, et inversement. C'est là le rôle du soignant. Elle explique alors que si le soin relationnel, la communication avec les familles se fait bien, que les choses sont bien expliquées, l'entourage peut devenir aidant : « Ils peuvent avoir les deux rôles, et après, c'est à nous de les inclure. Une famille qui n'est pas aidante peut le devenir je pense si on communique bien, on fait bien les soins relationnels, et inversement aussi. Mais si au final on communique bien avec la famille, ils vont des fois pouvoir devenir aidant, même si des fois on sait que ce n'est pas facile et que ça va être compliqué ».

C'est là qu'intervient le rôle infirmier avec les proches. Ce-dernier va consister à, comme avec le patient, expliquer, rassurer, communiquer. Il va s'assurer que ce qui est dit est bien compris, que l'entourage n'est pas laissé de côté et est bien au clair de la situation. L'IDE 2 explique également qu'en fonction des services, comme la médecine par exemple, il est plus aisé de proposer des entretiens médicaux avec la famille. La collaboration médecin/infirmier joue également un rôle important dans la prise en charge de l'entourage. L'IDE 2 explique que parfois seulement parler avec un soignant n'est pas forcément suffisant et que c'est à ce moment-là qu'il faut être capable de rediriger vers le médecin qui apportera d'autres éléments de réponse, qui peuvent mieux leur convenir.

4.2.11. Donner un sens à la juste distance professionnelle avec l'entourage, selon deux soignants

L'IDE 2 définit cette juste-distance comme étant assez proche de celle du patient. Elle la définit également comme étant situation-dépendante. Elle explique que cette juste-distance est évolutive en fonction de chaque soignant. En effet, certaines situations vont

toucher plus personnellement certains soignants que d'autres, c'est pourquoi les deux infirmiers expriment l'importance du juste milieu. Ce juste milieu, propre à chaque soignant, représente la limite entre empathie soignante et attachement émotionnel : « il faut qu'on ait de l'empathie, mais il ne faut pas non plus qu'on soit trop proche émotionnellement ». L'IDE 1 précise qu'elle est plutôt innée. La juste distance porte également une grande part de relationnel. Ce relationnel sert alors, entre autres, à l'élaboration d'une relation de confiance ce qui favorise l'alliance thérapeutique. Enfin, la juste distance a avant tout un rôle de protection du soignant. L'IDE 2 précise que les soignants restent humains et doivent pouvoir tracer une limite entre le professionnel et le personnel. Si les situations les impactent de trop sur leur vie personnelle, la juste distance n'est alors pas suffisante : « il faut qu'on se protège parce qu'on reste des humains, et il faut qu'on arrive à encaisser et le soir quand on rentre à la maison, être bien quoi ». L'équipe soignante représente alors une ressource afin de se préserver. En effet, la communication entre équipe est primordiale afin de désamorcer des situations, voire de laisser la main.

4.2.12. Montrer le but et l'évolution au cours de la carrière de la juste distance

L'IDE 2 évoque une juste distance dépendant de multiples facteurs et évolutive tout au long de la carrière, grâce aux pratiques et connaissances acquises avec l'expérience. Elle cite également la confiance en soi comme étant un facteur d'évolution. Certaines situations vont pouvoir être moins impactantes sur les soignants et leur permettre de réagir différemment : « avec notre confiance en nous, notre assurance en tant que soignant font que notre distance évolue un petit peu, on va se permettre certaines choses qu'on n'aurait pas fait et inversement ». Enfin, en termes de facteurs, elle cite également la fatigue entre autres qui influe ponctuellement sur la juste distance.

L'IDE 1 et 2 précisent tout de même que la juste distance représente un travail difficile, mais nécessaire à réaliser. L'IDE 1 explique que selon lui il n'est pas possible d'appliquer à 100% cette juste distance. Pour lui, certaines situations, certains patients, ne permettent pas de pouvoir observer entièrement la juste distance. Par ailleurs, l'IDE 2 rappelle l'importance de passer cette ligne entre le professionnel et le personnel à la fin du service et au moment de rentrer chez soi. « un travail de réussir à désamorcer le truc, typiquement quand on rentre à 7h, 8h du matin c'est de réussir à mettre un peu distance avec le travail, de passer la barrière du travail et du perso ». Enfin, ils rappellent tous deux qu'il leur arrive de devoir craquer lorsque la juste distance n'est pas assez présente, et l'IDE 1 explique que c'est une bonne chose, car c'est la preuve de leur empathie et de leur humanité en tant

que soignants : « c'est un comportement complètement humain. Heureusement qu'on craque de temps en temps aussi, être infirmier c'est être empathique, l'empathie c'est hyper important. C'est ce qui te permet d'exercer, de ressentir ce que les patients ressentent ». Ainsi, ils expriment la juste distance comme étant importante en tant que soignant, mais normalisent également le fait de ne pas pouvoir l'appliquer entièrement, ce qui permet de les rendre humains dans leur manière de prendre en charge les patients, et leur famille.

5. Discussion

Je suis partie de deux situations vécues en stages qui m'ont tout d'abord permis d'énoncer une question de départ : « En quoi la posture de l'infirmier de proximité impacte-t-il l'apprentissage par l'étudiant, de la juste distance dans des situations relationnelles complexes impliquant les familles ? » Cette question de départ m'a permis d'aborder quatre notions, de réaliser des recherches théoriques dessus et d'interroger différents professionnels sur leurs points de vue.

La première notion que j'ai abordée était la posture de l'infirmier de proximité. Si on reprend ce que nous dit Anne-Marie Mottaz, l'infirmier de proximité adopte une posture de mentor auprès de l'étudiant (*Les Concepts en Sciences Infirmières 2e édition - Monique Formarier, Ljiljana Jovic, s. d., p. 43*). Cela implique de construire une relation de confiance avec l'étudiant, afin de partager avec lui ses connaissances et son expérience. Sans forcément parler de la posture de mentor, les deux infirmiers soulignent cependant la notion de transférabilité des savoirs et la considèrent comme un grand rôle de l'infirmier de proximité. Je pense que cette capacité de transmettre des savoirs à l'étudiant est avant tout la première qualité de l'infirmier de proximité. En tant qu'individu seul, il n'impacte pas totalement la pratique professionnelle de l'étudiant. Pour autant, ce qu'il va lui apporter, sur le domaine des soins techniques, relationnels, ou encore de l'organisation vont forcément rencontrer ce que les autres infirmiers lui auront apporté et ainsi participer à sa construction en tant que futur professionnel. L'étudiant arrive sur le terrain de stage avec sa propre expérience, ses propres connaissances qui peuvent toujours être modulées. L'infirmier a une certaine légitimité sur les savoirs qu'il peut transmettre du fait de sa posture de professionnel. Ils ne peuvent cependant être correctement transmis que s'il sait comment s'y prendre.

La deuxième posture abordée par Anne Marie Mottaz est celle de l'accompagnant. Elle exprime ici l'accompagnant comme devant être respectueux de l'autre par rapport à son expérience et ses valeurs. Des qualités comme l'écoute, la valorisation ou la disponibilité lui sont requises (*Les Concepts en Sciences Infirmières 2e édition - Monique Formarier, Ljiljana Jovic, s. d., p. 43*). L'IDE 2 exprime d'ailleurs cette posture d'accompagnant comme étant importante et

permettant d'identifier les différents besoins de l'étudiant. Cette posture permet alors un encadrement sécuritaire et bienveillant, favorisant l'utilisation de l'écoute et de la communication. Je suis plus en accord avec cette posture-ci que la précédente. La posture de mentor et de mentoré me rappelle la posture d'enseignant et d'élève. Même si l'étudiant reste en apprentissage, le soignant ne représente pas pour moi un enseignant dans son domaine. Il n'a pas forcément suivi de formation pédagogique, comme le confirment les deux infirmiers interrogés et représente plus un accompagnateur dans l'évolution de l'étudiant. L'infirmier de proximité participe certes à son apprentissage et à son évaluation, mais représente plus une ressource qu'un enseignant en lui-même. Il peut d'ailleurs comme le cite l'IDE 1 apprendre également de l'étudiant et progresser avec lui.

Le troisième rôle évoqué consiste en la conservation de l'autonomie de l'étudiant. Cela correspond à un des attendus du diplôme d'infirmier à savoir, être capable d'agir en pleine autonomie, quel que soit la situation et ce sur l'ensemble du territoire français. Nathalie Warchol identifie quatre critères de l'autonomie : la prise de décision pour soi-même, la maîtrise de son environnement, la gestion de sa relation avec les autres, en particulier de son interdépendance aux autres et enfin d'agir en pleine conscience de ses actes (*Les Concepts en Sciences Infirmières 2e édition - Monique Formarier, Ljiljana Jovic, s. d., p. 43*). L'IDE 2 apporte alors son accord avec cette auteure, en partageant son expérience en tant qu'étudiante et en tant qu'infirmière de proximité. Elle privilégie la construction de la propre autonomie de l'étudiant, tout en le sécurisant. Je pense que l'autonomie reste un des critères nécessaires à l'évolution de l'étudiant vers la pratique en tant que professionnel. Bien qu'il soit toujours apprenant et qu'il puisse réaliser des erreurs, il me semble intéressant de le laisser se retrouver confronté à diverses situations plus ou moins complexes, qu'il puisse essayer de désamorcer seul. L'infirmier de proximité peut ainsi rester à ses côtés en cas de besoin, tout en le laissant mener la situation. Il peut également l'aider en le préparant en amont comme le préconise l'IDE 1 et réaliser un débrief avec lui par la suite. Je pense cependant que laisser l'étudiant expérimenter pendant ses années d'études reste le meilleur moyen de lui laisser l'occasion d'apprendre à agir et réfléchir seul, ainsi que de pouvoir réaliser des erreurs. Le statut d'étudiant lui permet de bénéficier d'un encadrement sécurisant en cas d'erreur, ce dont il ne pourra plus bénéficier lorsqu'il sera professionnel. Le laisser pratiquer ainsi lui permet pour moi de favoriser son autonomie tout en le sécurisant.

Pour finir sur cette première notion, les auteurs abordent la question de la responsabilité. Pour citer à nouveau Nathalie Warchol, « il ne peut y avoir d'autonomie sans responsabilité » (*Les Concepts en Sciences Infirmières 2e édition - Monique Formarier, Ljiljana Jovic, s. d., p. 88*). Cette-dernière représente alors un état de conscience, une mesure des risques prise lors de la réalisation de ses actes, qui vont permettre d'en assumer pleinement les conséquences. L'IDE 2 évoque rapidement la question de la responsabilité que prend le soignant, qu'il soit étudiant ou professionnel, en

s'adressant à l'entourage. Cependant, cette notion me semble primordiale dans le sens où, si le jeune professionnel agit en pleine autonomie, mais sans pleine conscience de ses actes ou de capacité à assumer ses erreurs, il ne peut être qualifié à exercer correctement. L'infirmier est amené à manipuler de nombreux thérapeutiques et à réaliser de nombreuses surveillances. Prendre connaissance du degré de responsabilité qu'implique chacun de ses actes fait à mon sens partie de l'apprentissage de l'étudiant. Il devra être capable de prendre en considération sa responsabilité dans la réalisation de ses actes mais également celle des étudiants qu'il accompagnera à son tour. Pour terminer sur cette première notion, si je devais donner mon idée sur la posture de l'infirmier de proximité, je dirais que c'est avant tout un accompagnant doté d'une capacité à transmettre ses connaissances et son expérience. C'est un accompagnant qui construit une relation de confiance avec l'étudiant qu'il encadre en utilisant l'écoute, la valorisation et en se montrant disponible. Il doit également faire preuve d'adaptabilité pour chacun des étudiants et doit favoriser leur autonomie tout en les sécurisant. Il peut ainsi réaliser une préparation de chaque situation avec eux ainsi qu'un débrief ultérieur, de manière à les accompagner au mieux en assurant à la fois leur sécurité et celle du patient. Enfin, il participe à sa prise de conscience sur sa responsabilité, en tant que futur professionnel.

La deuxième notion que j'ai décidé d'aborder était l'apprentissage relationnel de l'étudiant. Mes recherches auprès des auteurs ont alimenté quatre concepts, que j'ai pu détailler dans le cadre théorique. Le premier concept consistait en l'apprentissage lui-même ainsi que sa définition. Pour reprendre les mots de Nicole Jeanguiot, l'apprentissage correspond à « la période pendant laquelle quelqu'un apprend un savoir-faire nouveau et le processus par lequel ce savoir nouveau s'acquiert » (*Les Concepts en Sciences Infirmières 2e édition - Monique Formarier, Ljiljana Jovic, s. d., p. 72*). J'ai plutôt tendance à être en accord avec cette définition car, à mon sens, l'apprentissage ne se limite pas uniquement à l'assimilation immédiate d'un nouveau savoir, mais également en la répétition de ce savoir, à tout ce que la personne va mettre en œuvre pour que cette nouvelle connaissance soit correctement assimilée sur le long terme. La formation en alternance dont parle Nicole Jeanguiot permet notamment de répondre à cette répétition de savoir puisque l'élève infirmier se retrouve dans des situations qui se répètent et lui permettent tout au long de ses stages de conserver ses acquis. La dernière partie que j'ai abordée dans ce premier concept consistait alors en la confiance en soi. Brigitte Guerrin nous apporte une définition de la confiance en soi comme étant « le sentiment d'être capable de réussir ce que l'on entreprend, c'est également une composante de l'estime de soi » (*Les Concepts en Sciences Infirmières 2e édition - Monique Formarier, Ljiljana Jovic, s. d., p. 186*). La confiance en soi aide selon moi à intégrer ses apprentissages, à pousser l'étudiant à se sentir en sécurité et donc à s'essayer à plus de nouvelles choses. La confiance en soi se développe notamment avec l'expérience et la pratique comme le

confirme l'IDE 2. Enfin, pour reprendre ses mots, cette confiance en soi doit alors être favorisée par l'infirmier de proximité, en créant à l'étudiant un environnement sécurisant et confortable.

Le deuxième concept abordé par Philippe Zarifian est celui de la compétence qui semble alors résulter de l'apprentissage. Et, pour le reformuler, c'est la compétence qui permet au professionnel ou à l'étudiant de pouvoir s'adapter en fonction de chaque situation grâce aux connaissances et savoirs acquis (*Les Concepts en Sciences Infirmières 2e édition - Monique Formarier, Ljiljana Jovic, s. d., p. 111*). L'adaptabilité me semble une notion importante à considérer, notamment dans le relationnel ou chaque patient, chaque soignant est différent. L'IDE 2 le rappelle en expliquant que chaque soignant a des manières de faire très différentes sur le relationnel, là où le soin technique est déjà un peu plus protocolisé. Je pense que ça a tout de même son importance dans le sens où certains patients ou même leur entourage seront plus réceptifs que d'autres à l'humour par exemple ou encore l'empathie. Et le fait d'avoir la compétence, d'avoir pratiqué et pris de l'expérience permet cette plus grande adaptabilité à chacun. Et la réflexion que peut avoir un soignant, les questions qu'il se pose pour savoir comment appréhender une situation, plutôt que d'agir sans réfléchir fait pour moi partie des qualités soignantes.

Le troisième concept consistait ensuite en l'implication de l'étudiant dans son apprentissage. Dans cette partie du cadre théorique, nous avons pu voir que d'après Christine Mias, le degré d'implication de l'étudiant dans une situation impacte l'apprentissage qu'il peut en tirer. Elle explique alors qu'il est plus intéressant pour l'étudiant qu'il ait une position de volontaire dans la participation à différentes situations. Cette posture volontaire est intéressante pour lui afin de faire ressortir les apprentissages qu'il puisse pratiquer et assimiler (Jovic et al., 2010, p. 47). Et cette notion d'implication ne concerne pas uniquement l'étudiant. Comme l'IDE 2 l'explique, à l'instar de celui-ci, si l'entourage est impliqué, inclus dans la prise en charge, il peut mieux comprendre et ainsi mieux accompagner et soutenir le patient. Je pense effectivement que cette implication, qu'elle vienne de l'étudiant ou de l'infirmier de proximité favorise l'apprentissage de l'étudiant. Si ce dernier est dans une attitude active et non passive, il peut pratiquer plus de soins et ainsi s'entraîner et assimiler des compétences.

Le dernier concept abordé dans cette notion est celui de la formation pratique. Il y était dit par Nelly Jouanchin que la formation pratique représente alors le lien entre l'institut de formation et l'exercice pratique du métier (Jovic et al., 2010, p. 61). En effet comme le disent les deux infirmiers, les soins relationnels et techniques restent des soins interdépendants ayant tous les deux leur importance. De plus, dans le cadre théorique, nous avons pu citer l'œuvre de Pascale Thibault-Wanquet qui expliquait alors que les stages venaient compléter le théorique de l'institut de formation (Wanquet-Thibault et al., 2008, p. 81). Et c'est cette pratique qui venait former la réflexivité des étudiants ainsi

que leur permettre de pouvoir s'appuyer sur ces expériences pour leur pratique future. Il était également dit que les stages permettent de se confronter à l'entourage des patients, et ainsi pouvoir les mettre en situation et leur apprendre à appréhender ces rencontres. En effet pour reprendre les dires de l'IDE 2, elle préconise alors de laisser pratiquer l'étudiant au maximum pendant ses années d'études. Elle donne d'ailleurs une situation où elle a pu réaliser un apprentissage relationnel avec une étudiante. J'ai voulu questionner les deux infirmiers sur leur pratique du relationnel au début de leur carrière et ce qu'il en était à présent. En effet, comme l'a expliqué l'IDE 2, l'apprentissage à la sortie du diplôme n'est pas encore terminé et continue de se réaliser pendant les années qui suivent. Je voulais donc avoir leur expérience personnelle entre un infirmier diplômé depuis plusieurs décennies et une infirmière diplômée depuis quelques mois. Et malgré leurs différences de profils, les réponses qu'ils ont pu fournir étaient sensiblement les mêmes. En effet, il en est ressorti pour tous les deux qu'au début de leur carrière, ils étaient peu confiants, se posaient beaucoup de questions et de nombreuses situations pouvaient les effrayer. Avec la pratique et l'expérience, ils ont pris peu à peu confiance en eux et en leur capacité à gérer ce genre de situations. Ces réponses démontrent à mon sens l'intérêt de la pratique quotidienne. Plus une compétence est pratiquée par un individu, plus il se rapprochera de sa maîtrise de cette compétence. Pour le relationnel, bien qu'il reste dépendant de chaque patient, entourage et soignant, et qu'il y ait une certaine part d'innée, la pratique quotidienne reste un des meilleurs moyens à mon sens de se sentir plus à l'aise et d'appréhender au mieux différentes situations relationnelles complexes. Cela démontre pour moi l'importance de l'apprentissage relationnel dans la formation. Plus tôt les étudiants sont confrontés à des situations relationnelles, plus ils seront à l'aise en tant que jeunes professionnels. Et cette posture d'étudiants leurs permet, grâce à l'infirmier de proximité, de pouvoir interagir dans de bonnes conditions, de manière sécuritaire avec la famille.

Pour finir sur cette notion, je voulais également questionner les professionnels sur l'évolution de la place du relationnel dans la formation infirmière. En effet, ayant pu interroger deux infirmiers diplômés à une trentaine d'années de différence je voulais comparer les différences de l'apprentissage relationnel en fonction de différentes périodes. Et j'ai pu observer du fait de leurs réponses que la place de l'apprentissage relationnel avait évolué. En effet, dans la fin des années 1990, L'IDE 1 explique n'avoir pas de souvenirs d'avoir eu une formation spécifique aux soins relationnels, là où l'IDE 2 explique en avoir eu une, favorisée notamment par les lieux de stages comme la psychiatrie. Mon expérience en tant qu'étudiante me permet de confirmer les dires de l'IDE 2 et d'approuver l'importance de cet enseignement dans la formation.

La troisième notion qui m'a interpellée était celle des situations relationnelles complexes impliquant l'entourage. De cette notion, j'ai pu retirer trois pistes de recherches. La première concerne les différents comportements de l'entourage face à l'hospitalisation de l'un de leur proches. C'est à

nouveau Pascale Thibault-Wanquet qui dans son ouvrage nous permet d'identifier plusieurs comportements plus ou moins aidants de l'entourage. Les différents comportements identifiés sont la coopération, l'hyperprotection, l'abandon, la culpabilité et l'angoisse. Chacun de ces comportements traduit alors de l'anxiété de l'entourage pour leur proche et de la manière dont chacun peut réagir (Wanquet-Thibault et al., 2008, p. 47-48). Les soignants se retrouvent alors confrontés à ces comportements et doivent apprendre à les appréhender. D'après l'IDE 2 la famille possède parfois une posture plutôt aidante. Les deux infirmiers expriment cependant que l'entourage peut être parfois plutôt obstacle dans la prise en charge, en étant trop présents par exemple ou en étant trop demandeurs. Je pense en effet que l'entourage peut avoir plusieurs postures en réalité. Pour moi cela dépend également des liens qu'il entretient avec son proche hospitalisé. De l'expérience que j'ai pu avoir lors de mes stages en tant qu'étudiante, je me souviens de ne pas avoir été forcément en accord à chaque fois avec les infirmiers qui m'accompagnaient sur l'entourage d'un patient. Une famille qui pouvait leur paraître trop présente me paraissait plutôt inquiète et avait besoin d'être rassurée. Et à l'inverse, je me retrouvais parfois en difficulté avec l'entourage d'un patient, là où l'infirmier de proximité ne voyait pas de problème. Je pense alors que l'entourage peut avoir à la fois une posture d'aidant, et une posture d'obstacle, mais que la manière dont l'infirmier va pouvoir les prendre en charge va grandement influencer cette posture.

L'ouvrage de Pascale Thibault-Wanquet m'a permis d'identifier différentes difficultés. La première concerne en majorité les jeunes professionnels, et par conséquent les étudiants également. Il s'agit de la crainte d'être jugée sur sa compétence en tant que soignant, par la présence d'une tierce personne à savoir ici de l'entourage (Wanquet-Thibault et al., 2008, p. 24). La deuxième difficulté concerne le changement de comportement du patient en présence de son entourage (Wanquet-Thibault et al., 2008, p. 24) Cette difficulté inclut alors également la projection que se fait le soignant de l'entourage idéal, qui diffère bien souvent de la réalité et engendre une nouvelle difficulté (Wanquet-Thibault et al., 2008, p. 24). Ce genre de difficultés que décrit l'auteur me parle car ce sont des situations que j'ai déjà rencontrées sans forcément savoir comment les désamorcer. J'ai cependant pu observer qu'en restant relativement calme et bienveillant, en n'élevant pas la voix et en se montrant à l'écoute, les situations conflictuelles finissent par disparaître. Avec le temps et l'expérience, le soignant s'habitue et arrive même à mettre à profit la tierce personne qui représentait alors une source d'angoisse pour lui. Lors des entretiens, l'IDE 1 et 2 ont pu me confirmer que l'utilisation de la bienveillance et le respect d'une attitude calme arrivait à désamorcer les situations complexes. Ils expliquent alors également qu'en cas de besoin, si la situation devient trop complexe, le soignant n'est jamais seul en service. Il peut alors appeler ses collègues pour venir l'aider, ou bien même transférer le sujet au médecin. Cependant, bien que les situations relationnelles complexes puissent être engendrées par l'entourage, elles peuvent également venir du soignant lui-même. En effet, comme le dit Pierre Lebel, le stress, la pression sous laquelle les soignants travaillent en

permanence peuvent engendrer des difficultés relationnelles avec l'entourage (Lebel, 1994, p. 39). Il faut alors selon moi prendre en compte le fait que la difficulté ne vient pas forcément que d'un côté, mais peut également venir de l'autre. La dernière situation relationnelle complexe que je souhaitais aborder était celle du téléphone. L'IDE 2 a alors confié que, travaillant de nuit, elle avait une relation majoritairement téléphonique avec l'entourage des patients. Il m'est également arrivé lors de mes expériences de stage de communiquer avec l'entourage via le téléphone du service. Ce moyen de communication a d'ailleurs inspiré le sujet de mon mémoire, et représentait alors pour moi une plus grande difficulté que de s'adresser à l'entourage directement en face à face. En effet, je me posais alors la question de ce que je devais dire, à qui je devais le dire et ce que j'avais le droit d'exprimer. J'ai compris plus tard qu'en réalité, la seule chose qui diffère du présentiel, reste la vigilance de la personne à qui l'on s'adresse et communique des informations. J'ai apprécié avoir l'infirmière de proximité à mes côtés pour me sécuriser et m'aider en cas de besoin. Et comme vu dans la partie sur l'apprentissage relationnel, le fait d'avoir pu vivre une fois cette expérience lors de mes années d'études me permet de mieux pouvoir l'affronter lorsque je serai jeune diplômée. Enfin, j'ai également pu constater que les demandes de l'entourage au téléphone ne consistaient pas en des demandes relativement compliquées. En général, ils cherchent simplement à être rassurés et à savoir si leur proche est bien installé, s'il n'est pas trop douloureux et s'il a pu voir les médecins. La plupart des échanges s'arrêtent alors ici. Comprendre cette vision du téléphone permet alors de désamorcer cette difficulté et de ne plus la faire paraître que comme un simple moyen de communication, avec une identitovigilance tout de même accrue.

Lors de mes recherches, j'ai pu déterminer que la communication avec l'entourage représentait un élément clé de la prise en charge du patient. La transmission de l'information à l'entourage, qui reste un de leur besoin principal, ne peut se faire que par le biais d'une bonne communication, comme le confirment les deux IDE interrogés. Ils expriment alors plusieurs intérêts de la communication. Elle peut servir à distraire, à parler d'autre chose que l'hospitalisation, mais également à rassurer le patient. Et, pour rassurer, le soignant doit à mon sens faire également preuve d'écoute active. En effet, en montrant sa disponibilité, qu'il est présent, qu'il a du temps pour écouter l'entourage, celui-ci peut alors exprimer toutes ses inquiétudes, ses questionnements au soignant. L'objectif est l'installation d'une relation de confiance entre l'entourage et lui-même. Cette relation de confiance, pour reprendre les termes de Pascale Thibault Wanquet, représente « un juste équilibre entre bienveillance et autonomie, compassion et respect afin d'aboutir à une véritable alliance thérapeutique » (Wanquet-Thibault et al., 2008, p. 73). La communication est donc primordiale à l'installation de cette relation de confiance. Cependant pour qu'elle dure dans le temps, le soignant doit également faire preuve d'honnêteté envers l'entourage. En se montrant transparent, même s'il commet une erreur, la relation de confiance reste intacte et constitue alors la clé d'une bonne communication.

La quatrième et dernière notion qui m'a interpellée était alors celle de la juste distance soignant proche. Et pour aborder cette dernière notion, il me semblait pertinent de commencer par aborder la question de la place et du rôle de l'entourage dans la prise en charge du patient. Législativement parlant, la loi Kouchner du 4 Mars 2002 (Wanquet-Thibault et al., 2008, p. 31) et le code de la santé publique évoquent le rôle propre de l'infirmier concernant l'information médicale à l'entourage (*Article R4311-5 - Code de la santé publique - Légifrance*, s. d.). Pour reprendre les besoins de l'entourage et du patient évoqués lors du cadre théorique, le besoin d'accueil, de relation et de réassurance font partie du rôle propre de l'infirmier vis-à-vis de l'entourage (Wanquet-Thibault et al., 2008, p. 58-59-62). Le cadre législatif inclus donc bien l'entourage dans la prise en soin. C'est sur cette partie de mon mémoire que l'entretien avec deux infirmiers diplômés avec trente ans d'écart me semblait pertinent. J'ai pu comparer leurs deux points de vue différents sur la place de l'entourage. Pour l'IDE 1, bien que cela reste bénéfique pour le patient d'avoir son entourage à ses côtés, il opte plutôt pour une prise en charge centrée sur le patient. Il fait du patient sa priorité, en faisant abstraction de la famille, en restant tout de même disponible en cas d'interrogations. L'IDE 2 au contraire, opte plutôt pour une approche participative de l'entourage. Il reste très important selon elle dans la prise en charge du patient et doit être inclus dans la prise en charge. Et cette inclusion fait partie du rôle infirmier. Il s'agit de notre rôle propre de fournir les explications nécessaires, d'apprendre quand il y a besoin, de rassurer. Nous pouvons donc observer que la vision de l'entourage semble différente en fonction des années d'exercice et de formation. Etant de la même génération de formation que l'IDE 2, j'aurais plutôt tendance à partager son avis. L'entourage représente selon moi une réelle ressource sur laquelle le patient et l'équipe soignante peut s'appuyer pendant son hospitalisation. L'entourage connaît en général bien son proche, ses habitudes. Il sera également là pour la plupart lors de la réhabilitation au domicile et peut présenter un véritable soutien psychologique. La prise en considération de l'entourage est donc primordiale selon moi. Il ne peut être dissocié du patient et bien qu'il ne soit pas l'objet principal du soin, il représente cependant une importante part non négligeable de la prise en charge du patient. Il est donc nécessaire pour moi d'adapter les pratiques, la formation, de manière à inclure, prendre en considération l'entourage, lorsque le contexte familial le permet.

Enfin, j'ai décidé de terminer par la juste distance professionnelle avec les familles. D'après l'IDE 2, elle est relativement proche de celle du patient. Pour reprendre les termes de Pascal Prayez, la juste distance professionnelle permet de trouver le juste milieu entre relation privée et professionnelle. Le soignant et son équilibre relationnel sont alors préservés. Comme le confirment les deux infirmiers, elle représente un juste milieu. Pour reprendre à nouveau Pascal Prayez, ce juste milieu pourrait se situer entre le besoin d'écoute du patient et son entourage et l'écoute du soignant sur ses propres émotions par rapport à la situation (Adiceom et al., 2017). La juste distance résulte

alors, non pas d'un apprentissage théorique, mais bien d'une pratique régulière de l'attention portée à sa propre personne. Elle est selon moi et les infirmiers interrogés variable en fonction des soignants et de leurs expériences mais également en fonction de l'entourage rencontré, mais le principe reste le même. Si le soignant garde cette capacité de s'écouter, cette connaissance de son propre ressenti et arrive à pouvoir adapter ses réactions à chaque situation, il peut alors réussir à exercer avec une juste distance professionnelle. Comme le disent les IDE 1 et 2, la juste distance représente un exercice difficile qui se pratique tous les jours et s'adapte à chaque situation. Elle représente pourtant une nécessité pour le soignant qui doit pouvoir se protéger. Le soignant reste humain, comme les patients qu'il soigne, les familles avec qui il interagit. Il doit pouvoir apporter sa qualité de soignant, son empathie, son humanité, tout en se préservant et en protégeant sa vie personnelle. Les deux infirmiers rappellent alors qu'en cas de besoin, le soignant doit pouvoir se tourner vers le reste de l'équipe soignante qui peut également représenter une ressource pour lui. La cohésion d'équipe est alors primordiale pour assurer la protection de chacun de ses soignants individuellement. Il en est de même avec les étudiants. L'infirmier de proximité doit alors être selon moi là pour aider l'étudiant à trouver sa propre juste distance, bien qu'il y ait une part d'inné comme pour le relationnel. Mais en tant que professionnel, il doit pouvoir transmettre à l'étudiant sa connaissance, son savoir et son expérience afin de le guider de manière à ce qu'il puisse se protéger lors de son exercice.

Si je reprends l'intitulé de ma question de départ, « En quoi la posture de l'infirmier de proximité impacte-t-il l'apprentissage par l'étudiant, de la juste distance dans des situations relationnelles complexes impliquant les familles ? », j'ai pu traiter chaque notion séparément. Et mes recherches ainsi que les entretiens ont pu alimenter ma vision du sujet. L'étudiant, à la fin de ses années d'études comme ce sera bientôt mon cas, va se retrouver dans le milieu professionnel, au milieu de nombreux facteurs qui seront nouveaux. Il devra trouver sa propre vision de la juste distance avec la famille qui lui sera complètement personnelle et sera variable en fonction des différentes étapes de sa vie. Son apprentissage relationnel va continuer de se développer et ce en fonction des expériences qu'il vivra au cours de sa carrière. A la fin de ses trois années d'études, l'étudiant n'a pas terminé son apprentissage et va continuer à évoluer sur le plan professionnel et personnel. Ainsi, les infirmiers de proximité qu'il aura côtoyé lors de ses stages vont certainement le marquer et jouer en partie sur sa pratique, cependant ils ne représenteront qu'une infime partie de ce qui fera de lui l'infirmier qu'il sera à la fin de sa carrière. Un infirmier n'a en réalité jamais terminé sa formation et reste en continue évolution relationnelle et technique. Si je devais alors faire évoluer ma question de départ, je me demanderais plutôt « En quoi la mise en place d'un processus de formation continue après la diplomation pourrait améliorer les pratiques, les compétences et le savoir-être de l'infirmier dans sa relation avec les familles ? ».

6. Conclusion

Pour ce travail d'initiation à la recherche, je suis partie de deux situations d'appel qui se sont déroulées lors de mes années d'études en soins infirmiers. Elles m'avaient toutes les deux marquées car, n'étant pas de nature très à l'aise avec le relationnel, me retrouver face à ce genre de situation relationnelle complexe me met en difficulté. Je voulais réaliser des recherches sur le sujet et pouvoir discuter avec des professionnels de manière à enrichir mes connaissances et comprendre l'ensemble de ces notions. C'est pourquoi j'ai décidé de partir sur cette question de départ, « En quoi la posture de l'infirmier de proximité impacte-t-il l'apprentissage par l'étudiant, de la juste distance dans des situations relationnelles complexes impliquant les familles ? ». A partir de cette question initiale, j'ai identifié quatre notions que j'ai pu étudier. Tout d'abord, je me suis intéressée à la posture de l'infirmier de proximité. J'ai pu déterminer que ce dernier doit avoir une posture d'accompagnant auprès de l'étudiant. Il doit faire preuve d'écoute, se montrer disponible et travailler sur la valorisation de ses points positifs. De plus, il doit mobiliser des ressources pédagogiques pour assurer la transférabilité de son savoir tout en garantissant un environnement sécuritaire pour l'étudiant, le patient et sa famille. Ensuite, j'ai étudié la question de l'apprentissage relationnel, l'assimilation de ces nouveaux savoirs relationnels ainsi que les processus par lesquels ils s'acquièrent. Il en est ressorti l'importance primordiale de la pratique pendant la formation mais également tout au long de la vie professionnelle. Cela est d'autant plus vrai dans le cas de situations relationnelles complexes impliquant les familles, troisième notion que j'ai étudiée. La famille occupe une place importante dans la prise en charge du patient et doit être prise en compte. L'importance de cette relation tripartite dans le protocole de soin induit une complexité supplémentaire pour le soignant par la nécessité de construire une relation de confiance avec la famille du patient. Cela est d'autant plus vrai lorsque la situation du patient est compliquée ou se dégrade. La pratique et l'expérience professionnelle permettent aux soignants de mieux appréhender ces situations. Pour autant, l'implication émotionnelle et sociale du soignant vis-à-vis du patient et de sa famille ne doit ni altérer son protocole de soin, ni mettre en danger le soignant lui-même. C'est pourquoi j'ai voulu étudier pour finir cette notion de juste distance et l'importance de la transmettre à l'étudiant.

Ce travail de recherche m'a permis d'apporter de nombreuses réponses vis-à-vis de mes questionnements. Interroger des infirmiers de deux générations différentes m'a également permis de mettre en évidence l'évolution constante de la pratique infirmière et l'importance d'être à jour dans ses connaissances, de manière à favoriser la meilleure prise en charge possible du patient et de sa famille. Par ailleurs l'étudiant, à la réception de son diplôme, n'a pas terminé son apprentissage. L'ensemble des infirmiers de proximité qu'il a côtoyé lors de ses années d'études ont un impact sur sa construction professionnelle. Cet impact reste tout de même moindre par rapport à l'expérience et la pratique quotidienne qu'il exercera lors de sa carrière. Le professionnel qu'il sera à la fin de

son exercice résultera alors majoritairement de l'ensemble des expériences qu'il aura vécues. Le diplôme ne représente en réalité que le commencement d'une formation qui ne se terminera jamais et qui fera de lui, par ses expériences personnelles et professionnels, un infirmier accompli. Afin de continuer mon travail de recherche, je peux alors me tourner vers une nouvelle question : « En quoi la mise en place d'un processus de formation continue après la diplomation pourrait améliorer les pratiques, les compétences et le savoir-être de l'infirmier dans sa relation avec les familles ? ».

Avec une diplomation qui se rapproche je me projette sur ma posture en tant qu'infirmière, auprès des étudiants infirmiers. Je vais à mon tour d'une manière ou d'une autre participer à leur construction professionnelle. Ce travail de recherche m'a permis d'en prendre conscience et de mieux comprendre ma responsabilité en tant que soignante. Apprendre à gérer des situations relationnelles avec les familles, à positionner sa juste distance, sont des compétences complexes qui nécessitent un accompagnement extérieur d'un professionnel plus expérimenté. Ainsi, c'est une autre dimension que celle du soin qui incombe à l'infirmier, et qui représente pourtant une importance égale dans sa pratique professionnelle. Pour conclure ce travail de recherche, je dirais que l'effectuer m'a permis d'explorer une dimension nouvelle de la posture de l'infirmier dont je n'avais pas forcément conscience. C'était un travail long et fastidieux, mais enrichissant de connaissances. Il me permet de mieux appréhender ma prise de poste prochaine notamment par rapport au relationnel qui représentait jusqu'à présent une difficulté pour moi. Ce travail de mémoire me permet ainsi d'arriver à la conclusion de ces trois années d'études, tout en m'ouvrant vers une nouvelle formation qu'est le monde professionnel.

Bibliographie

Adiceom, F., Bouët, M.-C., Brizot, C., & Prayez, P. (2017). *Distance professionnelle et qualité du soin*. Lamarre.

Article R4311-5—Code de la santé publique—Légifrance. (s. d.). Consulté 5 mai 2024, à l'adresse https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006913892

Chartier, E. (2020). *La juste distance au coeur de l'accompagnement à la fin de vie*. Pôle de Formation des Professionnels de Santé du CHU de Rennes.

Formarier, M., & Jovic, L. (2012). *Les concepts en sciences infirmières*. Maller Conseil.

Illes, C. (2021). « *L'accompagnement de l'apprentissage de la juste distance à un étudiant infirmier par un professionnel de proximité* ». Pôle de Formation des Professionnels de Santé du CHU de Rennes.

Jouanchin, N. (2010). Le stage d'application dans la formation infirmière, représentations et implication professionnelles des acteurs : Futurs infirmiers, formateurs et responsables/tuteurs de stage. *Recherche en soins infirmiers*, 101(2), 42-64. <https://doi.org/10.3917/rsi.101.0042>

Jovic, L., Goldszmidt, D., & Monguillon, D. (2010). Encadrement des étudiants en stage, enseignement et recherche : Évaluation et valorisation des activités réalisées par des professionnels paramédicaux. *Recherche en soins infirmiers*, 101(2), 81-90. <https://doi.org/10.3917/rsi.101.0081>

Lebel, P. (1994). *COMMUNICATION PROFESSIONNELLE DE L'INFIRMIERE*. EDITIONS HOSPITALIERES.

Perennes, K. (2022). *L'impact de la douleur induite sur la relation soignant-soigné*. Pôle de Formation des Professionnels de Santé du CHU de Rennes.

Prayez, P. (2006a). *JULIE OU L'AVENTURE DE LA JUSTE DISTANCE : UNE SOIGNANTE EN FORMATION*. Lamarre.

Wanquet-Thibault, P., Heitz, C., & Thibault, F. (2008). *LES AIDANTS NATURELS AUPRES DE L'ADULTE A L'HOPITAL. LA PLACE DES PROCHES DANS LA RELATION DE SOIN*. Masson.

Annexe I : Guide d'entretien

Introduction :

Bonjour, je m'appelle Elisa Mony et je suis étudiante infirmière. Je suis en troisième année d'études à l'IFSI de Pontchaillou à Rennes. Je vous ai contacté afin de réaliser un entretien dans le cadre de mon mémoire de fin d'études. Voici ma question de départ : « En quoi la posture de l'infirmier de proximité impacte-t-il l'apprentissage par l'étudiant, de la juste distance dans des situations relationnelles complexes impliquant les familles ? ». Cet entretien sera anonyme, êtes-vous d'accord pour qu'il soit enregistré ? Je vous remercie, nous allons démarrer.

Déroulé de l'entretien :

Questions de présentation :

- Pouvez-vous vous présenter ?
- Depuis combien de temps exercez-vous ?
- Quel a été votre parcours professionnel ?
- Depuis combien de temps travaillez-vous dans cette structure ?
- Avez-vous suivi ou suivez-vous actuellement des formations complémentaires au diplôme IDE ?

Notions théoriques abordées dans le cadre théorique	Objectifs	Questions principales	Questions de relance
La posture de l'infirmier de proximité	- Identifier l'impact de l'encadrement sur les futurs professionnels	-Avez-vous eu des situations d'encadrement qui vous ont marqué lorsque vous étiez étudiant ?	
	-Identifier les outils d'apprentissages utilisables dans	-Avez-vous déjà été formé à l'encadrement ?	

	<p>l'encadrement d'un étudiant</p> <p>-Appréhender les différents types d'encadrement</p>		
	<p>-Identifier l'expérience de chacun des professionnels en matière d'encadrement</p>	<p>-Avez-vous déjà encadré un étudiant ?</p> <p>-Encadrez-vous différemment selon le profil de l'étudiant ?</p>	<p>-Si oui quels outils d'apprentissage utilisez-vous ?</p> <p>-Si oui, pouvez-vous développer ?</p>
	<p>-Identifier le rôle et l'importance de l'infirmier de proximité dans l'encadrement de l'étudiant</p>	<p>-Selon vous quelle place occupe l'infirmier de proximité dans la formation de l'étudiant ?</p>	<p>-Quel rôle ?</p>
	<p>-Identifier la posture de l'infirmier de proximité et les différents critères qui la compose dans l'encadrement de l'étudiant</p>	<p>-Quelle posture imaginez-vous que l'infirmier doit avoir auprès de l'étudiant ?</p>	<p>-Quels critères pourriez-vous donner ?</p>
	<p>-Identifier le rôle et la finalité de l'encadrement par l'infirmier d'un futur professionnel</p>	<p>-Pensez-vous que l'encadrement de l'étudiant lors des stages ou de la formation théorique aura un impact sur l'infirmier(ère) qu'il sera plus tard ?</p>	
<p>L'apprentissage relationnel de l'étudiant</p>	<p>-Identifier les différences entre l'apprentissage</p>	<p>-Pour vous, est-ce différent d'encadrer un étudiant sur</p>	

	relationnel et l'apprentissage pratique	des soins techniques ou sur des soins relationnels ?	
	-Identifier les conditions d'apprentissage de l'étudiant mises en oeuvre dans la relation avec l'entourage	-Comment gérez-vous l'encadrement de l'étudiant lors d'une rencontre avec l'entourage ?	-L'étudiant se retrouve-t-il parfois en difficulté ? -Si oui, comment gérez-vous ce type de situation ?
	-Identifier une ou plusieurs manières d'enseigner le relationnel aux étudiants	-Quelle serait la manière idéale selon vous d'enseigner les compétences relationnelles aux étudiants ?	
	-Montrer que l'apprentissage relationnel ne se limite pas aux années d'études et continue d'évoluer après la diplomation	-L'apprentissage relationnel continue-t-il de se développer dans les années de pratique ?	-Quelle différence pouvez-vous observer par rapport au début de votre exercice ?
	-Montrer l'intérêt du relationnel dans la pratique infirmière	-Quel est l'intérêt selon vous, pour leur prise de poste future, de former les étudiants aux soins relationnels ?	
Les situations relationnelles complexes impliquant l'entourage	-Identifier différentes situations relationnelles complexes et les réactions qui en découlent	-Vous êtes-vous déjà retrouvé en difficulté lors d'un échange avec l'entourage d'un patient ?	-Si oui, avez-vous un exemple de situation ? -Comment avez-vous géré la situation ?

	-Identifier la place de la formation aux soins relationnels dans les années d'études (pratique et théorique)	-Pensez-vous que l'apprentissage relationnel occupe une place suffisamment importante lors des trois années de formation ?	
	-Identifier les différences de pratique professionnelle dans le relationnel en fonction de deux profils différents	-Vous retrouvez-vous en difficulté en tant que jeune diplômé(e) lors de situations relationnelles avec l'entourage ? (Question destinée à l'IDE jeune diplômé(e)) -Observez-vous une différence dans votre manière de gérer les situations relationnelles complexes par rapport au début de votre carrière ?	-Si oui, quelle en est la cause selon vous ? -Si oui, la ou lesquelles ?
	-Identifier le rôle et l'importance de la communication dans la prise en soin	-Quelle place prend la communication dans la prise en soin ? -A quel point la communication est-elle importante dans la relation patient-soignant-proches ?	-Utilisez-vous des outils particuliers ?
La juste distance soignant-proches	-Identifier la place et le rôle de l'entourage dans la prise en charge du patient	-Est-ce que la prise en charge de l'entourage fait également partie de la prise en soin globale du patient ?	-Comment est-ce que vous gérez à la fois la prise en soin du patient et de l'entourage ?

		-Quelle place occupe l'entourage lors de la prise en charge d'un patient ?	-Est-ce qu'il occupe une place d'aidant ? Quel rôle joue-t-il ?
	-Déterminer l'impact de l'entourage sur la prise en charge du patient	-Comment est-ce qu'il impacte cette prise en charge ?	
	-Déterminer le rôle de l'entourage dans la qualité de la prise en soin	-L'implication de l'entourage dans la prise en charge globale des patients améliore-t-elle la qualité de la prise en soin ?	
	-Définir la juste distance selon différents profils de professionnels	-Qu'est-ce que pour vous la juste distance professionnelle ?	
	-Identifier les différentes modalités d'apprentissage de la juste distance	-Comment peut-on l'apprendre ?	-Peut-elle s'apprendre de part des apprentissages théoriques ? Ou plutôt par l'expérience ?
	-Identifier l'évolution d'un soignant et de sa manière de pratiquer en fonction de ses années d'exercice	-La juste distance évolue-t-elle au cours de la carrière ?	
	-Identifier le rôle de la juste distance dans l'exercice infirmier	-La juste distance, comme vous la connaissez, vous permet-elle à ce jour de pouvoir vous protéger correctement et d'exercer en tant que professionnel ?	

Conclusion :

Merci beaucoup pour vos réponses, est-ce qu'il y a quelque chose que vous souhaiteriez ajouter ? C'est parfait, je vais pouvoir arrêter l'enregistrement qui restera anonyme. Merci encore d'avoir pris de votre temps, au revoir.

Annexe II : Entretien n°1 : IDE Libéral

ESI : Bonjour, je m'appelle Elisa et je suis en troisième année d'études à l'IFSI de Pontchaillou à Rennes. Je t'ai contacté pour réaliser un entretien pour mon mémoire de fin d'études et donc ma question de départ c'est : " En quoi la posture de l'infirmier de proximité impacte-t-il l'apprentissage par l'étudiant, de la juste distance dans des situations relationnelles complexes impliquant les familles ?". Nous allons pouvoir démarrer. Donc déjà, est-ce que tu peux te présenter ?

IDE : Oui, je m'appelle (...), je suis infirmier libéral depuis 14 ans. J'exerce sur la commune d'Orvault, en tant qu'infirmier libéral.

ESI : Quel a été ton parcours professionnel ?

IDE : J'ai fait un bac B (économie), ensuite j'ai fait un DUT gestion à l'IUT du Mans de 1990 à 1992, ensuite une maîtrise sciences et techniques conception des produits touristiques à l'université d'Angers. Et ensuite je me suis engagé dans l'armée de l'air, j'ai fait le concours sous-officier pour devenir infirmier militaire, où j'ai honoré mon contrat de huit ans. Ensuite j'ai travaillé aux nouvelles cliniques nantaises en 2003, j'ai démissionné en 2010 pour me lancer dans le libéral, ça faisait longtemps que j'avais envie d'être autonome en fait, et j'avais toujours voulu faire du libéral. C'était surtout pour le goût du contact humain, en relation avec le tourisme, et voilà le contact humain j'aime beaucoup.

ESI : Ok, et est-ce que t'as suivi ou est-ce que tu suis actuellement des formations complémentaires ?

IDE : Là je suis une formation en e-learning sur la prescription vaccinale pour pouvoir prescrire certains vaccins, pour vacciner et puis pour se couvrir aussi. C'est une formation de 11 heures en e-learning non pas pour apprendre comment on fait les injections puisque ça on apprend à l'école d'infirmière ou à l'armée, mais pour comprendre les différentes maladies, les implications que ça peut avoir, comment répondre à des personnes réticentes pour les vaccins. Avoir des éléments de réponse aussi pour les encourager, pour les motiver à se faire vacciner, et expliquer aussi le rôle, l'importance de la prévention chez les patients, chez les jeunes et les moins jeunes.

ESI : Est-ce que tu as eu des situations d'encadrement qui t'ont marqué quand tu étais étudiant ?

IDE : Oui quand j'ai fait un stage en psychiatrie, en secteur fermé, il y avait des gens qui étaient assez dangereux, on était obligés de s'enfermer à clef pour aller aux toilettes, compter les couteaux... C'est horrible de dire ça, c'était un peu la maison des horreurs, c'était voyage au bout de l'enfer. Je dis bravo au personnel soignant de travailler toute leur vie en secteur fermé parce que ça peut être dangereux et c'est épuisant. Ça, ça m'a marqué. Aussi une patiente que j'avais vu, c'était mon premier stage à l'hôpital

Robert Piqué, un hôpital militaire où il y avait un des premiers cas de vache folle et j'avais vu la dame atteinte de la maladie de la vache folle et ça m'a marqué. C'était en 1996

ESI : D'accord, est-ce que tu as déjà été formé à l'encadrement ?

IDE : Non

ESI : Et est-ce que tu as déjà encadré un étudiant ?

IDE : Oui.

ESI : Et dans ces cas-là est-ce qu'il y a des outils d'apprentissages que tu utilises en particulier ?

IDE : Non, non, je fais au feeling. Il y a des formations au tutorat qui existent mais non, je n'en ai pas fait.

ESI : Est-ce que tu encadres différemment en fonction du profil de l'étudiant ?

IDE : Je n'encadre pas différemment, mais j'essaye de m'adapter en fonction du niveau, on ne va pas expliquer les mêmes choses à une élève infirmière de troisième année qui a de très bonnes connaissances et un stage découverte d'une semaine pour une collégienne par exemple. On ne va pas employer les mêmes choses, le même jargon, on essaye de s'adapter pour que la communication se passe bien, de façon qu'elle comprenne bien tout, toutes les explications que je peux donner. On essaye de s'adapter voilà, et puis répondre aux questions quand on peut hein, parce qu'il peut y avoir des questions euh, je n'ai pas la science infuse.

ESI : Ok, selon toi quelle place occupe l'infirmier de proximité, donc celui qui encadre, dans la formation de l'étudiant. Quel rôle a-t-il dans sa formation ?

IDE : Guider je dirais, montrer des gestes techniques, donner des conseils, des tuyaux au quotidien, dire à l'étudiant quand il y a quelque chose qui ne va pas, ce qu'il ne va pas, comment il faut faire, parce que l'étudiant est là pour apprendre. On peut toujours apprendre quelque chose de l'étudiant aussi, ça va dans les deux sens, mais le rôle je pense que c'est aussi de montrer qu'on aime notre boulot, que c'est important d'être à l'écoute des patients surtout pour pouvoir bien communiquer avec les patients. C'est bien savoir écouter, bien être à leur écoute. C'est pour montrer que c'est un métier où il faut être avec plein d'empathie.

ESI : D'accord, à ton avis quelle posture doit avoir l'infirmier auprès de l'étudiant ?

IDE : Une posture de soignant bienveillant, un rôle d'observation important, d'éducation. Montrer les choses à faire, à ne pas faire, un rôle de conseil, tout dans la bienveillance, et tout en essayant de faire aimer le métier. Montrer que c'est un métier difficile mais tellement passionnant. Transmettre des tuyaux, des conseils pour tel pansement, des conduites à tenir en fonction de telle réaction de patient, comment il faut réagir, des situations d'urgence. Il y a surtout de l'éducation et puis on essaye d'être plein de bon conseil pour les élèves, on fait ce qu'on peut !

ESI : Et est-ce que tu penses que la formation de l'étudiant pendant les stages ou la formation théorique aura un impact sur l'infirmier qu'il sera plus tard ?

IDE : Oui je pense, pas entièrement, mais si la personne tombe sur un infirmier ou une infirmière qui fait son travail à la olé olé parce que ça existe aussi, ce n'est pas forcément une bonne chose, tout dépend dans quel lieu l'étudiant va faire son stage. Il peut tomber dans un "bon cabinet" et là je parle du libéral ou dans un cabinet où l'infirmière ne va pas respecter des règles d'asepsie rigoureuses par exemple. Après cela vient aussi de la motivation de l'étudiant ou de l'étudiante, si le stage se passe mal il ne faut pas s'arrêter à ça, à des échecs, cela peut aussi venir de l'infirmier ou de l'infirmière qui prend l'élève en charge.

ESI : Et pour toi est-ce que c'est différent d'encadrer sur des soins relationnels ou des soins techniques ?

IDE : Non, je pense que les deux ont leur importance. On ne peut pas être un infirmier bon techniquement et avoir de mauvaises qualités relationnelles, l'un va avec l'autre. Mais de toute façon les patients vont le juger. En libéral, un infirmier peut très bien faire un soin correctement mais si au niveau relationnel ça ne passe pas il ne te rappellera pas. Pareil si le soin est mal fait. Il faut essayer de lier les deux. Sans se forcer, il faut que ça soit naturel. Surtout la relation humaine, c'est ce qu'il y a de plus important c'est de mettre en confiance le patient.

ESI : Ça marche. Lors d'une rencontre avec l'entourage, comment est-ce que tu gères l'encadrement de l'étudiant ?

IDE : Je présente l'étudiant à la famille, et après je fais abstraction de la famille puisque le soin se concentre surtout sur le ou la patiente. Après il peut y avoir des interactions, lorsqu'il y a des événements que la famille peut nous relater. Donc là ça peut être intéressant pour l'étudiant d'entendre tout ça. Mais

personnellement quand il y a la famille je fais le soin en faisant abstraction de la famille quand il n'y a rien de particulier par rapport à un patient par rapport à une situation nouvelle, des soucis qu'il y a pu y avoir avant notre arrivée à domicile.

ESI : D'accord, et est-ce que du coup quand il y a la famille cela arrive qu'il se retrouve parfois en difficulté ?

IDE : Non, à ma connaissance je n'ai pas eu ce cas-là.

ESI : D'accord, et si ça arrivait est-ce que tu sais comment tu pourrais gérer la situation ?

IDE : Si c'est pour un soin et que la famille ne désire pas que l'étudiant le fasse, je ferais tout de même le soin tout en expliquant à la famille que le but de l'étudiant c'est d'apprendre et il ne faut pas que l'élève le perçoive négativement. Et c'est une réaction normale, quand ils sont habitués à nous voir, ils ont peur mais après je pense qu'ils comprennent.

ESI : Pour toi ce serait quoi la manière idéale d'enseigner les compétences relationnelles ?

IDE : Ce qu'il faut, c'est dire les choses, expliquer avant d'entrer dans la maison, faire attention ce monsieur il faut éviter de faire ci, faire ça, éviter de parler de ça ou de ne pas dire à tous les membres de la famille parce qu'ils ne sont pas tous au courant du diagnostic. Ce serait ça plutôt, de prévenir l'étudiant ou l'étudiante avant.

ESI : Est-ce que pour toi l'apprentissage relationnel continue de se développer avec les années de pratique ?

IDE : Ah oui oui, tout à fait, au niveau relationnel on n'est jamais blasé, on ne peut que se bonifier je dirais dans les qualités relationnelles. Ça ne peut que s'amplifier dans le bon sens. Si c'est dans le mauvais sens, il vaut mieux changer de métier.

ESI : D'accord, quelle différence tu peux observer par rapport au début quand tu étais jeune diplômé et maintenant ? Au niveau du relationnel ?

IDE : Quand j'étais diplômé, on se dit c'est la vraie vie, on passe de la théorie à la pratique. Mais ce n'est que du bonheur. On est plus sûr de soi, il y a des choses qui nous faisaient peur avant, que ce soit la dialyse, les fins de vie on appréhende quand on apprend, on parle des soins palliatifs c'est encore

abstrait, mais quand tu arrives chez un patient et que tu le découvre mort dans son lit, là c'est du concret. Ce sont les mauvais moments, mais ce n'est que du bonheur.

ESI : Très bien alors, pour toi quel est l'intérêt de former les étudiants aux soins relationnels ? Pour leur prise de poste.

IDE : Je ne sais pas si on peut les former aux soins relationnels, il faut qu'il y ait aussi de l'inné parce que pour être infirmier il faut avoir des qualités relationnelles. Il faut mettre en confiance, c'est super important. Avoir des qualités relationnelles, je dirai que c'est une des conditions sine qua non pour un bon ou une bonne infirmière. Mettre à l'aise le patient avant un soin, se présenter et expliquer le soin, le faire dans toutes les règles de l'asepsie.

ESI : D'accord, est-ce que tu t'es déjà retrouvé en difficulté, toi avec l'entourage d'un patient ?

IDE : Oui c'est arrivé quand des patients ont dit qu'on n'étaient pas passés par exemple "Oui, ma mère m'a dit que vous n'étiez pas passé". Alors je dis si, je suis passé, voilà j'ai pris la photo de l'entrée sur mon iPhone, voyez tout est marqué. Voilà ce sont des petites choses comme ça, ou alors des patients qui devaient faire des courses ou partir à un enterrement, je n'étais pas au courant, et j'arrive comme un cheveu sur la soupe, et la famille n'était pas très contente, mais bon je n'y peux rien hein.

ESI : D'accord, et du coup à ce moment-là, comment est-ce que tu gères la situation ?

IDE : Je reste zen, et je ne m'adresse qu'à la patiente, je fais abstraction des réflexions de la famille, je fais comme s'ils n'étaient plus là. Je fais mon boulot.

ESI : Ok. Est-ce que tu penses que l'apprentissage relationnel occupe une place assez importante dans la formation infirmière, pendant les trois années d'études ?

IDE : Oui oui, c'est important. Là je parle du libéral, mais ça peut être aussi dans une chambre d'hôpital, le patient il aime autre chose qu'un exécuteur de soin, il aime aussi le bonjour, le relationnel, le contact, le sourire, la bienveillance. Et ça c'est beaucoup, un soin fait par une personne qui parle à peine, qui fait le soin, qui s'en va et un soin qui apporte un petit rayon de soleil à un patient ou une patiente qui en a besoin, le ressenti du patient est complètement différent.

ESI : D'accord, et du coup est-ce que pour toi on en parle assez pendant les années d'études, est-ce qu'on prépare assez les étudiants au relationnel ?

IDE : Alors là je ne connais plus du tout les modules, je les ai passés en 1994 il y a longtemps, mais je n'ai pas trop de souvenirs d'avoir eu des modules sur les relations humaines. Les modules c'était très militaire, c'était cardio, réa, maladie infectieuse, pédiatrie, gynéco... Il y avait aussi une grosse partie législation, mais relationnel non, ça ne me dit rien. Peut-être que j'en ai fait abstraction ou que c'était une infime partie, mais je n'en ai pas souvenir. En tout cas si ça existe c'est une très bonne chose.

ESI : Aujourd'hui on a un module soins relationnels qui y est dédié ou on a des mises en situations, des choses comme ça, une partie théorique aussi, donc ça prépare quand même un petit peu. Et donc pour toi, quelle importance, quelle place prend la communication dans la prise en soin ?

IDE : La communication est hyper importante, savoir discuter avec un patient c'est aussi faire oublier d'autre chose pendant que tu fais le soin, de parler de tout et de rien, c'est aussi faire oublier sa maladie. C'est être un peu son petit rayon de soleil, ça a une place très très importante.

ESI : D'accord, et dans la relation patient-soignant-proches, c'est très important aussi ?

IDE : Oui, la famille est très demandeuse, très exigeante aussi, ils peuvent ne rien laisser passer. Il faut créer un climat de confiance et après tout va bien, et s'il se passe quoi que ce soit, il faut tout de suite expliquer les choses à la famille pour éviter les malentendus. C'est hyper important d'être transparent. Ne pas hésiter à dire aussi si on s'est trompé dans une dose, d'insuline par exemple moi ça m'est arrivé une fois on n'en est pas fier, d'injecter un peu de rapide au lieu d'injecter de la lente. Il faut prévenir et puis après assumer son erreur, surveiller le patient, le resucrer, faire des contrôles après... Et prévenir la famille, ne rien cacher car après c'est pire. Il faut être transparent. Sauf pour des situations de fin de vie quand on parle de certaines choses avec les médecins et que la famille n'est pas au courant de tout, là c'est complètement différent, il y a des choses qu'il faut dire et puis d'autres, d'un commun d'accord avec les médecins qu'il ne faut pas dire tout de suite, compte-tenu aussi du contexte de certaines personnes de la famille qui peuvent être hyper angoissées, donc pour ne pas aggraver non plus les choses. Disons qu'il faut essayer de s'adapter en fonction des personnes présentes. Il y a même des personnes que tu rencontres pour la première fois et tu ne sais pas trop comment elles vont réagir, donc il faut marcher un peu sur du coton.

ESI : D'accord ça marche, est-ce que la prise en charge de l'entourage fait également partie de la prise en charge du patient ?

IDE : Moi personnellement, c'est le patient d'abord. Après s'il y a des interactions avec la famille, s'il y a des décisions qui doivent être prises avec la famille, on est obligés, mais moi je fais un soin pour le patient. Après je peux répondre aux interrogations de la famille, expliquer les choses, échanger... Mais

de toute façon, tu verras si tu fais du libéral plus tard mais dans la famille du patient il y a des parents qui sont là mais qui ne sont pas présents et d'autres qui sont omniprésents, qui posent des questions, qui sont aux petits soins, qui aiment bien être là, des fois un peu trop. Je me souviens même d'un soin il n'y a pas longtemps, un monsieur, sa femme me servait les compresses, me tenait le sac poubelle... C'était trop. Ça dépend, il y en a qui sont très demandeurs, qui posent des questions, même plus que le patient et ça les rassure en même temps.

ESI : Ça marche. Et donc quelle place occupe l'entourage dans la prise en charge du patient ?

IDE : Quand il y a de l'entourage c'est toujours bien, hein la place est importante, c'est mieux qu'il y ait de la famille autour du patient, quand ça se passe bien, que c'est une famille aimante qui s'en occupe bien, ce n'est que du bon. Elle est importante, c'est toujours important qu'il y ait de la famille autour d'un patient, selon l'état de gravité, l'état de santé du patient.

ESI : D'accord, et est-ce que du coup elle occupe une place plutôt d'aidante auprès du patient ?

IDE : Ah oui elle peut, mais ça dépend des familles. Il y en a qui ne sont pas aidants du tout et il y en a qui font les choses. Il y a plusieurs types de comportements, ça dépend de la famille.

ESI : Et pour toi, est-ce que l'implication de l'entourage dans la prise en charge du patient améliore la qualité du soin ?

IDE : Ah oui forcément, cela va de soi. Une bonne prise en charge passe aussi par l'anticipation, l'observation, si on remarque qu'il y a des choses dans l'environnement qui peuvent être dangereuses. C'est aussi veiller qu'il prenne bien son traitement, qu'il ne manque de rien, qu'il s'alimente bien, voir l'évolution. Quand c'est possible, je ne parle pas des maladies chroniques dégénératives, mais voilà.

ESI : D'accord, et du coup, qu'est-ce que pour toi la juste distance professionnelle ?

IDE : Il faut avoir une posture de soignant, mais c'est difficile. Des patients que tu vois tous les jours, forcément ça crée un lien. Tu peux faire preuve de distance thérapeutique, on dit que forcément il ne faut pas mêler priver et professionnel, mais des fois c'est compliqué. Personnellement j'ai du mal à observer une distance thérapeutique comme ça, à chaque fois ce n'est pas possible. Il en faut, parce que sinon tu ne t'en sors plus, des patients en fin de vie, c'est difficile, on dit la distance thérapeutique elle est un peu poreuse. C'est difficile de l'appliquer à 100%. Personnellement je pense que ce n'est pas possible. Il y en a tu la fais la distance thérapeutique, il n'y a pas de souci, et puis d'autres, il y a des patients auxquels tu t'attaches, ça crée des liens, des gens qui ont besoin de parler, qui se confient à toi

de leurs problèmes conjugaux, de leurs enfants, il faut être à leur écoute. La distance thérapeutique, des fois c'est le patient qui a envie de parler, et ce n'est pas toujours facilement applicable. Il faut savoir se préserver aussi. C'est là où il faut un juste dosage, et quand il y a des problèmes il ne faut pas hésiter à en parler à des collègues ou à se faire aider ou à laisser la main carrément. C'est trop difficile sinon.

ESI : Comment est-ce qu'elle s'apprend pour toi ?

IDE : Ça se fait tout seul, tu rentres pour la première fois, tu fais le soin avec le sourire, tu fais un soin au revoir, ça dépend de la personne si la personne ne parle pas beaucoup tu parles de la pluie et du beau temps et puis voilà. D'autres, tu vois qu'ils ont besoin de parler, donc là ils posent des questions sur le soin, même sur toi, ça arrive souvent, bon là je réponds. Tu ne sais pas comment ça va se passer quand tu vas faire un soin, comment tu vas être accueilli, est-ce que le patient va être dans le déni, dans le refus, tu ne sais pas. Et après c'est bête, mais il y a un feeling qui passe avec les patients ou pas, pour ceux avec qui il n'y en a pas tu fais le soin et puis basta, tout en restant correct. Et puis d'autres, tu t'attaches forcément.

ESI : D'accord, et selon toi, la juste distance ou la distance thérapeutique, est-ce qu'elle évolue dans ta carrière ? Est-ce qu'elle a le même sens il y a dix ans pour toi que maintenant ?

IDE : Moi je me dis souvent qu'on dit qu'on est blindés, mais on ne l'est jamais vraiment en fait. Récemment, on a aidé une jeune fille de 28 ans à mourir, elle est partie en Suisse se faire euthanasier, j'ai posé une perf le lundi matin, j'ai demandé à la famille s'ils avaient quelque chose de prévu, si je pouvais passer, je voulais dire au revoir à cette jeune fille autre que dans le cadre du soin. J'y suis allé, le lendemain ils sont partis et trois jours après elle se faisait euthanasier. Là c'est difficile, j'y pense encore. C'est compliqué.

ESI : Je comprends. Et du coup, est-ce qu'elle te permet de pouvoir te protéger ?

IDE : Il faut, mais comme je te l'ai dit, il y a des moments où tu te sens comme une coquille et puis d'autres moments où c'est fragile parce qu'on est humains. C'est très souvent que des soignants peuvent craquer que ce soit en libéral ou à l'hôpital et c'est un comportement complètement humain. Heureusement qu'on craque de temps en temps aussi, être infirmier c'est être empathique, l'empathie c'est hyper important. C'est ce qui te permet d'exercer, de ressentir ce que les patients ressentent. Il ne faut pas en avoir trop, mais pour moi c'est une qualité.

ESI : Ça marche, merci beaucoup pour tes réponses, est-ce qu'il y a quelque chose que tu souhaites ajouter ?

IDE : Non je ne vois pas trop.

ESI : C'est parfait alors, je vais pouvoir arrêter l'enregistrement, merci encore d'avoir pris de ton temps.

Annexe III : Entretien n°2 : IDE chirurgie digestive

ESI : Donc moi c'est Elisa, je suis étudiante en troisième année à Pontchaillou, à Rennes, et je t'ai contactée pour mon sujet de mémoire de fin d'études et donc ma question de départ c'est : " En quoi la posture de l'infirmier de proximité impacte-t-il l'apprentissage par l'étudiant, de la juste distance dans des situations relationnelles complexes impliquant les familles ?". Donc déjà, est-ce que tu veux bien te présenter s'il te plaît ?

IDE : Oui, donc du coup je suis (...), je suis infirmière depuis juillet, je travaille en chirurgie digestive de nuit.

ESI : D'accord, ok, donc tu exerces depuis juillet, est-ce que tu comptes suivre des formations complémentaires pour le diplôme IDE ?

IDE : Je ne me vois pas le faire tout de suite parce que je suis déjà dans un service qui est assez complexe au niveau technique et clairement j'ai encore à apprendre du service, mais après je me verrais bien faire d'autres formations que ce soit des DU, ou infirmière de pratique avancée par exemple pourquoi pas. Mais je trouve que pour IPA ou même IADE ou d'autres formations comme ça, je trouvais ça plus intéressant de le faire après avoir de l'expérience en tant qu'infirmière du coup je me vois plutôt le faire dans quelques années.

ESI : D'accord, super. Est-ce que tu as des situations d'encadrement qui t'ont marquée quand tu étais étudiante ?

IDE : Euh oui alors marquée à quel niveau parce que je pense qu'on en a tous pas mal ?

ESI : Plus dans le sens où tu t'es dit, ah je referais ça comme ça plus tard, ou bien cette situation d'encadrement, elle était intéressante pour moi, etc...

IDE : Oui, sur plusieurs plans je pense qu'on s'inspire tout le temps d'infirmiers après, moi j'ai plusieurs fois eu la réflexion avec des infirmiers où je me suis dit il faut que je refasse ça dans ma pratique au maximum, que ça soit des tuteurs parce que je trouve qu'il y en a qui encadrent quand même très bien, on critique souvent mais il y en a qui encadrent très bien. Autant les infirmiers de proximité que les tuteurs, y en a qui ont des petites phrases et des attentions, même je me souvenais que c'était un moment sur les transports ils avaient demandé aux étudiants où est-ce qu'ils habitaient pour savoir si ça allait pour retourner chez eux ou s'il fallait qu'ils partent un petit peu plus tôt. Rien que ce genre d'attention

qui au final sont quand même importants et on se sent confortable après. Et il y a une fois j'ai un peu oublié de demander à une étudiante et je me suis rendue compte que c'était un peu compliqué pour elle le week-end de venir et dès que j'ai su j'ai essayé de désamorcer la situation et on a vu pour essayer de s'arranger au maximum, mais je me suis rappelée cette petite phrase. Mais sinon au niveau même encadrement, des infirmiers qui nous sécurisent, notamment sur mon stage pré-pro ou du coup on est au maximum autonome et du coup il y avait une infirmière et c'était une matinée hyper compliquée, on avait une urgence quand on est arrivées, un décès, des patients lourds... Et l'infirmière m'a laissée être dans une position d'autonomie mais plutôt que de faire l'assistance elle m'avait accompagnée, pour vraiment encadrer en accompagnant en maximum pour éviter de mettre en difficulté. Après il y en a plein d'autres, même sur des soins relationnels où on dit que c'est génial, qu'il faut remettre ça, j'en ai plusieurs qui étaient vachement dans l'accompagnement au niveau relationnel avec les patients donc je trouvais que c'était bien.

ESI : D'accord, et tu coup donc tu es diplômée depuis juillet, tu as déjà pu encadrer des étudiants, et est-ce qu'il y a des outils d'apprentissages que tu utilises en particulier ?

IDE : Nous en chirurgie digestive, on tourne sur deux services, mais je n'ai des étudiants que dans un des deux services, les autres ce n'est pas moi qui les ai encadrés. En outil forcément, on a la feuille de suivi, plutôt à la fin de la journée ou des fois si on les a sur deux petites périodes on peut s'appuyer dessus pour voir s'il y a des petites choses à améliorer, après je trouve que c'est aussi en discutant avec eux, je sais que des fois j'essaie de leur demander ce qu'ils ont fait comme soin, ou voir dès qu'ils ont un intérêt pour un soin je vais faire en sorte qu'ils puissent le pratiquer. On sur deux services aussi donc s'il y a un soin qui est intéressant on va essayer de penser à lui, si on a un étudiant qui n'a jamais posé de perfusion, voilà on va le dire aux collègues s'il y a une perfusion qui est bien pour lui proposer pour qu'il essaye. Donc il y a ça et après c'est désamorcer les situations, si c'est un soin qu'il n'a jamais fait, que je ne suis pas sûre que ça soit très clair, je vais essayer d'en parler avec lui avant d'entrer dans la chambre, je trouve que c'est mieux plutôt que de parler devant le patient, c'est plus sécuritaire pour lui, et donc lui demander comment il va faire le soin, voilà. Après j'adapte selon l'étudiant.

ESI : Ok, selon toi, quelle place occupe l'infirmier de proximité dans l'encadrement de l'étudiant, quel rôle il a ?

IDE : Je pense que c'est hyper important parce que les pratiques qu'ils vont voir au final, on sait qu'ils vont s'en inspirer pour leur exercice futur. Ce n'est pas nous individuellement, notre intervention sur un jour qui va changer toute leur carrière, mais je pense qu'on s'inspire tous de ce qu'on voit quand même, en se disant, ah ça c'est une bonne chose à faire, mais si jamais ils n'ont pas l'esprit critique et qu'on fait une mauvaise pratique au final ils vont quand même pouvoir la refaire au quotidien derrière. Donc

je pense qu'on a quand même un rôle assez important parce que dans ce métier la pratique est quand même hyper importante par rapport à la théorie donc je pense que c'est un grand rôle, de transfert des savoirs et des pratiques.

ESI : D'accord, et du coup quelle posture pour toi l'infirmier de proximité doit avoir auprès de l'étudiant ?

IDE : Je dirai qu'il faut qu'il soit dans l'accompagnement. Il faut qu'il soit à l'écoute, pour savoir les besoins, si l'étudiant est confortable ou pas. Avoir une posture d'aide envers l'étudiant pour l'aider au maximum dans sa formation et l'acquisition de savoir. C'est ça globalement, beaucoup d'aide et d'écoute. Aussi bien pour qu'il soit confortable dans les pratiques et dans le stage derrière, parce qu'on sait que si on n'est pas confortable dans le stage on ne peut rien donner et on n'apprend pas correctement.

ESI : D'accord, pour toi est-ce que c'est différent d'encadrer sur des soins techniques et sur des soins relationnels ? Est-ce qu'il y a une différence dans la manière de faire ?

IDE : Oui parce que déjà les soins relationnels, tout le monde est différent. Y en a qui vont faire plus sur l'humour, sur l'empathie, je pense qu'on a tous des manières différentes de faire les soins relationnels, et que c'est bien. Donc ça fonctionne plus ou moins selon les patients, y en a qui vont beaucoup jouer sur l'humour et d'autres qui ne seront pas du tout à l'aise avec ça. Je pense à ça avec différents collègues qui ont des manières très différentes de faire. Alors qu'un soin technique, il va y avoir différentes manières de faire, mais c'est quand même beaucoup plus protocolisé, alors que le soins relationnel ça va être plus large, on peut plus apporter notre touche soignante personnelle, dans ce soin-là. Après je pense à ça parce que j'ai cette situation-là, s'il y a un patient qui va être repris au bloc et que les chirurgiens ne l'ont pas prévenu en amont, bon là on va prendre un vrai temps de soin relationnel avec lui si on voit qu'il y a un petit peu d'angoisse qui arrive, on va s'arrêter, pas prendre la tension ni rien. C'est ce que j'avais eu à un moment avec une étudiante où j'avais dit stop à l'étudiante, j'avais fait une petite phrase pour lui faire comprendre d'arrêter et j'avais discuté avec le patient et après j'avais expliqué en sortant de la chambre à l'étudiante que là ce n'était pas le moment de prendre la tension que le plus important c'était le soin relationnel à ce moment-là, c'était d'essayer de le rassurer, lui expliquer les avantages du bloc, comment ça allait se passer un minimum parce qu'on est pas chirurgien, mais on a un petit peu l'habitude de faire ce genre de choses quand même et que la tension ça allait être dans un second temps derrière.

ESI : D'accord, et lors de la rencontre du coup avec l'entourage du patient, comment est-ce que tu gères l'encadrement de l'étudiant à ce moment-là ?

IDE : Je n'ai pas trop eu le cas, en fait on ne voit pas tellement souvent les familles en visuel, au final en présence la nuit. Je ne crois pas que j'ai eu le cas, je n'ai pas eu de stagiaire que j'ai dû encadrer. Après je pense que dans l'idée de ce que je ferais, surtout si c'est un patient de l'étudiant, j'essayerais de le laisser communiquer au maximum avec la famille parce que c'est comme ça qu'il faut apprendre, pour moi c'est comme parler médecin, il faut commencer ça en stage, pas si c'est un première année clairement. Fin de deuxième année, ça pourrait se commencer selon l'étudiant et je vais voir s'il est à l'aise aussi. S'il n'est pas à l'aise, je vais prendre le relai, puis je vais tout le temps rester à côté pour le sécuriser parce qu'au final c'est quand même une responsabilité qu'on prend quand on parle à la famille, et pas qu'il se ne soit en difficulté derrière s'il doit parler à la famille. Et puis on va choisir aussi la famille aussi, on sait qu'il y en a qui sont plus simples que d'autres, c'est pareil s'il y a une famille qui est hyper compliquée et que je sais que ça va mettre en difficulté l'étudiant s'il a ce patient en charge, je vais éviter de lui donner. J'avais eu le cas moi en stage, ça m'avait un petit peu vexée sur le coup, surtout que c'était à mon dernier stage, mais au final après réflexion je m'étais dit que c'était quand même mieux, parce que bon la prise en charge était peut-être intéressante, mais j'avais pu continuer à faire un petit peu des soins et au moins je n'étais pas en difficulté par rapport à la famille, ça ne m'a pas mis en défaut et je pense que c'est quand même important de les sécuriser tout en les laissant communiquer en fait.

ESI : Ok, d'accord. Donc du coup, pour toi ce serait comment la manière idéale d'enseigner les soins relationnels aux étudiants ?

IDE : Je pense que c'est en pratique. Il y a des choses qui sont innées pour tout le monde. Il y a une partie du relationnel pour moi, il y a des choses qui ne s'apprennent pas, il y a des choses qui sont naturelles normalement. Après ça s'apprend aussi c'est sûr, je pense même qu'on a tous une base d'empathie qu'on va développer et on va développer notre manière de dire les choses, ça en partie avec les cours parce qu'on va avoir une partie théorique, mais je pense surtout en pratique. Donc je pense qu'il faut faire, et puis après le soignant va pouvoir débriefer du soin derrière alors que si c'est un vrai entretien qu'on peut faire par exemple en psychiatrie, bon là ça va être différent, ça va être sur des grands temps. Mais sur des petits soins relationnels, comme on peut avoir plutôt dans les services où c'est plus rare quand même d'avoir des grandes discussions en faisant des soins relationnels, encore plus la nuit puisqu'ils veulent dormir. Du coup, je dirai de rester à côté pour que l'étudiant ne dise pas de bêtises, surtout si c'est un étudiant de première ou de deuxième année puisque ça peut quand même avoir de l'impact, ce qu'on dit aux patients, mais essayer de le laisser au maximum pratiquer tout en le laissant faire des choses correctes, on peut reprendre la main si on se rend compte que ce n'est pas top, qu'il faut rassurer un peu plus ou qu'il faut développer un peu plus les soins relationnels. Mais je dirai de le laisser faire au maximum tout en restant à côté pour sécuriser le patient et l'étudiant, parce que s'il se retrouve

dans une situation complexe, autant certains patients ne vont pas tout dire aux étudiants, donc au niveau de ce qu'ils pensent... Autant certains peuvent dire des choses assez lourdes, on se retrouve un petit peu bêtes déjà en tant que soignant on ne sait pas forcément quoi répondre, alors en tant qu'étudiant on a moins l'habitude, on peut être un peu désarçonnés et puis même ça peut choquer certaines choses qu'on nous dit, il y a des choses fortes qu'on nous dit donc il ne faut pas qu'il reste non plus tout seul avec ce que le patient lui dit et qu'on puisse en débriefer derrière, et il y a certains étudiants qui ne vont pas nous dire exactement ce genre de choses puisqu'ils ne sont pas forcément à l'aise, donc si on est là, on va pouvoir savoir les problèmes potentiels pour l'étudiant et ce qui se dit. Et si du coup, s'il est en troisième année après je vais le laisser seul pour son soin relationnel si je l'ai vu aussi. C'est plus dans l'hypothèse où je n'ai pas encore vu l'étudiant et si au bout d'un moment je vois qu'il est capable de le faire tout seul, je lui dis vas-y et puis on en débrieife quand même après.

ESI : Ah oui, d'accord, et du coup est-ce que l'apprentissage relationnel continue de se développer après dans les années de pratique ? Est-ce que tu remarques une différence par rapport au début et maintenant ?

IDE : Oui, alors déjà je pense qu'on n'a pas fini notre apprentissage quand on sort du diplôme très clairement. Donc déjà, on n'a pas beaucoup de confiance, moi c'était mon cas quand je suis arrivée, et au niveau du soin relationnel je pense que j'avais du mal à être rassurante à partir du moment où je n'étais pas hyper rassurée moi-même, après je pense qu'on évolue là-dessus, même sur les situations d'urgence, je pense qu'on en a quand même pas mal en chirurgie digestive, que ce soient des petites situations d'urgence, un patient qui décompense, et à forcément des gros arrêts cardiaques. Du coup on va savoir mieux accompagner l'étudiant qu'au début, parce que même nous on va être, oh il va mourir ça y est, on ne sait plus quoi faire, on tremble, on n'arrive plus à rien, on appelle juste le médecin, on lui dit il faut venir et puis c'est tout. Maintenant, on sait qu'on arrive plus à faire quand même, on a les collègues qui viennent nous aider, on est plus conscient de ce qu'il se passe, on comprend mieux ce qu'il se passe qu'au début parce qu'il y a certaines situations, si on ne les a pas vues on ne comprend pas ce qu'il se passe. Il y a des choses qui paraissent évidentes, mais sur le coup, on a l'adrénaline qui monte, on ne réalise pas. Et puis avec l'expérience, on n'en a pas une grosse pour l'instant, mais comme on est plus rassurés, on va pouvoir être plus rassurant, et on a plus de données donc on va pouvoir donner plus d'éléments de réponse aux patients. Ce sont ces compétences qui vont nous permettre de plus rassurer, donner des éléments de réponses...

ESI : D'accord, et du coup selon toi quel est l'intérêt de former les étudiants aux soins relationnels, pour la prise de poste ?

IDE : Ça permet qu'ils s'exercent, comme pour tout soin, que ce soit un soin relationnel ou un soin technique, il faut qu'ils s'exercent et du coup ils seront plus à l'aise pour leur prise de poste. C'est quelque chose de connu qu'on ne va pas savoir toutes les situations, puisqu'on ne les voit pas toutes en stage, mais ça va nous permettre de mieux rebondir. Typiquement la situation qui fait peur, un patient qui dit je veux mourir, tout le monde appréhende un peu qu'un patient nous dise ça, et si on a déjà vécu la situation en stage, on a essayé de désamorcer la situation, on a pu en parler débriefer avec l'infirmier, c'est plus clair pour nous. Chaque soin relationnel est différent et propre à chaque personne, mais il y a certaines choses qui peuvent revenir et du coup on a une idée de certaines orientations de réponses, certaines grandes lignes de notre discours qui peuvent revenir. Et du coup, on va savoir mieux rebondir aux attentes du patient si on s'est déjà exercé. Donc c'est hyper important de faire les soins relationnels quand on est étudiant, surtout qu'on a moins de patient en charge et qu'on a un peu plus de temps, à dégager pour les patients pour faire les soins relationnels. Moi je sais qu'en stage ça m'est arrivé qu'on me donne des patients qui avaient besoin de plus de soins relationnels justement pour que je puisse me dégager un petit peu de temps pour ça.

ESI : Ok, et donc pour retourner avec l'entourage, est-ce que tu t'es déjà retrouvée en difficulté, lors d'échanges avec l'entourage ou la famille d'un patient ?

IDE : En stage ou dans mon exercice ?

ESI : Dans ton exercice.

IDE : En grande difficulté ça va, nous ce qu'on a beaucoup, c'est les familles au téléphone qui demandent des nouvelles des patients, ça nous arrive souvent aussi, nous typiquement on a des patients qui ont des sondes naso-gastriques et que les patients ne doivent pas manger. Donc il y avait une patiente qui ne voulait pas de sonde naso-gastrique mais bon on n'allait pas lui donner à manger parce que ce n'était pas le but non-plus, le but c'était plutôt d'essayer de vider son estomac, du coup j'essayais d'expliquer ça à la famille qui ne voulait rien entendre du tout. Donc c'est assez compliqué forcément, on essaye de réexpliquer, donc ils ne sont pas contents à la fin de l'appel, ce n'est toujours pas résolu mais bon on a expliqué, on ne peut rien faire de plus au final. Après ce qu'on dit, nous souvent c'est notre réponse, c'est « revoyez avec le médecin demain, là je ne vais pas pouvoir contacter l'interne », on explique que ce n'est pas une urgence vitale et que c'est ce qu'on a eu comme prescription et que concrètement ça devra attendre demain matin. Après sinon, ce sont des familles qui sont présents la nuit sur un certain laps de temps, pour soit attendre un proche qui revient du bloc, ou pour accompagner une entrée, globalement souvent ça se passe bien, il faut des fois les pousser un petit peu vers la sortie, quand les patients sont en chambre double et qu'ils sont éveillés, on leur dit qu'ils peuvent aller voir leur famille, mais évitez de faire trop de bruit et de rester trop longtemps, en général ils sont compréhensifs,

mais bon des fois il faut les pousser un petit peu. Après il faut toujours dire ça gentiment, en restant un minimum correct, mais leur expliquer qu'il faut partir. Des fois ils ne veulent pas trop s'ils voient leurs proches pas très bien, mais après c'est à nous de les rassurer, de leur dire que nous on est là, qu'on s'en occupe, qu'ils vont avoir tous les antidouleurs possibles, qu'on fait ce qu'il faut, qu'il y a le médecin s'il y a besoin. Ils ne sont pas laissés tout seul la nuit quoi.

ESI : Ok, je vois. Est-ce que tu penses que l'apprentissage relationnel a une place suffisamment importante dans la formation ?

IDE : Je dirai que ça dépend des stages et des tuteurs, aussi bien des tuteurs de stage que de proximité. Je parlais de stages en psychiatrie tout à l'heure, parce que pour moi ce sont les stages où il y a plus des temps dédiés, il y a moins de soins techniques du coup il y a beaucoup plus de relationnel quand même. Après ça dépend des services. Pour moi il y en a toujours besoin quand même. Si on n'a pas le temps de faire des soins relationnels, pour moi on n'a pas fait une bonne journée et qu'on n'a pas réussi à gérer notre journée. Pour moi c'est quand même primordial. Un patient s'il n'est pas bien mentalement, il ne va pas bien guérir, ça ne va pas aller derrière. Typiquement dans mon service, pour qu'ils reprennent le transit, tout ça, il faut qu'ils marchent. Pour qu'ils marchent, il faut qu'ils aient un peu d'énergie, qu'ils soient bien. Du coup je trouve que c'est un exemple assez concret parce qu'on voit que tout s'enchaîne et que s'ils n'ont pas l'énergie, ils ne sont pas bien mentalement, ils vont moins avoir tendance à aller marcher. Ils vont plus avoir tendance à être avachis dans leur lit, à ne pas trop aller bouger, et nous on essaye de les stimuler. Mais s'ils n'ont pas cette énergie, ils ne vont pas aller marcher et ils seront moins bien derrière du côté clinique.

ESI : D'accord, et du coup, quelle place prend la communication dans la prise en charge des patients ?

IDE : Bah la communication c'est primordial. C'est le truc le plus important pour moi, parce qu'aussi bien pour les soins relationnels que les soins techniques, il faut qu'on ait une communication claire pour leur expliquer ce qu'il faut faire ou pas. Il faut que ce soit une communication qui les mette aussi en confiance, leur laisser nous alerter sur certaines choses parce qu'au final même une perf qui commence à leur faire mal il faut qu'ils osent pouvoir nous leur dire. Donc il faut qu'il y ait un lien qui soit au minimum créé, qu'il soit en confiance et la confiance, elle est créée par la communication. Il faut qu'ils aient une compréhension de ce qu'il se passe pour eux aussi. Il y en a qui ne comprennent pas trop ce qu'il se passe et moi ça ne me plaît pas trop. Je trouve ça important quand même pour que le patient ait au maximum la main mise sur sa prise en soin, qu'il soit le plus autonome possible et qu'il comprenne la situation. Pour moi tout ça, ça passe par une communication claire qui met le patient en confiance et il faut que ça soit rassurant quand même. Si jamais leur cas est un peu compliqué, on essaye d'amener ça avec les différents outils qu'on a pour la communication qui vont quand même permettre de pouvoir

leur faire comprendre les choses. L'écoute active ça va être hyper important pour voir ce qu'il a déjà compris, pour le rassurer, écouter ce qu'il a à nous dire, écouter ses peurs... Et des fois on se rend compte qu'on a laissé le patient au maximum dormir et on se rend compte à 6h qu'il a eu super mal toute la nuit en fait. Et ça des fois la nuit ce qui est compliqué c'est qu'en essayant de les laisser dormir au maximum on va moins communiquer avec eux puisque c'est la nuit, et du coup ils ne vont plus essayer de nous contacter, parce qu'ils pensent qu'on dort les trois quart du temps, alors qu'ils peuvent nous appeler non-stop, on n'est pas là pour dormir, on est là pour travailler. Donc c'est un peu compliqué des fois, souvent ce sont les personnes âgées qui ne veulent pas déranger non plus, donc c'est hyper important de communiquer au début avec eux. Et c'est toute la particularité de la nuit.

ESI : D'accord. Et du coup pour toi, est-ce que la prise en charge de l'entourage fait aussi partie de la prise en charge du patient ?

IDE : Ah oui, dans tous les cas, que ça soit les enfants, les époux, tout le monde. C'est hyper important parce qu'autant ce n'est pas forcément eux qu'on va essayer de soigner, autant ils vont être inquiets pour leurs parents, ils vont avoir des questions. Autant je disais tout à l'heure, la dame qui était inquiète parce que sa maman n'avait pas mangé le soir, alors qu'elle avait des nausées, c'est notre rôle d'expliquer le pourquoi du comment. C'est essayer de la rassurer au maximum, lui dire qu'on est au courant et dans ce cas-là lui expliquer qu'ils ont des perfusions qui compensent, ou il y a du sucre, qu'il y a tout ce qu'il faut pour que la personne soit bien. Nous que c'est évident, on laisse pas les personnes sans rien, souvent c'est la grande inquiétude, quand on a des patients qui sont à jeun pendant un certain temps, c'est ah il va mourir, il n'a plus rien de sucre dans le sang, et du coup c'est à nous d'expliquer qu'il a des perfusions qu'on fait attention, que les médecins sont au courant, que nous aussi on surveille, que ça va être notre rôle de rassurer la famille et puis s'il y a besoin de proposer de voir les chirurgiens, après ça dépend d'eux il faut qu'ils passent à la visite. Je sais que c'est un peu plus simple en médecine d'avoir des entretiens avec la famille. Je sais qu'on faisait beaucoup ça en gériatrie des entretiens avec la famille et aussi bien si la famille n'avait pas trop compris la situation que si ça devenait compliqué avec l'équipe soignante. Des fois on a des situations où il y a eu un peu d'agressivité des deux parts et des situations un peu complexes, typiquement les contentions c'est vécu de manière assez compliquée par la famille, mais il faut essayer d'expliquer au maximum le soin. Des fois ce n'est pas suffisant et c'est là où le médecin peut être important aussi. Donc oui c'est hyper important, nous on va prendre au maximum en charge, aussi bien au téléphone qu'en vrai, les rassurer, je leur dis qu'ils peuvent appeler à toute heure. Souvent ils sont gênés d'appeler la nuit mais au contraire, je n'arrête pas de leur dire appelez, n'hésitez pas, on est là pour ça, en plus souvent ça dérange beaucoup plus la journée où elles ont moins le temps. Nous on peut se dégager ce temps-là et puis transmettre au médecin si des fois ça devient trop compliqué, parfois leur position convient mieux à la famille que nous.

ESI : Ok, je vois, et du coup les familles, quelle place ils occupent dans la prise en charge du patient, est-ce qu'ils sont plutôt aidants ?

IDE : Ça va dépendre des familles, il y en a qui vont être très aidantes, et d'autres pas du tout. Il y en a qui vont être rassurantes, réexpliquer ce qu'on dit, dire qu'on peut nous faire confiance... Et il y en a qui vont stresser le patient, l'agiter, le rendre plus douloureux, lui faire perdre confiance en nous, ça peut arriver aussi. J'avais une collègue qui a eu une situation comme ça où il y avait une famille d'une patiente qui était très douloureuse, donc c'était au moment des transmissions, elle venait de prendre le relai. Et là la famille arrive en l'insultant, lui disant qu'elle ne fait rien... Donc on finit par appeler la sécurité, la famille est priée de partir en plus la personne ne venait pas de se faire opérer et les horaires de visite étaient terminés. Et au final le patient une fois que la famille est partie, il n'avait plus mal et a dormi toute la nuit. Donc dans cette situation, la famille n'était pas très aidante, mais il y a des situations où ils rassurent, ils peuvent réexpliquer, notamment avec les personnes âgées ou il peut y avoir des problèmes d'audition, de compréhension parfois. Ils peuvent avoir les deux rôles, et après, c'est à nous de les inclure. Une famille qui n'est pas aidante peut le devenir je pense si on communique bien, on fait bien les soins relationnels, et inversement aussi. Mais si au final on communique bien avec la famille, ils vont des fois pouvoir devenir aidant, même si des fois on sait que ce n'est pas facile et que ça va être compliqué.

ESI : Ok, et du coup le fait d'impliquer l'entourage, ça améliore la qualité de la prise en charge du patient pour toi ?

IDE : Oui. Parce que s'ils sont inclus, ils comprennent, ils vont aller dans notre sens. Pas juste pour qu'on ait raison, mais dans notre sens pour que le patient prenne ses traitements, pour qu'il comprenne l'opération, pour le soutenir, rien que l'accompagner marcher dans le couloir comme je disais tout à l'heure, que la personne devait marcher, que ça devait être très important. Parce que souvent, le conjoint l'accompagne marcher en bas, prendre un café, le genre de chose qu'on ne peut pas faire parce qu'on n'a pas le temps d'aller accompagner tout le monde marcher. Quand on est étudiant, moi j'ai déjà fait ça, encore une fois quand on a des soins relationnels on profite de l'étudiant justement pour faire des choses qu'on n'a pas forcément le temps de faire ce qui est hyper bénéfique pour le patient, mais ce n'est pas possible tout le temps. Et puis ce n'est pas le rôle de l'étudiant non plus de faire ça tout le temps. C'est bien d'aider, de faire au mieux pour le patient, mais on n'est pas là pour accompagner le patient toute la journée à aller marcher.

ESI : C'est sûr, ok. Du coup, qu'est-ce que pour toi la juste distance professionnelle avec l'entourage ?

IDE : Tu veux dire par rapport à la famille, à quelle distance on se met niveau relationnel ?

ESI : Oui, c'est ça.

IDE : Assez voisine de celle du patient, un peu plus distante, mais pas tellement au final, parce que ce n'est pas notre patient, mais il faut quand même faire les soins relationnels de communication, il faut qu'ils comprennent ce qu'il se passe pour leur famille, qu'ils soient rassurés, qu'ils nous fassent confiance aussi, ça c'est hyper important. Donc dans cette mesure-là, la distance elle doit être à peu près pareille, il faut qu'on ait de l'empathie, mais il ne faut pas non plus qu'on soit trop proche émotionnellement, il faut qu'on se protège parce qu'on reste des humains, et il faut qu'on arrive à encaisser et le soir quand on rentre à la maison, être bien quoi.

ESI : Et du coup est-ce que pour toi la juste distance est évolutive ? Est-ce qu'elle est pareil maintenant qu'elle ne l'était il y a quelques mois ?

IDE : Ça évolue je pense, déjà ça évolue pour chaque patient, selon ce qu'il veut, et puis pour chaque soignant aussi, je pense que c'est propre à chacun, chaque situation. Et puis ça évolue au cours de notre carrière, parce que nous on est des humains, on évolue déjà nous et puis nos pratiques évoluent aussi, aussi bien avec les connaissances qu'on acquiert avec le temps et dans notre formation continue. Et puis nous aussi, avec notre confiance en nous, notre assurance en tant que soignant font que notre distance évolue un petit peu, on va se permettre certaines choses qu'on n'aurait pas fait et inversement.

ESI : Ok, et donc du coup la juste distance que tu connais-toi et que tu pratiques, elle te permet de pouvoir bien te protéger ?

IDE : Je dirai oui, après je pense qu'on a tous eu des situations, aussi bien en stage qu'en professionnel qui vont plus ou moins nous impacter. Après ça va être une question de fatigue, une question de beaucoup de choses. On va être plus ou moins impactés par certaines choses qui peuvent nous évoquer certaines choses, personnellement et qui vont plus nous toucher. Après, j'ai toujours réussi à m'en défaire, après c'est aussi un travail de réussir à désamorcer le truc, typiquement quand on rentre à 7h, 8h du matin c'est de réussir à mettre un peu distance avec le travail, de passer la barrière du travail et du perso, et de débriefer après avec les collègues si ça ne va pas.

ESI : Ok, eh bien merci beaucoup pour tes réponses, je ne sais pas s'il y a quelque chose que tu veux ajouter ?

IDE : Pas particulièrement, ça va.

ESI : Parfait alors, merci encore !

Annexe IV : Tableau d'analyse des entretiens

Légende :

Réponses IDE 1

Réponses IDE 2

Objectif n°1: Montrer l'impact de la formation, de l'encadrement des étudiants en tant que futurs professionnels

Thèmes	Items
Un impact important	<p>“Hyper important”</p> <p>“les pratiques qu'ils vont voir au final, on sait qu'il vont s'en inspirer pour leur exercice futur”</p>
Le plan relationnel	<p>“même sur des soins relationnels où on dit que c'est génial, qu'il faut remettre ça, j'en ai plusieurs qui étaient vachement dans l'accompagnement au niveau relationnel avec le patients donc je trouvais que c'était bien.”</p>
Une dimension négative	<p>“Ce n'est pas forcément une bonne chose, tout dépend dans quel lieu l'étudiant va faire son stage.”</p> <p>“si jamais ils n'ont pas l'esprit critique et qu'on fait une mauvaise pratique au final ils vont quand même pouvoir la refaire au quotidien derrière.”</p>
L'encadrement seul, ou le professionnel qui encadre n'est pas le seul facteur qui influe sur la pratique de l'étudiant	<p>“Oui je pense, pas entièrement”</p> <p>“Oui, sur plusieurs plans je pense qu'on s'inspire tout le temps d'infirmiers après, moi j'ai plusieurs fois eu la réflexion avec des infirmiers où je me suis dit il faut que je refasse ça dans ma pratique au maximum”</p> <p>“pas nous individuellement, notre intervention sur un jour qui va changer toutes leur carrière, mais je pense qu'on s'inspire tous de ce qu'on voit quand même, en se disant, ah ça c'est une bonne chose à faire”</p>

Objectif n°2: Identifier les différents outils et types d'apprentissages utilisés dans l'encadrement relationnel

Thèmes	Items
Un encadrement instinctif	<p>“Non, non, je fais au feeling. Il y a des formations au tutorat qui existent mais non, je n'en ai pas faites. ”</p> <p>“puis répondre aux questions quand on peut hein”</p>
La part de l'inné dans le relationnel	<p>“qui sont innées pour tout le monde”</p> <p>“il y a des choses qui ne s'apprennent pas”</p> <p>“naturelles normalement”</p> <p>“ça s'apprend aussi c'est sûr, je pense même qu'on a tous une base d'empathie qu'on va développer et on va développer notre manière de dire les choses”</p>
Un encadrement qui favorise l'entraînement	<p>“ça en partie avec les cours parce qu'on va avoir une partie théorique, mais je pense surtout en pratique.”</p> <p>“pratique”</p> <p>“je sais que des fois j'essaye de leur demander ce qu'ils ont fait comme soin, ou voir dès qu'ils ont un intérêt pour un soin je vais faire en sorte qu'ils puissent le pratiquer. On est sur deux services aussi donc s'il y a un soin qui est intéressant on va essayer de penser à lui, si on a un étudiant qui n'a jamais posé de perfusion, voilà on va le dire aux collègues s'il y a une perfusion qui est bien pour lui proposer pour qu'il essaye”</p> <p>“mais essayer de le laisser au maximum pratiquer tout en le laissant faire des choses correctes”</p>
Des outils matériels	<p>“En outil forcément, on a la feuille de suivi, plutôt à la fin de la journée ou des fois si on les a sur deux petites périodes on peut s'appuyer dessus pour voir s'il y a des petites choses à améliorer”</p>
L'adaptabilité des soignants	<p>“Je n'encadre pas différemment, mais j'essaye de m'adapter en fonction du niveau, on ne va pas expliquer les mêmes choses à une élève infirmière</p>

	<p>de troisième année qui a de très bonnes connaissances et un stage découverte d'une semaine pour une collégienne par exemple.”</p> <p>“On ne va pas employer les mêmes choses, le même jargon, on essaye de s'adapter pour que la communication se passe bien, de façon à ce qu'elle comprenne bien tout”</p> <p>“s'adapter”</p> <p>“j'adapte selon l'étudiant”</p>
<p>L'importance de la communication</p>	<p>“c'est dire les choses, expliquer avant d'entrer dans la maison”</p> <p>“Ce serait ça plutôt, de prévenir l'étudiant ou l'étudiante avant”</p> <p>“désamorcer les situations, si c'est un soin qu'il n'a jamais fait, que je ne suis pas sûre que ça soit très clair, je vais essayer d'en parler avec lui avant d'entrer dans la chambre, je trouve que c'est mieux plutôt que de parler devant le patient, c'est plus sécuritaire pour lui, et donc lui demander comment il va faire le soin, voilà”</p> <p>“qu'on puisse en débriefer derrière, et il y a certains étudiants qui ne vont pas nous dire exactement ce genre de choses puisqu'ils ne sont pas forcément à l'aise, donc si on est là, on va pouvoir savoir les problèmes potentiels pour l'étudiant et ce qui se dit.”</p> <p>“discutant avec eux”</p> <p>“et puis après le soignant va pouvoir débriefer du soin derrière”</p>
<p>Le respect de l'autonomie</p>	<p>“je vais le laisser seul pour son soin relationnel si je l'ai vu aussi.”</p> <p>“s'il est capable de le faire tout seul, je lui dis vas-y et puis on en débriefer quand même après.”</p> <p>“je dirai de rester à côté pour ne pas que l'étudiant dise de bêtises, surtout si c'est un étudiant de première ou de deuxième année puisque ça peut quand même avoir de l'impact, ce qu'on dit aux patients”</p>
<p>Un encadrement bienveillant et sécuritaire pour l'étudiant et le patient</p>	<p>“y en a qui ont des petites phrases et des attentions”</p> <p>“qui nous sécurisent”</p> <p>“je me souvenais que c'était un moment sur les transports ils avaient demandé aux étudiants où est-ce qu'ils habitaient pour savoir si ça allait pour retourner chez eux ou s'il fallait qu'ils partent un petit peu plus tôt. Rien que ce genre d'attention qui au final sont quand même importants et</p>

on se sent confortable après. Et il y a une fois j'ai un peu oublié de demander à une étudiante et je me suis rendue compte que c'était un peu compliqué pour elle le week-end de venir et dès que j'ai su j'ai essayé de désamorcer la situation et on a vu pour essayer de s'arranger au maximum, mais je me suis rappelée cette petite phrase"

"Et l'infirmière m'a laissée être dans une position d'autonomie mais plutôt que de faire l'assistance elle m'avait accompagnée, pour vraiment encadrer en accompagnant en maximum pour éviter de mettre en difficulté."

"on peut reprendre la main si on se rend compte que ce n'est pas top, qu'il faut rassurer un peu plus ou qu'il faut développer un peu plus les soins relationnels."

"Mais je dirai de le laisser faire au maximum tout en restant à côté pour sécuriser le patient et l'étudiant, parce que s'il se retrouve dans une situation complexe, autant certains patients ne vont pas tout dire aux étudiants, donc au niveau de ce qu'ils pensent... Autant certains peuvent dire des choses assez lourdes, on se retrouve un petit peu bêtes déjà en tant que soignant on ne sait pas forcément quoi répondre, alors en tant qu'étudiant on a moins l'habitude, on peut être un peu désarçonnés et puis même ça peut choquer certaines choses qu'on nous dit, il y a des choses fortes qu'on nous dit donc il ne faut pas qu'il reste non plus tout seul avec ce que le patient lui dit"

Objectif n°3: Identifier la place et la posture que l’infirmier de proximité doit avoir auprès de l’étudiant.

Thèmes	Items
Accompagner en favorisant le confort de l’étudiant	<p>“rôle assez important”</p> <p>“l’accompagnement”</p> <p>“savoir les besoins, si l’étudiant est confortable ou pas”</p> <p>“confortable dans les pratiques et dans le stage derrière, parce qu’on sait que si on est pas confortable dans le stage on ne peut rien donner et on n’apprend pas correctement”</p>
L’écoute	<p>“bien savoir écouter, bien être à leur écoute”</p> <p>“l’écoute”</p> <p>“écoute”</p>
La transférabilité dans les deux sens	<p>“Transmettre”</p> <p>“on peut toujours apprendre quelque chose de l’étudiant aussi, ça va dans les deux sens”</p> <p>“montrer qu’on aime notre boulot”</p> <p>“montrer que c’est un métier où il faut être avec plein d’empathie”</p> <p>“rôle d’observation important, d’éducation. Montrer les choses à faire, à ne pas faire”</p> <p>“essayant de faire aimer le métier”</p> <p>“c’est un grand rôle, de transfert des savoirs et des pratiques”</p>
Etre aidant	<p>“posture d’aide envers l’étudiant pour l’aider au maximum dans sa formation et l’acquisition de savoir”</p> <p>“beaucoup d’aide”</p>

Bienveillance	<p>“soignant bienveillant”</p> <p>“bienveillance”</p>
Guider et conseiller	<p>“Guider je dirais, montrer des gestes techniques, donner des conseils, des tuyaux au quotidien, dire à l’étudiant quand il y a quelque chose qui ne va pas, ce qu’il ne va pas, comment il faut faire, parce que l’étudiant est là pour apprendre”</p> <p>“un rôle de conseil”</p> <p>“ Transmettre des tuyaux, des conseils pour tel pansement, des conduites à tenir en fonction de telle réaction de patient, comment il faut réagir, des situations d’urgence”</p> <p>“l’éducation et puis on essaye d’être plein de bon conseil pour les élèves, on fait ce qu’on peut”</p>

Objectif n°4: Appréhender les différences d'encadrement en fonctions des différents types de soin (soins techniques et soins relationnels)

Thèmes	Items
Deux types de soins interdépendants, ayant chacun leur importance.	<p>“Non, je pense que les deux ont leur importance”</p> <p>“faire un soin correctement mais si au niveau relationnel ça ne passe pas il ne te rappellera pas”</p> <p>“Il faut essayer de lier les deux”</p> <p>“qu’un soin technique, il va y avoir différentes manières de faire, mais c’est quand même beaucoup plus protocolisé, alors que le soins relationnel ça va être plus large, on peut plus apporter notre touche soignante personnelle, dans ce soin-là”</p>
Des manières de pratiquer le relationnel différentes en fonction de chacun, devant également être adaptées à chaque patient	<p>“Oui parce que déjà les soins relationnels, tout le monde est différent.”</p> <p>“l’humour, sur l’empathie, je pense qu’on a tous des manières différentes de faire les soins relationnels, et que c’est bien”</p> <p>“ça fonctionne plus ou moins selon les patients”</p> <p>“différents collègues qui ont des manières très différentes de faire”</p>
Apprendre à identifier les moments opportuns, les temps dédiés pour chaque soin	<p>“C’est ce que j’avais eu à un moment avec une étudiante où j’avais dis stop à l’étudiante, j’avais fait une petite phrase pour lui faire comprendre d’arrêter et j’avais discuté avec le patient et après j’avais expliqué en sortant de la chambre à l’étudiante que là ce n’était pas le moment de prendre la tension que le plus important c’était le soin relationnel à ce moment-là, c’était d’essayer de le rassurer, lui expliquer les avantages du bloc, comment ça allait se passer un minimum parce qu’on est pas chirurgien, mais on a un petit peu l’habitude de faire ce genre de choses quand même et que la tension ça allait être dans un second temps derrière.”</p>

Objectif n°5: Appréhender l'encadrement des étudiants lors de situations relationnelles complexes avec l'entourage

Thèmes	Items

<p>Introduire l'étudiant</p>	<p>“Je présente l'étudiant à la famille”</p>
<p>Pratiquer au maximum pendant les années d'études</p>	<p>“j'essayerais de le laisser communiquer au maximum avec la famille parce que c'est comme ça qu'il faut apprendre” “il faut commencer ça en stage”</p>
<p>Sécuriser au maximum l'étudiant, s'adapter à chacun</p>	<p>“selon l'étudiant et je vais voir s'il est à l'aise aussi. S'il n'est pas à l'aise, je vais prendre le relai, puis je vais tout le temps rester à côté pour le sécuriser parce qu'au final c'est quand même une responsabilité qu'on prend quand on parle à la famille, et pas qu'il se ne soit en difficulté derrière s'il doit parler à la famille” “on va choisir aussi la famille aussi, on sait qu'il y en a qui sont plus simples que d'autres” “que ça va mettre en difficulté l'étudiant s'il a ce patient en charge, je vais éviter de lui donner” “c'est quand même important de les sécuriser tout en les laissant communiquer en fait”</p>

Objectif n°6: Montrer l'évolution de l'apprentissage relationnel au cours de la carrière professionnelle et l'intérêt de l'aborder au cours des années d'études.

Thèmes	Items
Le relationnel au début de la carrière professionnelle	<p>“on se dit c'est la vraie vie, on passe de la théorie à la pratique”</p> <p>“là c'est du concret”</p> <p>“je pense qu'on n'a pas fini notre apprentissage quand on sort du diplôme très clairement”</p> <p>“pas beaucoup de confiance”</p> <p>“au niveau du soin relationnel je pense que j'avais du mal à être rassurante à partir du moment où je n'étais pas hyper rassurée moi-même”</p> <p>“on ne sais plus quoi faire, on tremble, on n'arrive plus à rien, on appelle juste le médecin”</p>
L'évolution au cours de la carrière	<p>“que se bonifier je dirais dans les qualités relationnelles”</p> <p>“que s'amplifier dans le bon sens. Si c'est dans le mauvais sens, il vaut mieux changer de métier”</p> <p>“on évolue là-dessus”</p>
Le relationnel à distance de la diplomation	<p>“Ah oui oui, tout à fait, au niveau relationnel on n'est jamais blasé”</p> <p>“Mais ce n'est que du bonheur”</p> <p>“plus sûr de soit, il y a des choses qui nous faisaient peur avant”</p> <p>“on va savoir mieux accompagner l'étudiant qu'au début”</p> <p>“Maintenant, on sait qu'on arrive plus à faire quand même, on a les collègues qui viennent nous aider, on est plus conscient de ce qu'il se passe, on comprend mieux ce qu'il se passe qu'au début”</p> <p>“avec l'expérience, on en a pas une grosse pour l'instant, mais comme on est plus rassurés, on va pouvoir être plus rassurant, et on a plus de données donc on va pouvoir donner plus d'éléments de réponse aux patients”</p>

<p>L'importance de l'apprentissage du relationnel dans la formation</p>	<p>“Je ne sais pas si on peut les former aux soins relationnels, il faut qu'il y ait aussi de l'inné parce que pour être infirmier il faut avoir des qualités relationnelles”</p> <p>“mettre en confiance”</p> <p>“Avoir des qualités relationnelles”</p> <p>“une des conditions sine qua non pour un bon ou une bonne infirmière. Mettre à l'aise le patient avant un soin, se présenter et expliquer le soin, le faire dans toutes les règles de l'asepsie”</p> <p>“Oui oui, c'est important”</p> <p>“le patient il aime autre chose qu'un exécuteur de soin, il aime aussi le bonjour, le relationnel, le contact, le sourire, la bienveillance”</p> <p>“le ressenti du patient est complètement différent”</p> <p>“parce qu'il y a certaines situations, si on ne les a pas vues on ne comprend pas ce qu'il se passe”</p> <p>“ils s'exercent”</p> <p>“il faut qu'ils s'exercent et du coup ils seront plus à l'aise”</p> <p>“nous permettre de mieux rebondir”</p> <p>“si on a déjà vécu la situation en stage, on a essayé de désamorcer la situation, on a pu en parler débriefer avec l'infirmier, c'est plus clair pour nous. Chaque soin relationnel est différent et propre à chaque personne”</p> <p>“certaines choses qui peuvent revenir et du coup on a une idée de certaines orientations de réponses, certaines grandes lignes de notre discours qui peuvent revenir. Et du coup, on va savoir mieux rebondir aux attentes du patient si on s'est déjà exercé”</p> <p>“c'est hyper important de faire les soins relationnels quand on est étudiant, surtout qu'on a moins de patient en charge et qu'on a un peu plus de temps, à dégager pour les patients”</p>
<p>Une prise en charge relationnel qui ne doit pas non plus impacter l'apprentissage de l'étudiant</p>	<p>“étudiant, moi j'ai déjà fait ça, encore une fois quand on a des soins relationnels on profite de l'étudiant justement pour faire des choses qu'on n'a pas forcément le temps de faire ce qui est hyper bénéfique pour le patient, mais ce n'est pas possible tout le temps”</p> <p>“ce n'est pas le rôle de l'étudiant non plus de faire ça tout le temps. C'est bien d'aider, de faire au mieux pour le patient, mais on n'est</p>

	pas là pour accompagner le patient toute la journée à aller marcher.”
--	---

Objectif n°7: Montrer l'évolution de la place de l'apprentissage relationnel dans la formation infirmière.

Thèmes	Items
<p>Une place du relationnel peu présente dans la formation infirmière des années 1990</p>	<p>“je n’ai pas trop de souvenirs d’avoir eu des modules sur les relations humaines”</p> <p>“Il y avait aussi une grosse partie législation, mais relationnelle non”</p> <p>“ou que c’était une infime partie, mais je n’en ai pas souvenir. En tout cas si ça existe c’est une très bonne chose”</p>
<p>Une place du relationnel plus présente actuellement, mais dépendant des lieux d’apprentissages</p>	<p>“ça dépend des stages et des tuteurs”</p> <p>“Je parlais de stages en psychiatrie toute à l’heure, parce que pour moi c’est les stages ou il y a plus des temps dédiés, il y a moins de soins techniques du coup il y a beaucoup plus de relationnel quand même”</p>
<p>Une place pourtant nécessaire dans la prise en charge des patients</p>	<p>“il y en a toujours besoin quand même”</p> <p>“on n’a pas le temps de faire des soins relationnels, pour moi on n’a pas fait une bonne journée”</p> <p>“primordial”</p>

Objectif n°8: Identifier les outils à utiliser lors de difficultés rencontrées avec l'entourage (pour le professionnel et l'étudiant).

Thèmes	Items
Une approche patient-centrée	<p>“je ne m’adresse qu’à la patiente, je fais abstraction des réflexions de la famille, je fais comme s’ils n’étaient plus là. Je fais mon boulot”</p> <p>“je fais abstraction de la famille puisque le soin se concentre surtout sur le ou la patiente”</p> <p>“personnellement quand il y a la famille je fais le soin en faisant abstraction de la famille quand il n’y a rien de particulier par rapport à un patient par rapport à une situation nouvelle, des soucis qu’il y a pu y avoir avant notre arrivée à domicile.”</p> <p>“Moi personnellement, c’est le patient d’abord”</p> <p>“on est obligés, mais moi je fais un soin pour le patient. Après je peux répondre aux interrogations de la famille, expliquer les choses, échanger...”</p>
Une attitude calme et bienveillante	<p>“Je reste zen”</p> <p>“j’essayais d’expliquer ça à la famille qui ne voulait rien entendre du tout”</p> <p>“on explique que ce n’est pas une urgence vitale et que c’est ce qu’on a eu comme prescription et que concrètement ça devra attendre demain matin”</p> <p>“Après il faut toujours dire ça gentiment, en restant un minimum correct, mais leur expliquer qu’il faut partir. Des fois ils ne veulent pas trop s’ils voient leurs proches pas très bien, mais après c’est à nous de les rassurer, de leur dire que nous on est là, qu’on s’en occupe, qu’ils vont avoir tous les antidouleurs possibles, qu’on fait ce qu’il faut, qu’il y a le médecin s’il y a besoin”</p> <p>“tout en expliquant à la famille que le but de l’étudiant c’est d’apprendre et il ne faut pas que l’élève le perçoive négativement”</p>
Apprendre à déléguer	<p>“c’est assez compliqué forcément, on essaye de réexpliquer, donc ils ne sont pas contents à la fin de l’appel, ce n’est toujours pas résolu mais bon on a expliqué, on ne peut rien faire de plus au final. Après ce qu’on dit, nous souvent c’est notre réponse, c’est revoyez avec le médecin demain”</p> <p>“Si c’est pour un soin et que la famille ne désire pas que l’étudiant le fasse, je ferais tout de même le soin”</p>

Objectif n°9: Identifier l'importance de la communication dans la prise en soin

Thèmes	Items
Une communication primordiale	<p>“la communication c’est primordial”</p> <p>“le truc le plus important pour moi”</p> <p>“aussi bien pour les soins relationnels que les soins techniques”</p>
Distraire	<p>“La communication est hyper importante, savoir discuter avec un patient c’est aussi faire oublier d’autre chose pendant que tu fais le soin, de parler de tout et de rien, c’est aussi faire oublier sa maladie”</p> <p>“être un peu son petit rayon de soleil, ça a une place très très importante”</p>
Relation de confiance	<p>“communication claire qui met le patient en confiance”</p> <p>“une communication qui les mette aussi en confiance”</p> <p>“il faut qu’il y ait un lien qui soit au minimum créé”</p> <p>“soit en confiance et la confiance, elle est créée par la communication”</p> <p>“ait une communication claire pour leur expliquer ce qu’il faut faire ou pas”</p> <p>“créer un climat de confiance et après tout va bien”</p>
Honnêteté	<p>“tout de suite expliquer les choses à la famille pour éviter les malentendus. C’est hyper important d’être transparent. Ne pas hésiter à dire aussi si on s’est trompé dans une dose”</p> <p>“prévenir et puis après assumer son erreur, surveiller le patient”</p> <p>“prévenir la famille, ne rien cacher car après c’est pire. Il faut être transparent”</p>
Mettre le patient au centre de sa prise en charge	<p>“compréhension de ce qu’il se passe pour eux aussi”</p> <p>“Je trouve ça important quand même pour que le patient ait au maximum la main mise sur sa prise en soin, qu’il soit le plus autonome possible et qu’il comprenne la situation”</p>
Rassurer	<p>“rassurer”</p> <p>“rassurant quand même”</p>

<p>L'écoute active</p>	<p>“écouter ce qu'il a à nous dire, écouter ses peurs...”</p> <p>“on essaye d'amener ça avec les différents outils qu'on a pour la communication qui vont quand même permettre de pouvoir leur faire comprendre les choses. L'écoute active ça va être hyper important”</p> <p>“important d'être à l'écoute des patients surtout pour pouvoir bien communiquer avec les patients”</p>
------------------------	---

Objectif n°10: Montrer l'importance de l'entourage dans la prise en charge des patients

Thèmes	Items
<p>Une place importante des proches</p>	<p>“Quand il y a de l'entourage c'est toujours bien, hein la place est importante, c'est mieux qu'il y ait de la famille autour du patient”</p> <p>“Elle est importante, c'est toujours important qu'il y ait de la famille autour d'un patient”</p> <p>“Ah oui forcément, cela va de soi”</p> <p>“Ah oui, dans tous les cas, que ça soit les enfants, les époux, tout le monde”</p> <p>“hyper important”</p> <p>“autant ce n'est pas forcément eux qu'on va essayer de soigner, autant ils vont être inquiets pour leurs parents, ils vont avoir des questions”</p>
<p>Parfois aidants</p>	<p>“conjoint l'accompagne marcher en bas, prendre un café, le genre de chose qu'on ne peut pas faire parce qu'on n'a pas le temps d'aller accompagner tout le monde marcher”</p> <p>“qui vont être très aidantes, et d'autres pas du tout. Il y en a qui vont être rassurantes, réexpliquer ce qu'on dit, dire qu'on peut nous faire confiance...”</p> <p>“il y a des situation ou ils rassurent, ils peuvent réexpliquer, notamment avec les personnes âgées ou il peut y avoir des problèmes d'audition, de compréhension parfois”</p>
<p>Parfois plutôt obstacles dans la prise en charge</p>	<p>“tu verras si tu fais du libéral plus tard mais dans la famille du patient il y a des parents qui sont là mais qui ne sont pas présents et d'autres qui sont omniprésents, qui posent des questions, qui sont aux petits soins, qui aiment bien être là, des fois un peu trop”</p> <p>“il y en a qui sont très demandeurs, qui posent des questions, même plus que le patient et ça les rassure en même temps”</p> <p>“la famille est très demandeuse, très exigeante aussi”</p> <p>“compte-tenu aussi du contexte de certaines personnes de la famille qui peuvent être hyper angoissées”</p>

	<p>“Et il y en a qui vont stresser le patient, l’agiter, le rendre plus douloureux, lui faire perdre confiance en nous, ça peut arriver aussi”</p>
<p>Faire passer les proches d’obstacles à aidants en les impliquant dans la prise en charge</p>	<p>“Oui. Parce que s’ils sont inclus, ils comprennent, ils vont aller dans notre sens”</p> <p>“mais dans notre sens pour que le patient prenne ses traitements, pour qu’il comprenne l’opération, pour le soutenir, rien que l’accompagner marcher dans le couloir comme je disais toute à l’heure, que la personne devait marcher, que ça devait être très important”</p> <p>“Ils peuvent avoir les deux rôles, et après, c’est à nous de les inclure. Une famille qui n’est pas aidante peut le devenir je pense si on communique bien, on fait bien les soins relationnels, et inversement aussi. Mais si au final on communique bien avec la famille, ils vont des fois pouvoir devenir aidant, même si des fois on sait que ce n’est pas facile et que ça va être compliqué”</p>
<p>Le rôle infirmier avec les proches et la collaboration médecin/infirmier</p>	<p>“notre rôle d’expliquer le pourquoi du comment. C’est essayer de la rassurer au maximum, lui dire qu’on est au courant et dans ce cas-là lui expliquer qu’ils ont des perfusions qui compensent, ou il y a du sucre, qu’il y a tout ce qu’il faut pour que la personne soit bien. Nous que c’est évident, on laisse pas les personnes sans rien, souvent c’est la grande inquiétude”</p> <p>“c’est à nous d’expliquer qu’il a des perfusions qu’on fait attention, que les médecins sont au courant, que nous aussi on surveille, que ça va être notre rôle de rassurer la famille”</p> <p>“Je sais que c’est un peu plus simple en médecine d’avoir des entretiens avec la famille”</p> <p>“entretiens avec la famille”</p> <p>“faut essayer d’expliquer au maximum le soin”</p> <p>“ce n’est pas suffisant et c’est là où le médecin peut être important aussi. Donc oui c’est hyper important, nous on va prendre au maximum en charge, aussi bien au téléphone qu’en vrai, les rassurer, je leur dis qu’ils peuvent appeler à toute heure”</p> <p>“au contraire, je n’arrête pas de leur dire appelez, n’hésitez pas, on est là pour ça”</p>

	<p>“Nous on peut se dégager ce temps là et puis transmettre au médecin si des fois ça devient trop compliqué, parfois leur position convient mieux à la famille que nous”</p>
--	---

Objectif n°11: Donner un sens à la juste distance professionnelle avec l'entourage, selon deux soignants

Thèmes	Items
Une juste-distance avec l'entourage proche de celle du patient	<p>“Assez voisine de celle du patient”</p> <p>“un peu plus distante, mais pas tellement au final”</p> <p>“la distance elle doit être à peu près pareille”</p>
Une juste distance situation-dépendante	<p>“Ça évolue je pense, déjà ça évolue pour chaque patient”</p> <p>“pour chaque soignant aussi, je pense que c'est propre à chacun, chaque situation”</p> <p>“Je dirai oui, après je pense qu'on a tous eu des situations, aussi bien en stage qu'en professionnel qui vont plus ou moins nous impacter”</p> <p>“certaines choses, personnellement et qui vont plus nous toucher”</p> <p>“plus ou moins impactés par certaines choses qui peuvent nous évoquer”</p> <p>“Et après c'est bête, mais il y a un feeling qui passe avec les patients ou pas, pour ceux avec qui il n'y en a pas tu fais le soin et puis basta, tout en restant correct. Et puis d'autres, tu t'attaches forcément”</p>
Un juste milieu	<p>“il faut un juste dosage”</p> <p>“Il ne faut pas en avoir trop, mais pour moi c'est une qualité”</p> <p>“il faut qu'on ait de l'empathie, mais il ne faut pas non plus qu'on soit trop proche émotionnellement”</p>
Une juste distance innée	<p>“Ça se fait tout seul”</p>
Une distance qui permet de se protéger	<p>“ Il faut savoir se préserver aussi”</p> <p>“il faut qu'on se protège parce qu'on reste des humains, et il faut qu'on arrive à encaisser et le soir quand on rentre à la maison, être bien quoi”</p>

<p>La place du relationnel dans la juste distance: instaurer une relation de confiance</p>	<p>“ tu vois qu’ils ont besoin de parler, donc là ils posent des questions sur le soin, même sur toi, ça arrive souvent, bon là je réponds”</p> <p>“il faut quand même faire les soins relationnels de communication, il faut qu’ils comprennent ce qu’il se passe pour leur famille, qu’ils soient rassurés, qu’ils nous fasse confiance aussi, ça c’est hyper important”</p> <p>“des patients auxquels tu t’attaches, ça crée des liens, des gens qui ont besoin de parler, qui se confient à toi de leurs problèmes conjugaux, de leurs enfants, il faut être à leur écoute”</p>
<p>L’équipe soignante, une ressource pour se protéger</p>	<p>“et quand il y a des problèmes il ne faut pas hésiter à en parler à des collègues ou à se faire aider ou à laisser la main carrément”</p> <p>“et de debriefer après avec les collègues si ça ne va pas”</p>

Objectif n°12: Montrer le but et l'évolution au cours de la carrière de la juste distance.

Thèmes	Items
<p>Une évolution dépendant de multiples facteurs</p>	<p>“ça évolue au cours de notre carrière”</p> <p>“on évolue déjà nous et puis nos pratiques évoluent aussi, aussi bien avec les connaissances qu'on acquiert avec le temps et dans notre formation continue”</p> <p>“avec notre confiance en nous, notre assurance en tant que soignant font que notre distance évolue un petit peu, on va se permettre certaines choses qu'on n'aurait pas fait et inversement”</p> <p>“question de fatigue, une question de beaucoup de choses”</p>
<p>Un travail difficile, mais nécessaire</p>	<p>“on dit qu'on est blindés, mais on ne l'est jamais vraiment”</p> <p>“Là c'est difficile, j'y pense encore. C'est compliqué”</p> <p>“ Il faut”</p> <p>“ il y a des moments ou tu te sens comme une coquille”</p> <p>“des soignants peuvent craquer”</p> <p>“un travail de réussir à désamorcer le truc, typiquement quand on rentre à 7h, 8h du matin c'est de réussir à mettre un peu distance avec le travail, de passer la barrière du travail et du perso”</p> <p>“posture de soignant, mais c'est difficile. Des patients que tu vois tous les jours, forcément ça crée un lien”</p> <p>“du mal à observer une distance thérapeutique comme ça, à chaque fois ce n'est pas possible”</p> <p>“tu ne t'en sors plus”</p> <p>“c'est difficile”</p> <p>“C'est difficile de l'appliquer à 100%”</p> <p>“je pense que ce n'est pas possible”</p> <p>“on dit que forcément il ne faut pas mêler privé et professionnel, mais des fois c'est compliqué.”</p> <p>“C'est trop difficile sinon.”</p>

<p>Des soignants humains, faisant preuve d'empathie</p>	<p>“parce que nous on est des humains”</p> <p>“c’est fragile parce qu’on est humains”</p> <p>“c’est un comportement complètement humain. Heureusement qu’on craque de temps en temps aussi, être infirmier c’est être empathique, l’empathie c’est hyper important. C’est ce qui te permet d’exercer, de ressentir ce que les patients ressentent.”</p>
---	---

Abstract

NOM : MONY PRENOM : Elisa
TITRE DU MEMOIRE : <i>L'apprentissage de la juste distance lors de situations relationnelles complexes impliquant les familles</i>
<p>During my years of nursing studies, as someone naturally reserved, I had to step out of my comfort zone and handle complex relational situations with patients' families. This led me to the question of the learning of the right distance in complex relational situations involving families. The aim of this research was to demonstrate the importance of considering this tripartite relationship in the care protocol and the increasingly important place it has taken in nursing practice. So, I divided my research topic into four concepts that I studied: the position of the local nurse, the relational learning of the nurse student, complex relational situations involving families, and the right nurse-family distance. In order to construct this work, I conducted research about reference texts. I also developed an interview guide which allowed me to interview two nurses from different generations practicing in two different environments. By relating the authors' works and the two nurses, I was able to determine the impact of the local nurse on the relational learning of the nursing student. I also was able to determine the place of the family in patient management and the importance of the learning of the right distance. This research allowed me to reconsider my view of nursing practice with families and led me to the question of the ongoing training of professionals.</p>
<p>Lors de mes années d'études en soins infirmiers, en tant que personne naturellement réservée, j'ai dû sortir de ma zone de confort et gérer des situations relationnelles complexes avec les familles de patients. Cela m'a amené à la question de l'apprentissage de la juste distance lors de situations relationnelles complexes impliquant les familles. L'objectif de cette recherche consistait à montrer l'importance de la prise en compte de cette relation tripartite dans le protocole de soin et la place de plus en plus importante qu'elle a pris dans la pratique infirmière. J'ai donc décomposé mon sujet de recherche en quatre concepts que j'ai étudié : la posture de l'infirmier de proximité, l'apprentissage relationnel de l'étudiant infirmier, les situations relationnelles complexes impliquant l'entourage et la juste distance infirmier-proche. Afin de construire ce travail, j'ai réalisé des recherches de textes de références. J'ai également réalisé un guide d'entretien qui m'a permis d'interviewer deux infirmiers de générations différentes exerçant dans deux milieux différents. En mettant en relation les auteurs et les deux infirmiers, j'ai pu déterminer l'impact de l'infirmier de proximité dans l'apprentissage relationnel de l'étudiant infirmier. J'ai également pu déterminer la place de la famille dans la prise en charge du patient, et l'importance de l'apprentissage de la juste distance. Ce travail de recherche m'a permis de reconsidérer ma vision de la pratique infirmière avec la famille et m'a amenée sur la question de la formation continue des professionnels.</p>
MOTS CLES : coaching, right distance, relational learning, families, local nurse
MOTS CLES : encadrement, juste distance, apprentissage relationnel, familles, infirmier de proximité
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 : 2021-2024