

UNIVERSITE DE BOURGOGNE  
UFR Sciences Humaines – Ecole Doctorale LISIT (E.D. 491)  
Laboratoire CIMEOS (E.A. 4177)

THESE  
Pour obtenir le grade de  
Docteur de l'Université de Bourgogne  
en Sciences de l'Information et de la Communication

Philippe Viard

Présentée le 16 octobre 2014

**Le soin-communicant**  
**Un espace de médiation**  
**en vue de la construction d'une professionnalité soignante**  
**Volume 2 – Corpus**

Directeur de thèse  
Jacques Bonnet, Professeur, Agrosup Dijon, CIMEOS, U. de Bourgogne

Jury :

Gino Gramaccia, Professeur, Université de Bordeaux 1, rapporteur  
Florence Vinit, Professeure, Université du Québec à Montréal, rapporteure  
Jacques Bonnet, Professeur, Agrosup Dijon, membre du jury  
Fabienne Martin-Juchat, Professeure, Université Stendhal Grenoble 3, membre du jury  
Daniel Raichvarg, Professeur, Université de Bourgogne, membre du jury  
Michèle Bernier, Directrice de l'IFSI du CHRU de Dijon, membre invité



# Sommaire

<b>Sommaire .....</b>	<b>3</b>
<b>1. Le récit de vie de monsieur Pierre.....</b>	<b>7</b>
<b>2. Soin et corps.....</b>	<b>58</b>
2.1. 004. Un patient urine sur un soignant, le soignant réagit violemment.....	58
2.2. 006. Instaurer un climat de confiance auprès d'un patient réfractaire à la toilette .....	59
2.3. 009. Au moment de l'aide au lever, une personne âgée devient agressive.....	61
2.4. 010. Accompagnement de la toilette d'une patiente risquant d'être violente .....	63
2.5. 014. Appréhension à réaliser la toilette d'une personne amputée .....	66
2.6. 020. Toilette pour un patient à retard mental.....	68
2.7. 021. Un étudiant réalise sa première toilette pour un patient .....	71
2.8. 025. Communication au cours d'une toilette d'une personne âgée.....	73
2.9. 028. Toilette d'une personne âgée prostrée .....	75
2.10. 029. Chute pendant une toilette. Sentiment d'échec du soignant .....	77
2.11. 030. Forcer une personne âgée pour faire sa toilette.....	80
2.12. 035. Un contact de la main « débloque » une personne qui ne pouvait plus manger.....	81
2.13. 037. Le désespoir d'une personne lors de sa toilette trouble l'infirmière sur le but de la vie .....	83
2.14. 044. Une personne âgée avec une incapacité physique est laissée seule sur les toilettes. Dignité, risque.....	86
2.15. 045. Lorsque que la toilette se passe bien.....	87
2.16. 048. L'attention est le plus important lors de la toilette d'une personne âgée.....	89
2.17. 054. Lors de la toilette, un soignant fait remarquer au patient la mauvaise odeur. Gène ? Perte de la face ? .....	92
2.18. 057. Une personne Alzheimer refuse la toilette. Manque de savoir-faire du soignant ? .....	93
2.19. 079. Une communication corporelle avec un enfant autiste .....	95
2.20. 080. La position de « spectateur » face à la nudité de jeunes filles musulmanes.....	96
<b>3. Soin et technologie .....</b>	<b>98</b>
3.1. 002. Education à l'auto-sondage pour une personne étrangère .....	98
3.2. 008. Réaction d'un patient lors d'un pansement douloureux. Surprise de l'étudiant.....	100
3.3. 015. Contention d'une personne pour un change (dire la vérité) .....	103
3.4. 017. Odeur forte lors d'un pansement d'escarre .....	106
3.5. 019. Un patient s'énerve lors d'une injection retard.....	107
3.6. 024. Description d'un soin : Injection neuroleptique retard.....	109

3.7.	031. Faire un soin pour le confort des soignants (pose d'une sonde à demeure).....	112
3.8.	034. Réaliser une activité sans réfléchir aux conséquences .....	113
3.9.	039. Une situation d'urgence pour une PA questionne l'IDE sur la responsabilité .....	114
3.10.	056. Premier geste pour une étudiante. La technique prend toute la place.....	118
3.11.	069. Sentiment de réussite lors d'un soin technique peu pratiqué .....	119
3.12.	071. Une mise en situation de soin dans le stress rend la pédagogie inefficace et la relation au patient inexistante .....	120
3.13.	073. La douleur inévitable d'un nouveau-né lors d'un prélèvement est jugée comme un échec par la soignante. ....	123
3.14.	074. Le temps d'une prise de sang, un moment privilégié pour la rencontre avec une personne âgée .....	124
3.15.	081. L'aspect technique de l'annonce du cancer occulte la dimension relationnelle .....	127
3.16.	088. Une communication défailante entraîne la pose d'une sonde avec violence .....	128
3.17.	089. Zone de compétence et zone de décision lors d'un soin auprès d'un diabétique .....	129
3.18.	090. Réanimation cardiaque sans efficacité. Interrogation sur l'efficacité du geste .....	132
3.19.	097. Un soin en service sans les précautions demandées dans le cadre de la bonne pratique .....	133
3.20.	098. Le soignant obligé de fouiller les affaires d'un patient s'en trouve culpabilisé .....	134
<b>4.</b>	<b>Soin et distance .....</b>	<b>136</b>
4.1.	013. Etudiant qui ment pour ne pas révéler un diagnostic péjoratif.....	136
4.2.	022. Distance thérapeutique en santé mentale. (Activité marche) .....	137
4.3.	023. Peut-on faire un lien entre excès d'empathie et distance thérapeutique ?.....	140
4.4.	026. Distance thérapeutique avec personne à retard mental.....	143
4.5.	036. L'émotion dans une situation d'urgence ne permet pas de faire le geste approprié ...	145
4.6.	042. Une PA remercie l'IDE et se met à pleurer à l'annonce de son départ .....	147
4.7.	046. Le positionnement du stagiaire en service .....	149
4.8.	049. Vigilance et réactivité : les qualités de l'infirmier ? .....	151
4.9.	055. Le tutoiement d'une patiente révèle la distance thérapeutique, la posture .....	152
4.10.	060. Un traitement pour accompagner la fin de vie - continuité des soins comme « si de rien n'était » .....	154
4.11.	062. Ce que la routine nous dit de la considération de la personne soignée .....	156
4.12.	068. Sentiment d'incompétence ressenti suite à un reproche devant le patient .....	158
4.13.	075. Une personne âgée est sereine face à la mort ce qui questionne le soignant sur son rapport à la mort.....	160
4.14.	077. Responsabilité et prise de décision. Comment connaître la nature exacte de l'action à réaliser ? .....	162
4.15.	078. L'inversement des rôles patient/soignant met en lumière l'adaptation à de la communication à la situation de soin .....	164
4.16.	084. Mourir dans une chambre double ou comment l'institution organise la solitude de la fin de vie.....	166

4.17.	085. Un enfant de deux ans est violent face aux adultes et aux autres enfants .....	169
4.18.	087. Un patient propose une sortie en dehors du service à une étudiante qui se sent alors en danger .....	170
4.19.	093. La pathologie du patient réduit la distance thérapeutique jusqu'à mettre en difficulté le soignant.....	175
4.20.	099. La bienveillance est nécessaire lorsque l'on encadre des étudiants sur le terrain.....	176
<b>5.</b>	<b>Soin et environnement.....</b>	<b>178</b>
5.1.	003. Le soignant se voit dans l'obligation de cacher la connaissance de la maladie à la patiente.....	178
5.2.	007. Participation d'une famille au soin (aide à l'alimentation).....	179
5.3.	011. Une personne âgée remange lors d'une sortie au restaurant .....	180
5.4.	012. Sentiment d'inutilité face à la douleur non prise en charge par le corps médical.....	183
5.5.	027. Patient en fin de vie qui souhaite fumer. Refus de l'équipe.....	185
5.6.	047. Y a-t-il assez d'attention auprès des PA pour éviter les aggravations en institution ? .....	187
5.7.	051. À domicile le soin demande-t-il plus de précautions ? Intimité, réussite ? .....	189
5.8.	058. Importance de l'accueil des parents pour qu'ils gardent leur place auprès de leur enfant .....	190
5.9.	059. Une famille questionne sur un pronostic péjoratif. Quel positionnement du soignant ?.....	192
5.10.	063. Lors d'un accompagnement de fin de vie, un sourire de l'infirmière est mal interprété par la famille.....	194
5.11.	065. Contention d'un enfant pour réaliser un soin. L'incompréhension de la mère .....	195
5.12.	066. L'infirmière traduit les propos du médecin qui ne sont pas conformes à la vérité de la situation du patient .....	197
5.13.	067. Sentiment de culpabilité d'un soignant face à la colère du fils d'une patiente suite à une erreur professionnelle d'un membre de l'équipe .....	199
5.14.	072. La compétence de l'étudiante est remise en cause par les parents d'un enfant prématuré .....	202
5.15.	082. Lors d'une prise en charge de fin de vie d'une personne âgées, quelle communication pour une cellule familiale non traditionnelle ?.....	204
5.16.	083. Les limites légales de la prise en charge mettent en difficulté l'identité soignante de l'étudiant .....	206
5.17.	086. Un temps accordé à une personne âgée juste avant sa mort se révèle un élément central du soin .....	209
5.18.	092. Comment analyser l'agressivité comme un symptôme de la pathologie traitée ?.....	211
5.19.	094. La transformation d'une information amène à une erreur thérapeutique .....	213
5.20.	100. L'alitement et le silence médical mettent en difficulté l'approche relationnelle de la soignante .....	214
<b>6.</b>	<b>Soin et langage .....</b>	<b>216</b>
6.1.	001. Le langage professionnel auprès d'enfants .....	216

6.2.	005. Un patient ne réagit pas avant la toilette, le soignant agit avec violence .....	217
6.3.	016. Prise en charge d'une patiente étrangère ne parlant pas français .....	220
6.4.	018. Problèmes de communication avec les patients et en tant que stagiaire.....	222
6.5.	032. Toilette d'une personne mutique et catatonique.....	224
6.6.	033. Soins sans communication verbale avec la patiente.....	226
6.7.	038. Faire face à un refus d'une personne âgée Alzheimer. Comment faire comprendre ? .....	228
6.8.	040. Une personne âgée met en échec le soin malgré tous les efforts de l'infirmière .....	230
6.9.	041. Un soin avec un chien rend le sourire à une personne âgée dépendante qui ne parlait plus .....	233
6.10.	043. Importance de la connaissance de la PA dans le cas d'une communication verbale impossible (démence).....	235
6.11.	050. Evaluation de la douleur par les signes corporels .....	236
6.12.	052. Quelle communication auprès de parents ne parlant pas la langue ?.....	237
6.13.	053. Comment entrer en communication avec une patiente qui pleure et ne peut parler ? .....	239
6.14.	061. Quelles dernières paroles dire à un mourant et aux personnes qui l'accompagnent ? .....	240
6.15.	064. Odeur forte d'une plaie. La réaction face au patient.....	241
6.16.	070. Familiarité et grossièreté envers un patient par une aide-soignante : le malaise de l'étudiant.....	242
6.17.	076. La situation dramatique d'une patiente tétraplégique envahit la relation de soins.....	243
6.18.	091. Le langage non verbal aurait-il été plus efficace dans une situation d'explication des suites d'hospitalisation ? .....	245
6.19.	095. Les compliments d'une personne âgée mettent l'accent sur l'importance du soin relationnel .....	247
6.20.	097. Où commence et où s'arrête le soin ? Ou commence et où s'arrête le tolérable pour le soignant ? .....	248

## 1. Le récit de vie de monsieur Pierre<sup>1</sup>

1 Monsieur Pierre : Après j'ai été introduit auprès de l'hôpital des trois chênes pour aider  
2 les malades, à aller à la messe, le dimanche. Et puis il allait bien, il avait la voiture il  
3 était donc tout à fait indépendant et tout. Et puis à un moment donné il a déménagé.  
4 Et là il avait quand même des médicaments à prendre et c'est là le problème c'est que,  
5 il ne les prenait pas. Ou il les prenait mais moi je sentais je lui téléphonais tous les  
6 jours mais je sentais qu'il n'allait pas bien. Oui oui j'ai pris les médicaments, puis il  
7 oubliait et puis des fois j'allais chez lui et je voyais ce qu'il se faisait comme repas  
8 ouais, zéro quoi.

9 **Intervieweur : C'est-à-dire qu'il ne se prenait plus en main ?**

10 C'est-à-dire y se prenait en main oui y se faisait des repas y mangeait peut être du  
11 pain je voyais dans une petite casserole trois pommes de terre qui cuisaient et c'est  
12 tout sans trop de... et voilà et puis à un moment donné j'ai dit, on faisait beaucoup de  
13 choses ensemble le soir notamment. On était à un village voisin à trois kilomètres d'ici  
14 où il était, c'était un village où il avait l'église deux paroisses enfin deux villages avec  
15 deux églises. Une paroisse où il faisait les deux, ensemble...

16 **Il avait quel âge ?**

17 Quel âge il avait ? Quatre-vingt ? Plus en 88, 5... Ouais, 80/82.

18 Et là, quand je voyais ce qu'il faisait et que moi j'avais la place ici, y piquait, on faisait  
19 quand même beaucoup de choses ensemble, que le soir y venait là, quand il a

---

<sup>1</sup> L'entretien a été enregistré avec l'accord de M. Pierre et transcrit *in-extenso*. Les temps de pause dans le discours sont indiqués sur la transcription par un changement de paragraphe, les éléments extérieurs au langage verbal notés entre parenthèses. Les propos en gras sont ceux de l'intervieweur.

20 déménagé il conduisait la voiture donc y conduisait encore. Alors là ça doit être 2005  
21 l'ordre de grandeur qu'il a quitté ici pour lui aider à déménager. Je pense  
22 personnellement que c'était une bêtise qu'il avait déménagé mais c'était un ami qui  
23 était prêtre qui lui a dit là-bas en ville tu es prêt de St Joseph, y'a un appartement qui  
24 se libère.

25 Et dans sa tête, moi je ne connaissais pas mais dans sa tête il pensait que cet  
26 appartement était médicalisé. Vous connaissez ce que ça veut dire ça ?

27 **Oui, oui...**

28 Y des temps au niveau... je ne savais pas.

29 **Equipé, quoi, équipé pour lui ?**

30 Et surtout, c'était un appartement à côté de l'EMS, là où il est maintenant. Alors je lui  
31 ai dit moi je connaissais pas du tout, j'ai dit bon, ben il est près, il est près de St Joseph  
32 pratiquement même pas cent mètres, de l'église, c'est bien pour lui moi ça me gênait  
33 un peu j'ai dit pfouu, il a tous les secours voulus c'est-à-dire l'EMS à côté, et y pouvait,  
34 moi je pensais c'était dans l'engrenage mais pas du tout. Après coup j'ai vu que c'était  
35 pas du tout le cas il n'a fait que changer d'appartement.

36 **C'était un appartenant normal...**

37 Normal même disposition qu'ici trois pièces ici, vous savez qu'ici à Genève la cuisine  
38 compte comme une pièce. Deux pièces cuisine, je sais pas si c'est un F2 ?

39 **F2**

40 F2 et ici il avait la même chose ici.

41 Et comme je continuais à m'occuper de lui dans ce sens-là sans trop m'occuper mais  
42 enfin je regardais un peu puis après j'ai vu il a commencé à venir puis je lui ai dit puis  
43 tu viens manger ici, le tram il arrive là de l'autre côté, il passe devant chez lui donc il  
44 n'y avait pas trop de problèmes il venait là.



45 Puis à un moment donné j'ai dit mais, oui, il a fait deux ans comme ça. Mais on était  
46 souvent ensemble, souvent ensemble, lui il se négligeait un petit peu, mais il avait  
47 encore là il avait des amis, enfin, je vous dis l'anecdote y disait toujours : je vais chez  
48 mon gendre.

49 J'ai pas réagi.

50 **Oui parce que...**

51 J'ai pas réagi, j'ai pas réagi mais il aimait faire des boutades comme celle-ci : je vais  
52 chez mon gendre, il allait manger. C'étaient des amis, un couple le monsieur s'appelait  
53 Gendre. Voilà. Un couple sans enfant qui l'a accueilli, à Presac quand il est venu. Elle  
54 s'occupait un peu du ménage de la cure là-bas et lui s'occupait je crois il y avait une  
55 propriété je crois qu'il y avait 3000 mètres carrés de terrain donc il s'occupait de  
56 faucher et tout après ça c'est un détail.

57 Voilà, puis il est venu ici et petit à petit il perdait le fil avec eux, et puis à un moment  
58 donné j'ai dit mais moi, ça m'arrangerait, je serais plus tranquille qu'il soit chez moi,  
59 moi quand même j'ai plus, ma femme est décédée, et mes enfants sont loin, ma fille  
60 est en Belgique, mon fils est au-dessus, il a pris le même appartement que moi mais  
61 au-dessus, mais il était pas encore là.

62 Donc ici j'ai de la place.

63 **Vous étiez inquiet pour lui ?**

64 Un peu quand même. Un peu quand même parce que je suis au niveau alimentation  
65 y commençait, bon y commençait à pas mal de fois y mangeait ici. Pis après tout on  
66 sortait ensemble manger, je m'occupais de lui mais il était pas indépendant, il était  
67 pas, il était pas, mais je le surveillais quand même. Et puis petit à petit je lui ai dit tu es  
68 quand même, moi j'ai de la place si tu veux dormir ici, mais j'ai pas des, j'ai pas donné  
69 le congé à son appartement, de sorte qu'il a vécu quelque temps ici puis j'ai dit mais,  
70 parce que c'est difficile à Genève parce que si on donne le congé si, on accueille  
71 quelqu'un on doit déclarer y'a tout un système que se passe, et pis après tout je prends

72 le risque, je le prends ici comme je suis propriétaire, c'est pas moi le propriétaire c'est  
73 ma fille mais, je suis quand même là je suis comme propriétaire, pis j'étais à l'époque,  
74 et pis bien heu, il est resté peut-être plus d'une année chez moi avant, oui, plus d'une  
75 année, avant de donner le congé. J'ai dit bien encore une fois alors on arrête, tu  
76 changes de nouveau les papiers, tu viens sur la commune ici, qui est une bonne  
77 commune car on pouvait faire des...

78 **Thônex ?**

79 Thônex, Onex pis Thônex, Onex c'est de l'autre côté, Grand Lancy où vous avez M.  
80 V. et puis...

81 Et puis j'ai dit ça allait mais le phénomène j'ai dit je peux le prendre en charge aussi  
82 moi ça m'aurait été, je m'arrangeais pour les repas aussi, on était ensemble, pis lui il  
83 était, il était invité bien je l'amenaï, il était invité parce qu'il avait plus de voiture, je  
84 l'amenaï, j'allai le chercher c'était pas... pas de problème.

85 Pis voilà, ce qui était important pour lui, il avait six médicaments à prendre alors, j'allais  
86 avec lui chez le médecin, il allait chez le médecin et moi je disais, je lui racontais, je lui  
87 disais alors le médecin t'a rencontré ça va bien hein ! Hein tu es en forme ! Y me disais  
88 toujours oui. Il était jamais malade, il était pas malade, il a jamais été malade, jamais  
89 gardé le lit ici, jamais.

90 Bonne santé mais il avait des médicaments qu'il devait prendre, et il tenait normal.

91 Mangeait bien, buvait son verre, aucun problème. Et pas pas pénible du tout.

92 **Il faisait ses soins quotidiens... ?**

93 Ha tout, je ne m'en occupais pas, jamais occupé de ses soins, donc de toilette, salle  
94 de bain, moi je me levais le matin, pour préparer le petit déjeuner je me réveillais, il  
95 aimait bien dormir encore à l'époque, et puis voilà, salle de bain, puis après il disait la  
96 messe ici, après le petit déjeuner, et puis moi je faisais les courses et tout lui, il était  
97 libre. Il faisait ce qu'il voulait, la lecture et tout, la tribune, le journal, et bien dans sa  
98 chambre, puis il regardait par la fenêtre de l'autre côté ça donne sur le parking, y se

99 rappelait depuis sa maison, depuis son appartement sa vue sur le parking, le trafic qui  
100 se passait,

101 **Donc le midi après c'est vous qui faisiez le repas ?**

102 Ah oui je faisais le repas j'aime bien faire la cuisine, tout, aucun problème. Heu bon,  
103 toujours une entrée, un apéritif, une entrée, après une viande un dessert, il aime  
104 beaucoup les desserts,

105 **Il s'est habitué à ce que vous faisiez ?**

106 Ah non, il aimait tout ce que je faisais. Tout. Même plus parce que je peux pas manger  
107 de poisson, alors des fois on mangeait dehors du poisson pour lui, pour moi, ha mais  
108 je faisais toujours, avec lui,

109 **Vous vous adaptiez ?....**

110 Sans problème, aucun, il était facile, très facile. Très facile pour tout, pour tout. Alors  
111 je lui fais de la lessive aussi, pas de problème aussi, aucun problème et normalement  
112 et puis là.

113 **Alors l'après-midi il faisait une sieste...**

114 Oui, il faisait une sieste, et puis on a fait des vacances ensemble, on partait ensemble,  
115 un jour on allait à l'hôtel, dans le Tessin, vous voyez où c'est, dans le Tessin, il y a la  
116 Suisse alémanique, heu non, on est allé en Alsace, même plus loin que Strasbourg,  
117 voyez-vous c'est ça.

118 **Enfin, qu'est-ce qui vous a « déclenché », je ne sais pas trop comment  
119 dire, l'idée de le faire venir chez vous ?**

120 Le sens c'est qu'il était seul. Il était bien apparenté son frère qui est actuellement à  
121 nonante quatre ans, il me téléphone régulièrement mais il a sa femme, sa femme qui  
122 est invalide, depuis trente ans sur un fauteuil roulant, maintenant elle est dans un home  
123 pour personnes âgées, invalides, dans l'EMS. Il est toujours chez lui, alors lui me

124 téléphonait de temps en temps. Autrement, très peu... un peu en contact avec un  
125 neveu, ils se voyaient peut être deux fois par année donc très peu, très peu.

126 **Oui, mais pour que vous vous fassiez cette démarche, quand même qui est une**  
127 **démarche...**

128 Au départ, on est devenu ami...

129 **Oui, c'est à dire...**

130 On est devenu ami

131 **Une amitié ?**

132 Ah une amitié oui, oui, super et tout et il m'introduisait à un groupe de prière et il venait  
133 avec moi dans l'ensemble. Euh, à la chorale c'était lui qui montait la chorale et pis il  
134 m'avait inscrit comme ça, il me dit voilà tel jour (c'était au mois de septembre), voilà tel  
135 jour tu rentres dans la chorale je lui ai dit mais je n'y vais pas, si si tu chantes bien tu  
136 n'as qu'à rentrer, voilà comme ça. Et après avec l'équipe là, le groupe de prière... c'est  
137 lui qui a instauré le groupe de prière à Presage toujours, des gens de sa paroisse. Et  
138 puis bon, comme il devenait quand même un peu fatigué le soir et tout, des fois il  
139 hésitait, allez faut pas j'ai dit, allez en fin de compte, si tu veux rester là c'est égal pour  
140 moi, je vais. Après un moment donné j'ai arrêté. Nan, j'ai dit c'est trop pénible, il y a  
141 beaucoup de trucs et puis j'aimais mieux rester ici.

142 Bref, les vacances aussi si j'allais au chalet à St-Martin en Valais, on connaissait  
143 beaucoup les gens du village là-haut parce qu'il était responsable des brancardiers de  
144 Lourdes, ceux du diocèse donc, mais qui allaient au mois de juillet et lui était chef des  
145 brancardiers donc il connaissait alors des gens de mon village, il sait beaucoup qui  
146 allait à Lourdes. Ils le connaissaient, ils disaient ah ! Dis donc ! C'est pas l'abbé L. qui  
147 est avec toi, je disais ah ouais, ouais alors il sortait, il connaissait beaucoup de gens  
148 au village, il pouvait sortir quoi, normalement au début. Petit à petit, il a baissé donc  
149 c'est surtout au niveau de la marche, il marchait péniblement, marchait mais  
150 péniblement avec une canne et pis même avec une canne et pis, mais autrement il est

151 toujours resté tip top au niveau euh se raser se laver tout seul lui-même, je me suis  
152 jamais occupé, jamais occupé donc pas de ça autrement même si je faisais la lessive  
153 des gens, lessive de lit aussi, les lingettes, je lui fournissais tout, parce quand il a  
154 déménagé j'ai dû liquider son mobilier complet mouais si c'est meublé je peux pas le...  
155 voilà.

156 **Et votre famille comment elle a, elle a réagi au fait que vous...**

157 Ils étaient tout contents que j'aide quelqu'un théoriquement.

158 **Parce que vous avez une fille ?**

159 Une fille qui est dans une communauté de religieuses, on est allé la trouver, elle venait  
160 avec, en avion, en voiture

161 **Elle est carmélite ? Elle est...**

162 Non, elle est du « Verbe de vie » c'est spécial c'est des charismatiques qui sont en  
163 Suisse. Ils étaient au début à Obazine ils ont transcendé, ils ont une paroisse à Toulon,  
164 ils sont six, ils ont une paroisse en banlieue de Paris, je sais pas exactement, elle m'a  
165 dit mais j'ai pas... Une communauté en Bretagne je crois, une communauté à Waterloo  
166 où elle est ma fille, communauté à Fribourg à Pensier c'étaient des..., mais ils sont  
167 une vingtaine par communauté donc c'est tous ensemble ils sont peut-être une  
168 centaine en tout cas pas plus, il y en a une au Mali et une au Brésil. Ils ont commencé  
169 en 86. C'est une jeune jeune communauté.

170 **Donc vous avez une fille, qui est...**

171 Religieuse.

172 **Alors est-ce qu'elle est religieuse...**

173 Religieuse oui, consacrée.

174 **Elle est consacrée, elle a fait des vœux ?**

175 Oui, oui définitifs oui, oui.

176 **D'accord.**

177 ...

178 **Et vous avez donc un fils ?**

179 Et pis un fils qui habite au-dessus même appartement 4ème étage, marié 2 enfants.

180 **Et alors, comment ils ont pris cette décision ?**

181 Ah ! Eux ! ??

182 **Est-ce que cette décision que vous avez prise vous l'avez faite avec eux, tout**  
183 **seul ?**

184 Mais c'est venu comme ça, nan, nan comme ça.

185 **C'est venu « comme ça ». C'est-à-dire ?**

186 Oui, oui comme ça y'a pas de problème, les gamins venaient ici, ils venaient tapaient  
187 sur le ventre, entraient là, tous les gamins sont petits quoi.

188 Enfin maintenant ils ont 8 ans, au début ils étaient tout petits, d'ailleurs.

189 **Vos petits-enfants, c'est ça, oui?**

190 Petits petits enfants.

191 **Mais vos enfants quand vous leurs avez dit, eux...**

192 Ah, eux, je fais ce que je veux, nan nan ils ont accepté et tout, aucun problème.

193 D'ailleurs, on allait des fois chez eux aussi.

194 **D'accord.**

195 Souvent j'ai voulu rester indépendant, j'ai dit je veux pas, plus tard si j'ai besoin, c'est  
196 autre chose c'est utile qu'ils soient là, mais pas autrement donc le... Alors les enfants,  
197 ils ont la clé, j'suis pas toujours là, ils viennent et regardent la télévision, ils n'ont pas  
198 la télévision chez eux, ils savent enclencher, je pars je sais qu'ils sont venus et puis  
199 c'est tout, pas de problème.

200 **Mais qu'est-ce qui a...**

201 Et puis maintenant...

202 **Qu'est-ce qui a motivé votre choix ?**

203 **Parce que ce n'est quand même pas banal !**

204 Mais c'est pas bah... C'est à dire il y a une grande amitié qui s'est créée rapidement.

205 Euh ! Comment on s'est connu ? On s'est connu sur la rue ici le jour où qu'il venu  
206 habiter là, je l'ai connu sur la rue parce que l'abbé V. me parlait de lui « tu connais  
207 pas... » et comme il était tellement décrit, sur la rue je l'ai connu. Je vais vers lui, je le  
208 salue, j'ai dit ...

209 « -Vous êtes l'abbé L. ?

210 -Oui, oui. Vous êtes qui, vous ? »

211 J'ai dit :

212 « Ah ! On se connaît par personne interposée. »

213 On se connaissait et pis c'est vrai que ça accroché quoi, on se comprenait bien, il  
214 aimait bien badiner et moi aussi donc c'est super quoi super.

215 Voilà maintenant pourquoi maintenant, l'été j'ai fait maintenant j'étais toujours avec  
216 moi partout, je crois qu'il est jamais resté une nuit seul ici. Si je partais un jour, je lui  
217 faisais un repas le matin, il pouvait se le chauffer au micro-onde, pis le soir si je rentrais

218 un peu tard, j'ai pas beaucoup, mais j'ai des sorties que je devais aller en Valais parce  
219 que j'ai des engagements dans des associations et pis voilà.

220 **Vous êtes dans des engagements... Vous faites...**

221 Nan pas les engagements

222 **Oui ?...**

223 C'est pas, c'est des associations, voilà un repas, on paye le repas la journée c'est tout.

224 **D'accord.**

225 Cette année, fin d'année c'est moi qui organisais, j'organisais ça à Sion.

226 **Mais vous ne faisiez pas aussi du travail auprès d'une association qui voyait des**  
227 **personnes âgées, qui faisait des visites de personnes âgées ?**

228 Nan, j'avais pas fait de visites j'allais à l'hôpital des Trois Chênes le dimanche pour les  
229 amener à la messe.

230 **D'accord.**

231 Là, il y avait un groupe, là j'y allais tous les dimanches, du Valais je le faisais tous les  
232 dimanches.

233 **Donc reconnu par le...**

234 Nan c'est pas reconnu, c'est, c'est...

235 **Reconnu par l'hôpital ? Ils acceptent que vous soyez là ?**

236 Ah, nan, nan c'était, c'était un groupe, c'était un groupe pour le.. pour l'aumônerie

237 **L'aumônerie de l'hôpital ?**

238 De l'hôpital oui.



239 **D'accord, et donc vous aviez quoi comme...**

240 La tâche, moi j'allais un peu plus vite mais simplement, on allait, il y a des dames, on  
241 était une quinzaine par dimanche, c'était pas toujours facile à être autant, c'est l'hôpital  
242 qui est à, c'est là à 3 kms, c'est sur la commune.

243 Au moins c'est intéressant ça et euh on devait passer dans les chambres, les uns  
244 passaient dans les chambres (c'est une organisation) passent dans les chambres pour  
245 poser la question, les chambres à 4 lits, est-ce que quelqu'un y va à la messe,  
246 quelqu'un...

247 On les mettait sur les fauteuils roulants et moi je faisais l'ascenseur en permanence,  
248 l'ascenseur, je les groupais, je sais comment les grouper, par étage et tous on les  
249 prenait.

250 **C'est un hôpital public ou c'est un hôpital privé ?**

251 Ah oui c'est public,

252 **Public !**

253 Nan, nan l'hôpital c'est le, une dépendance de l'hôpital cantonal. Il y a en 4.

254 **D'accord, donc vous...**

255 **...les mettiez dans l'ascenseur**

256 Je mettais dans l'ascenseur et une autre équipe les prenait, moi je faisais que  
257 l'ascenseur, c'était bien qu'il y ait toujours le même pour eux... Et puis, ils étaient très  
258 attachés, ils s'attachaient, il y a beaucoup, si un dimanche je pouvais pas là, je savais  
259 quand je revenais ils me disent vous étiez pas là dimanche passé, j'aimais bien aussi  
260 leur poser des questions, les personnes âgées, enfin, une dame âgée toujours « ah  
261 qu'est-ce que vous avez une belle, une belle robe » et tout, « ah oui ça me fait plaisir  
262 que quelqu'un dise », voilà des choses comme ça.

263 J'ai, bon, j'ai connu dans l'hôpital, j'ai connu un, un gars je le poussais dans le fauteuil  
264 comme ça, je le connaissais avant, alors j'ai dit moi je vous connais et pis, on voit pas  
265 de face comme ça.

266 J'ai demandé son nom, il m'a dit Rossier, j'ai dit mais moi je vous connais vous étiez  
267 professeur à St Maurice, il dit oui, comment ?

268 Pis alors je lui ai expliqué, il s'y, même si il me remettait pas j'allais le visiter, en plus,  
269 j'avais fait des visites mais pour lui personnellement, j'ai montré des photos il m'a dit  
270 oui puis il m'a expliqué que c'était un capucin, sorti des capucins, il est sorti, il s'est  
271 marié et pis alors il m'a confié beaucoup de choses. On discutait beaucoup, j'ai dit  
272 mais quand tu as quitté comment ça s'est passé ? Il m'a dit moi j'ai écrit à Rome, j'ai  
273 reçu la réponse de Rome, j'ai motivé que je pouvais pas rester. Qui dit alors mais t'es  
274 parti t'avais une copine, ah nan, nan, je suis pas parti pour me marier, j'avais pas de  
275 copine.

276 J'ai dit pour le travail, comme j'étais professeur à St Maurice, il a pu, il est rentré à  
277 Esteveas au bord de la Neuchâtel dans une, un collège de filles, il avait sa chambre  
278 et la pension, il m'a dit c'était super au moins, libre.

279 **Alors c'est le genre de rencontres que vous avez faites ?**

280 Ah oui tout à fait tout à fait, fortuites.

281 **Qu'est-ce que vous pensez qui est plus important quand on fait ce genre**  
282 **d'activité avec les personnes âgées ?**

283 Eh bien, c'est le contact avec les malades.

284 ...

285 **Mais comment vous déf...**

286 Mais uniquement le contact, le, les saluer, discuter avec eux, et puis j'ai rencontré  
287 aussi un autre malade qui était là mais c'est pas reconnu, je l'ai vu à la cafétéria, je lui

288 ai dit moi je vous connais et c'est un gars qui était, qui habitait Genolier, Genolier c'est  
289 le canton de Vaux et tout, j'allais le trouver aussi. Et lui aussi, un peu seul, seul dans  
290 un, une maison une belle maison, tout seul et pis il avait un fils je connaissais toute sa  
291 vie, il me racontait toute sa vie. J'allais même avec ma femme, une fois on savait que  
292 c'était l'anniversaire, on est arrivé chez lui à l'improviste comme ça. Haha, il était  
293 étonné il m'a dit et pis mon fils m'a même pas téléphoné et tout et pis après je l'ai pris  
294 avec ma femme, c'était convenu comme ça que je le prends, puis on est allé aux  
295 Rousses en France manger, il était tout content de venir. De temps en temps, j'ai des  
296 visites comme ça. Et après, il est venu sur Genève.

297 **Vous dites le contact, mais le contact vous l'avez appris ça ?**

298 Nan

299 **Et comment...**

300 C'est comme ça, on l'a ou on l'a pas le contact.

301 **Vous pensez que ça se...**

302 Ah oui, oui, bon, j'ai fait beaucoup, j'ai fait beaucoup de choses quand on est  
303 professionnel pour le contact et tout.

304 **Vous étiez, vous étiez comptable ?**

305 J'étais comptable, j'ai fait une maîtrise fédérale et pis après j'ai fait le, les centres de  
306 perfectionnement de cadres là c'est 4 ans, 3 ans, j'ai fait une année et puis on m'a  
307 demandé de faire de l'animation et encore 3 ans en animation.

308 Ça c'est aussi le contact préparé, c'est le contact toujours.

309 J'étais motivé, motivation, motivation des gens.

310 J'étais maître d'apprentissage aussi, j'ai vu beaucoup de choses, j'ai fait de  
311 l'informatique...

312 **Donc vous accompagniez des apprentis dans leur formation ?**

313 Ouais, ouais tout à fait.

314 **Qu'est-ce que vous...**

315 Ah c'était des apprentis de commerce qui étaient à la comptabilité et ils ont tous réussi,  
316 tous ceux que j'ai eu ont réussi.

317 **C'était quoi votre moteur pour faire ça ? Pour accompagner ces**  
318 **apprentissages ? Qu'est-ce qui vous faisait...**

319 Ah, moi, j'aimais, parce que j'ai fait l'apprentissage, j'ai fait une école de commerce  
320 avec le diplôme, après, j'ai fait encore l'apprentissage et le maître apprentissage  
321 quand j'ai commencé. J'ai commencé en fait, comme employé de bureau, il m'a dit il  
322 faut pas, à 17 ans faut pas faire employé de bureau, il faut faire l'apprentissage, ça  
323 allait être différent de ça à moins que rien et pis euh, et lui il m'a dit tu fais  
324 l'apprentissage et après tu peux faire la maîtrise fédérale, c'était un chef comptable  
325 extraordinaire. On est devenu ami après euh, on est devenu ami oui, ami de la famille  
326 aussi. Il était privilégié aussi par beaucoup de personnes âgées qu'on est entré en  
327 contact ami, je suis, je suis pareil à son fils, et puis maintenant bon il est décédé mais  
328 la veuve qui a 80-90-87 ans, toujours des contacts

329 **Mais ça veut dire que...**

330 Tu vois c'est comme ça.

331 ...

332 **Vous vouliez rendre, vous vouliez rendre ce qu'on vous a donné ou bien... ?**

333 Mais rien, rien du tout, c'est un contact... C'est une amitié qui s'est créée

334 **D'accord**

335 Une amitié qui s'est créée.

336 Je peux vous dire même ici à Genève, j'ai eu 4 directeurs où j'ai été : un en retraite qui  
337 m'a engagé, un qui est venu le remplacer qui a fait 10 ans, il s'est tué en avion, il était  
338 pilote d'armée, il s'est tué au dernier vol, après y'a le nouveau qui est venu, ce  
339 nouveau, ce nouveau là quand il est venu se présenter j'étais en vacances et le  
340 président du Porfin m'a téléphoné il me dit : « dit Monsieur Pierre j'ai une bonne  
341 nouvelle », rentré de vacances, il me téléphone dimanche soir ici, c'était un ancien  
342 conseiller d'Etat que je connaissais comme ça parce qu'il était président, avec lui aussi,  
343 alors qu'il est, bon il est décédé à 96 ans, déjà grosse différence d'âge mais très  
344 amical. Il y a l'amitié quand c'est créé, plaisir de se retrouver de discuter de n'importe  
345 quoi et avec ce nouveau directeur, il avait peur, il était, il a fait juriste, p'têt' avocat, il  
346 a fait Science Po. Il a travaillé à Berne et colonel à l'armée,... bourré de  
347 connaissances, et il avait peur du comptable, il a pris contact par l'armée l'ancien  
348 conseiller d'Etat était au département militaire, ils se connaissaient, il a pris contact et  
349 il lui a dit « il faut prendre contact avec telle personne qui est vice-présidente au Port  
350 franc », ça c'est des dossiers qui sont pas au Port franc, conseil, et c'est un expert-  
351 comptable, il a pris contact il lui a dit « avec Pierre tu as aucun problème » et le premier  
352 jour qu'on s'est vu, alors que lui est venu la semaine où j'étais en vacances, je me suis  
353 présenté... et j'étais pas là. Alors, le président m'a téléphoné juste avant que je  
354 reprenne le travail, il me téléphone le soir, « Monsieur Pierre j'ai une bonne nouvelle,  
355 on a trouvé un directeur », y'a 3 mois y avait pas de directeur.

356 Moi je m'occupais, tout ça c'était fin d'année, alors je m'étais occupé du budget tout  
357 financer et tout, j'étais tout prêt pour présenter les comptes de l'année déjà en route  
358 et le projet du budget de l'année suivante.

359 Et ce nouveau directeur, il est venu, et le premier jour on est devenu ami, on travaillait  
360 toute la journée ensemble, le lendemain, il a pris les dossiers chez lui bosser, revenu  
361 me poser des questions, travailler chez lui, revenu 3 jours, après revenait et le 15, il a  
362 commencé à travailler le 1<sup>er</sup> décembre, le 15 décembre, son assemblée, il en savait  
363 plus que tout le monde, moi, c'était des tableaux, des graphiques, je lui ai balancé,  
364 balancé des trucs et tout et déjà là ce premier jour une amitié qui s'est créée, après  
365 déjà ça c'était en 81, en 82, il m'a demandé si j'avais fait un cycle de conférence  
366 ensemble, or je suis catholique et lui protestant, c'était un professeur protestant qui

367 faisait ça il m'a dit si ça t'intéressais de venir et tout, après lui il m'a dit tout en étant  
 368 directeur et moi j'étais comptable on se prenait après, lui faisait de la voile, une fois  
 369 qu'il a vu que je n'avais pas de voiture, il m'a dit « je vais vous amener », j'ai dit « nan,  
 370 j'ai le tram. - nan, nan, je vous amène ». Dans la route, il me parlait, « vous avez fait  
 371 de la voile ? » j'ai dit « nan - moi j'ai un bateau. » moi j'ai dit « ça ne m'intéresse pas  
 372 du tout ». Il a insisté. On a commencé à faire de la voile ensemble. Le soir, après le  
 373 premier jour j'avais les clés, je partais à Versoix. Toutes des péripéties comme ça,  
 374 quand lui a pris sa retraite, quand moi j'ai voulu..., ouais sa retraite en 92, et alors ils  
 375 ont tout changé : le comité, la direction, tout a changé et tout et pis ça jouait pas du  
 376 tout et moi j'avais un gros travail, c'était et je pouvais, légalement, je pouvais prendre  
 377 la retraite anticipée et lui m'a téléphoné au chalet, il m'a dit tu prends la retraite  
 378 autrement tu finis à l'hôpital, bloqué tout avec, eux qui cassent tout...

379 **C'était en 92, ça c'est, vous aviez...**

380 92, même en 96, lui il avait 84 ans, alors il faisait du ski, on faisait ensemble du ski.

381 **Vous aviez 65 ans ?**

382 Non !!! 55, j'ai pris, j'ai parti à 55.

383 **55 ah oui.**

384 Oui, oui, oui.

385 Alors tous les choses comme ça, il m'a dit « tu pars autrement tu finis à l'hôpital ».

386 **Et votre femme est décédée, il y a longtemps ?**

387 Oui, ça fait 9 ans.

388 **9 ans, donc, elle était encore de ce monde quand vous êtes parti ?**

389 Ah oui, oui, bien sûr, on en a profité des vacances, beaucoup.

390 **Vous avez profité de votre retraite un peu !**

391 Oui, tout à fait oui, tout à fait oui, oui.

392 Et Ladeneau, une amitié créée, maintenant, il m'a téléphoné ce matin.

393 C'est le directeur qui est enfin en retraite et même lui, il est passé administrateur et pis  
394 il a dit « moi avec cette équipe je continue pas », il a donné son congé aussi, même  
395 pas l'administration, il n'y a pas de, il a dit « nan, ils veulent rien tenir compte de  
396 l'expérience » et pis tout et pis il m'a téléphoné il faut partir. Il m'a dit « si tu as, si tu as  
397 besoin, je te trouve du travail », j'ai dit « j'ai pas besoin ».

398 J'ai pas besoin, j'avais fait mes calculs, je savais que je pouvais vivre, voilà.

399 Et pis c'est bon.

400 Et pis maintenant, on sait que le 22 février, on va manger ensemble. Il a plus de voiture,  
401 il a 86 ans, il m'a dit j'ai tout arrêté début de l'année dernière, il a tout arrêté, rendu le  
402 permis, plus de voiture plus rien. J'ai dit « si t'as besoin », il m'a dit « nan ça va, ça va,  
403 pour la voiture, pour la ville ».

404 Pis s'il doit faire un déplacement, rarement, des fois s'il fait un déplacement c'est qu'on  
405 retourne sur les lieux où il y a le bateau, y'a des trucs comme ça.

406 **Et votre femme était aussi comptable ?**

407 Nan, nan pas du tout, pas du tout.

408 Mais avec ma femme, on s'est connu, on est du même âge, du même village, et tout...

409 **Ah ouais, ouais très jeune**

410 Oui, tout jeune, mais moi, je suis parti 12 ans, alors elle connaissait bien ma famille,  
411 mes frangins qui étaient plus âgés, moi elle me connaissait, elle savait que j'existais  
412 mais sans trop. Pis après, mes parents ont déménagé, donc on s'est perdu de vue,  
413 c'est à dire on s'est pas fréquenté, mais les deux familles se connaissaient bien, les  
414 deux familles se connaissaient bien, d'ailleurs le, j'ai hérité le chalet où je suis né et  
415 puis comme elle vivait là, c'était bien aussi.

416 **Vous l'avez retrouvée comment alors 12 ans après ?**

417 Oh ! C'est toute une histoire, on s'est retrouvé une fois, moi j'étais avec des copains  
418 après la maîtrise fédérale, j'ai pas fait, c'était, j'avais 27/28 ans, j'ai fini à 28 ans oui et  
419 j'ai pas fait de jeunesse, j'ai perdu ma mère encore à 16 ans, j'ai dû arrêter les études  
420 au collège, j'étais anémique, j'étais malade, trois semaines après ma mère décède, toi  
421 tu as rien à faire tu fais le ménage, c'est comme ça que j'ai appris à faire le ménage.

422 **Parce que vous avez été hospitalisé ?**

423 Non.

424 **Vous étiez à la maison ?**

425 Nan, resté à la maison, traitement de piqûres.

426 **Vous étiez gravement malade à l'époque ?**

427 Oui, j'étais très malade

428 **... parce qu'anémique à l'époque, c'est dans les années 50...**

429 Ben les années 57...

430 ...Là par contre...

431 **Et là, ils ont cru que... ils ont eu peur de...**

432 Nan, ils ont rien cru mais, pfff... j'avais plus le courage, plus rien, plus rien.

433 **Vous aviez quel âge à l'époque, donc ?**

434 16 ans, 16 ans.

435 **Et à l'époque, donc, on vous faisait une piqûre tous les jours ?**

436 Euh, 3 fois par semaine.



437 **3 fois par semaine ?**

438 Intra veineuses.

439 **Ah oui ?**

440 ...

441 Et puis ma tante m'avait pris dans son chalet en montagne entre temps, bon moi j'ai  
442 dit j'étais foutu, qu'est-ce que je vais faire, je vais pas continuer les études, je voyais  
443 pas, parce que moi j'avais, j'ai passé ma vie à faire les études, ça pas joué, ça pas  
444 joué...

445 Et pis quand mon père... (Silence)

446 **Quand votre papa...**

447 Mon père... m'a inscrit dans une école institut de commerce, c'était une école pour  
448 pouvoir entrer dans la douane, au CFF, l'administration, à l'école de trucs comme ça.  
449 Et pis ça, c'était super pour moi, super.

450 Comptabilité, activités commerciales.

451 Et pis c'est une, un institut on est tous les élèves sont ensemble, y'a des différents  
452 degrés, dans chaque trois mois y'a diplômes, et puis j'ai bien su on apprend avec la  
453 carrée, on apprend la sténographie, tout pour travailler dans un bureau.

454 Et puis euh... ça je suis rentré en septembre, fin décembre l'examen de diplôme, fin  
455 mars un examen de diplôme, donc à Pâques et puis 15 jours avant l'examen de  
456 diplôme à Pâques, j'ai demandé au directeur si je pouvais faire l'examen de diplôme.  
457 Il m'a dit oui, alors tu es assez avancé au lieu de faire 9 mois y en a qui font 12 mois  
458 ça dépend du niveau qu'on a et pis j'ai réussi mention bien, j'étais libéré quelque temps  
459 j'ai dit un peu je me repose et pis après j'ai postulé pour une place où j'avais trouvé  
460 une place pour le 15 juillet c'était 98.

461 ...

462 Nan

463 **Vous voulez dire 68 ?**

464 68,

465 68

466 68 ah oui...

467 Là j'étais engagé comme employé de commerce et pis là comme je dis le comptable,  
468 le chef comptable m'a dit mais faut faire l'apprentissage, tu finis t'as 20 ans, tu peux  
469 faire la maîtrise et lui, il m'avait donné de bons conseils parce qu'il avait fait l'école  
470 supérieure de commerce, le diplôme et lui est parti en Suisse alémanique pour  
471 l'allemand, il est marié à une fille de Creglinguen, Constance de Creglinguen,  
472 Constance, vous voyez où c'est ? Il était de retour et pis c'est là, et pis il m'a lié et pis  
473 il m'invitait, m'invitait chez lui. Et pis ça s'est passé un mois, euh une année et demi,  
474 cette entreprise péclotait un peu, et tout le monde a été liquidé.

475 **Péclotait ?**

476 Péclotait oui.

477 Péclotait, mais c'était, c'était, il y avait plus de finances, plus rien, ça ça...

478 **Je ne connaissais pas ce mot, ce verbe... pécloter !!!**

479 Pécloter.

480 Essayer ha, ha, ha, ha !! (Rires)

481 Et pis là, ben moi, j'ai été rengagé le lendemain, le chef comptable l'un, le chef de  
482 vente l'un, le chef des commandes l'un aussi. Bon, j'ai de la chance, j'ai déjà l'école  
483 de commerce avant donc j'ai repris la comptabilité, j'ai repris les salaires, ça fait une  
484 année et demi que je travaillais comme apprenti, j'ai repris, j'ai pris le chef comptable,  
485 à 18 ans. Alors pour le contentieux, les poursuites, j'ai téléphoné au préposé, je leur

486 expliquais mon cas, m'a dit « y'a pas de problème ? s'il y a problème vous me  
487 téléphonez. », super. C'est par district en Valais, ici c'est différent les districts en  
488 France, par district, il y a entre cinq et le plus grand district à vingt et une communes,  
489 ils sont regroupés un peu et pis il y a toujours un préposé, il officie les poursuites. J'ai  
490 toujours appris comme ça avant d'avoir fait les cours. Les cours c'étaient en 3ème  
491 année, j'apprenais tout. Le contentieux, on avait environ 5000 clients, 6 représentants  
492 dans toute la Suisse, je m'occupais aussi de chiffrages, j'ai dû apprendre environ 2000  
493 articles qu'il fallait facturer, aussi la facturation, chiffrer la facturation et tout...

494 **Vous connaissiez votre femme alors ?**

495 Nan

496 **Toujours pas ?**

497 Mais nan, mais nan, on s'est connu à 29 ans ; Mais nan, mais nan, rien du tout...

498 Je la connaissais mais...

499 **Toujours pas ?**

500 Toujours pas, nan, nan.

501 Et pis là alors bon l'apprentissage c'est très dur de nouveau, je faisais un peu le  
502 ménage quand même à la maison aussi, la lessive aussi, mon père était seul, mes  
503 deux frangins étaient loin.

504 **Donc c'est vous qui gériez un peu la maison.**

505 Oui peut être !

506 **Vous faisiez à manger ?**

507 Oui oui c'est sûr, donc j'ai appris à faire à manger.

508 **Les courses ?**

509 Les courses, j'ai appris, j'ai appris à coudre à la machine, j'ai appris à tricoter.

510 **D'accord, oui vous faisiez le quotidien ? Il n'y avait pas de femme à la maison ?**

511 Nan, 2 frangins, mon père, on était 4 hommes.

512 **C'était comment à la maison ?**

513 Bien ! Ha ha ha ha, bien, il fallait bosser c'est tout. (Rires).

514 Alors moi je travaille, je faisais le ménage et pis en dehors du ménage, y avait les  
515 cours, après il faut préparer les cours et c'était après neuf heures le soir, je travaillais  
516 jusqu'à minuit et lendemain travail.

517 **La famille, enfin, le père, les frères, vous étiez déjà dans un milieu un peu  
518 religieux ? Un milieu de foi...**

519 Oui, oui, tout à fait, tout à fait, j'avais un oncle qui était capucin.

520 **D'accord**

521 Une tante qui était religieuse, des frères et sœurs qui étaient toujours là-dedans.

522 **Vous étiez une famille assez pratiquante ?**

523 Ah oui oui très pratiquante mon père c'était l'aîné de 10 enfants.

524 **Ah oui donc...**

525 Ah oui, oui, nan, nan y avait pas de problème là-dedans.

526 **Donc là vous ne connaissiez toujours pas votre femme, enfin...**

527 Ah bé, nan, nan, nan, après, entre temps, entre temps, on a déménagé quand ma  
528 mère est décédée, on était à St Bernard, on a déménagé, donc, j'avais pratiquement,  
529 pour moi, on travaillait à 400 mètres du village de St Martin et on travaillait sur la  
530 campagne, on vivait sur la campagne mais comme c'était pas assez, économiquement

531 c'est insuffisant mon père travaillait à l'extérieur mais il rentrait que le samedi soir et  
532 repartait le dimanche soir

533 **D'accord, donc la semaine, vous étiez tout seul avec vos frères.**

534 Oui oui et pis ma mère, ma mère était encore là.

535 Mais quand on a, une année après le déménagement, ma mère est décédée et là moi  
536 quand je suis rentré, elle est décédée deux ou trois semaines après.

537 **Elle avait une maladie... ?**

538 Nan, nan, un accident bagatelle, elle a fait une embolie.

539 **D'accord**

540 Elle a pas été suivie à l'hôpital, ouais, bon.

541 Autrement ben ça été.

542 **C'est vous qui l'avez, qui l'avez trouvée, enfin, comment ça s'est passé ?**

543 Comment ! Nan, nan, elle a eu un accident bagatelle, elle est passée à l'hôpital, dix  
544 jours d'hôpital et puis j'allais la trouver tous les jours, elle me disait, ça c'était le jeudi  
545 et ben, c'est dimanche je vais rentrer à la maison. Elle est rentrée, elle était morte, elle  
546 est rentrée, elle est morte à l'hôpital, elle a su que c'était foutu. Ils ont pas suivi, elle  
547 s'est plainte qu'elle avait mal au bras. Ils lui ont dit c'est rien, c'est rien.

548 **Elle était jeune quand même !**

549 56 ans

550 **Oui.**

551 (Silence)

552 Voilà, ben là il faut faire, c'est une mauvaise passe.

553 Et pis après j'ai continué, l'apprentissage a bien été, j'ai fini l'apprentissage, là je faisais  
554 des cours, j'ai fait un peu de cours de perfectionnement un peu pour l'allemand pour  
555 se maintenir un peu, pis après un gars qui a fait l'apprentissage avec moi et qui a fait  
556 l'école de commerce avec moi, il m'a dit ça t'intéresse y'a des cours de maîtrise, c'était  
557 l'Etat qui organisait parce qu'y a pas chaque année. Ah ! J'ai dit oui ça m'intéresse, ça  
558 m'intéressait beaucoup la comptabilité des entreprises.

559 Voilà, alors là ça s'est passé, c'était en 63.

560 **Qu'est qui vous plaisait dans la comptabilité ?**

561 Tout, tout, là avec l'école de commerce, tout, tout m'aimait, tout, tout, tout.

562 **Et en particulier le... ?**

563 Tout, comptabilité, les calculs, les titres, papiers valeurs, tout ce qui est commerce et  
564 tout, contact avec la clientèle. Nan, nan super ça, tout tout tout...

565 **Vous aimiez ça ?**

566 Ah c'est sûr.

567 **Les chiffres !**

568 Les chiffres

569 **Oui**

570 Les chiffres

571 A la fois les chiffres et à la fois les rencontres avec les gens. Oui bon ça c'est  
572 automatique ça, automatique ça, la clientèle avec les clients et tout.

573 Ah nan c'est ça le...

574 Et puis euh bon ça très bien été, j'ai commencé. Là, j'ai progressé, j'étais avec une  
575 autre entreprise, je suis rentré avec le, encore l'école de recrue entre deux, ça c'est

576 quatre mois mais j'avais pas de travail et après j'ai pu travailler à St Gneusan dans un  
577 garage, garage et pis transport, là ça s'est beaucoup développé, beaucoup développé  
578 alors j'ai commencé la maîtrise, là j'ai fait un travail de de maîtrise, il fallait travailler,  
579 travailler la maîtrise sur les transports mais tout du fictif et y'a tout le calcul de  
580 l'entreprise fictive et tout, ça a très bien été. Là, il faut déposer, c'est six ans de cours,  
581 faut déposer trois mois avant, six mois avant l'examen, faut être admis il faut déjà être,  
582 recevoir ça pour être à l'exam, l'examen. Alors les cours très durs, l'examen, les cours,  
583 l'écrit c'était à Lausanne et pis l'oral c'était à l'Université de Neuchâtel, là ça bien été,  
584 j'étais suivi par des professeurs très bien mais aussi très sévères, si on loupait 2 fois  
585 en suivant le cours, on était renvoyé du cours, cinq ans et après une année.

586 **Donc une éducation plutôt...**

587 Très dure

588 **Très dure ?**

589 Le soir, le soir, toujours.

590 Le soir ouais

591 Là j'ai fait l'entreprise de transport après j'suis allé dans une entreprise du bâtiment.

592 Là j'ai fait...

593 **Là vous n'avez toujours pas rencontré votre femme ?**

594 Ah nan, ah nan, nan, nan et pis je pensais pas rencontrer des femmes

595 Y a des filles qui faisaient, qui fait l'apprentissage de vendeuse et puis selon l'article  
596 141 après cinq années de vendeuse, elle peut passer l'examen de certificat, elles  
597 venaient chez moi surtout accompagnées. Elles venaient chez moi donner des cours,  
598 puis elles auraient aimé que je sorte, mais moi je dis je peux pas, je dois travailler, une  
599 heure c'est une heure, et après voilà.

600 **Ah oui ?**

601 Eh ben c'était un choix, y'a pas de problème.

602 **A l'époque, la valeur qui était importante pour vous, c'était...**

603 Le travail. Ah oui c'est professionnel, nan c'est professionnel, sorties professionnelles.

604 **Hum...**

605 Là c'est le, quand j'ai fini la maîtrise, c'est là je, avec des collègues, il y avait beaucoup  
606 de, des célibataires pratiquement, des jeunes techniciens, huit techniciens, y'a un  
607 bureau d'ingénieur, un technicien aussi. Moi, j'étais responsable du commercial mais  
608 moi comme le commercial est très peu de comptabilité ou il y a très peu, moi j'étais  
609 engagé pour faire une étude de calcul de prix de revient pour l'entreprise, c'est  
610 ça alors ma mission, j'ai fait deux années et demi et après, ils ont dit on n'a plus besoin,  
611 j'ai donné les rapports tout, on n'a plus besoin, mais j'avais pas de travail, j'avais pas  
612 de travail, j'avais que la maîtrise.

613 Pas de place en Valais, là j'ai postulé sur Agno et là entre temps je me suis défoulé,  
614 bon maintenant je, on était une équipe, on commençait à foiriner un peu, pas pendant  
615 que je faisais les cours mais une fois que j'ai fini, j'ai dit, maintenant j'suis tranquille,  
616 on commençait un peu plus, on était une assez bonne équipe assez, bonne équipe  
617 oui.

618 Et on a dû aller jusqu'à Agno, importateur de Fiat là-bas, il avait une Fiat ça jouait pas.

619 **Agnoz ?**

620 A Agno. Agno, Lugano,

621 **Ah oui.**

622 L'aéroport d'Agno.

623 Et là euh on descendait avec la voiture, parce qu'il a dû laisser sa voiture là-bas, pis  
624 alors on partait le samedi et pis on revenait le dimanche soir on dormait en route et  
625 tout, et là, alors on a fait six week-ends, six week-ends on est allé là-bas et une fois



626 on est venu à Ascona, Ascona parce qu'y avait, nous comme on mangeait sur place à  
627 Sierre, une sommeillère, j'ai dit non je vais à Ascona l'été, on a dit on va se retrouver,  
628 on allait plutôt sur Lugano

629 **Vous étiez entre copains là-bas !**

630 Ah les copains, oui, oui, deux voitures, les copains oui.

631 Et pis là on a à Ascona, y avait une équipe de, qui sort de Montana Cran comme tous  
632 les techniciens, ils ont, avaient du travail à Montana Cran beaucoup, et pis ils allaient  
633 manger à tel endroit, et ils connaissaient les garçons là, mais l'été ils restaient pas à  
634 Montana, ils...alors...

635 On est allé dans un bar qu'on a connu la fille qu'on connaissait à Sierre et pis on a  
636 connu une autre fille parce qu'ils se connaissent tous, on rigolait, on se chahutait, j'ai  
637 dit « arrêtez », ils ont l'habitude ici, la police va venir et tout et après on s'est dit on va  
638 au Chinchiya, Chinchiya c'est où ils étaient ces jeunes de Montana et moi, j'ai fait, j'ai  
639 bringué un peu et pis la dame qui était qu'on a connu à la bingloche et ben moi je vais  
640 en vélo, je me suis trompé de rue j'suis arrivé en retard, ils étaient tous au bar, y avait  
641 une place au bar, deux places de libre.

642 Nan, il y a une place de libre, je me mets là, je tourne c'est la fille de St Martin qui était  
643 là au bar et qu'elle les connaissait, elle travaillait à Montana, elle connaissait mes  
644 copains, moi je savais pas qu'elle les connaissait, je lui ai dit qu'est-ce que tu fais là ?  
645 Elle m'a dit j'ai fait la saison ici.

646 Hm, hm, hm !!!

647 **Elle faisait quoi, serveuse ?**

648 Nan elle était, elle était, euh nan elle aurait dû faire serveuse mais a dit si papa, il fallait  
649 la demande... et pis... Nan, elle était responsable des sports à l'innovation alors à  
650 Ascona. Alors le soir, elle est libre, y'a pas de problème, les gens ils se servent (canne  
651 à pêche, des raquettes pour le tennis) voilà.

652 Elle était avec eux...

653 « - Qu'est-ce tu fais là ? - Tu vois ch'uis avec l'équipe là »

654 **Et là voilà, coup de foudre !**

655 Même pas !!! « Alors ban maintenant tu viens manger avec nous ? - Nan nan, j'ai  
656 mangé je vais me changer, passer la soirée ensemble après rentrer ». Le lendemain,  
657 elle est venue manger avec nous, ça c'était au mois d'octobre, c'est la fin de saison,  
658 elle allait rentrer de suite après

659 Et puuuu, nous on est rentré, rien du tout, après le, à quand ça c'était oui en 69... en  
660 septembre, à Noël, nouvel an 69, 70 nan, 70 oui, 70 moi j'suis à Genève, j'avais pas  
661 de travail, j'ai trouvé une place intéressante à Genève et puis elle est venue, elle est  
662 venue parce qu'elle avait déjà fait avant des démonstrations puis elle les a  
663 réaménagées, elle était venue là, puis elle m'a dit comme elle savait où j'habitais plus  
664 ou moins... Elle est venue, elle pensait me trouver là, que je passais quand j'suis pas  
665 passé, je lui ai dit ça m'intéresse pas...

666 Elle passait me voir et pis on s'est pas vu... et puis après, ça c'était début 71.

667 Ahhh...

668 **Mais vous étiez solitaire ? Un peu...**

669 Oui oui, nan nan mais là je me reposais, je faisais rien, j'avais pas, je pensais  
670 éventuellement mais je pensais pas, j'avais besoin vite vite plus rien faire, rien faire,  
671 rien faire pas encore reprendre un truc d'activité et...

672 (Silence)

673 Comment. Ah !!!!, Voilà !!! à Noël, nouvel an je suis monté en vacances, ça c'était en  
674 septembre, 71, en vacances à St Martin, nan à St Léonard chez mon père quoi et puis  
675 euh un copain où j'étais en chambre ici, il est venu avec moi, bon c'étaient des copains,  
676 c'était un peu la famille, belle-famille de mon frère, on se connaissait, ils sont montés,

677 j'ai dit ok d'accord on monte à Montana, et pis on est allé voir j'ai dit comme ça on va  
678 trouver une fille que je connais dans un bar en haut. On est passé à l'Achard puis je  
679 connaissais la fille et pis on s'est mis à boire des verres et pis pour aller où elle était  
680 ma future femme il fallait monter un petit téléphérique, c'était fermé.

681 Oh j'ai dit c'était une copine de nous, des copines entre elles, elles se connaissaient  
682 toutes ces serveuses, j'ai dit tu la salues et pis c'est tout quoi.

683 Après je pars début janvier, je pars, je repars à Genève, le matin je pars, l'après-midi  
684 elle téléphone à moi, à ma belle-sœur, « Est-ce qu'il est encore là ? - nan il est parti  
685 ce matin. - ah flûte ! ».

686 Voilà, pas pour se rencontrer et 15, vers le 15 janvier 71, un téléphone le soir j'suis  
687 chez moi, au studio...

688 Elle me téléphone, elle me dit « t'es libre ? », j'ai dit « oui pourquoi ? – J'suis à  
689 Bondane, avenue de Bondane à Moryn tu viens me chercher ? - Ah oui d'accord. » Et  
690 pis là c'était en grand chantier c'était en 71, grand chantier quoi, je sais pas trop c'était  
691 pas éclairé la rue, elle a essayé de trouver, elle est venue chez moi. J'avais pas  
692 mangé, j'ai fait à manger, on a passé la soirée et je l'ai ramenée et pis le lendemain  
693 elle m'a dit « On se donne rendez-vous ce soir ? - oui d'accord, oui. »

694 Pis comme elle pouvait repartir, elle avait tout préparé son plan, elle dit je viens à  
695 Genève, je peux repartir, un type qui allait, elle lui disait toujours si tu vas à Genève,  
696 moi je te ramène, c'est un unijambiste qui était à la Hyme qui faisait du ski avec une  
697 jambe donc qui allait souvent manger chez elle et tout, il lui dit « Si t'as un problème... »  
698 alors elle a pris contact, « Oui je sais qu'à telle heure il me prend à la place Bel air à  
699 Genève, c'est bon ».

700 Voilà, alors le lendemain soir je lui dis « Je te ramène. » Elle me dit « nan, nan, je dors  
701 chez toi puis on part. » J'ai dit sûrement « tu peux dormir chez moi, j'ai un grand lit. »  
702 Elle a dormi dans le grand lit, y'a rien qui s'est passé et tout et voilà et pis c'est là  
703 qu'elle a commencé à accrocher, mais par téléphone mais on avait 29 ans.

704 **Pour l'époque c'est tard !**

705 Et on se connaissait, les deux familles se connaissaient.

706 **De la toute petite enfance...**

707 Les deux familles se connaissaient, aucun problème.

708 **C'est incroyable !**

709 Incroyable, c'est incroyable et après je cherchais alors assez rapidement, assez  
710 rapidement au téléphone, toujours par téléphone et elle est pas redescendue tout de  
711 suite nan, nan, après moi j'avais congé au mois de mai, j'ai dit « ça serait pas mal, toi  
712 tu as pas ? » Ouais et pis cette année-là, c'était en 71...

713 ... oui en 71, j'ai un neveu qui est né en 71 c'est pour ça qu' a deux ans de plus que  
714 mon fils, mon fils 73.

715 Et là j'ai dit « si tu es libre au mois de mai, une semaine », elle m'a dit « Oui. », j'ai dit  
716 « Ça serait bien qu'on passe en vacances ensemble ? », j'ai dit « Moi je m'occupe de  
717 tout, tu viens ici et on part d'ici en avion. » On est allé à Amsterdam, on a beaucoup  
718 voyagé là-bas et là on a beaucoup discuté, beaucoup, beaucoup discuté.

719 Simplement, j'avais un studio, c'est tellement dur de trouver un appartement.

720 Et quand j'ai trouvé un appartement, c'est par des connaissances, ils me téléphonent  
721 un soir, « dis donc Arsène tu cherches toujours un appartement ? », j'ai dit « oui », « il  
722 y a un appartement il faut téléphoner demain matin, tu peux l'avoir ».

723 Je téléphone et tout, alors je dis « Ecoute j'ai un appartement, qu'est-ce que tu penses  
724 tu serais d'accord qu'on se marie, oui ? »

725 **Puis vous vous êtes marié.**

726 On s'est marié.

727 On a pris contact pratiquement en début d'année, mois d'octobre on s'est marié mais  
728 c'était, on a parlé de mariage, on a tout mais il y a pas eu de... on se connaissait,  
729 toujours connu, toujours connu, y'a pas de problèmes.

730 **Et alors elle travaillait ?**

731 Nan

732 J'ai dit « Tu travailles pas, tu travailles pas. »

733 Elle restait à la maison, elle s'occupait des enfants.

734 Ouais, tu t'occupes, tu t'occupes, moi je rentrais à midi, c'était pas bien loin du boulot,  
735 je rentrais le midi, j'ai dit tu fais tout le ménage la semaine, je veux que le week-end  
736 soit libre, alors le week-end on partait, on se baladait, on retournait pas en Valais, on  
737 partait en randonnée, une fois on a fait dix mois sans partir en Valais pourtant y'a les  
738 parents là-bas des deux côtés

739 **Alors elle, elle est décédée il y a peu de temps ? 9 ans ?**

740 Nan

741 **Qu'est-ce qui lui est arrivé ? Parce qu'elle est décédée relativement jeune...**

742 Elle a fait, elle a fait...

743 (Silence)

744 Mais le soir ici là, télévision, elle me dit « Tu veux des trucs ? », puis moi je suis là puis  
745 je bricole, et pis elle regarde la télévision, « tu es d'accord ? », y avait « l'ange  
746 gardien », on connaissait ces films « l'ange gardien » puis j'ai dit bon d'accord là.

747 **Avec Mimi Mathy ?**

748 Oui voilà, on a bu un verre, pis y'a eu un petit entracte, j'ai dit « Tu bois un verre ? -  
749 Oui, oui un verre de rouge. », fini 10h10 fini, elle prend les verres dans la cuisine après

750 elle va dans la salle de bain se préparer, je la trouve par terre dans la salle de bain,  
751 qu'est-ce que tu vas dire, arrêt du cœur.

752 **Hum**

753 Arrêt du cœur, irréversible.

754 **Elle n'était pas malade ?**

755 Bon elle a eu, elle a eu un...

756 (Silence)

757 **Un infarctus ?**

758 Nan, nan elle a eu une opération à la base.

759 Moi j'avais un neveu par alliance qui est médecin m'a dit, qui est cardiologue m'a dit  
760 tu aurais dû faire faire une, quand la mort est là, tu peux bien faire n'importe quelle  
761 analyse, ça la fait pas revenir, oui pis voilà.

762 Alors là, André L. m'a beaucoup aidé, c'est là que...

763 **Il vous a aidé à ce moment là...**

764 Ah oui, ah oui.

765 **Qu'est-ce qu'il a fait pour vous ?**

766 Mais aider par exemple, moi j'étais quand même pas mal paumé, là c'est le truc, la  
767 tuile.

768 **Ah oui parce qu'elle avait quel âge ? Elle avait 60 ?**

769 63 ans.

770 **63 ans.**

771 Elle allait sur sa 64ème année, on avait le même âge, 64 elle avait pas encore, elle  
772 avait 63 accomplis.

773 Et pis André L. s'est beaucoup, bon il venait manger assez souvent chez moi donc on  
774 était, des fois j'apportais une bouteille, si lui des fois il a des visites m'a fait connaître  
775 des visites et puis j'ai dit bon je les connais maintenant, ils viennent chez toi et ben je  
776 vais apporter une bouteille, ils viennent à 10h, et pis 11h et demi je vais apporter une  
777 bouteille, on ouvrait l'appétit comme ça.

778 **C'est à partir de cet évènement dramatique que vous pensez que votre amitié**  
779 **s'est...**

780 Ça s'est très soudé ça oui, moi je lui ai dit bon, j'ai dit, j'ai dit je le remerciais et tout  
781 pour tout ce qu'il a fait pour moi, et je lui ai dit si t'as besoin moi je m'occupe de toi.

782 C'est comme un, comme un pacte pratiquement.

783 **Comme un pacte ?**

784 Pratiquement...

785 Ouais et maintenant je le suis, je suis allé le trouver ce matin.

786 **Hum.**

787 **Vous avez le sentiment de lui rendre quelque chose qu'il vous avait donné ?**

788 Euh ssss sans que soit une dette mais je sais pas, il m'a beau...

789 Après c'est clair qu'on a fait les vacances ensemble, tout mais tout a bien joué tout, on  
790 s'entendait bien et tout.

791 Nan, nan, bien et pis là maintenant vous voyez de plus en plus il a besoin.

792 Et pis là ce qu'il s'est passé l'été, on a fait trois mois au chalet, on avait été en Belgique  
793 en voiture, on fait dix jours, on est passé par l'Alsace, passer des amis, qu'on a déjà

794 visité une fois avant, on est rentré, après j'avais été une semaine au chalet puis après  
795 j'ai passé une semaine, je suis allé à Winterthur en vacances, j'ai pris un couple qu'on  
796 avait connu, qu'on avait connu les deux ensemble, on s'est liés d'amitié, on est allé  
797 sur Togoville c'est magnifique c'est une région que je connais pas mal, bien pis après  
798 au chalet trois mois et là j'ai été accidenté.

799 Il vous a dit peut être Vogelsanger, nan?

800 **Oui, oui, il m'a dit oui.**

801 Et c'est là j'ai dû le mettre.

802 **Hum.**

803 Et pis il baissait beaucoup, j'ai pas pu m'occuper beaucoup, moi je faisais les repas et  
804 tout, j'ai même eu l'aumônier de chez ma fille de je sais pas où, oui il est venu une  
805 semaine encore chez moi pendant les travaux et tout, mais nan pas de problèmes.

806 **Hum.**

807 **Qu'est-ce que vous pensez qu'il est nécessaire au fond de soi-même pour**  
808 **pouvoir s'occuper comme ça de quelqu'un ?**

809 Mais c'est pas difficile.

810 (Silence)

811 **Quel est le moteur de tout ça ?**

812 La p'tite flamme.

813 **Elle vient d'où ?**

814 C'est, c'est y'a une amitié qui s'est créée et pis le truc...

815 **Oui l'amitié j'ai compris, mais la ptite fl... mais qu'est-ce qui fait que cette**  
816 **amitié...**



817 Je sais pas, je peux rien dire ça.

818 (Silence)

819 **... Parce qu'on a des amis, mais pour les prendre chez soi...**

820 Oui, c'est là le phénomène peut être le couple, je prendrais pas un couple chez moi

821 **Oui mais encore...**

822 Mais lui, on était ensemble, on partait ensemble, mais je dis qu'est-ce que tu vas faire,  
823 tu peux te débrouiller seul et moi ça m'arrange si tu viens chez moi, il ne demandait  
824 que ça, lui.

825 **Peut-être la solitude partagée alors ?**

826 Oui lui ça peut être ça aussi.

827 Nan, moi autrement je sortais assez, y'a pas, y'a pas de problème, moi j'ai assez de  
828 contact, là j'ai beaucoup de contact ici, je m'en suis occupé comme administrateur de  
829 l'immeuble ici d'entrée pendant vingt ans, je connais tout le monde, maintenant ils  
830 changent beaucoup, des jeunes et pis je vois des personnes âgées, je vais vers les  
831 personnes âgées.

832 **Vous pensez que c'est la raison ? Parce que je sens bien que dans votre  
833 parcours le contact est très important, il y a beaucoup de...**

834 Oui, oui...

835 **Qu'est-ce qui fait que vous avez vécu ça Vous ? Pourquoi Vous...**

836 Pourquoi j'en sais rien...

837 **Qu'est-ce vous imaginez être la chose qui vous a amené à prendre chez vous  
838 une personne âgée ?**

839 Rien du tout, c'est spontané.

840 C'est naturel...

841 Naturel... Naturel.

842 **Hum**

843 Ah.

844 **Votre papa était comme ça ?**

845 Ah papa était très accueillant, oui, ouais, ouais.

846 **A la maison ?**

847 A la maison aussi et ma mère aussi, oui, oui c'est toujours.

848 Quand il encadrait encore les autres et tout, il passait devant les gens, « venez boire

849 un verre », « viens boire un verre », ouais, ouais, ouvert très ouvert et mon frère la

850 même chose, mon frère là où il est, c'est la porte ouverte, il y a toujours quelqu'un.

851 **Vous pensez que ça s'apprend ça ?**

852 Eh ça s'apprend !

853 L'accueil et tout ça.

854 Il y a quand même, il y a quelque, bon j'ai beaucoup appris quand j'ai fait le CPG, on

855 a appris beaucoup, on a décortiqué, moi ça me manquait.

856 **C'est quoi le C... ?**

857 Centre de Perfectionnement des Cadres.

858 Ça me manquait un peu ça, de j'ai dit professionnellement oui mais il me manque le

859 contact.

860 Euh, j'ai fait aussi, j'ai été maître d'apprentissage, j'ai fait les cours aussi donc toujours  
861 pour le contact.

862 **Qu'est-ce qui vous, qu'est-ce que ça vous apportait d'être maître**  
863 **d'apprentissage ?**

864 Ah, mais la formation, former des gens...

865 **Mais ça vous a apporté quoi à vous ?**

866 Mais j'aimais beaucoup faire ça.

867 **Oui c'est-à-dire...**

868 Transmettre, transmettre si j'ai appris, parce que j'ai, j'ai, j'ai vu, j'ai ressenti moi-  
869 même, j'ai dû apprendre moi-même alors que j'ai pas eu un chef comptable, j'ai eu  
870 qu'une année et demi.

871 **Seul ?**

872 Seul, autodidacte, j'suis énormément autodidacte, oh j'ai pas à me mesurer, je sais  
873 faire les choses, j'ai pas à les expliquer, je les sais, j'ai des contacts avec les directeurs  
874 de banque énormément, j'ai ouvert un service financier dans l'entreprise parce que je  
875 faisais un travail de récupération de l'argent, parce que l'argent était chez les débiteurs,  
876 c'est pas bon.

877 **Alors qu'est-ce qu'il faut pour être un bon formateur ? Pour vous, vous imaginez**  
878 **quoi ? Quel est... votre avis ?**

879 Il faut aimer donner, il faut aimer donner, et il faut apprendre, apprendre à connaître le  
880 caractère du jeune pour pas le blesser, très important.

881 **Le blesser c'est-à-dire ?**

882 Blesser c'est-à-dire savoir quel caractère il a et si on sait qu'il a tel caractère, pas  
883 appuyer là-dessus mais il faut le retenir là, l'aider et ça même avec, j'avais aussi des

884 employés sous mes ordres, j'avais des gens que je savais très bien telle personne tel  
885 caractère, je sais ce que je lui donne, si lui dis de faire ce travail-là, il aimerait pas le  
886 faire, je le faisais, moi je le faisais rapidement.

887 **Mais vous faisiez quand même faire à l'autre ?**

888 Nan, je lui donnais d'autres tâches.

889 **D'autres tâches ?**

890 Moi, j'essayais de faire pour qu'il y ait l'harmonie.

891 **A quel niveau ?**

892 L'harmonie au niveau du service.

893 **D'accord...**

894 Vous avez des gars que si j'étais loin, tout le courant était fait, j'ai pas, j'ai pas d'ordre  
895 à passer, ça passait bien.

896 **Vous voulez dire que vous pensez qu'il faut apprendre par la tâche ? Par  
897 l'activité, c'est ça ?**

898 Comment c'est ? Je sais pas, ça vient, il y a quelque chose d'innée un peu, après bon  
899 j'ai su en faisant maître d'apprentissage, il y a des cours qui sont faits, ils expliquent  
900 aussi les jeunes les phénomènes de maladie, de boulimie, ou bien d'autres  
901 phénomènes, qu'est-ce qui peut se passer, pas si le, si le jeune, qui n'est pas bien, on  
902 ne sait pas pourquoi, si on appuie dessus, on peut le faire, justement pas, il faut savoir  
903 poser des questions, qu'est-ce qui passe, où il y a des problèmes ainsi de suite.

904 C'est important ça, c'est déjà aussi le contact.

905 **Donc si vous aviez en face de vous un formateur, quel conseil vous lui  
906 donneriez ?**

907 Essayer de comprendre les gens, comprendre...

908 **Comprendre avant d'agir ?**

909 Et, ah oui, comprendre et discuter avec.

910 L'entretien, l'entretien.

911 Hum

912 Moi j'ai vu des, les apprentis, j'ai eu un plaisir, en 90, 15 ans après l'enterrement, un  
913 apprenti que j'ai pas reconnu, il vient vers moi et il me dit « Je vous remercie. -  
914 Pourquoi ? - J'étais votre apprenti, tout ce que vous m'avez donné, ce que vous m'avez  
915 expliqué, tout... ».

916 Parce que je consacrais beaucoup de temps pour expliquer les choses, je les faisais  
917 travailler comme employés, fin de 1<sup>ère</sup> année ils travaillaient comme un employé avec  
918 un salaire d'apprenti, mais je les intéressais, c'est pas de faire du classement toute la  
919 journée.

920 **Les intéresser ?**

921 Les intéresser. Faire un travail, ce que vous pouvez faire, tenir la caisse, le soir la  
922 caisse elle doit jouer.

923 **Hum...**

924 Alors dès fois c'est pas la peine de me demander, les sorties d'argent ceci cela tout et  
925 ils trouvaient quoi, voilà.

926 Toujours la confiance, leur donner confiance.

927 Une satisfaction inouïe quand en fin de trois ans de cours et tout et de pratique, pis  
928 viennent dire on a réussi, ça me...

929 Mais leur donner confiance, euh. Pour le, dans le travail, leur donner confiance ? Dans  
930 le travail.

931 **Oui...**

932 Qui puisse, « ça tu peux faire », « voilà je t'explique », « je t'explique comment il faut  
933 faire, et puis tu reviens si tu, il faut pas faire faux, si t'es pas sûr tu reviens vers moi,  
934 ça dis que si t'es pas sûr c'est que tu t'es posé la question, tu doutes alors je te dis  
935 comment. »

936 Faut pas les encadrer ! Il faut pas les encadrer pour tout, à Noël j'avais aussi des  
937 employés nouveaux qui venaient et tout, je les encadrais pour qu'ils puissent voilà, le  
938 système est là, un cahier des charges c'est ça, il faut faire comme ça, comme ça, bien  
939 détaillé, c'est important.

940 Autrement, on peut massacrer les gens

941 **Hum...**

942 Pas de pire moi je dans dans... ce que je voulais faire c'est, y'a des dames aussi parce  
943 que j'étais, comme j'avais des pouvoirs dans le service j'avais droit à dire des mots  
944 dans d'autres services et tout mais y'a des dangers, j'ai dit mais là je peux la faire  
945 sauter, c'est-à-dire foutre en rogne et tout, très facile je connais son caractère, je lui  
946 dis un mot là de travers elle saute en l'air, je dis non.

947 Pas de conflit, éviter les conflits, éviter les conflits.

948 Ah oui ça, après au centre de perfectionnement de cadres alors trois ans comme  
949 animateur, là j'ai appris beaucoup de choses mais je motivais les gens parce qu'on  
950 avait, qu'on était quarante personnes, quatre groupes de dix personnes, il y avait cinq  
951 animateurs, un animateur par groupe et un général qui faisait son boulot et je motivais  
952 une conférence, une conférence du prof., une heure, après on a vite un petit repas  
953 entre deux, après y'a le travail de groupe, à chaque fois dans le travail de groupe il  
954 faut nommer un président et un rapporteur, et après le rapporteur doit donner la  
955 réponse à la question développée et les autres groupes attaquent.

956 **Vous travaillez en groupe...**

957 En groupe et toujours, « voilà toi tu as trop parlé, c'est pas à toi de parler maintenant,  
958 lui toi tu as pas dit qu'est-ce que tu penses »...

959 **Un rôle de modérateur c'est ça ?**

960 Toujours, toujours, faire en sorte que tout le monde parle.

961 **Hum**

962 Jamais prendre la présidence, toujours nommer, « toi tu seras président toi t'es  
963 secrétaire, tu es rapporteur, secrétaire rapporteur ». Alors le groupe dit, « on prend  
964 des notes », mais c'est sur quatre heures, donc il y a une heure de cours, trois quart  
965 d'heure pour manger, discuter avec le professeur éventuellement, pis après le  
966 professeur pose une question et cette question elle est ou une euh, comment faudrait  
967 dire... un chapitre à développer sur quatre questions, chaque groupe pose une  
968 question, a une question et va débattre et ça c'est intéressant, c'est comme une, dans  
969 une société, oui, on a le travail de groupe et après y'a le rapporteur, nan, nan là on  
970 n'est pas d'accord, là on n'est pas d'accord et voilà ça va c'est intéressant j'ai fait trois  
971 ans ça.

972 **Vous pensez que la société a changé par rapport à tout ça ?**

973 Beaucoup.

974 **Qu'est-ce que vous imaginez être les causes de ce changement ?**

975 Je pense le modernisme et tout, l'informatique beaucoup, l'informatique.

976 **Hum...**

977 J'ai fait chef de projet aussi, ouais je m'investis dans tout, dans les finances, j'avais  
978 créé un développement des finances, j'ai fait chef de projet, informatique, j'ai eu deux  
979 ingénieurs qui ont travaillé quinze mois sous mes ordres, qui m'ont dit c'est quand  
980 même cool avec vous.

981 En fait, c'était du nouveau à l'époque, vous avez peut-être raison nan, pas beaucoup  
982 le risque la programmation, je donnais les analyses, ils me disaient on comprend rien  
983 ce que vous nous dites, mais quand on fait exactement ça et ils testaient et ça  
984 marchait.

985 **Hum...**

986 C'est autodidacte, j'ai beaucoup travaillé moi-même, autodidacte beaucoup.

987 (Silence)

988 **Vous avez fréquenté pas mal l'hôpital, là du coup, après, en tant que bénévole ?**

989 Là j'ai fait 8 ans, pratiquement 8 ans tous les dimanches.

990 **Avec votre expérience de formateur, comment vous imaginez qu'il faudrait faire  
991 pour former les gens qui travaillent dans le contact ?**

992 Là, maintenant ?

993 **Comment faudrait-il faire ?**

994 C'est difficile, difficile, parce que le, je vois très bien qu'il y a des gens qui ne sont pas  
995 faits pour ça. Y'a des gens qui veulent pas aller dans les chambres, y'a des gens qui  
996 ne veulent pas faire telle chose, moi, j'ai pas mal recruté, j'ai dit il me manque des  
997 gens, je vais, je fais, je disais je fais telle chose...

998 **Et comment vous avez choisi les bonnes personnes ?**

999 Les bons ? Je les prenais tous, j'avais pas à choisir les bons.

1000 **Alors comment vous le voyez, quel élément qui vous disait...**

1001 C'est-à-dire là c'est du bénévolat.



1002 Alors celui qui venait c'est pratiquement par amitié qui venait, « viens moi je fais ça, tu  
1003 vois », puis un autre, « y'a déjà tel type qu'est là, est-ce que tu peux venir, je sais que  
1004 tu le connais et tout », pis il vient, nan c'est pas difficile de pousser des fauteuils.

1005 **Mais comment vous voyez que là, en poussant le fauteuil, il a quelque chose**  
1006 **autour du contact et puis que l'autre ne l'a pas ?**

1007 Ça on le sent mais on peut pas refuser des gens, parce qu'il manque des gens, si c'est  
1008 uniquement pour pousser des fauteuils, y'a pas de problème.

1009 **Qu'est-ce qui fait le petit plus ?**

1010 Mais y'a des gens qui sont, comment faudrait dire... qui aiment s'occuper des  
1011 personnes âgées, il faut aimer.

1012 **C'est-à-dire ?**

1013 Il faut aimer, alors là je pense que c'est quelque chose qui est, et pis la personne âgée  
1014 elle sent, comme là je peux vous dire maintenant quand je vais, ils me, ils demandent.

1015 Il y a deux ou trois jours en arrière, et pis moi je viens et pis y'a des gens d'une tente,  
1016 si j'apprécie quelqu'un que je connais et là tout, écoutez il me dit :

1017 « Monsieur, je sais pas mais je peux vous poser une question ? - Mais oui bien sûr. -  
1018 Écoutez je suis protestant, est-ce que vous êtes prêtre ? » J'ai dit « non je ne suis pas  
1019 prêtre », voilà. Mais ils me voient tous les jours, je vais tous les jours, ils me voient là-  
1020 dedans, je vais saluer un autre prêtre qui est aussi là dans une autre tente, mais je  
1021 salue pas seulement lui, les dames aussi qui sont avec lui, je les salue aussi je leur  
1022 touche la main et tout et pis ils voient régulièrement, ils peuvent se poser des  
1023 questions, donc ils me posent des questions, c'est tout. Y'a des gens qui n'ont pas de  
1024 visite, un type je le vois, première fois que je l'ai vu, il était tout en sang pratiquement  
1025 et je pense qu'il était tombé et pis tu sais comme ça, je dis « ce pauvre qu'est-ce qui  
1026 se passe », je vais vers lui le lendemain et pis je dis « mais qu'est-ce qui vous est  
1027 arrivé ? - Oh je me suis cogné, cogné » bon et pis après il me dit « vous savez, moi  
1028 j'ai 101 ans », mais j'ai dit « vous vous appelez comment ? - Chapot »

1029 **Chapot ?**

1030 Chapot

1031 C'est P.O.T pas P.E.A.U

1032 Et puis euh, j'ai dit « mais vous êtes d'où ? » parce que je savais qu'il y avait des  
1033 Chapots en Valais, je lui ai dit « Je suis valaisan, j'habite Genève. » Et pis maintenant  
1034 quand je vais, je vais lui toucher la main, dès fois il est à l'entrée parce que c'est vitré,  
1035 je rentre et pis je regarde s'il est là puis je vais lui toucher la main mais il marche sans  
1036 rien, il raisonne tout à fait bien, tout à fait, tout le temps.

1037 **Ça lui fait du bien quand vous passez ?**

1038 Et bien quand il me voit arriver, il a le grand sourire.

1039 **Hum**

1040 Voilà, parce qu'il a peu de visites. C'est simple, uniquement mais une poignée de main,  
1041 un mot de travers là à la réception dès que j'arrive...

1042 **Il ne faut pas grand-chose quoi, c'est ça que vous voulez me dire ?**

1043 Rien du tout

1044 Il faut...

1045 Rien du tout, moi tout je suis sympa avec le personnel et tout, même des fois il dit tiens  
1046 c'est, il faut être sympa, on a tout à y gagner, parce que peut-être il faut comprendre  
1047 les gens, ils ont des problèmes personnels, c'est ça qui est important. Ils ont des  
1048 problèmes personnels et puis ça retombe, c'est pas facile d'être, d'être des des  
1049 malades, eux ils sont en plein dedans, quand on voit ce qu'ils font.

1050 **Mais qu'est-ce qui fait que, qu'on ne se décourage pas, on que l'on y va quand**  
1051 **même ?**

1052 Il y a quand même, moi je vois de plus en plus là ceux qui font de l'animation, ben  
1053 n'importe, ils aiment les personnes âgées, ils aiment faire ça, ils sont très patients, il  
1054 faut être très patient.

1055 **C'est-à-dire ?**

1056 Patient, si vous faites des jeux, parce qu'ils font beaucoup d'activités de jeux et tout,  
1057 ils sont très patients : « allez, on a tout le temps, vas-y » c'est vrai ils ne sont pas  
1058 bousculés. Y'a un animateur qui leur pose des, ils font des jeux, ils ont beaucoup, oui  
1059 alors André L. dit que c'est super, dès fois il y va, dès fois il y va pas, ça dépend mais  
1060 c'est ça le...

1061 (Silence)

1062 **Mais le temps, est-ce que les soignants l'ont ? Les soignants professionnels,**  
1063 **est-ce qu'ils l'ont ?**

1064 Ah les soignants, ils en ont, y'a en a beaucoup.

1065 Mais là c'est des professionnels animateurs, ils prennent les patients, ils lisent c'est  
1066 affiché ce qu'il y a, chaque...

1067 C'est de l'animation, une heure après ils boivent vite un verre ou bien n'importe, alors  
1068 moi j'ai dit bon je viens maintenant avec des animateurs, je viens à onze heures, je  
1069 peux pas venir avant,

1070 « vous avez raison, faut pas venir avant, si vous venez ça dérange ». Voilà, il faut  
1071 s'accorder du temps.

1072 **Qu'est-ce que vous pensez qu'il faut comme valeur pour pouvoir faire ce que**  
1073 **vous avez fait ?**

1074 (Silence)

1075 **C'est quoi qui vous...**

1076 Moi je sais pas, il faudrait voir, il faut voir quelqu'un d'autre dans la personne, on n'est  
1077 pas une personne comme un objet, il faut voir à l'intérieur de la personne, la personne  
1078 qui est dans une situation comme ça, ne sait plus exactement où elle se trouve et si  
1079 on peut le petit geste qu'on peut leur donner, c'est un plaisir pour eux, le petit mot  
1080 qu'on leur dit, comme je vous ai dit tout à l'heure, là « ah vous avez une belle robe »,  
1081 une écharpe « ah super votre écharpe, elle vous va bien », « vous avez été chez le  
1082 coiffeur », des petites choses comme ça, remarquer, on leur fait pas remarquer.

1083 **L'attention quoi, la valeur c'est...**

1084 L'attention, mais l'attention ce n'est pas un cadeau mais pour eux c'est un cadeau ça,  
1085 après ils réclament.

1086 **Hum**

1087 « Vous étiez pas là dimanche passé ? - nan, j'étais pas là. »

1088 (Silence)

1089 Et pis je suis toujours là parce que je m'investis aussi pendant la messe aussi, je suis  
1090 à côté je m'occupe de la musique à côté du prêtre et tout. Dès fois André L., il  
1091 secondait.

1092 Dès fois c'est lui qui disait la messe, donc je suis à côté pour le suivre, dès fois c'est  
1093 un agent de paroisse pastorale qui vient mais peut pas dire la messe donc il fait le  
1094 sermon voilà.

1095 **Hum**

1096 C'est être disponible. Disponible ça, ça serait votre, la valeur qu'il faudrait c'est...

1097 Il faudrait être disponible et pis

1098 **Disponible euh, comment vous...**

1099 Disponible du temps, disponible du temps et... aimer, aimer ce contact, ne pas se  
1100 gêner d'aller vers l'autre, « comment ça va », se pencher. Le patient en bas qui dort,  
1101 pratiquement qui dort, mais qui dort pas peut être, on sait pas à quoi elle rêve et tout,  
1102 s'approcher, l'aider, un mot, juste un mot ça suffit, juste un mot.

1103 **Vous pensez que ça s'apprend ça ?**

1104 (Silence)

1105 Je sais pas, est-ce qu'on peut dire que ça s'apprend, bon y'a bien des cours  
1106 normalement mais comme ceux qui font l'animation, ils font des cours, ceux qui font,  
1107 oui, oui ils ont des cours, ça je oui, ils font comme un apprentissage en animation, ils  
1108 sont là, ils sont sur place, la pratique et ils ont des cours en parallèle.

1109 **Mais l'animation je suis d'accord mais l'attention comme vous disiez...**

1110 L'attention, mais ceux qui font ça ils ont beaucoup d'attention, moi je vois la générosité  
1111 qu'ils ont vers les patients, vers les malades oui.

1112 **Il faut être généreux ? C'est-à-dire ?**

1113 Généreux oui, il faut donner.

1114 Donner mais donner des choses qu'on peut donner, on donne ce qu'on, l'amour qu'on  
1115 peut donner à quelqu'un à une personne âgée ou bien n'importe, c'est extraordinaire.  
1116 Moi, je vois ici, je sors je connais des gens, je dis ça fait pas longtemps que vous êtes  
1117 là, j'entre en contact.

1118 **Vous dites que c'est extraordinaire, c'est-à-dire ?**

1119 Comment ?

1120 Ah bah oui, ça fait plaisir et pis maintenant les gens ils ont du plaisir à discuter.

1121 **Oui...**

1122 Mais c'est le contact.

1123 Si on aime le contact et tout, alors j'organisais aussi par rapport à ça, je, non cela je  
1124 dis on est là des anim., des gens comme on a dit, mais on fait aussi des sorties  
1125 ensemble, j'organisais, des sorties, des repas et même si j'suis pas là, on demande  
1126 « vous pourrez nous organiser quelque chose ». On me téléphone et pis voilà

1127 **Est-ce que vous diriez que vous avez une vie bien remplie ?**

1128 Ah oui.

1129 **Si vous aviez à changer quelque chose dans toute cette vie-là, vous en  
1130 changeriez quoi ?**

1131 Ben, je voudrais pas recommencer.

1132 **Pourquoi ?**

1133 Nan, j'ai eu beaucoup de chance, j'ai malgré tout beaucoup de chance mais quand  
1134 vous arrivez à 29 ans vous avez pas de travail et puis j'arrive ici à Genève, je connais  
1135 pas Genève. 28 ans, je suis rentré chef financier, monté en grade rapidement, c'est le  
1136 phénomène, je suis un bosseur c'est clair, oui ça c'est, je, je me mets à la tâche y'a  
1137 pas de problème, jamais de tâches supplémentaires, j'ai mon travail à faire je le fais,  
1138 si je peux pas le faire par les autres je le fais après.

1139 **Le travail c'est une de vos valeurs ?**

1140 Ouais aussi, ouais, bosser, pas dans tout, dans ce que je veux être. Là j'ai fait 20 ans  
1141 gratuitement, 20 ans, j'ai fait l'administration parce qu'au début c'est dur c'est venu en  
1142 propriété par étage.

1143 **Alors c'est quoi vos projets là dans les années qui viennent ?**

1144 Ah rien aucun projet, comme ça vient...

1145 **Moi, je ne peux pas le croire ça !**

1146 Pourquoi ?

1147 **Je sais pas, avec la vie que vous avez, on s'imagine que vous avez forcément**  
1148 **des projets.**

1149 Nan mais je veux me reposer.

1150 Bon, j'ai des, voilà alors, une fois par semaine, je téléphone.

1151 **Ah !**

1152 Une fois par semaine, je téléphone à des amis, c'est simple, alors lui il est âgé et elle  
1153 beaucoup plus jeune, alors elle, elle va boire son café avec des dames et lui seul à la  
1154 maison, comme il a des vertiges alors je lui téléphone un quart d'heure pendant qu'il  
1155 est seul et pis après il me dit c'est bon ma femme est là.

1156 **Pourquoi vous l'appellez ?**

1157 Mais c'est convenu comme ça, il me raconte un peu sa vie, il a besoin de parler.

1158 **En fait, j'ai l'impression que quand vous vous engagez dans quelque chose vous**  
1159 **le faites à fond c'est juste ?**

1160 Oui, mais alors je ne m'engage pas n'importe où.

1161 **Alors qu'est-ce qui fait que vous vous engagez à un moment donné ?**

1162 Un déclic comme ça, là c'est un coup qu'on s'est tenu, rencontré à l'hôtel au bord de  
1163 l'aire de Zürich, on s'est connu même pas deux jours, il manquait une place à la salle  
1164 à manger, on a une table de quatre, il est là, il discute, ils sont...

1165 **Il ne faut pas grand-chose et après vous êtes fidèle...**

1166 Ah fidèle, ah oui.

1167 **C'est une de vos qualités ?**

1168 Je pense, ouais.

1169 J'ai plein de qualités, je vais pas me lancer des fleurs. (Rires)

1170 **Mais non, on peut**

1171 Oui c'est comme ça, ouais

1172 **Entre nous oui...**

1173 Un jour au village aussi, quand je m'étais cassé le bras au village, je charriais tout le  
1174 monde, je me suffis de l'endroit et tout et pis après quand je sors après, j'ai que le  
1175 corset, j'ai pas eu de plâtre que le corset « ah, cette fois tttttttte » et pis ça y est et je  
1176 le rends.

1177 **Et votre principal défaut ce serait quoi alors ?**

1178 Alors je sais pas, j'ai beaucoup, moi je sais pas, qu'est-ce que vous entendez, quel...

1179 **Un seul, un seul défaut...**

1180 Est-ce que je m'emporterais trop vite peut être, je sais pas !

1181 Je me laisse pas gouverner, ça qu'on me dise ce qui faut faire, j'aime pas beaucoup,  
1182 « tu devrais faire ça » ah bon !

1183 « Tu devrais faire ça », « ouais viens faire ça », mets-toi à ma place et pis ce que je  
1184 fais, il faut qu'en, que je tienne le ménage ici même assez bien, bon j'étais en panne  
1185 mais je peux pas mais j'ai pas voulu, ils m'ont mis une dame pour faire la douche, elle  
1186 est venue 2 fois, j'ai dit moi j'ai plus besoin, elle m'a dit oui c'est vrai j'ai pas besoin,  
1187 pas besoin de venir, voilà j'étais plus devenu, je pouvais pas remettre le corset, je peux  
1188 pas l'enlever seul et après je me suis forcé, une fois que je l'ai enlevé je sais que je  
1189 mettrai le temps qu'il faut pour le remettre, c'est tout, voilà c'est tout, l'indépendance,  
1190 l'indépendance.

1191 C'est ça oui, ça fait dix-sept ans que je suis rentré là-dedans.



- 1192 Oui
- 1193 17 ans fin mars.
- 1194 Oui, heureux !!
- 1195 **Merci**
- 1196 Mais je sais pas si je vous ai beaucoup apporté ?
- 1197 **Si euh, si, si bien sûr, c'est...**
- 1198 Et vous comment ça se fait, vous êtes encore jeune ?
- 1199 Quel âge vous avez ?
- 1200 ...

## 2. Soin et corps<sup>2</sup>

### 2.1. 004. Un patient urine sur un soignant, le soignant réagit violemment.

Cette situation s'est déroulée dans un centre de rééducation et de réadaptation où j'étais en stage.

Vers 20 heures, alors que nous faisons le tour des chambres pour préparer les patients pour la nuit. Accompagné d'un infirmier et d'une aide-soignante, nous sommes arrivés vers le dernier patient dont il fallait s'occuper. Celui-ci, après des problèmes d'épilepsie, a perdu une partie de sa motricité et donc de son autonomie pour l'habillage. De plus, ce patient est plus ou moins retombé en enfance du fait des lésions neuronales dues à ses crises. Lorsque nous avons voulu l'aider à enfiler une robe de chambre pour la nuit, nous nous sommes aperçus que le patient avait eu des problèmes urinaires et fécaux. J'ai donc assisté l'infirmier et l'aide-soignant dans le nettoyage du patient. Pendant que « nous nettoyions » le patient, l'infirmier nous a raconté une anecdote sur ce même patient qui pendant un soin semblable lui avait uriné sur le pantalon. Ayant entendu ceci, le patient a uriné quelques secondes plus tard sur le pantalon de l'infirmier.

D'abord interpellé par cette action inattendue du patient j'ai été choqué de voir qu'une personne de quarante ans pouvait sourire et trouver drôle de faire exprès d'uriner sur un soignant. C'est sûrement ce qui m'a le plus heurté. N'ayant jamais été au contact de personnes comme ce patient, j'avais du mal à m'imaginer qu'un adulte qui fasse une telle absurdité puisse être tout aussi content qu'un petit enfant fier de la bêtise

---

<sup>2</sup> Récits de situations de soins : retranscription des documents fournis par les étudiants avant les entretiens d'explicitation. Le texte est conservé dans sa version écrite par l'étudiant en ce qui concerne l'orthographe et la syntaxe.

qu'il vient de commettre. N'étant qu'acteur de la scène, je n'ai pas eu accès au patient, cependant l'attitude des deux soignants vis-à-vis de celui-ci m'a aussi choqué. En effet l'infirmier s'est mis à hurler sur le patient et à l'insulter de porceau. Ne connaissant pas ce mot, c'est en découvrant sa signification de « porc » que j'ai compris pourquoi l'infirmier l'avait appelé de la sorte. L'attitude de l'aide-soignante n'a pas non plus été très exemplaire car lorsqu'ils ont continué le soin, une brutalité assez marquée dans la mobilisation et dans les soins donnés au patient s'est installée. Mon impression a été que le patient n'était plus qu'un morceau de viande, qu'il fallait nettoyer, pour les soignants. D'abord souriant de constater que l'anecdote de l'infirmier venait justement de se produire, j'ai très vite compris que cela n'avait rien à avoir avec le hasard. Comprenant ceci, j'en ai très vite déduit que le patient, qui a un problème neuronal, avait fait exprès d'uriner sur l'infirmier. Une fois que le rapprochement a été effectué, j'ai pu reprendre une attitude en adéquation avec la place que j'occupais.

Je pense donc au vu de cette situation que l'action des soignants n'a pas été en adéquation avec les principes qu'ils sont censés respecter. Bien qu'il soit aisé de dire qu'ils auraient dû faire preuve de plus de réflexion avant de réagir de cette façon vis-à-vis du patient. Dans la réalité, cela est sûrement beaucoup plus complexe car il doit être assez difficile de canaliser ses émotions lorsqu'une telle chose arrive. Bien que n'étant pas correcte, cette réaction est sûrement celle qui arrive le plus fréquemment. La seule chose à faire est de se préparer à ce que cela arrive pour pouvoir contrôler ses émotions du mieux que l'on peut. Ma réaction au début de la prise en charge n'a pas été très bonne non plus. En effet, j'aurais dû avoir une attitude neutre dès le départ plutôt que d'éprouver un certain amusement face à cette situation cocasse. Je pense que c'est en développant mon expérience face à ce genre de situations que je pourrais avoir une réaction la plus adéquate possible, c'est-à-dire une certaine retenue dans mes émotions.

## **2.2. 006. Instaurer un climat de confiance auprès d'un patient réfractaire à la toilette**

Mon deuxième stage s'est déroulé en service de médecine interne.

Madame R est arrivée dans le service pour altération de l'état général avec suspicion de maltraitance. Madame R est âgée de 86 ans, elle est entièrement dépendante en ce qui concerne ses soins d'hygiène, l'alimentation et la mobilisation.

Pendant plusieurs jours au début de mon stage, j'ai accompagné les aides-soignantes pour effectuer les soins auprès des patients et notamment auprès de madame R. Durant cette période, j'ai pu observer leur manière d'opérer avec cette patiente mais également la façon dont réagissait madame R aux différents soins. Ces quelques jours d'observation et d'accompagnement auprès des aides-soignantes m'ont permis de mieux m'organiser dans mes soins, d'avoir plus confiance en ce que je pouvais faire. De ne pas avoir cette sensation d'oublier quelque chose et de devoir laisser le patient seul dans la chambre pour le récupérer.

Le lundi matin de la deuxième semaine de stage les aides-soignantes me confient les soins qui seront à réaliser pour madame R. Je serais donc seule avec la patiente. Cette situation me fait un peu peur car lors de mon premier stage les mesures d'hygiène n'étaient pas les mêmes qu'en milieu hospitalier, je savais qu'on allait faire plus attention à mes pratiques, à la façon dont pouvaient être réalisés mes soins. Avant de rentrer dans la chambre, je réfléchis donc au déroulement des soins afin de prévoir les affaires qui me seront nécessaires. Cette façon de faire permet de me mettre en confiance, d'être plus sûre de moi.

J'arrive alors auprès de la patiente. Madame R est une femme de 86 ans, elle n'entend pas très bien, se mobilise très peu du fait de son affaiblissement. Depuis son arrivée dans le service madame R est apeurée et craintive, elle se rétracte à chaque soin, à chaque geste. Madame R ne parle presque pas, la plupart du temps elle se contente de répondre à nos questions par oui ou non, ce qui ne facilite pas les différentes confrontations.

Ma première démarche est alors d'aller l'informer de ma présence, de lui expliquer ce que j'allais faire et de créer un contact afin de la rassurer, de rechercher son consentement et sa participation aux soins.

Je suis dans un premier temps un peu désemparée car madame R ne me répond pas et m'ignore. Je décide alors de commencer à installer mes affaires tout en lui parlant. Lorsque je reviens auprès d'elle je lui fais savoir que nous allons débiter à effectuer sa toilette au lit. Son visage s'est détendu depuis mon arrivée dans la chambre, je la perçois plus rassurée et plus calme. Mes impressions se confirment lorsqu'elle répond d'une voix frêle « oui, on peut commencer ». Le fait d'avoir obtenu un consentement de la patiente m'a permis de commencer les soins de façon plus sereine, plus rassurée, mais aussi plus à l'aise face à la patiente.

Tout au long des soins que j'ai prodigués à madame R, cette dernière s'est détendue, n'avait plus d'appréhensions. J'ai à plusieurs reprises encouragé et félicité la patiente de ses efforts. Cette nouvelle relation de confiance entre nous, m'a rendue fière de la manière dont j'avais opéré. Que le plus important dans ce genre de soins n'est pas la dextérité avec laquelle on fait les soins, ni même leur rapidité mais la confiance que le patient nous accorde. La patiente se sentant rassurée m'a accompagnée dans ses soins ce qui était assez rare. J'ai ensuite pu l'installer au fauteuil grâce au lève-malade.

Ce soin envers madame R m'a montré que la communication est importante dans la relation soignant-soigné, que sans l'échange verbal ou non verbal, les relations sont parfois difficiles. Pour pouvoir m'occuper de la patiente j'ai également pris mon temps, même si je sais que cette notion est parfois dure à mettre en place. Dans cette situation, j'ai souhaité privilégier également la sécurité, en installant par exemple les barrières lors des différentes mobilisations ainsi que les techniques de manutention enseignées dans le but de ne pas mettre en danger la patiente et moi-même.

### **2.3. 009. Au moment de l'aide au lever, une personne âgée devient agressive.**

La situation s'est déroulée fin avril dans le service de long séjour où je suis en stage. Ce jour-là, j'étais d'horaire du matin, il était environ 9h et je décide de m'occuper de la douche de Madame P.

C'est une patiente de 98 ans, atteinte de la maladie d'Alzheimer et qui est hospitalisée dans ce service depuis presque 10 ans. Madame P. est une femme exigeante et a

beaucoup de rituels en ce qui concerne sa prise en charge. De plus, elle a conservé partiellement une mémoire à long terme c'est-à-dire qu'elle se souvient de quelques souvenirs lointains ainsi que des soins auxquels elle est habituée depuis longtemps. Par contre sa mémoire à court terme est très altérée c'est pourquoi elle pose toujours les mêmes questions aux soignants.

Lorsque j'arrive dans sa chambre, elle est allongée sur son lit et attend qu'un soignant vienne l'aider pour sa toilette. Je lui explique qu'aujourd'hui c'est moi qui vais l'aider et que c'est son jour de douche. D'habitude, sa toilette se déroule dans la salle de bain de sa chambre et les soignants lui mettent ses bas de contention avant de la lever de son lit et de l'emmener près du lavabo.

C'est pourquoi lorsque j'ai voulu l'aider à se lever sans avoir mis ses bas de contention, elle n'a pas compris la raison et est devenue agressive en me répétant sans cesse que je lui mette ses bas. Je lui ai expliqué que nous allions dans la douche située en face de sa chambre et que je lui mettrais ses bas de contention après la douche. Je lui ai ensuite tendu sa canne et j'ai essayé de l'aider à se lever. Son agressivité a tout de suite augmenté et Madame P. est devenue angoissée à cause des bas de contention que je ne voulais pas lui mettre dans l'immédiat. Sa réaction m'a surpris et j'ai reculé de quelques pas afin de pouvoir réfléchir sur la situation et de pouvoir trouver une solution à son refus.

Je me suis rapidement rendu compte de mes erreurs : Madame P. est une femme qui est très attachée à ses habitudes. C'est une patiente anxieuse pour qui ces rituels quotidiens la rassurent. Le fait que j'insiste pour la lever sans ses bas de contention a engendré une agressivité qui pour elle est un mécanisme de défense. Je me suis alors approchée d'elle et je l'ai rassurée en lui montrant ses bas de contention. Elle s'est tout de suite calmée et a souri. Je lui ai mis ses bas de contention puis elle s'est levée sans aucune opposition. Je l'ai accompagnée à la douche qui s'est déroulée sans problème.

Lorsque je suis rentrée chez moi, j'ai beaucoup pensé à cette situation. Je me suis rendu compte qu'au départ je n'avais pas pris en charge Madame P. dans sa globalité

car je n'avais pas pensé à ses habitudes de vie. Depuis ce jour, je fais plus attention aux habitudes de chaque patient. J'ai compris que pour eux ces habitudes les rassurent. Cette situation m'a fait me remettre en question et a permis par la suite que les soins que je réalise aux patients soient de meilleure qualité car adaptés à chaque situation.

#### **2.4. 010. Accompagnement de la toilette d'une patiente risquant d'être violente**

Mardi 5 avril : j'avais fait mes prises de sang du matin, distribué les traitements avec l'infirmière. J'avais terminé la toilette des deux résidents que j'ai à ma charge. Je vois donc avec Marine l'aide-soignante comment nous nous organisons pour les prochaines toilettes. Je lui propose de faire Mme B que j'ai déjà faite plusieurs fois car comme je la connais j'irais plus vite. Et là Marine me répond : « Non tu vas aller faire Mme P, elle est difficile à prendre en charge mais il faut que tu t'habitues à prendre en charge toute personne difficile ou non. »

Mme P est une résidente démente, qui ne parle pas ou très peu et qui ne s'exprime qu'en portugais ce qui rend la communication compliquée quand on ne comprend et ne parle pas cette langue. Il est difficile de savoir si elle comprend ce qu'on lui dit en français car elle ne répond pas toujours. De plus, Mme P refuse souvent ses soins, je sais que la toilette ne se passe pas souvent bien, que lorsqu'on lui apporte son plateau elle lance l'adaptable car elle refuse de s'alimenter. Je sais également que lorsqu'on donne à manger à sa voisine de chambre en soins palliatifs qui ne peut plus se nourrir seule, Maria n'aime pas car on est dans la chambre mais on ne s'occupe pas d'elle, elle voudrait qu'on lui donne à manger à elle aussi. Mais lorsque elle ne mange pas, j'essaie de lui donner à manger, je me fais insulter car elle ne veut pas. De plus, le jour où je suis arrivée dans le service, il y avait une réunion avec le médecin, le psychologue, les aides-soignantes du matin et l'infirmière à son propos, pour voir comment il était possible de la prendre en charge sans qu'elle ne tape le personnel soignant ou ne se tape elle-même. Le psychologue avait alors expliqué qu'il valait mieux la tutoyer, l'appeler par son prénom, qu'il fallait lui expliquer tout ce qu'on lui faisait et que pour instaurer la relation et le contact il fallait commencer par un doigt

puis la main et aller comme ça progressivement car si on mettait directement la main dessus pour la laver même doucement elle se sentirait agressée. Je n'avais donc jamais pris en charge Mme P qui me faisait peur.

J'ai alors gentiment expliqué à Marine que je ne l'avais jamais faite et que je ne me sentais pas trop de la faire. Marine a insisté, elle m'a dit d'essayer, que de toute façon si ça n'allait pas je l'appellerais et elle viendrait m'aider. Elle m'a également rappelé ce que Pierre le psychologue avait dit à la réunion soit de l'appeler par son prénom, de bien me représenter, de lui dire tout ce que j'allais faire avant de le faire, de ne pas la brusquer. Elle m'a également précisé que lorsqu'il fallait que je la touche par exemple pour laver le bras, je devais commencer par un doigt puis la main, puis le bras et non pas le bras directement pour ne pas qu'elle se sente agressée. J'ai alors senti la peur m'envahir et bien qu'en écoutant ce que me disait Marine, j'étais en train de me demander comment j'allais pouvoir m'en sortir indemne... Je prépare donc mes gants, ma serviette, mon sac plastique et tout ce qu'il me fallait et me voilà partie toute en panique dans la chambre de Mme P ... J'ai frappé, dit bonjour en entrant dans la chambre, j'ai posé mes affaires sur l'adaptable et je suis allée remplir ma bassine d'eau que j'ai également placée sur l'adaptable. Je me suis ensuite penchée vers Mme P : « Bonjour Maria, c'est Marine. Je vais t'aider à faire ta toilette. D'accord ? »

Pas de réponse, je prends donc ça pour un oui. Je mets donc mon gant à tremper dans la bassine, je prends le savon dans la table de nuit, prépare ma serviette et je retire le drap de la patiente afin de commencer mon soin. En prenant le bras de Maria par la main comme Marine me l'avait dit pour enlever la chemise de nuit, Maria m'attrape le bras en criant « Non, non, non » en plus de deux ou trois insultes car elle ne veut pas. J'essaye de lui expliquer calmement qu'on doit se laver et qu'elle doit me laisser faire, en vain. Je suis donc ressortie de la chambre, j'ai appelé Marine qu'elle vienne m'aider car je n'arrivais pas à faire la toilette de Mme P. Elle est donc venue s'est penchée vers la patiente et lui a dit que c'était moi qui l'aidais à faire sa toilette et donc qu'elle devait me laisser faire et faire ce que je lui demandais. Elle a alors malgré les cris de la patiente enlevé sa chemise de nuit et m'a dit de lui proposer de se laver seule. J'ai donc pris le gant, j'ai mis du savon et je l'ai tendu à Maria en lui expliquant qu'elle se lave le visage. Mais quand Mme P a pris le gant ce n'était pas



pour se laver comme je lui avais demandé. Elle s'est d'abord tapé le visage avec ses deux mains puis quand nous avons essayé de l'arrêter elle m'a lancé le gant dessus. Marine a alors haussé le ton et a dit à la patiente que si elle ne voulait pas se laver elle devait me laisser le faire. J'ai donc repris le gant et je lui ai frotté le visage tout en me tenant comme me l'avait conseillé Marine à distance de ses mains pour ne pas me prendre une baffe. Comme Mme P s'était un peu calmée Marine m'a laissé continuer en me rappelant de bien lui dire ce que je lui faisais...J'ai donc continué à faire les seins, les bras, les mains en expliquant bien à la patiente ce que je faisais et en commençant par le bout des doigts lorsque je lavais les bras. Je l'ai donc rincée et essuyée tout en lui demandant si ça allait, si elle n'avait pas froid... Questions auxquelles je n'ai pas eu beaucoup de réponses mais qui m'ont permis de me détendre et donc de penser à ma patiente et non uniquement au soin que j'étais en train de lui faire, chose difficile ayant beaucoup de mal à communiquer avec celle-ci. Je lui ai ensuite expliqué qu'il fallait que j'enlève la protection pour faire la petite toilette et les fesses et que j'en remettrais une, juste après. Maria a commencé par me répondre non alors je lui ai répété qu'il fallait se laver, qu'il ne fallait pas qu'elle reste dans le pipi ... j'ai réussi à enlever la protection, je me suis alors dépêchée de faire la petite toilette en continuant d'essayer de parler avec la patiente. Je l'ai ensuite essuyée et je pense qu'elle devait se sentir mieux car elle n'essayait pas de m'empêcher de l'essuyer... Profitant de ce moment de répit, je lui ai demandé de se tourner en lui expliquant que c'était pour lui laver le dos et les fesses et pour remettre une protection propre. Elle s'est exécutée et j'ai pu terminer la toilette et remettre une protection propre. Je lui ai ensuite dit de revenir sur le dos pour que je puisse l'aider à s'habiller. Je lui ai demandé si ses habits de la veille lui plaisaient toujours elle a hoché la tête et je lui ai donc enfilé. Je me suis ensuite dit qu'il fallait que je la tourne pour l'asseoir au bord du lit et qu'ensuite, il faudrait que je la transfère au fauteuil. Je savais que la patiente avait l'appui et donc qu'elle m'aiderait pour le transfert mais ce qui m'inquiétait c'est que si elle voulait me taper ce qui pouvait arriver, elle aurait tout le loisir de le faire le temps que je la transfère. Après lui avoir expliqué que j'allais l'aider à se mettre au bord du lit, je me suis exécutée, en espérant ne pas me recevoir de gifles. J'ai eu de la chance, Maria était calme. Une fois au bord du lit, je lui ai enfilé ses chaussons puis je lui ai dit qu'il fallait qu'elle m'aide en tournant les pieds pour aller du lit au fauteuil. Comme ses

pieds ne touchaient pas encore par terre je l'ai faite coulisser jusqu'au bord du lit pour qu'elle touche. Elle a dû trouver ça drôle car elle s'est mise à rire. Je me suis alors sentie soulagée de la voir rire alors qu'au début de la toilette elle me tapait et m'insultait comme si mon but lors de ce soin était de la voir sourire. Je l'ai donc aidée à se mettre au fauteuil, je suis allée vider mon sale, ma cuvette et chercher de quoi refaire le lit. J'ai refait le lit en faisant participer la patiente qui me tenait les draps, l'oreiller et les couvertures et qui me les donnait au fur et à mesure. Je me suis assurée qu'elle avait ce qu'il lui fallait, son jus d'orange, sa sonnette et son pot à eau et je suis repartie faire ma transmission dans le classeur des soins soulagée et heureuse d'avoir réussi à m'occuper de cette patiente qui me faisait si peur. Je garde également en tête ce que le psychologue avait dit sur la prise en charge des patients difficiles comme cette dame car cela a marché dans cette situation donc la réessayer pourrait être une bonne idée. Je me sens après cette expérience un peu plus confiante à prendre en charge des personnes difficiles comme cette dame.

## **2.5. 014. Appréhension à réaliser la toilette d'une personne amputée**

J'étais en stage dans un centre de convalescence et de rééducation, à l'étage consacré aux patients amputés en jambe (transmétatarsiens et transtibial), aux patients ayant des prothèses de hanche ou de genou et des patients ayant eu un pontage artério-coronarien. Ces différents patients nécessitent tous une rééducation, c'est pourquoi le service dispose d'une salle de kinésithérapie avec des kinésithérapeutes spécialisés. Dans ce service, se trouvent aussi une diététicienne chargée d'adapter les régimes aux patients et deux internes en médecine chargés des prescriptions et du suivi médical des patients.

Cette semaine-là, j'étais avec les aides-soignants pour observer et réaliser des soins d'hygiène, de bien-être et de confort aux patients. Ce matin-là, on m'a proposé de participer à une aide à la toilette d'un patient diabétique amputé de la jambe droite, qui avait en plus une sonde à demeure. En entrant dans la chambre, j'ai mis la présence. L'aide-soignante qui était avec moi m'a dit de commencer et qu'elle interviendrait en

cas de besoin. Je devais donc m'occuper de ses jambes, de son dos et de ses parties intimes. Il se débrouillait seul pour le reste au lavabo.

Ce que j'appréhendais le plus était le moment où j'aurais à m'occuper de son moignon, bien qu'il était propre et parfaitement cicatrisé. En effet, la première fois que j'avais vu ce patient sans sa prothèse, j'avais eu un petit mouvement de recul, de surprise, même si je savais plus ou moins ce que j'allais voir.

J'ai donc commencé par remplir une bassine avec de l'eau chaude pour le confort du patient et j'ai pris le linge de toilette personnel se trouvant dans la salle de bain. De retour dans la chambre, j'ai monté le lit, retiré la barrière et me suis mise de façon à ne pas tourner le dos au patient. Ce patient portait uniquement des chemises du service pour dormir, il n'était donc pas nécessaire de le déshabiller. J'ai commencé par les jambes. Pour cela, j'avais demandé à l'aide-soignante si je pouvais le faire avec des gants, au moins la première fois, car j'étais intimidée à l'idée du contact avec le moignon. Elle avait accepté. J'ai donc mis des gants pour commencer par la jambe non amputée, en allant de la cuisse au pied. Puis je suis passée à la jambe droite. Avec les gants, je sentais comme une barrière, qui s'est avérée suffisante pour que je réalise le soin sans avoir de nouveau un mouvement de recul. Cela m'a permis d'avoir une première approche, puisque les jours qui ont suivi, j'ai réalisé le soin sans les gants. J'ai ensuite fait un soin de prévention d'escarres au talon droit et j'ai retiré les gants.

Ensuite, je suis passée à la toilette intime. J'ai préparé une nouvelle paire de gants, pour éviter le contact avec les muqueuses ou avec d'éventuels liquides biologiques. J'ai mis les gants, relevé la chemise et j'ai commencé par le bas-ventre. Cependant, je n'osais pas prendre la verge bien en main, malgré le fait que l'aide-soignante m'ait déjà montré comment faire les fois précédentes. J'avais peur de ne pas réussir, de faire mal au patient, ou de retirer la sonde, même si elle était enfoncée assez loin. Au final tout s'est bien passé, j'ai recouvert le patient avec sa chemise, pour sa pudeur. J'ai demandé au patient de se tourner sur le côté, en se tenant à la barrière pour que je puisse m'occuper de son dos et de ses fesses.

J'ai changé l'eau et j'ai détaché la chemise sans la retirer. J'ai commencé par le dos avec le gant destiné au haut du corps, pour respecter les normes d'hygiène qui consistent d'aller du plus propre au plus sale. Ensuite j'ai changé de gant pour les fesses, et j'ai repris celui pour le bas du corps. Après l'avoir séché, j'ai procédé à un effleurage pour la prévention d'escarres. De retour sur le dos, l'aide-soignante m'a aidé à habiller le patient partiellement (slip et short). Nous l'avons mobilisé à deux pour l'aider à se lever et à se mettre dans son fauteuil roulant. Pour cela, il était nécessaire de lui mettre sa prothèse, ce que l'aide-soignante a fait pendant que j'observais. Ensuite nous nous sommes rendus dans la salle de bain. Il était autonome et s'est donc lavé, rasé et lavé les dents tout seul. Nous sommes sorties de la chambre après avoir retiré la présence, puis nous avons fait une hygiène des mains.

Une fois en dehors de la chambre, j'ai pu discuter avec l'aide-soignante de mon ressenti. Elle m'a dit que c'était normal que j'aie eu un mouvement de recul car l'amputation n'était pas quelque chose de normal et facile à admettre chez les gens, que cela peut surprendre de voir quelqu'un dans cette situation. Je suis quand même étonnée du peu d'intérêt que ce patient pouvait porter au fait qu'il était amputé. Quand je l'ai revu un peu plus tard, il faisait du l'humour en rapport à sa jambe qu'il n'avait plus, c'était sûrement un moyen pour lui de s'accepter comme ça.

Je pense qu'avec un peu plus d'expérience et de connaissances au sujet des membres amputés et des douleurs fantômes, j'aurais pu être plus à l'aise et m'en sortir mieux. Mais le patient ne s'est pas plaint qu'on ait pu lui faire mal, donc ça m'a rassurée.

## **2.6. 020. Toilette pour un patient à retard mental**

La situation porte sur une toilette réalisée à un patient qui présente un retard mental. Dans cette situation je suis actrice et je ne suis accompagnée d'aucun soignant.

Mr O. est un des deux patients que j'avais choisi de prendre en charge lors de mon stage. Ce matin-là je me suis donc rendue dans sa chambre pour le réveiller et l'aider à prendre sa douche avant le petit déjeuner. C'est la première fois que je suis seule

pour l'aider à faire sa toilette, j'avais cependant vu une fois un infirmier le faire. Ce matin-là, je vais donc réveiller Mr O. et lui demande d'aller à la salle de bain afin qu'il prenne sa douche. Il n'est pas trop d'accord au départ, puis il se rend tout de même dans la salle de bain. J'avais auparavant préparé tout le matériel donc j'avais besoin pour effectuer ce soin. Mr O. se déshabille et je lui allume l'eau afin qu'il se mouille. Il sait se laver, cependant il est nécessaire de le stimuler pour qu'il le fasse, je veille aussi à ce que ce soit bien fait. Il a également besoin d'aide pour le dos et pour le derrière des jambes. Je passe donc un gant avec du savon à mon patient. Il commence à se laver et je remarque très vite qu'il passe d'une partie à l'autre du corps sans vraiment faire attention à ne pas utiliser le même gant pour la petite toilette et le visage par exemple. Je lui enlève donc le gant et lui en redonne un propre, vu qu'il ne faisait pas ce que je lui disais, j'ai donc décidé de lui mimer les gestes qu'il devait faire. Au départ il a reproduit mes gestes, puis rapidement il a recommencé à se laver comme il le faisait, sans respecter les règles d'hygiène de base. Ne sachant plus quoi faire pour qu'il se lave correctement, je l'ai donc laissé faire, puis une fois qu'il se fut rincé, j'ai repris un gant propre pour moi même lui laver le visage. Il a contesté ce que je faisais en me poussant la main, j'avais beau lui expliquer qu'il est important de ne pas se laver tout le corps avec le même gant, il ne voulait rien savoir et à partir de ce moment il ne voulait plus me parler. Malgré le fait qu'il me pousse, j'ai quand même rincé son visage car je ne pouvais pas le laisser plein de savon. Il s'est ensuite ressuyé le corps et de la même façon que lorsqu'il se lavait, il n'était pas important pour lui d'utiliser deux serviettes différentes. Je l'ai donc laissé faire et je l'ai aidé pour se ressuyer le dos et les pieds. Ensuite je l'ai aidé à s'habiller tout en essayant de rétablir une conversation entre lui et moi. Mais il n'a plus voulu me parler jusqu'à la fin du soin.

J'ai été interpellée par cette situation, car en voulant bien faire, je me suis rendue compte que mon patient n'était plus satisfait du soin que je lui prodiguais. D'un côté cela me gênait de le laisser utiliser un seul et même gant pour toute sa toilette et de l'autre j'étais embarrassée car à partir du moment où j'ai voulu lui relavé le visage, il s'est frustré et n'a plus voulu m'adresser la parole. De plus je me suis sentie impuissante face au silence de Mr O., j'ai essayé de le faire rire, je me suis montrée attentionnée et gentille envers lui, mais rien n'y faisait, il avait décidé qu'il ne me parlait

plus et il se tenait à sa décision. J'ai été touchée par sa réaction, car j'accorde beaucoup d'importance à la relation que j'entretiens avec les patients et avant ce soin je n'avais jamais rencontré de problème avec ce patient. Après ce moment je craignais donc que Mr O. m'en veuille et que la relation que nous entretenions ne soit plus la même. J'étais aussi mal à l'aise car il avait mal pris un geste qui pour moi n'était pas grave, car que ce soit à l'école ou dans notre éducation, on nous apprend à respecter certaines règles d'hygiène, mais pour Mr O. ces règles n'étaient visiblement pas les mêmes.

Suite à cela, je me suis demandé si il été plus important de privilégier l'hygiène à la relation soignant / soigné. Je me suis également questionnée sur l'influence que peut avoir la norme dans le soin.

Tout d'abord, je pense que la notion d'hygiène dans le métier d'infirmier est très importante. C'est d'ailleurs l'une des premières choses que l'on nous inculque durant notre formation, notamment par le biais de l'unité d'enseignement « Infectiologie, Hygiène ». On nous apprend par exemple en ce qui concerne la toilette, qu'il faut aller du plus propre au plus sale. En voulant respecter cette notion lors de la douche de Mr O., j'ai cru bien faire, je voulais lui faire comprendre l'importance de prendre en compte les règles de base de la toilette. En voulant bien faire j'ai en fait frustré mon patient et ce qui pour moi était important au départ est en fait passé après la réaction de Mr O. J'étais après cela, plus embarrassée par le fait qu'il réagisse en montrant son mécontentement que par le fait qu'il est manqué de rigueur lors de sa toilette. Je pense donc qu'il faut adapter son soin par rapport au patient. Lors d'un soin à risques infectieux, il est évident qu'il faut très rigoureux vis à vis de l'hygiène du soin, afin de ne pas mettre en danger le patient, même si cela ne lui convient pas, dans un cas comme celui-là je pense donc que l'hygiène passe avant la relation. Mais dans une situation comme celle que j'ai vécue, je pense le contraire. Il est vrai que le fait de se laver tout le corps avec un seul et même gant n'est pas très propre, mais cela ne mettait pas en danger mon patient, alors je pense qu'il vaut mieux ne pas trop insister sur ce point (sans pour autant le négliger) et que le soin soit agréable pour lui et pour moi. De plus le fait que j'ai voulu lui relavé le visage, a été pour lui une forme de dépendance, je l'ai assisté alors qu'il n'en ressentait pas le besoin, et je pense que

c'est ce qui a entraîné une insatisfaction de sa part. Je pense également que la norme peut avoir son influence dans de telles situations. En effet, pour nombre de personnes il est normal de ne pas se laver avec un seul gant pour tout le corps, mais pour d'autre cela peut être totalement différent. Dans ce cas, je pense que mon patient accordait peu d'intérêt à cette notion et j'ai voulu quelque part lui imposer mon point de vue, sans prendre en compte ce qu'il pouvait penser de cela et comment il pourrait réagir.

Cette situation qui m'a interpellée m'a permis de comprendre que parfois, même en voulant bien faire, on peut générer un malaise entre le patient et le soignant, mais aussi que la norme peut être différente d'une personne à l'autre et qu'il faut être vigilant par rapport à cela.

Plusieurs fois, je suis retournée aider Mr O. pour sa toilette, j'ai choisi de privilégier le relationnel à l'hygiène avec lui. Cependant j'ai toujours tenter de lui inculquer les règles de base d'une toilette, en lui disant ou en lui mimant les gestes à faire dans le bon ordre. Cela n'a pas vraiment porté ses fruits mais je n'ai pas rencontré d'autres problèmes de communication avec ce patient. Au final, même s'il ne respectait pas l'ordre du plus propre au plus sale, il était quand même lavé, si j'avais continué à faire certaines choses à sa place, cela aurait pu entraîner une frustration de sa part et il n'aurait peut-être plus accepté sa toilette quotidienne.

## **2.7. 021. Un étudiant réalise sa première toilette pour un patient**

J'ai effectué mon premier stage en géro-psycho-geriatrie dans la résidence mutualiste. Pour cette analyse, j'ai choisi de faire part du premier soin d'hygiène que j'ai effectué sur une résidence le quatrième jour de mon stage.

Après avoir suivi et observé une aide-soignante dans la réalisation de ce soin sur plusieurs résidents, elle m'a proposé de le faire seule tout en restant avec moi afin de me guider. Elle a choisi une personne participative, ayant toutes ses facultés intellectuelles et n'ayant pas de réticence à la toilette afin de me fournir les meilleures conditions de travail. J'ai donc préparé mon chariot contenant deux gants de toilettes,

deux serviettes, des gants jetables non stériles et une protection urinaire neuve car la personne était incontinente.

Après m'être lavé les mains grâce à une friction hydro-alcoolique, j'ai frappé à la porte et je suis rentrée dans la chambre de la résidente qui était encore couchée. Je lui ai dit bonjour, me suis présentée et lui ai expliqué mon statut d'étudiante. Je lui ai ensuite demandé son accord pour l'aider à la réalisation de ses soins d'hygiène ce à quoi elle a répondu oui. Cette personne est hémiplegique, je l'ai donc installé dans son fauteuil roulant avec l'aide de l'aide-soignante, puis je l'ai emmenée dans la salle de bain. Après avoir mis des gants j'ai retiré la protection urinaire usagée de la nuit et l'ai fait asseoir sur les W.C. ou le l'ai laissée seule quelques minutes. Je l'ai ensuite aidée à se déshabiller et lui ai donné un gant mouillé pour qu'elle se lave le visage. Après cela j'ai procédé à la toilette complète en commençant par le dos et en finissant par la toilette intime après avoir mis des gants. J'ai dû faire très attention à son bras hémiplegique qui était raide et douloureux. Après l'avoir séchée, je lui ai mis la nouvelle protection et l'ai aidée à s'habiller en tenant compte de ses choix et en commençant par les membres invalides comme elle me l'avait expliqué. Je l'ai ensuite installée pour le petit déjeuner, l'ai saluée et suis sortie de la chambre.

Malgré un acte quelque peu maladroit du fait de mon manque d'expérience et à la peur de lui faire mal du fait de son hémiplegie qui rendait son bras difficile à mobiliser, je pense avoir réussi le soin dans la mesure où j'ai atteint mon objectif qui était que la personne se sente propre et confortable.

J'ai été interpellée par la différence entre l'apprentissage théorique et pratique : on nous a appris ce soin sur des mannequins en insistant sur le caractère médical de l'acte (hygiène, technique...). Il était donc assez difficile de se représenter la situation. Cependant, en pratique, j'ai trouvé que c'était un soin où l'on rentrait dans l'intimité de la personne et où s'établissait une relation de confiance entre le soigné et le soignant. Je me suis également surprise à avoir une attitude professionnelle dès le départ qui m'a permis de réaliser ce soin sans stress, en étant concentrée et attentive à la personne.



J'avais une certaine appréhension avant de réaliser ce soin car je le trouvais très intime. J'ai cependant très vite pris confiance en moi car la personne a été compréhensive et que, contrairement à ce que j'avais pensé, je n'ai ressenti aucune gêne face à sa nudité ou à sa dépendance. Je me suis sentie à l'aise : j'ai mis en pratique l'enseignement reçu à l'I.F.S.I concernant les règles d'hygiène et j'ai discuté avec la personne durant tout le soin afin de détourner son attention.

## **2.8. 025. Communication au cours d'une toilette d'une personne âgée**

Lorsque je suis arrivée dans ce service de long séjour, je me suis aperçue que beaucoup de patients étaient mutiques ce qui m'a mis mal à l'aise. C'est pourquoi lorsque j'ai rencontré Madame V. qui est une patiente qui communique aisément avec les soignants j'ai souhaité m'occuper d'elle.

Cette patiente est âgée de 72 ans et est atteinte de la maladie d'Alzheimer. Elle a l'habitude de déambuler dans le service et d'être agréable avec les soignants et les résidents lorsqu'elle les croise. J'ai pris l'habitude de m'occuper quotidiennement de Madame V. vis-à-vis de sa toilette.

Un lundi matin de début avril, l'infirmière me demande d'aider Madame V. à prendre sa douche. Elle me prévient que depuis quelques jours le comportement de la patiente a changé et qu'elle fait preuve d'agressivité avec les soignants. J'accepte cette demande et me rend en direction de la chambre de la patiente. C'est alors que je la vois déambuler dans le couloir en s'aidant de la rampe, en chemise de nuit et pieds nus. Je la rejoins et lui explique que je vais l'emmener dans la salle de bain afin de l'aider à prendre sa douche. Elle me répond froidement que je fais bien ce que je veux. Je vais ensuite dans sa chambre chercher ses affaires de toilettes et ses vêtements puis je vais la chercher pour l'emmener dans la salle de bain. Elle me donne la main sans dire un mot et me suis passivement. Après avoir fermé la porte, son comportement a subitement changé. Elle est devenue agressive verbalement en m'insultant. Je lui ai demandé de s'asseoir en lui expliquant que j'allais l'aider pour prendre sa douche. Elle me repoussa violemment en me disant qu'elle ne voulait pas

se laver. Je lui parlais calmement dans le but que son agressivité s'atténue, car je sais que l'agressivité augmente si le soignant devient lui-même agressif, et je la rassurais au sujet de la douche. Elle m'attrapa aussitôt la main et me pinça puis essaya de me gifler. Plus je lui parlais plus son agressivité augmentait. Je me suis aussitôt dit que je ne pourrais pas la calmer dans la salle de bain qui est une petite pièce d'environ 5m<sup>2</sup> et qui pouvait être la cause de cette agressivité.

Je lui ouvris la porte et elle sorti de la pièce rapidement. Je suis allée chercher l'infirmière et lui expliqua ce qui venait de se passer. Elle me rassura en me disant que les aides-soignantes avaient connus la même situation ce week-end et qu'elle préviendrait le médecin. Elle me demanda de déléguer la douche à une aide-soignante et de m'occuper d'un autre patient.

Je ne me sentais pas très bien pendant l'heure qui a suivi. Je ne savais pas quoi penser de ce qui venait de se passer. Je pense que j'aurai du prendre plus en considération son attitude lorsque je l'avait vu dans le couloir. J'avais remarqué que l'intonation de sa voix était sèche mais je ne pensais pas que cela empirerait aussi vite. Par la suite, j'ai questionné l'infirmière au sujet de la patiente et de ce changement de comportement. Elle m'expliqua que l'angoisse et l'agitation sont des symptômes engendrés par l'évolution de la maladie et que le médecin allait modifier le traitement de Madame V. afin de diminuer ses états d'agitation.

Lors des jours qui ont suivis, Madame V. était toujours agressive avec les soignants et également avec les autres patients. Le médecin prescrit alors du Tiapridal® qui est un antipsychotique indiqué pour les états d'agitation et d'agressivité. Depuis, l'agressivité de Madame V. a considérablement diminué. J'ai eu l'occasion depuis cette situation de m'occuper de ses soins d'hygiène dont des douches qui se sont très bien passées.

Après cette situation, je me suis beaucoup posée de question sur la maladie d'Alzheimer et j'ai effectué des recherches afin de mieux la comprendre et de pouvoir mieux l'appréhender.

## 2.9. 028. Toilette d'une personne âgée prostrée

Aux transmissions du matin, l'équipe de nuit nous relata l'entrée d'une dame de 83 ans, arrivée d'une maison de retraite de la région pour chute et amaigrissement. Cette dame, que j'appellerai Mme G était là pour un bilan. Très vite l'infirmière de nuit nous dit que cette dame avait la particularité de se tenir en position fœtale et semblait peureuse, ce qui d'après elle, risquerait de rendre les soins difficiles!

Nous avons un prélèvement sanguin pour un « bilan standard » à lui faire vers 7h00, l'infirmière de mon secteur, Ghyslaine, m'appela de la chambre de Mme G pour que je l'aide à lui tenir le bras de la patiente. Ce fut ma première rencontre avec Mme G...Je découvris une dame de petite taille, pas plus d'1,50m, maigre, complètement repliée sur elle-même, au regard affolé. Je saluai Mme G et lui expliquai que nous devions lui faire une prise de sang et que pour cela, il serait préférable que celle-ci s'allonge sur le dos. Aucune réponse ni réaction. Ghyslaine, dont la patience n'était pas la plus grande qualité, me dit de lui tenir le bras, qu'il fallait avancer...Je m'exécutai, un peu mal à l'aise, tenant le bras frêle de cette petite femme qui semblait sans défense. Avant de quitter la chambre je pris soin de recouvrir Mme G, qui déjà avait retrouvé sa position initiale, les genoux touchant son menton, les bras autour des jambes, bien collées contre son ventre, c'était impressionnant !

Dans la matinée, j'aidai Samira, l'aide-soignante pour la toilette de Mme G. Le petit déjeuner avait été laborieux puisque pris au lit et donc dans cette même position peu propice à la prise d'un repas ! Une fois le matériel prêt pour la toilette, nous expliquions à Mme G qu'il nous fallait la dévêtir afin de pouvoir la laver, que le soin ne durerait pas longtemps mais qu'il fallait que celle-ci nous aide autant que possible. Nous réussîmes sans trop de mal à lui retirer sa chemise fendue mais nous ne parvînmes pas à « déplier » Mme G que je soupçonnais être capable de détendre les jambes. Je n'étais pas à l'aise, très vite la toilette ressembla plus à un combat qu'à un soin. J'avais beau essayer de rassurer notre patiente, rien ne parvenait à la détendre, elle était pétrifiée ! Pourquoi Mme G avait elle aussi peur ? Étions-nous maltraitante à ce moment ? Comment parvenir à rassurer Mme G ? Le plus dur fût de mettre le change complet à cette dame qui ne desserrait pas les jambes et poussait des petits cris et s'accrochait

à nos mains le regard apeuré. Bien que Mme G fût toute mince, cette toilette nous fît transpirer !

Une fois la toilette au lit terminée, une infirmière de l'équipe alla chercher un fauteuil coquille pour installer Mme G. Nous dûmes la tenir à deux, chacune d'un côté dans une position peu académique du fait que celle-ci soit complètement repliée sur elle-même. Une fois au fauteuil, je tachai de rassurer Mme G en lui expliquant que nous avions terminé le plus gros de la toilette, qu'il ne me restait plus qu'à lui faire le soin de bouche et à la brosser. Elle me regardait fixement, en acquiesçant de la tête. Je tendis une brosse à cheveux à Mme G et lui proposai de se brosser elle-même, elle tendit le bras et attrapa la brosse qu'elle passa aussitôt dans sa chevelure grise. Je ressentis cela comme une toute petite victoire ! Une fois son appareil dentaire lavée, je le lui tendis et elle l'installa avec une déconcertante facilité...Au bout de quelques minutes, Mme G détendit ses jambes le long du fauteuil, elle se déplia complètement ! Ainsi installée, propre, coiffée avec l'adaptable devant elle, Mme G ne paraissait en rien différente de sa voisine de chambre, c'était une petite dame âgée comme les autres.

Les jours qui suivirent, je me proposai à chaque fois que j'étais de matin pour la toilette de Mme G. Je préférais la faire seule pour éviter tout rapport de force. Bien sûr, la patiente restait très craintive et repliée durant tout le temps de la toilette, mais je sentais qu'au fil des jours elle avait moins peur. Je pense que ma douceur et mon empathie était un plus pour cette patiente qu'il ne fallait manifestement pas brusquer. Il était évident pour moi que Mme G comprenait tout ce que je lui disais, bien que demeurant mutique. Son regard et l'expression de son visage m'indiquait ce qu'elle ressentait et c'était essentiellement de la peur. Un matin alors que je finissais sa toilette et qu'elle était comme toujours, prostrée dans son lit, je lui demandai si elle avait peur, elle me regarda avec insistance, je réitérai ma question : « vous avez peur Mme G, c'est ça ? », ce à quoi elle répondit : « OUI ». Je lui demandai si quelqu'un lui avait fait du mal, mais elle tourna la tête sur l'oreiller, je n'obtins pas d'autre réponse.

Je réussis une autre fois à entendre le son de sa voix, un jour ou son fils et sa belle-fille étaient venus lui rendre visite. Je lui demandai si c'était son fils qui était venu, ce à

quoi, elle répondu : « oui, c'est mon fils unique, il habite à Longvic », je ne marquai pas ma surprise, j'avais trop peur de la faire taire, je parvins à obtenir une ou deux autres phrases, mais ce fût tout. Je n'ai plus jamais entendu le son de sa voix jusqu'à la fin de son séjour parmi nous. Pour autant, il était clair que Mme G comprenait tout, je me félicitai de ne pas être le genre de soignante à faire des commentaires devant les patients ! Je me dis que tout comme sa position fœtale (qu'elle prenait seulement une fois couchée), son mutisme était une forme de protection, contre qui, contre quoi, nul ne le savait !

Nous avons bien sur cherché à comprendre les raisons qui avaient poussé Mme G à se prosterner ainsi, auprès de sa famille, dans son dossier... Nous apprîmes seulement que celle-ci était tombée plusieurs fois, « elle a peur de rechuter » nous dît sa famille. J'avoue que cette réponse me semblait bien maigre. Je restais persuadée que cette dame avait subi une quelconque maltraitance pour se comporter de la sorte.

Mme G est restée 3 semaines environ avant de retourner à sa maison de retraite. Elle a marqué toute l'équipe, nous a tous touché par sa vulnérabilité.

J'ai appris de cette rencontre qu'il faut parler à tous les patients avec le respect et l'empathie qu'ils méritent. Qu'un patient semble vous comprendre, vous entendre ou non, nous devons lui parler de façon professionnelle et intelligente, le soigner avec respect.

Peu importe que la personne que nous soignons soit consciente, dans le coma, valide, invalide, mutique ou bavarde, sénile ou érudite, elle a droit au respect et à l'empathie comme tout être humain.

## **2.10. 029. Chute pendant une toilette. Sentiment d'échec du soignant**

Dans un établissement spécialisé dans la maladie d'Alzheimer

Le matin, lorsque j'arrive je m'occupe tout d'abord des deux résidentes que j'ai prises en charge, et ensuite j'aide les aides-soignantes en m'occupant de résidents simples que je peux faire seul.

Donc ce matin-là, après m'être occupée de mes deux résidentes, les aides-soignantes m'ont demandé d'effectuer la toilette de madame V., une dame que j'avais déjà accompagnée. Cette dame souffre de la maladie d'Alzheimer, elle ne s'exprime plus et a les articulations raides mais malgré tout elle marche un peu et tient debout devant le lavabo. Ce matin-là, je n'avais pas à lui laver les jambes car sa douche avait été faite la veille, donc j'ai commencé par lui mettre ses chaussettes de contention au lit pour avoir à moins la mobiliser. Ensuite, j'ai commencé à avoir des difficultés en l'emmenant au lavabo car elle ne se redressait pas et ne s'appuyait pas beaucoup sur ses jambes, il fallait que je la soutienne beaucoup. J'ai quand même réussi à l'amener devant le lavabo, je l'ai assise le temps d'effectuer la toilette du haut, puis je lui ai enfilé ses habits. Je l'ai ensuite aidée à se mettre debout pour effectuer la petite toilette, et au bout de quelques secondes, elle a commencé à se laisser tomber tout doucement, j'ai essayé de la retenir et de lui parler, de lui expliquer qu'elle ne pouvait pas s'asseoir car il n'y avait pas de chaises derrière elle, de la stimuler... mais elle continuait à s'asseoir. Alors j'ai essayé de la soutenir tout en attrapant la chaise, mais je n'ai pas réussi car je l'avais reculée pour passer derrière la dame, j'ai commencé à paniquer à m'énerver j'ai donc appelé de l'aide mais j'étais seule dans le couloir et tout le monde était occupé, ils ne m'entendaient pas. Ma seule solution a été de l'accompagner dans sa chute tout doucement pour qu'elle s'assoit au sol, elle s'est même allongé par terre, j'ai donc mis une serviette propre sous sa tête pour ne pas qu'elle ait la tête qui cogne et directement sur le sol et je suis allé chercher une aide-soignante pour qu'elle m'aide à la relever. Je suis revenue avec l'aide-soignante, nous l'avons relevée ensemble et elle m'a aidé à la tenir le temps que je finisse la toilette, que je l'habille complètement et pour l'accompagner dans le salon.

J'ai expliqué à l'aide-soignante qu'elle n'était pas tombée, que je l'avais accompagnée dans sa chute et qu'elle ne s'est cognée à aucun moment, je lui suis aussi dit qu'elle s'était laissée aller, qu'elle ne voulait plus se redresser, afin que l'aide-soignante connaisse la situation. Elle m'a dit que j'avais bien fait de l'accompagner doucement

dans sa chute plutôt que de forcer pour la retenir car j'aurais pu la blesser ainsi que moi-même mais elle m'a dit aussi que j'aurais dû laisser la chaise à proximité étant donné l'état physique de cette dame.

Par la suite, je n'ai plus voulu faire la toilette de cette dame seule car j'avais peur qu'elle chute de nouveau et plus violemment.

J'ai d'abord eu peur qu'elle se fasse mal et qu'elle tombe brutalement. Ensuite j'ai eu une impression d'échec et donc un peu de colère de ne pas avoir réussi la toilette seule et de ne pas avoir pu faire en sorte qu'elle ne chute pas même si ce n'est pas de ma faute.

J'ai paniqué devant l'inattendu de la situation et le fait de me sentir impuissante. Peut-être que j'aurais dû prévenir l'aide-soignante ou l'infirmière d'un risque de chute dès que je me suis rendu compte en l'emmenant dans la salle de bain qu'elle ne se tenait pas bien debout. Et dans ce cas, quelqu'un m'aurait aidé dès le début ou aurait fait la toilette à ma place.

J'aurais dû garder la chaise à proximité car je savais que c'est une dame qui marche et se tient debout difficilement et avec de l'aide mais je ne l'avais pas fait car les fois où j'ai fait cette dame, cela c'était très bien passé. Je n'aurais pas dû oublier que dans cette maladie, les personnes peuvent se dégrader très vite. Je ne savais pas bien comment la tenir pour l'accompagner doucement dans sa chute, j'espère donc que je ne lui ai pas fait mal, mais il est difficile de le savoir étant donné qu'elle ne s'exprime pas.

Problème posé : Le problème qui s'est posé est que je ne voulais pas me mettre en échec en la laissant chuter et surtout j'avais peur qu'elle se fasse mal. Et je m'en suis voulu de m'être mise en colère toute seule.

Amélioration : Si je devais à nouveau m'occuper d'une personne qui a des difficultés à rester debout (ou pas) je garderais la chaise à portée de main et j'anticiperais sa chute en surveillant une apparition de faiblesse chez la personne, c'est-à-dire si elle commence à plier les jambes et à ne plus vouloir se redresser, dans ce cas-là je la

ferais s'asseoir un instant pour qu'elle reprenne des forces. Et je demanderais de l'aide à quelqu'un plutôt que de continuer seule et de mettre la personne en danger.

Mais avec cette maladie, les personnes se dégradent parfois rapidement autant sur le plan mental que sur le plan physique, il faut donc rester vigilant avec tous.

### **2.11. 030. Forcer une personne âgée pour faire sa toilette**

Mon premier stage s'est déroulé en service de soins de suite et de rééducation en pôle de gériatrie. Avec une aide-soignante nous avons fait la toilette de M. G., un homme atteint à un stade avancé de la maladie d'Alzheimer, qui a été hospitalisé pour une ré-autonomisation et à un fécalome (c'est une boule de matières fécales sèches et très dures qui s'accumulent le plus souvent dans le rectum). Les yeux souvent dans le vide, ne répondant presque jamais à nos questions, ne pouvant presque plus se mouvoir nous devions lui faire sa toilette. Il se rétractait vite, comme s'il refusait les soins. Je pense qu'il se sentait un peu perdu et agressé.

Au moment de la petite toilette, il a uriné, nous avons dû recommencer la toilette et changer les draps. Pendant que l'aide-soignante lui faisait la petite toilette elle m'a demandé de lui tenir les bras en croix car il plaçait ses mains entre ses jambes et empêchait la soignante de le nettoyer. Alors, pas sur de moi, je m'exécute et lui maintient les bras en forçant car lui-même poussait de toute ses forces et il m'était difficile de le maintenir. L'aide-soignante me replace alors ses mains d'un air impatient et me dit de le tenir correctement cette fois-ci. Alors je recommence, le maintien tant bien que mal et nous terminons la toilette un peu difficilement. Nous lui avons mis les barrières sur prescription médicale afin de pallier à tout risque de chute.

Lorsqu'il m'a fallu le tenir, forcer, j'ai été hésitante, je me suis demandée si on avait le « droit » de traiter quelqu'un comme cela. Je me suis dite que l'aide-soignante connaissait sûrement mieux cette maladie que moi et qu'elle savait comment réagir. J'ai observé le patient et il n'avait pas l'air de souffrir mais d'être apeuré. A la fin de cette toilette je me suis senti incompétente, j'ai eu l'impression que je n'avais été assez douce et que je n'avais pas assez expliqué mes gestes. Je me suis sentie débordée et pressée par l'autre soignante. Comme si je n'avais pas le temps de lui poser des



questions afin qu'elle m'explique pourquoi on devait le maintenir de cette façon. Pour contrôler mes émotions j'ai essayé de faire au mieux, sans lui faire mal, en lui disant que c'était presque terminé et qu'il allait mieux se sentir mais je n'avais pas l'impression qu'il m'entendait.

Durant cette situation différents problèmes se sont posés à moi. Tout d'abord la barrière de la maladie, le fait que je ne sache pas s'il m'entendait, comprenait ce qu'on lui faisait. Ensuite le fait que je pratique une sorte de « maltraitance » dans le sens où je le maintenais il ne pouvait pas bouger et se sentait agressé. Son faciès me montrait quelqu'un d'apeuré et de choqué. Le dernier problème qui s'est posé à moi était de savoir si le maintenir de la sorte était bien ou non, si j'avais eu raison même en tant que simple stagiaire d'appliquer de ce que l'aide-soignante m'avais dit.

Ce qui m'a permis de me dire qu'il y avait un problème ce sont mes valeurs, mon bon sens, on ne traite pas un être humain de cette façon d'autant plus lorsqu'il est souffrant. Je ne pensais pas que je pouvais me sentir si mal d'avoir fait ressentir à quelqu'un que je l'agressais. Cet homme d'environ 70 ans, ne demandait qu'à être soigné dans le respect de la personne.

Pour changer ma pratique et ma vision de certaines pratiques il faudrait que je me renseigne plus sur certaines pathologies comme ici la maladie d'Alzheimer. Je pense qu'avec ce genre de patient il faut prendre le temps de vraiment tout leur expliquer même si on prend plus de temps avec eux qu'avec d'autres patients. Je pense que la prochaine fois il faudra que j'ai plus confiance en moi mais aussi que je puisse avoir la confiance de la personne que je veux soigner afin qu'elle se laisse faire et qu'elle ne se sente pas agressée.

## **2.12. 035. Un contact de la main « débloque » une personne qui ne pouvait plus manger**

Lors de mon stage, une patiente a été admise dans le service. Elle était faible et refusait de s'alimenter. Une alimentation parentérale a été prescrite, cependant à chaque repas les soignants lui apportaient son plateau repas afin de l'aider à s'alimenter dans le but d'arrêter l'alimentation parentérale et de reprendre une

alimentation normale. J'ai donc apporté le plateau repas à cette patiente au cours d'un déjeuner, en lui proposant mon aide. Elle a refusé de s'alimenter, elle ne me regardait pas et n'a exprimé aucune émotion à mon arrivée. Elle m'a exprimé qu'elle souffrait énormément et qu'elle ne supportait plus être diminué ainsi et a même remis en question l'utilité de son existence. J'ai donc posé le plateau repas sur l'adaptable, je me suis approchée d'elle, je lui ai pris la main. Elle s'est tournée vers moi, a croisé mon regard, a eu un grand soupir, et m'a remercié de cette attention qui l'avait profondément touché et lui avait fait le plus grand bien. Peu de temps après, elle a exprimé le désir de s'alimenter.

Lorsque je suis arrivée dans la chambre, je ne m'attendais pas à ce que la patiente refuse de s'alimenter, je savais qu'elle mangeait peu mais je ne me doutais pas qu'elle serait si fermée. J'ai donc été très surprise et je ne savais pas comment réagir face à l'attitude et aux propos tenus par la patiente. J'ai très rapidement compris qu'il ne servirait à rien de « l'obliger » à manger, j'ai voulu comprendre sa souffrance, j'ai donc tenté au départ de discuter avec elle. Lorsque je me suis rendue compte que le dialogue ne permettait aucune amélioration de l'état de la patiente, je ne savais pas comment réagir, je ne savais pas quoi faire pour lui montrer que j'étais là pour l'écouter et la soutenir. Puis, je me suis souvenue d'une situation plus ou moins similaire au cours de mon premier stage, où après analyse de la situation, on m'avait fait comprendre l'importance du langage corporel. C'est à ce moment-là que j'ai commencé à observer la patiente, à prendre du recul et à vraiment analyser la situation afin d'avancer. J'ai remarqué que son visage était tourné de l'autre côté, que ses yeux étaient fermés, son attitude traduisait clairement un refus de communiquer. En effet, les différentes expressions corporelles de la patiente montraient qu'elle n'était pas réceptive à mes paroles, même les plus rassurantes. Je lui ai donc pris la main car à ce moment-là, j'avais le sentiment que c'était la dernière chose que je puisse faire pour débloquer la situation. Lorsque la patiente a tourné son visage et m'a regardé, j'ai ressenti un véritable soulagement, elle avait complètement changé d'attitude, elle semblait alors plus détendue et à partir de ce moment-là, le dialogue a pu être possible, un réel échange a pu se produire.

Après cette situation, j'ai pu analyser les sentiments que j'ai éprouvés et comprendre pourquoi j'avais réagi ainsi, pourquoi j'ai été traversé par ces émotions. En effet, j'ai pu constater que la souffrance de la patiente m'a déstabilisé. Face aux personnes qui souffrent autant et qui expriment verbalement l'envie de mourir, je suis mal à l'aise et je ne sais pas comment réagir afin de les aider et les épauler. Je pense donc que c'est pour ça que je me suis sentie démunie face à la patiente. Ce qui m'a également perturbé, c'était de vivre une situation similaire à mon premier stage, je me suis sentie encore plus impuissante face à cette souffrance. Je voulais rassurer la patiente, lui montrer que j'étais à l'écoute, et présente pour l'épauler, mais je ne savais pas comment faire et cela m'a effrayé. Ensuite, je pense avoir réussi à prendre du recul et à réfléchir sur la situation que j'avais déjà vécue afin de trouver les ressources pour débloquer la situation.

Avec plus de recul, je suis satisfaite d'avoir réussi à débloquer la situation. J'ai constaté l'importance de la remise en question au cours de la pratique professionnelle. Ma première analyse de la pratique m'a permis de transférer des éléments et de les adapter à cette situation afin de réagir de manière plus appropriée et plus efficace.

D'autres situations similaires se sont produites au cours de ce stage, j'ai constaté que j'étais plus à l'aise avec cette souffrance, qu'elle m'effrayait de moins en moins. J'essaie de prendre du recul sur chaque situation afin d'améliorer ma pratique professionnelle.

### **2.13. 037. Le désespoir d'une personne lors de sa toilette trouble l'infirmière sur le but de la vie**

Accompagnée d'une aide-soignante, j'effectuais une toilette au lit d'une résidente. Cette femme est atteinte d'une maladie qui touche les articulations et la mobilisation par autrui la fait souffrir, c'est pourquoi au cours de la toilette, lors d'un transfert sur le côté, elle a souffert et a exprimé son envie de mourir. Voici ses propos « Pourquoi suis-je ici ? A quoi bon vivre ainsi ? » Peu de temps après, je lui ai parlé de ses enfants et petits-enfants, je lui ai dit qu'ils devaient certainement tenir beaucoup à elle et que c'était une des raisons pour lesquelles elle était parmi nous. Elle a tout de suite parlé

d'eux et nous a même raconté quelques petites anecdotes concernant ses petits-enfants. Néanmoins, à la fin du soin, elle a reformulé cette question, et s'est surtout lamenté sur son état de santé et de dépendance.

Au départ, j'étais mal à l'aise face à cette question, et surtout je ne concevais pas qu'on puisse parler ainsi. J'ai ressenti une certaine colère face à ses propos. Je ne savais pas vraiment quoi répondre alors j'ai cherché les raisons pour lesquelles elle était en vie et surtout pourquoi ou pour qui elle devait s'y rattacher. Je lui ai donc parlé de ses enfants et petits-enfants, car pour moi, la famille, c'est très important. Quand une mère parle de son enfant, le plus souvent, c'est sa plus grande fierté. Je sais à quel point le lien mère-enfant est fort. Sur le coup, j'aurai pu ne pas prêter attention à ce qu'elle venait de formuler, mais j'ai été tellement interpellé que je ne pouvais qu'essayer de lui répondre et surtout tenir compte de sa détresse, car avant tout, elle avait besoin d'être rassurée et entendue. Une infirmière se doit d'être disponible et à l'écoute, ce sont des qualités et valeurs très importantes dans la profession. Avant de partir en stage, nous avons beaucoup parlé de la partie relationnelle du métier. Au cours d'un TD sur les valeurs professionnelles, l'écoute et la disponibilité ont été citées et approfondies.

J'ai été ravie, lorsqu'elle a retrouvé le sourire en nous parlant de ses petits-enfants, mais cette joie n'était que de courte durée. Lorsqu'elle a reformulé sa question, je me suis sentie désemparée, je ne savais pas du tout quoi dire, ni quoi faire pour l'aider. J'ai ressentie une certaine impuissance face à cette situation. Concernant la colère que j'ai ressentie, je m'en suis voulue de ressentir cela, j'ai culpabilisé d'avoir jugé cette femme en entendant ses propos. Je crois que je ne concevais pas qu'on puisse parler ainsi, parce que je n'ai pas considéré la souffrance, la maladie, et l'état de dépendance de la personne. Et lorsque l'on considère ces différents paramètres, la vision de la vie n'est plus la même, et c'est en me positionnant du côté de la résidente pour la comprendre au mieux que j'ai apprécié le sens de la question, et l'enjeu du problème posé. En effet, comment je me sentirai si j'étais totalement dépendante pour me déplacer, faire ma toilette ? Comment je réagirai face à ces douleurs chroniques causées par la maladie ? Cela m'a permis de revoir ma notion de respect, car peu importe mon ressenti, je dois respecter son point de vue et son positionnement face à cette situation. Je crois que cela m'a affecté car personnellement, il m'est inconcevable

de penser vouloir mourir, mes proches sont beaucoup trop important pour moi. Hors, lors de situations comme celle-ci, je ne dois pas penser à moi, ce que je veux pour moi, ou ce que je pense à ce sujet, ni prendre parti, ou porter de jugement, mais je dois être là pour tenter de comprendre la souffrance de la personne et la considérer. J'ai également réfléchi à la notion d'empathie, vu en cours, mais resté jusque-là théorique. Voilà pourquoi l'empathie, est une des valeurs de la profession. En effet, il faut être capable de ressentir la souffrance du patient pour pouvoir analyser et appréhender au mieux ses réactions et agissements. A partir de ce moment-là, je comprends que je ne peux lui apporter d'éléments de réponse. Je dois être là pour l'écouter, lui montrer que je comprends sa réaction face à sa souffrance, que j'entends sa détresse mais que malheureusement je ne peux rien pour elle, si ce n'est d'être présente. Dans ces situations, les personnes ont besoin de soutien, d'oreille attentive, et de se sentir existé et compris par le personnel soignant. C'est pourquoi la notion d'empathie est très importante dans ces situations.

Mon objectif, à ce moment-là, était de lui redonner foi en la vie pour qu'elle ne prononce pas à nouveau cette phrase. Hors, j'ai compris qu'il m'était impossible de changer le courant des choses, je ne peux pas agir sur son ressenti. La seule chose que je puisse faire, c'est l'écouter, lui apporter le soutien physique et moral dont elle a besoin, lui montrer qu'elle n'est pas seule dans ces moments difficiles.

Grâce à cette expérience, le mot empathie a pris tout son sens et j'ai compris que je ne pouvais pas changer le ressenti et la façon d'appréhender la vie des patients, je dois simplement être présente parce que c'est de soutien dont ils ont besoin.

Pour les situations futures, j'essaierai davantage de comprendre les raisons d'un tel désarroi, d'écouter et de rassurer au mieux la personne, lui montrer que je prends en considération sa souffrance et que je comprends son appel.

Lors d'expériences ultérieures, j'ai mis en pratique ce que j'ai tiré de cette expérience, en essayant davantage de comprendre le désarroi de la personne, et être présente, l'écouter. Cependant, je dois avouer que je suis toujours très mal à l'aise face à ces questions, et que je ne sais pas vraiment comment gérer les questions des personnes.

## **2.14. 044. Une personne âgée avec une incapacité physique est laissée seule sur les toilettes. Dignité, risque...**

Pendant la deuxième semaine de stage, une autre situation m'a interpellée, cette deuxième analyse de la pratique met en avant cette observation.

La résidente dont il est question, Madame C., est une personne récemment arrivée à l'EHPAD, le maintien à domicile n'étant plus possible à cause d'un risque de chute élevé. A son arrivée Mme C se déplace avec un déambulateur. Après seulement deux jours de présence à l'EHPAD, Mme C chute, avec luxation de l'épaule et immobilisation, entraînant l'utilisation d'un fauteuil pour ses déplacements. Mme C est continente mais ne peut pas faire ses transferts seule, elle demande régulièrement de l'aide pour aller aux toilettes.

Ce matin-là, en passant devant sa chambre, j'entends Mme C qui appelle, demandant si quelqu'un pouvait venir. J'entre dans sa chambre et la trouve dans la salle de bain, debout, marchant sur son pantalon. Elle m'explique avoir eu besoin d'aller aux toilettes, un soignant est venu l'aider à s'installer et est reparti

Pendant qu'elle me parlait, je l'ai aidée à s'habiller et à rejoindre son fauteuil et à ce moment une autre stagiaire est arrivée, le soignant lui ayant demandé de bien vouloir aider Mme C, étant occupé avec une autre personne.

Mes questionnements : lorsque je suis arrivée dans la salle de bain j'ai pensé que cette dame aurait pu chuter. Ensuite, laisser une personne seule, à moitié habillée, dans une situation d'impuissance (ne pouvait pas s'habiller seule à cause de l'immobilisation de son bras) pouvait représenter une situation très inconfortable et une atteinte à sa dignité.

En réalité, cette dame était restée très peu de temps seule, le soignant étant accompagné d'une stagiaire, il avait pensé pouvoir répondre à sa demande alors qu'il était occupé avec une autre personne. Le temps de la rejoindre et d'envoyer la stagiaire, Mme C s'était levée, pensant pouvoir se débrouiller seule.

Néanmoins, Mme C en restant seule dans une position inconfortable et à cause de sa mobilité réduite, n'était plus en sécurité, le risque de chute étant très important. Cette situation aurait pu avoir de lourdes conséquences.

Avec cette situation j'ai pu prendre conscience qu'il était nécessaire d'établir des priorités dans nos actes (et ne pas créer des situations potentiellement dangereuses). Une bonne organisation, de la communication au sein de l'équipe soignante et une connaissance des personnes sont importantes pour le bien-être et la sécurité des résidents.

### **2.15. 045. Lorsque que la toilette se passe bien...**

Dans un service de cardiologie, des patients atteints de diverses pathologies cardiaques sont hospitalisés pour une durée assez courte, certains ne sont pas totalement indépendants pour les soins d'hygiène et de confort (du fait de leur âge ou encore de leur grande fatigabilité).

J'ai choisi d'analyser une toilette au lit qui s'est bien déroulée en prenant comme support le document sur l'évaluation des concepts en situation.

Mme B est âgée de 78 ans, elle a été hospitalisée pour une décompensation cardiaque. Elle est obèse et présente des œdèmes des membres inférieurs, elle ne se lève pas depuis plusieurs semaines. La veille j'avais accompagné l'aide-soignante, cette dame me connaissait donc déjà. C'est donc après avoir préparé le matériel pour la toilette et demandé à Mme B son accord que je commençai la toilette.

Lors de mon premier stage (en EHPAD), j'avais pratiqué plusieurs aides à la toilette, (au lavabo, ou une aide à la douche), mais pas de toilette au lit. C'est avec beaucoup d'interrogations que j'abordai cette toilette.

Pour ne pas montrer à Mme B que j'étais un peu mal à l'aise, j'ai commencé à discuter avec elle, au début de choses et d'autres puis de sujets plus personnels afin de recueillir des informations me permettant de mieux connaître la personne : sur ce qu'elle pouvait faire seule (son indépendance), ses habitudes, et aussi si elle était

d'accord pour que je l'aide à faire sa toilette. Elle avait quelques affaires personnelles que j'allais pouvoir utiliser.

Elle pouvait se laver le visage seule, je l'ai laissée faire puis j'ai commencé la toilette. Mme B me parlait avec plaisir (elle était souriante et détendue et ne présentait aucune manifestation de stress). J'ai à ce moment-là trouvé l'échange agréable et Mme B ne laissait paraître aucune gêne. Lors de ce soin, un environnement propice à l'échange (en ayant demandé et obtenu le consentement de la personne) et une écoute empathique ont contribué à la satisfaction et au bien-être de la personne.

D'autres concepts interviennent dans cette relation de soins : l'intimité, la pudeur sont très importantes lors d'une aide à la toilette, en tentant d'imaginer que je pourrais être à la place de la personne, je me suis rendu compte de la vulnérabilité du patient dans cette situation (devoir se dévoiler devant une inconnue), c'est pourquoi j'ai été très attentive à ne pas exposer la nudité de la personne en recouvrant les parties du corps au cours de la toilette ainsi qu'en lui demandant régulièrement comment elle se sentait. J'ai pris soin d'utiliser des gants pour la toilette intime d'une part pour me protéger et surtout pour garder une distance, ne pas « agresser » la personne.

La dignité est un autre concept présent lors de ce soin : Mme B est âgée, obèse, elle a des œdèmes au niveau des membres inférieurs, même si ce corps pouvait « choquer », je n'ai rien laissé paraître en gardant en tête que la personne ne peut pas être réduite à une pathologie, que c'est avant tout un être humain.

Pendant ce soin, tout en respectant l'hygiène et la sécurité du patient, d'autres concepts étaient présents. La conversation avec la patiente m'a permis de mettre en place une communication efficace grâce à des échanges par la parole ainsi que par des gestes (dans cette situation le toucher comme geste technique et relationnel est présent : après la toilette, la patiente étant alitée j'ai pratiqué des effleurages pour la prévention des escarres). C'est aussi montrer que le corps malade n'est pas rejeté, le regard de l'autre est essentiel.



J'ai pris soin de préserver l'intimité et la pudeur de la personne en adaptant la toilette (tenir compte de la nudité), en prenant en compte sa dignité, et en favorisant un environnement propice à l'échange et une relation de confiance s'est instaurée.

Ce soin de confort a été très formateur pour moi. En prenant le temps d'écouter la personne, d'avoir son consentement, de prendre en compte ses envies, ses besoins, et de ne pas être dans le jugement, un soin qui peut paraître long et fastidieux s'est avéré très agréable et a donné satisfaction au soigné comme au soignant. Lorsque la toilette et les soins de confort ont été terminés Mme B était souriante, elle m'a remerciée et m'a dit que tout s'était très bien passé. J'avais le même ressenti. L'analyse de cette situation a mis en évidence la présence des concepts essentiels qui permettent une prise en charge efficace des besoins de la personne soignée. J'ai appris lors de cette situation que le soin quel qu'il soit doit être adapté à chaque personne en tenant compte de sa singularité.

### **2.16. 048. L'attention est le plus important lors de la toilette d'une personne âgée**

Mon second stage s'est déroulé au sein d'une maison de retraite où environ 80 résidents séjournent actuellement dans l'établissement où j'ai été affecté. L'équipe est composée d'agents de service hospitaliers, d'aides-soignantes de jour et de nuit ainsi que d'infirmiers mais aussi de stagiaires de différentes formations.

En dix semaines de stage j'ai pu réellement créer des liens avec les résidents et me familiariser avec leurs habitudes, leurs pathologies respectives ainsi que leur histoire de vie.

Ma situation s'est déroulée au moment de la douche, en milieu de matinée après le petit-déjeuner. J'ai frappé à la porte de la chambre de ma résidente pour la prévenir que je l'aiderais à prendre sa douche ce matin. Elle m'a accueilli chaleureusement et m'a demandé de l'aider à choisir ses vêtements. Mme F. est âgée de 95 ans, elle se déplace soit à l'aide de son déambulateur pour les courtes distances soit en fauteuil roulant autrement. C'est une dame sociable et qui a beaucoup d'amis dans

l'établissement; elle gère seule son quotidien, à l'exception de la prise de ses thérapeutiques et de ses soins d'hygiène et de bien-être.

Après avoir sélectionné les vêtements qu'elle souhaitait porter, j'ai accompagné Madame F. (qui était en déambulateur) jusqu'à la salle de bain. Je l'ai aidé à se déshabiller et à s'asseoir sur la chaise de douche. Je l'ai questionné sur ses habitudes d'hygiène, par exemple quel produit de douche elle prenait habituellement, à quelle température elle aimait l'eau et si elle voulait un shampoing ou non. Après avoir recueilli ses différentes informations, j'ai commencé par régler la température de l'eau pour qu'elle soit comme elle le souhaitait : je lui demandais de vérifier en faisant couler de l'eau sur sa main pour ne pas que le contraste soit trop brutal si l'eau était trop chaude ou trop froide pour elle. Je lui ai ensuite fait sa douche en veillant à ce que la porte de la salle de bain soit bien fermée, d'une part pour respecter son intimité et d'autre part pour conserver la chaleur à l'intérieur. Tout au long de la douche je lui ai demandé si ça se déroulait bien et je l'ai fait participer dans la mesure de ses capacités. Lors du savonnage, je me suis permis de lui prodiguer un léger massage dorsal car au moment où j'ai passé le gant pour la première fois elle m'a dit que l'endroit était douloureux.

J'ai fini par laver ses parties intimes et pour cela j'ai mis sous ses pieds une serviette afin qu'elle ne glisse pas au moment de se lever, car la salle de bain n'est pas équipée de tapis de douche. Après la douche, je l'ai recouverte d'une serviette pour ne pas qu'elle est froid pendant que je lui séchais les pieds et les jambes. Je lui ai ensuite appliqué sa crème hydratante sur le visage, une lotion hydratante sur le corps car j'ai remarqué qu'elle avait la peau un peu sèche et j'ai fini par l'aider à s'habiller.

Dès que j'ai eu fini, la résidente m'a fait part de sa satisfaction sur ma façon de lui faire la douche et de m'occuper d'elle, elle m'a dit qu'elle avait réussi à apprécier ce moment qu'elle redoute habituellement et m'a demandé si la prochaine fois ça serait de nouveau moi qui l'aiderais pour sa douche; je lui ai répondu que je ne serais là que les après-midi et qu'une collègue s'occuperait d'elle. Elle m'a fait part de sa déception car elle aurait aimé que je sois présente.

Mon ressenti pendant cette situation. Je suis partie du principe qu'il fallait que je mette en place un climat de confiance et de sécurité. Je savais qu'elle n'aimait pas forcément le jour de la douche alors je ne voulais pas qu'elle ressente plus de stress face à ça.

J'ai été surprise dans un premier temps car durant mon stage ça n'était pas très courant que les résidents expriment de la satisfaction lors d'un soin qu'ils ont apprécié. J'étais partie avec l'objectif de faire les choses le mieux possible même si je savais que je n'avais pas un temps indéfini avec Madame F.; pour moi peu importe que l'on soit pressé ou non il est important d'accorder et de centrer toute son attention sur les besoins du résident.

Je me suis attachée à prendre en compte le ressenti de Madame F. tout au long des étapes de la douche pour qu'elle s'implique aussi dans ce processus. Quand elle m'a dit qu'elle avait apprécié ce moment avec moi, j'étais fière de lui avoir apporté ce petit temps de bien-être et d'avoir constaté que ma méthode de prise en charge avait été efficace avec elle. J'ai su prendre le temps nécessaire pour effectuer les soins de confort et de bien-être tout en étant efficace afin de ne pas « ralentir » le rythme du service.

Ce qui m'a interpellé : J'ai été assez interloquée d'apprendre qu'en temps normal le moment de la douche n'est pas un instant agréable pour elle, et qu'il est souvent trop rapidement exécuté.

J'entends bien qu'avec la charge de travail dans ce genre d'établissement il peut être difficile de palier au mieux aux besoins particuliers de chaque résident mais selon moi la toilette est un moment important où se mêlent intimité, confort, bien-être et communication. C'est un acte qui est primordial pour le résident afin qu'il puisse commencer au mieux sa journée et qui est propice aux échanges/interactions qu'il n'oserait pas faire lorsqu'il n'est pas seul avec le soignant.

Plan d'amélioration. Après avoir eu connaissance des remarques de Madame F. je vais bien sûr continuer sur cette ligne de conduite lorsqu'il s'agit du maintien du bien-être de la personne, mais je ferais dorénavant plus attention de bien cibler les attentes de la personne, ce qu'elle souhaiterait, en insistant bien sur les échanges en privé afin

de l'amener à faire part de son ressenti pour que sa prise en charge soit la meilleure possible.

Il est vrai qu'avant cette situation je ne pouvais pas plus profondément que ça les entretiens pour savoir si le résident était vraiment satisfait ou non dans la réalisation de ses soins quotidiens par les soignants du service, du moment où il n'exprimait pas d'avis négatifs; mais j'ai réalisé que ça n'était pas parce que le mal-être ou les petits soucis n'étaient pas exprimés qu'ils ne sont pas ressenti pour autant par la personne.

### **2.17. 054. Lors de la toilette, un soignant fait remarquer au patient la mauvaise odeur. Gêne ? Perte de la face ?**

Au cours de mon stage en chirurgie orthopédique, traumatologique et chirurgie maxillo-faciale et réparatrice, j'ai pu rencontrer deux catégories de patients ceux dont les hospitalisations étaient programmées et ceux qui arrivaient après un passage aux urgences. Une des opérations réalisées par le service est la mise à plat d'escarre.

Nous accueillons alors un patient d'une quarantaine d'années présentant une escarre fessier. Ce dernier, suite à un accident il y a plusieurs années, se déplace en fauteuil roulant et présentait depuis plusieurs mois cet escarre et était pris en charge par des infirmières à domicile. Une mauvaise prise en charge de cette escarre a donc entraîné une hospitalisation dans le service. Les escarres que présentait le patient dégagent une odeur assez fort.

Mon analyse de pratique porte sur la réaction de certaines personnes face à cette odeur et la gêne engendrée pour le patient et sa famille. En effet dès son arrivée, l'odeur a pu déranger certaines personnes. Ces dernières avaient tendances à aérer la chambre du patient dès que ce dernier n'y était pas ou fermaient la porte de sa chambre dès que celle-ci était ouverte.

Cette façon d'agir ne m'a dans un premier temps pas plus heurté car il vrai que certaines odeurs sont parfois désagréables pour le personnel ainsi que pour les autres patients. En revanche il me semble important de ne pas mettre mal à l'aise le patient. En effet ce dernier est hospitalisé suite à une mauvaise prise en charge, sa confiance

envers le personnel soignant étant déjà entachée, il fallait selon moi créer un climat de confiance avec le patient.

Alors que je devais effectuer les soins d'hygiène et la réfection du pansement du patient en binôme avec une aide-soignante, cette dernière en entrant dans la chambre m'a dit : « je vais chercher des masques car là je vais pas pouvoir ». Ces paroles m'ont beaucoup étonnée de la part de cette aide-soignante, cette dernière travaillait depuis de nombreuses années dans le service et était selon moi habituée à ce type d'opération. Elle était également une aide-soignante consciencieuse. De plus j'ai senti le patient mal à l'aise. Ce dernier resta très distant durant la toilette, et pendant que l'aide-soignante était présente dans la chambre.

Au départ de l'aide-soignante, j'ai donc décidé de rompre le malaise et de m'excuser ainsi que ma collègue pour ses paroles manquant de tact. Ce dernier se montra très compréhensif même si il se sentait impuissant face à ses escarres et à l'odeur qu'il pouvait engendrer. Par la suite, je souhaiter aborder avec l'aide-soignante la situation. Cette dernière s'est montrée compréhensive et très gênée par ses propos. Elle reconnut également sa faute en tant que professionnel de santé. Et décida d'aller s'excuser à son tour auprès du patient.

Les paroles, les gestes, quels qu'ils soient peuvent être à tout moment être perçus par ceux qui nous entourent, que ce soit des collègues, des patients ou la famille des patients. De plus des paroles peuvent être à tout instant mal interprété et peuvent ainsi créer des malentendus, des conflits et vexer un patient ou un collègue et rompre ainsi la relation qui peut se créer entre individus au sein d'un service de soins.

### **2.18. 057. Une personne Alzheimer refuse la toilette. Manque de savoir-faire du soignant ?**

J'ai effectué mon deuxième stage dans un foyer. J'ai tout d'abord suivi les aides-soignantes pendant les deux premières semaines puis les infirmières. Durant les deux semaines où je suivais l'aide-soignante j'ai effectué plusieurs toilettes, tout d'abord avec mon aide-soignante référent puis quelques jours plus tard j'avais à ma charge quatre ou cinq résidents pour les aider lors de leurs toilettes.

Pendant la deuxième semaine j'ai suivi une autre aide-soignante celle-ci étant dans l'unité Alzheimer. Unité dans laquelle je ne m'étais jamais rendu depuis le début de mon stage. L'aide-soignant me confie plusieurs toilettes en m'expliquant les habitudes des résidents et le déroulement de leurs toilettes. L'aide-soignante me confie la toilette de Mme G.

Après que l'aide-soignante m'ait confié la toilette de Mme G et m'ait expliqué que Mme G était atteinte d'une démence de type Alzheimer, j'ai préparé le matériel qu'il me fallait pour réaliser sa toilette ensuite j'ai frappé à la porte de Mme G puis je suis rentré.

En rentrant dans la chambre, Mme G était debout vers son lit déjà toute habillée. Je me suis approché d'elle et lui ai expliqué que je venais l'aider pour sa toilette. Mme G me répondit « Non je n'ai besoin de personne » puis elle a continué sur un d'autre sujet, elle me dit que plusieurs personnes étaient venues dans sa chambre cette nuit. Mme G semblait énervée. Je lui explique que la personne qu'elle a aperçue cette nuit était sûrement l'aide-soignante de nuit puis je me suis mise à sa hauteur et j'ai reformulé mes phrases en lui expliquant que j'étais ici pour aider à faire sa toilette.

Mme G a commencé à être agacée et m'a répétait « j'ai déjà fait ma toilette ce matin je n'ai besoin de personne, sortez de chez moi ». Puis j'ai essayé d'insister mais Mme G semblait de plus en plus énervée par ma présence elle s'est approché de moi et a levé sa canne vers moi en me criant de sortir. Sous cette violence j'ai quitté la chambre de Mme G. plus tard je me suis posé des questions sur la situation je suis allé en parler avec l'équipe de soin, qui m'a expliqué que cela était fréquent chez madame G quel que soit la personne qui se présentait pour sa toilette.

Pourquoi Mme G a réagi comme cela ? Serait-ce parce qu'elle ne m'a encore jamais vu ? Est-ce que ce comportement est lié à sa démence ? Pourquoi l'aide-soignant ne m'avait pas prévenu du comportement de Mme G ? Accompagnement : « Se dit d'une personne qui en aide une autre dans diverses situations de la vie. » ; L'accompagnement nécessite donc, de la part du professionnel une capacité à combiner des savoirs issus de pratiques diverses, lui permettant de s'adapter aux situations nouvelles.

N'ayant pas eu plus d'information sur la démence de Mme G, je n'ai pas pu adapter mon soin en fonction de la résidente. Ce que je retiens de cette situation est qu'il est important d'adapter son soin à chaque personne car chacun est différent et réagit différemment a toute situation.

### **2.19. 079. Une communication corporelle avec un enfant autiste**

Durant ce stage en pédopsychiatrie, j'ai été confrontée à une petite fille présentant des traits autistiques et faisant preuve de violence envers elle-même : Elle se mordait les mains et les bras en pleurant lors de frustrations, de peurs ou de changements d'environnement.

Lors de ma première rencontre avec elle, l'enfant a présenté une de ces crises dès son entrée dans la structure. Intriguée et choquée par son comportement, j'ai suivi son éducateur référent et nous nous sommes isolés dans une pièce avec elle. La petite fille semblait s'apaiser par le contact physique et l'éducateur exerçait des pressions sur son corps, m'expliquant que cela permettait de la recentrer sur ses limites corporelles et d'apaiser ses angoisses de morcellement fréquentes chez les enfants autistes.

Au bout de quelques minutes, l'éducateur a dû s'absenter, me laissant seule avec l'enfant. J'ai alors pris le relais en l'installant sur mes genoux et en exerçant à mon tour des pressions comme il me l'avait montré. Je lui ai chanté une chanson et j'ai effectué des vibrations en bougeant mes jambes tout en lui maintenant les bras pour ne pas qu'elle se blesse.

Au bout d'une dizaine de minutes, la petite fille s'est calmée. Entre temps, l'éducateur était revenu dans la pièce mais il m'a laissé continuer sans intervenir.

Cette situation m'a intriguée et dérangée au début car il est assez difficile et inhabituel de voir une enfant si jeune (4 ans) se faire mal volontairement. De plus, ne parlant pas et ayant peu de communication verbale avec l'adulte, il était très difficile de savoir ce qui n'allait pas et de répondre à ses besoins.

Je pense avoir réussi à bien gérer cette situation puisque l'enfant s'est apaisée et que l'éducateur n'est pas intervenu pour me guider.

Confrontée à ce type de situation pour la première fois j'ai su garder mon calme et je n'ai pas perdu mes moyens. Je n'ai pas hésité à réitérer l'expérience avec cette petite fille et au fur et à mesure de mon stage, je me suis sentie de plus en plus à l'aise avec elle, tentant de nouvelles techniques pour la calmer comme la stimulation visuelle.

L'équipe m'a témoigné toute sa confiance dans la gestion du cas de cette enfant et dans d'autres situations du même type (automutilation, violences envers les autres...) ce qui m'a valu d'acquérir « techniques d'apaisements, prise en charge de la violence » lors de mon bilan de stage.

## **2.20. 080. La position de « spectateur » face à la nudité de jeunes filles musulmanes**

Je suis actuellement en stage de "santé publique" dans un collège situé dans un quartier où un fort pourcentage de la population est issu de l'immigration magrébine. Je suis donc avec une infirmière scolaire et participe à toutes les actions qu'elle met en place au collège comme dans les différentes écoles du primaire et de la maternelle.

Je ne me retrouve devant aucune difficulté dans toutes les actions jusqu'à l'arrivée des dépistages infirmiers des classes de sixième. En effet, les visites médicales des CE2 et des grandes sections de maternelle se contentent du contrôle du poids, de la taille, de l'audition et de la vision. Les visites médicales des sixièmes étant les dernières dans la planification, je décidais donc de laisser l'infirmière me montrer le déroulement de ces visites. Je suis donc présent dans l'infirmerie en tant que « spectateur ». Après les examens habituels de la vision, l'audition etc., je découvre donc que l'infirmière demande aux élèves de se déshabiller afin de les peser, les mesurer et examiner leur dos, et c'est bien de mon malaise face à la nudité des élèves dont va traiter mon analyse.

Je ne pense pas que la nudité en elle-même est le problème dans cette situation. En effet, après une longue réflexion, je me rends compte que beaucoup d'éléments



entrent en jeu tels que la différence d'âge, le sexe du soignant, les croyances et les valeurs.

Je fais le choix d'explicitier tous ces points un par un afin de donner une vision d'ensemble de la situation.

La différence d'âge :

La nudité en EHPAD n'est en rien comparable à celle en collège, l'écart entre l'âge du soignant et du soigné étant tellement important. Je me suis vite rendu compte que les jeunes filles de douze ans étaient très mal à l'aise à l'idée de se déshabiller devant un homme ayant seulement dix ans de plus qu'elles. C'est en fait leur malaise qui me mettait moi-même mal à l'aise.

Le sexe du soignant :

Oui, le soignant est sexué, et il est bien entendu amené à s'occuper de personnes du sexe opposé. Même si pour moi cela ne pose aucun problème, le malaise que cela a procuré à ces jeunes filles m'a réellement impacté.

Les croyances et les valeurs du soigné :

La population des élèves du collège est au moins à 50% de confession musulmane. Pour les jeunes filles musulmanes il est impensable de se déshabiller devant un homme quel que soit son âge. L'infirmière m'a donc à chaque fois demandé de sortir au moment où l'élève devait se déshabiller.

Ces trois points ressortent de ma réflexion personnelle, j'ai néanmoins eu l'occasion de parler de ce problème à la fin de la journée avec l'infirmière. Nous avons pu analyser la situation afin d'identifier quelle était l'origine de ce malaise. Au bout d'une longue conversation, j'ai enfin pu avec l'aide de l'infirmière identifier la cause. C'est en réalité une seule condition qui en est à l'origine : ma posture lors des visites médicales.

En effet, lors du premier jour de visite médicale des sixièmes je n'ai participé que ponctuellement mais la personne qui menait l'entretien était l'infirmière cela faisant de

moi un simple « spectateur ». L'infirmière m'a alors proposé de réaliser l'ensemble des entretiens le lendemain.

Au collège nous ne portons pas de blouse, nous n'avons donc pas l'effet qui y est associé. La personne menant l'entretien ainsi que le ton qu'elle emploie lorsqu'elle demande à l'élève de se déshabiller est très important. L'infirmière m'a donc conseillé d'être plus ferme et de me présenter dans une posture de professionnel soignant. Le contact avec les jeunes filles s'est vu considérablement amélioré. Elles n'avaient plus de questions à se poser et presque plus de gêne, j'étais là pour les examiner sans aucun jugement ou pensée malsaine ou déplacée.

J'ai continué à respecter la pudeur ainsi que les croyances des élèves de confession musulmane tout au long de mon stage en laissant l'infirmière les examiner. Je me pose cependant la question suivante : Comment et jusqu'à quel point le soignant peut-il faire son travail dans le respect des croyances de chacun ?

### **3. Soin et technologie**

#### **3.1. 002. Education à l'auto-sondage pour une personne étrangère**

Lors de mon stage en urologie à la clinique Bénigne Joly, je dois m'occuper de madame B.

Madame B est une femme de 56 ans d'origine anglaise. Elle est atteinte de la maladie de Parkinson et présente un trouble de la continence. L'hospitalisation de Madame B est prévue pour 2 jours et viens pour un apprentissage à l'auto sondage.

La première difficulté qui se pose à moi est la barrière de la langue. Madame B est anglaise et son vocabulaire en français reste limité. J'ai dû m'adapter et simplifier le vocabulaire. A chaque information donnée à madame B, je vérifie sa compréhension en la faisant reformuler. L'auto sondage nécessite une bonne connaissance de son anatomie. Je dois donc aider madame B.

Madame B se montre alors assez gênée et mal à l'aise et pour ne pas atteindre trop à sa pudeur, je lui mets un miroir à sa disposition. L'apprentissage de l'auto sondage passe également par la présentation du matériel et par l'explication du processus en lui-même. Lors de cette étape il m'a fallu rassurer la patiente car celle exprimait la peur de mal faire. J'ai encouragé la patiente et lui redonner confiance car elle se sentait impuissante face à la situation.

L'éducation s'accompagne également d'une prévention des risques d'infection, j'ai donc expliqué à madame B les règles d'hygiène à respecter. Pour cela j'ai adopté un langage simplifié afin que les informations données soient bien comprises. Lors de cette intervention d'éducation je me suis sentie autonome. J'ai su m'adapter à cette situation avec notamment la barrière de la langue. Il m'a fallu également beaucoup rassurer madame B et la valoriser lors de cet apprentissage à l'auto sondage.

Je suis satisfaite du rôle éducatif et préventif que j'ai pu avoir auprès de madame B car à la fin de son séjour en clinique elle maîtrisait l'auto sondage même si il lui faudrait un peu plus de pratique pour obtenir de la dextérité et gagner en vitesse d'exécution. Madame B était également plus à l'aise avec son intimité et ne montrait plus de signe d'impuissance face à la situation.

Lors de cette expérience il m'a fallu mobiliser plusieurs ressources. Il m'a fallu m'adapter rapidement à la situation étant donné la courte durée d'hospitalisation et s'adapter à la langue de la patiente. Plusieurs compétences ont été également mises en avant :

C3 : accompagner une personne dans la réalisation de ses soins quotidiens

C5 : initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs

C6 : communiquer et conduire une relation dans contexte de soins

### **3.2. 008. Réaction d'un patient lors d'un pansement douloureux. Surprise de l'étudiant**

Je suis en stage dans un service fermé en psychiatrie et la situation que j'ai choisi d'analyser porte sur le comportement qu'une patiente a eu à mon égard alors que je faisais son pansement. Cela s'est passé durant ma deuxième semaine de stage. Dans cette situation je suis actrice et je suis accompagnée d'un infirmier.

Nous sommes en salle de soins et comme tous les jours le pansement de Mademoiselle B. est à refaire, elle est brûlée au troisième degré au niveau du bras gauche. Sa plaie va tout de même mieux, les tissus se reforment et ce n'est pas la première fois que je fais le pansement. J'ai déjà eu à le faire environ trois ou quatre fois avant ce jour et jusque-là le soin s'était toujours bien passé, aussi bien pour la patiente que pour moi-même. Donc cette après-midi-là, Mademoiselle B. entre dans la salle de soins, auparavant je lui avais demandé si ça ne la dérangeais pas que ce soit moi qui lui fasse son pansement et elle m'avait répondu que non, au contraire, car avec moi elle n'avait « jamais mal ». Je commence donc mon soin, l'infirmier est avec moi afin de pouvoir m'évaluer, je nettoie donc la plaie à l'aide de compresses stériles imbibées d'eau stérile, c'est la partie du soin la plus douloureuse pour la patiente mais elle a cependant toujours compris que je ne faisais pas cela pour lui faire mal, mais pour que l'état de sa plaie s'améliore. J'allais terminer le nettoyage de la plaie, je terminais toujours par la partie de la plaie qui était la plus sensible, en prenant bien garde à ne pas faire mal à la patiente, c'est alors qu'elle s'est mise à hurler, elle a fait un geste très brusque avec son bras et m'a lancé un regard noir. Elle m'a regardé de cette façon pendant une bonne minute avant de baisser les yeux. Je lui demande ce qu'il se passe et elle me répond « Non mais vous m'avez fait mal là !!!! ». Elle ne m'avait jamais regardé, ni parlé de cette façon, même lorsqu'elle avait mal, elle me le disait calmement et je faisais plus attention ou alors je m'arrêtais un instant, le temps que sa douleur soit moins intense. Elle me fixait avec un regard noir, je ne savais plus quoi faire pour que cette situation cesse, j'avais beau lui dire que je n'avais pas fait exprès et que j'étais désolée de lui avoir fait mal, elle continuait à me regarder de la même façon. L'infirmier qui était avec moi est finalement intervenu, il lui a dit qu'il ne fallait pas me regarder comme cela, que je n'étais pas là pour lui faire mal et que même

si elle avait mal à ce moment-là, je ne lui avais pas fait mal volontairement et qu'il ne fallait donc pas qu'elle réagisse comme ça vis-à-vis de moi. L'ambiance s'est donc apaisée et j'ai pu terminer le pansement de la patiente dans le calme, après qu'elle m'ait présenté ses excuses.

J'ai été très surprise durant cette situation, je ne m'attendais pas du tout à une telle réaction de la part de la patiente. Au départ lorsqu'elle m'a lancé ce regard, cela ne m'a pas dérangé mais juste surprise. Puis son regard devenant insistant, j'ai commencé à devenir mal à l'aise, d'une part j'étais gênée par rapport à la réaction de la patiente et d'autre part, je me demandais ce qu'allait penser l'infirmier de ma réaction. Je me souviens avoir eu une bouffée de chaleur et je pense être devenue toute rouge en voyant qu'elle ne réagissait pas alors que je lui demandais de cesser de me dévisager. J'étais vraiment très gênée, j'avais l'impression d'être impuissante face à elle, c'était la première fois que je me trouvais devant une telle situation, et je ne me sentais pas à la hauteur. Quand l'infirmier est intervenu, je me suis senti soulagée car cette situation embarrassante allait enfin se terminer mais d'un autre côté je me sentais ridicule du fait de ne pas avoir réussi à calmer la patiente. Je me suis sentie à ce moment-là, plus « faible » que la patiente, et ce sentiment de faiblesse m'a beaucoup dérangé.

Cette situation m'a permis de me questionner sur différents points. D'abord, je me suis interrogée sur la position de stagiaire face aux patients. Je me suis aussi questionnée sur l'importance de connaître la personnalité des patients. Je me suis également demandé si ma réaction aurait été la même si aucun infirmier n'avait été présent à ce moment. J'ai également réfléchi sur la notion de douleur dans le soin.

Tout d'abord, je pense que la position de stagiaire par rapport aux patients est une position plus ou moins difficile à gérer car les patients peuvent être réticents à l'idée de recevoir des soins de la part d'étudiants. L'apprentissage représente pour certaines personnes l'erreur, ce qui peut entraîner une appréhension à se faire soigner par un stagiaire. Je trouve que le fait de ne pas être toujours pris au sérieux de par notre statut, ou encore de par notre âge, peut engendrer de réelles difficultés dans la relation que l'on entretient avec le patient. Dans la situation que j'ai vécue, je pense que les

difficultés que j'ai rencontrées sont justement liées au fait que je sois étudiante, pour preuve, la patiente n'a pas tenu rigueur de ce que je lui ai dit, par contre lorsque l'infirmier lui a demandé de ne pas me regarder de travers, elle a tout de suite arrêté. Je pense également qu'il est très important de connaître la personnalité du patient afin de savoir comment réagir en cas de problème. Les infirmiers du service m'avaient dit que Mademoiselle B. pouvait être violente. N'ayant jamais eu de problème avec elle, je ne me méfiais pas trop lors des soins que je lui procurais. Elle avait toujours été respectueuse envers moi jusqu'à ce jour, où je suis alors devenue « dominée » dans la relation que j'avais avec elle, malgré les demandes insistantes de ma part pour qu'elle ne me regarde pas d'une façon méprisante, je n'arrivais pas à renverser la balance et je pense que c'est la présence de l'infirmier qui a fait qu'elle s'est calmée. Justement je me demande si j'aurais eu la même réaction si j'avais été seule avec elle. Je pense que j'aurais été moins rassurée, mais j'aurais peut-être été plus ferme dans mes paroles, sans pour autant manquer de respect à la patiente. Le fait qu'un infirmier était présent a, je pense, influencé mon comportement et par conséquent le fait que je n'ai pas réussi à calmer Mademoiselle B. D'un côté la présence du soignant m'a aidé car il a permis d'apaiser la patiente et de poursuivre le soin sans problème, mais cela m'a aussi pénalisée car par peur de « mal faire » devant lui, je n'ai pas réagi de manière efficace. Je pense aussi que la réaction de la patiente pu être amplifiée de par la douleur, je ne pouvais pas ressentir ce qu'elle vivait lors des pansements, mais je reste persuadée que cela n'était pas une partie de plaisir pour elle et que cela a peut-être pu jouer sur son comportement. Je pense donc que la douleur est une chose difficile à appréhender pour un soignant, car on ne peut pas la ressentir, on ne peut jamais être sûr du degré de douleur que ressent un patient et on ne sait pas toujours ce que la douleur peut entraîner chez lui. Même si le soin est correctement réalisé et que l'on met en place toutes les précautions possibles pour ne pas faire mal au patient, il est compliqué d'évaluer ce qu'il ressent et ce que cela peut entraîner chez lui.

Cette situation m'a donc permis de comprendre que la place de l'étudiant dans le soin et au sein d'une équipe soignant est délicate. Il est cependant indispensable de réussir à trouver son rôle en tant que stagiaire. Je n'ai pas été à la hauteur dans cette situation, mais c'est justement en faisant des erreurs que l'on apprend. Je ne connaissais pas

assez la patiente, je n'avais sans doute pas assez d'assurance, et j'avais peur de ce qu'allait penser l'infirmier. Je n'ai pas revécu ce genre de situation avec Mademoiselle B., je ne peux donc pas dire de manière formelle que je réagirais de telle ou telle façon une prochaine fois, mais j'essaierai en tout cas de passer outre le regard du soignant et de m'imposer un peu plus vis à vis de la patiente. Je pense aussi que la réaction qu'a eue cette dernière envers moi est étroitement liée à la distance thérapeutique, que je croyais pourtant avoir réussi à instaurer entre elle et moi. Mais je pense que le fait d'être étudiante rend la mise en place de cette distance parfois plus difficile car nous ne sommes pas des soignants et alors certains patients ne nous prennent pas au sérieux.

### **3.3. 015. Contention d'une personne pour un change (dire la vérité)**

Stage en EHPAD.

Un jeudi, au moment du change dit de 13h (c'est-à-dire après le repas), je devais aider une aide-soignante à changer la protection de Madame C. souffrant de la maladie d'Alzheimer, qui est souvent agitée et qui parfois nous repousse, il faut donc être deux pour ne pas lui faire mal et pour faciliter le change.

J'ai donc emmené la dame dans sa chambre en lui ayant expliqué au préalable ce que nous allions faire (cette dame est dans un fauteuil coquille car elle ne marche plus) pendant que de son côté l'aide-soignante préparait le matériel nécessaire au soin (serviette de toilette, gant, savon...). Arrivé dans la chambre, j'ai de nouveau expliqué à la dame que nous allions l'allonger sur son lit, la changer et qu'elle allait nous aider à effectuer le transfert fauteuil-lit en poussant sur ces jambes (comme elle le faisait habituellement). Mais au moment du transfert pour l'allonger sur son lit, elle a commencé à nous repousser, à refuser le soin malgré nos explications, elle disait des propos incohérent ce qui peut être une conséquence de la maladie, elle revivait des faits du passé, elle nous disait que l'on n'était pas sage, que l'on devrait être à l'école...

Lorsque nous avons réussi à la mettre sur le lit, elle se débattait et essayait de nous taper pour ne pas qu'on lui baisse son pantalon, mais il fallait qu'on la change car elle

se trouvait dans les selles. L'aide-soignante m'a donc demandé de lui tenir les mains pour qu'elle puisse accéder à la protection et que la dame ne mette pas les mains dans les selles. J'étais gêné et embêté de faire cela mais il m'était difficile de refuser car l'aide-soignante était seule et elle ne pouvait réaliser le change seul en vue de l'agitation de Mme C. J'ai donc pris doucement les mains de la dame tout en lui parlant pour essayer de la calmer, de la rassurer pendant que l'aide-soignante effectuait la petite-toilette et lui remettait une protection propre tout en lui décrivant au fur et à mesure les gestes qu'elle allait réaliser pour ne pas surprendre la dame.

J'avais l'impression de devoir tenir assez fort les mains de la dame car elle se débattait et à de la force, j'avais donc peur de lui faire mal ou de la blesser.

Nous avons finalement réussi à terminer le change, et une fois celui-ci fini, la dame s'est calmé. Elle s'est ensuite laissé faire pour qu'on l'a réinstalle dans son fauteuil, à ce moment-là j'ai regardé ses mains et ses poignets afin de vérifier qu'elle n'avait pas de marque ou de rougeur du fait que je l'ai tenu, pour m'assurer que je ne lui avais pas fait mal, et comme elle n'avait rien, je me suis sentit soulagé car je n'avais pas dû trop serrer. Je l'ai ensuite ramené dans le salon.

Ensuite, j'ai fait part à l'aide-soignante de mon embarras envers la situation, elle m'a compris et m'a expliqué que parfois nous ne pouvons faire autrement lorsqu'ils sont très agité car il faut bien les changer à un moment donné mais elle m'a dit qu'il ne fallait malgré tout pas utiliser la force (qu'il y avait des limites lorsqu'on les tient) et faire attention à ne pas faire mal à la personne, il faut travailler en gardant une sécurité pour la personne et soi-même.

Ça a été perturbant et embarrassant pour moi d'avoir dû la contenir, car je trouve que c'est une forme de violence, de maltraitance même si je ne lui faisais pas mal, c'était contre sa volonté. Mais doit-on prendre en compte cette volonté alors que cette dame ne se rend plus compte des choses, n'a plus la perception de ce qui est nécessaire et ce qui ne l'ai pas, de ce qui est bien ou mal pour elle. Peut-être que nous aurions dû réessayer plus tard même si elle était souillé, elle s'y trouvait peut être depuis la matinée et donc ça n'aurait rien changé d'attendre un peu qu'elle soit dans de meilleurs



conditions. Doit-on forcer une personne même souillée à être changée si elle ne le souhaite pas, en prenant en compte la pathologie.

Que peut-on faire d'autre à part lui expliquer encore et encore nos gestes avant et pendant le soin ? Comment expliquer à une personne atteinte d'Alzheimer les gestes que nous allons réaliser et leurs intérêt car pour eux, ces gestes n'ont parfois aucun sens ou aucune utilité. Ou bien ils oublient au fur et à mesure ce qu'on leur explique et donc ils sont aussi perturbés que si nous n'avions rien expliqué. Peut-être que certaine personne les effraient naturellement sans le vouloir, car par la suite j'ai aidé d'autres personne à changer cette dame et elle a été très gentille et coopérante. Ou était-ce tout simplement un mauvais jour pour elle ?

Peut-être que nous aurions dû nous y prendre autrement, mais comment ?

Le problème qui s'est posé est que je culpabilisais de maintenir la dame contre sa volonté mais j'aurais autant culpabilisé si j'avais laissé l'aide-soignante seule pour le change. En effet, après réflexion je n'ai pas mal agit car je n'ai apparemment pas blessé la dame et peut-être que si j'avais laissé l'aide-soignante seule, ça aurait été encore plus dangereux car elle n'aurait pu la changer et la tenir en même temps et donc elle lui aurait probablement fait mal ou mis en danger.

Si une telle situation devait se reproduire, je demanderais à l'aide-soignante qu'on repousse un peu le change pour que la personne ait le temps de se calmer. Et si cela ne fonctionne pas, je ne sais pas pour le moment ce que je pourrais faire d'autres à part continuer de la rassurer et de faire attention de ne pas la blesser. C'est difficile d'établir des projets avec des personnes atteintes d'une telle pathologie car elles ont toutes des réactions différentes et celles-ci sont souvent imprévisibles et changeantes.

C'est dur de s'adapter aux personnes Alzheimer. Surtout dans leurs habitudes. Comme Mr M qui répète en permanence les mêmes choses, toutes les deux minutes. Il parle de sa femme, de son départ et de l'argent qu'il a dans la poche. Le neuropsychiatre nous a demandé de lui dire la vérité. Ce n'est pas toujours simple. On peut mentir pour le bien-être de la personne. Exemple, pour ne pas qu'il devienne violent. Pour ce monsieur, il ne mange pas s'il ne peut pas payer son repas. Alors on

ne lui dit pas la vérité. Et puis il y a le manque de personnel, on est 2 pour 26 résidents. Je sais que c'est intolérable de ne pas pouvoir dire la vérité ! Mais je l'ai fait.

### **3.4. 017. Odeur forte lors d'un pansement d'escarre**

Cette première situation s'est déroulée en maison de retraite spécialisée dans la prise en charge des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer et apparentés, le 15 Mars lors du changement d'un pansement d'escarre d'une des résidentes de la maison. Après une grippe l'ayant beaucoup affaiblie, une des résidentes s'est retrouvée en état de dénutrition et de déshydratation. Étant donné que le repos stricte au lit lui avait été imposé au vu de son état de fatigue, et malgré les changements de position fréquemment effectués pour réduire au maximum les risques d'escarres, cette personne a développé une escarre de stade 4 au niveau du sacrum ainsi que aux talons et aux mollets. J'ai donc suivi l'infirmière pour pouvoir refaire les pansements d'escarres de cette résidente. Lorsque je suis rentré dans la chambre, j'ai tout de suite été assailli par une odeur assez forte: une odeur de chair en décomposition et de selles. Lorsque nous avons mis la résidente sur le côté pour que nous puissions changer son pansement au sacrum, l'odeur qui en est ressortie a été beaucoup plus forte que celle qu'il y avait déjà dans la pièce à notre arrivée.

Étant donné que c'était la première escarre non cicatrisée que je voyais j'ai d'abord été plutôt dégouté de voir les chairs ainsi nécrosées sur une personne vivante. L'odeur qui était aussi présente m'a d'abord donné envie de vomir. Ce n'est que lorsque je me suis forcé à me calmer que cette envie est passée. Ensuite lorsque j'ai réellement vu comment était faite une escarre et que j'ai vu les réactions de la résidente qui était sous morphine, je me suis imaginé à quel point cela pouvait être douloureux physiquement mais aussi psychologiquement de se retrouver dans cet état. Enfin, la vue des chairs nécrosées, formant un trou au niveau du sacrum est aussi une chose assez difficile à voir lors des premières fois. N'étant pas du tout habitué à voir ce genre de chose, j'ai eu du mal à savoir quoi faire. Heureusement, l'infirmière m'a accompagné pendant tout le pansement et m'a expliqué en détail pourquoi la résidente était dans cet état et comment la prendre en charge pour éviter au maximum la douleur. Lorsque je suis rentré chez moi, j'ai fait des recherches supplémentaires pour

en savoir un peu plus sur cette affection de la peau. J'ai pu découvrir que, comme je l'avais supposé, l'ensemble des soins effectués sont très douloureux pour ce genre d'escarre. J'ai pu aussi découvrir comment effectuer ces soins pour faire en sorte que la personne souffre le minimum.

Je pense que la réaction que j'ai eue au début, est une réaction normale au vu de la situation car je n'y avais jamais été confronté. Étant donné que j'ai su m'adapter assez vite grâce à l'infirmière, je crois que j'ai donc pu gérer la suite du soin avec le moins de problèmes possible. L'aide de l'infirmière a été aussi très utile car sur le moment, elle a su m'expliquer avec justesse les gestes à avoir. De plus, les recherches que j'ai effectuées sur internet m'ont aussi permis de développer mes connaissances ainsi que les conduites à tenir. Depuis ce pansement d'escarre, j'ai pu en refaire plusieurs et à chaque fois, toutes les choses que j'ai acquises lors des précédents pansements m'aident beaucoup lors de tous ceux que je fais.

### **3.5. 019. Un patient s'énerve lors d'une injection retard.**

Je me trouve dans une unité de Psychiatrie dans un Centre hospitalier spécialisé. Je suis dans la 5ème semaine de mon stage de 10 semaines dans ce service. Je suis sur le planning de l'après-midi qui correspond aux horaires 13h15-20h50. Je dois effectuer une préparation d'injection de neuroleptique retard (Injection retard tous les 28 jours) pour un patient venant en soin ambulatoire. Ce patient s'est présenté à la porte du service avec son père. Son père a commencé à être assez véhément à son encontre quand je lui ai demandé qui ils étaient et pour quelle raison ils venaient : Je savais qu'on avait un patient en ambulatoire dans l'après-midi mais je n'avais aucune idée du faciès du patient.

Voilà mon incrédulité par rapport à son comportement : Le père m'a dit « On n'a pas que ça à foutre, dépêchez-vous de préparer l'injection ». Grosse montée de stress. Je me dépêche d'aller dans le bureau infirmier pour vérifier la prescription et prendre des informations sur le patient aux autres infirmiers : Ils me disent qu'ils viennent depuis des années et qu'ils sont tout le temps énervés comme cela. Le stress commence à

monter mais malgré tout, pour une fois, je garde ma concentration et demande à un infirmier de m'encadrer sur la préparation de l'injection : il accepte sans problème.

Je prépare tout le matériel dans les règles d'hygiène et d'asepsie exigées. Pendant ce temps-là le père s'impatiente auprès des infirmiers et on lui dit « l'étudiant prépare l'injection, ça ne va pas tarder ». En entendant ça je me dis que si je mets trop de temps je vais me faire avoir par le papa. J'accélère doucement tout en gardant la tête froide. J'ai quelques difficultés à prélever le médicament vu que c'est un produit très gras. L'infirmier me rassure et me dit de ne pas aller trop vite.

10 minutes plus tard l'injection est prête : L'infirmier à mes côtés m'a dit que je m'en étais très bien sorti et que j'ai été rapide et efficace. Un « ouf » de soulagement se voit sur mon visage.

Il me propose de réaliser l'injection en elle-même. Rassuré, j'accepte. Nous allons donc à la rencontre du patient pour l'injection. En me voyant arriver le père commence à être insultant à mon égard. Il paraît que j'ai été trop long et que je suis un « incapable finit ». De suite les infirmiers prennent ma défense et essaient de calmer le père. Rien n'y fait. Je cède donc ma place à un infirmier diplômé pour l'injection en elle-même de peur de provoquer un incident, sans essayer de discuter avec le père voyant que c'était plus ou moins impossible de le raisonner. Je suis retourné dans le bureau infirmier m'isoler histoire d'encaisser tout ça.

Je ne vais pas cacher qu'en rentrant dans le bureau infirmier, j'étais furieux et plein de ressentiments envers le père du patient. Il y avait un mélange de colère et d'incompréhension. Pour moi j'avais réussi cette préparation d'injection dans un temps correct tout en respectant les principes de la préparation d'injection. J'avais même eu l'aval de l'infirmier m'encadrant. Donc je n'ai réellement pas compris cette agressivité du père envers moi. Cette situation m'a mise hors de moi mais je me suis refusé à dire quoi que ce soit au papa. J'ai réussi à garder mon calme malgré tout et pour cela les infirmiers m'ont félicités.

Avec le recul je pense que j'ai eu la réaction adapté : Encaisser les réflexions et laisser les autres infirmiers raisonner le papa. Après je me suis fait insulter. J'aurais sûrement

dû réagir un minimum mais bon. Je ne me suis pas obstiné à vouloir réaliser l'injection. J'en ai discuté avec la référent des étudiants : Elle m'a sorti une citation d'un médecin du service qui m'a marqué : «Ce ne sont pas les soignants qui attendent les patients mais les patients qui attendent les soignants » Je n'aurais sûrement même pas du accélérer la préparation d'injection mais prendre le temps nécessaire pour faire tout correctement. En effet sous la pression j'aurais pu commettre une erreur et prendre encore plus de temps pour la réparer.

### **3.6. 024. Description d'un soin : Injection neuroleptique retard**

Le 9 juin à 13h30 avant la promenade de l'atelier thérapeutique du jeudi, je dois injecter à Monsieur Didier du MODECATE 25MG, je suis supervisée par Catherine IDE.

Au préalable, un entretien infirmier est prévu. C'est-à-dire qu'avant cette injection, qui a lieu régulièrement pour les patients (tous les 14 jours ou tous les 21 jours) concernant ce monsieur nous sommes précisément au 14ème jour de la précédente injection. Ce monsieur a été accueilli à l'étage inférieur avec tous les autres patients qui doivent se présenter avant 13h30 précisément. Heure du début de l'atelier. Je lui demande de se rendre dans le bureau à l'étage. C'est la 3ème fois que je le pique, et ce jour il est d'accord. Bien qu'il ait l'habitude, je l'invite à s'asseoir, je ferme la porte afin de rendre l'entretien individuel, et personnalisé, et confidentiel. Car en effet, c'est un moment qui privilégie le patient afin qu'il puisse librement parler, se confier s'il en ressent le besoin. Pour le soignant c'est un moment pour faire le point sur le traitement en cours, lui demander s'il ressent des effets indésirables (constipation, troubles du sommeil.)

Je prends son dossier de soin en main qui est rangé par ordre alphabétique dans l'armoire. Le patient est venu avec son traitement. A l'aide de la prescription, je vérifie l'identité du patient en lui demandant si il se nomme bien ainsi, (il a souri) il me répond oui. Je compare le nom du médicament, le nombre d'ampoules à injecter avec celles que le patient a apportées, ainsi que la date de péremption. Puis je parcours l'ordonnance en énumérant le traitement, au fur et à mesure je lui demande si il prend bien le traitement, comment il le supporte, si il ressent des effets indésirables.

Je saisis le document qui récapitule les injections données, la date de la prochaine, le nom du soignant, ainsi que le côté anatomique qui a été piqué. Car c'est plus confortable pour le patient de varier le lieu de l'injection. Je lui propose de venir dans la salle de soin à proximité du bureau. Celle-ci est exiguë, de plus, elle est utilisée en tant que vestiaire. Tous les 3 nous entrons dans cette pièce. J'ai en main la boîte neuve qui contient 3 ampoules, que je pose sur le chariot de soin. Avec la clé, j'ouvre l'armoire où est rangé le matériel de soin ainsi que le traitement de quelques patients. Je me lave les mains au lavabo. J'enfile des gants et je nettoie au Surfanios® mon plan de travail avec une lingette imbibée. Je ne repasse pas 2 fois au même endroit afin que la surface soit au mieux aseptisée. Avant un geste technique il est nécessaire d'éliminer un maximum de germes. Je dépose la lingette dans le bac de linge sale, je jette les gants et de nouveau je me lave les mains au lavabo. Puis je dépose le haricot propre sur le chariot de soin, celui-ci me servira de poubelle. Puis un plateau de petite taille que j'utiliserai pour déposer mes ustensiles. A l'aide de la clé, j'ouvre l'armoire, je saisi 4 cotons (3 imbibés d'alcool modifié : 1 pour chaque ampoule, (désinfection de la surface qui sera cassée et en « contact » avec le trocart, 1 pour le 1<sup>er</sup> passage afin de désinfecter la peau avant de piquer) et 1 coton sec pour appuyer après l'injection et position le pansement.

Je prends un trocart « qui me permet de ponctionner la solution aqueuse de l'ampoule » je vérifie la date de péremption je le dépose sur le chariot à ma droite, j'ai besoin d'une aiguille, je vérifie la date, je vais injecter 2 ml de solution donc je choisis une seringue de 3ml. (Vérification de date de péremption pour ces 3 ustensiles) un pansement, que j'enlève de son emballage et que je dépose sur le petit plateau. J'humidifie 3 cotons, non stériles « pas nécessaire pour ce genre de soin » je fais le tour des 2 colliers d'ampoules pour désinfection de cette surface, je dépose les ampoules sur le plateau. Je pèle le trocart et l'aiguille, je pèle l'emballage de la seringue je la saisis par le corps, afin de minimiser d'une éventuelle contamination. J'insère le trocart. Dans la main gauche je saisis la première ampoule entre l'index et le majeur, avec l'index de la main droite je pousse le piston qui est collé puis je tire afin que le liquide entièrement monte dans la seringue. Même opération pour la seconde. Je n'évacue pas immédiatement les ampoules utilisées (conseil d'une soignante)

certains psychotiques peuvent imaginer que c'est un autre produit que a été injecté... Puis je tire de nouveau le piston pour évacuer le liquide qui stagne dans le trocart, j'enlève celui-ci à l'aide d'une pince, et je l'évacue dans le container DASRI qui est au 2ème étage du chariot. J'insère l'aiguille, je purge, je la dépose ensuite sur le plateau. Je me passe les mains avec de l'Aniosgel® jusqu'au séchage du produit. J'enfile des gants N°8 qui sont à ma taille. Je demande au patient s'il souhaite être prévenu lorsque je le pique, certains ne le souhaite pas ; Lui me répond que non ; Je repère la zone du côté gauche. Je divise la zone en 2 et je désinfecte avec le coton imbibé le quart supérieur gauche. Je tends la peau, il semblerait que cette technique minimise la douleur, j'insère l'aiguille, je fais un retour veineux avec peu de recul, parce que je sais que le liquide est épais, et l'infirmière me conseille de tenir l'embout afin qu'il ne se désamorce pas de la seringue. Mon geste est imprécis et je me sens peu adroite... Pas de sang dans la seringue en apparence j'injecte le liquide, et je demande à Monsieur D. comment il se sent ? Il est habitué à recevoir ce type de traitement et je pense qu'il se rend compte que pour cette fois je suis moins à mon aise gestuellement vis-à-vis à d'autres infirmières de la structure. Monsieur D me répond qu'il ne ressent pas de douleur. Je suis rassurée, de ne pas lui provoquer de douleur. Progressivement et avec minutie je pousse le piston et je maintiens bien l'embout de la seringue. En effet je trouve qu'il est difficile de pousser sur le piston. Je suis vigilante, et inquiète que l'aiguille se désadapte.... Enfin, je suis arrivée à la totalité de l'injection soulagée de ne pas avoir rencontré la difficulté redoutée. Je retire l'aiguille, et stupéfaite un jet de sang jailli. J'ai en main la seringue et je ne connaissais pas ce genre réaction. Je vois l'infirmière à mes côtés qui grimace, je comprends qu'il y a un geste qui a été imprécis de ma part. Avec la main gauche qui suis toujours gantée-je comprime l'orifice qui saigne. Et j'évacue la seringue dans le centenaire DASRI. Le gant se souille vite de sang, l'infirmière me tend une compresse sèche, avec laquelle je continue la compression, elle me précise de nettoyer la zone pour y poser pansement et coton sec qui s'imbibera de sang probablement. Le patient réagit calmement et m'informe qu'il a senti le sang jaillir. J'ai aussi été surprise par cet événement, qui est inconnu pour moi et inattendu. Je sais que dans ce genre de situation, la compression de la plaie favorise la coagulation. Et depuis le début de mes études, je porte des gants afin d'éviter les risques liés à une éventuelle contamination par des liquides biologiques.

Monsieur D. reste calme et patient, et ne rétorque pas. Le pansement est en place, Monsieur D qui est resté debout comme par son habitude, me remercie. Et j'en fais de même d'avoir accepté que j'injecte son traitement, et d'être resté patient avec ma maladresse. Je nettoie donc le sang au sol, ainsi que le plan de travail. Je dépose le matériel utilisé à tremper dans le Surfanios®. Catherine m'explique que je me suis peut-être trop dispersée à parler au patient, et que mes gestes étaient donc désorganisés. Depuis, je suis ses conseils en anticipant les gestes et en les pensant avant le soin.

### **3.7. 031. Faire un soin pour le confort des soignants (pose d'une sonde à demeure)**

Je vais vous présenter la situation suivante : la pose d'une sonde à demeure chez un patient hospitalisé en soins de suite et de rééducation des suites d'une décompensation cardiaque globale sur ACFA. Ce monsieur présente un syndrome de glissement et aujourd'hui il est passé en soins de confort. C'est un monsieur qui est déshydraté, gémissant et ayant des troubles d'élocutions. De ce fait, il nous est impossible de déterminer sa douleur. De plus, il est porteur d'une infection urinaire due à une bactérie multi résistante.

Lors du passage du médecin ce matin, un bladeur a été effectué. Celui-ci met en évidence un globe vésical de 600 ml. Le médecin demande donc aux infirmières de reposer une sonde à demeure (qui lui avait été retirée hier). Etant donné que Mr R est mon patient, l'infirmière me demande si je veux lui poser la sonde.

Je prépare tout mon matériel : set de sondage, la sonde, la poche, des gants stériles que je mets sur un chariot préalablement désinfecté. Quand j'arrive dans la chambre pour sonder mon patient, je m'aperçois que la protection est détrempée. Je me suis posé la question suivante : Puisqu'il a uriné, ne serait-il pas préférable de lui faire un bladeur scan qui est un soin indolore et pouvant lui éviter un soin invasif et certainement pas très agréable ? Les infirmières ont répondu que c'était une prescription médicale et qu'il fallait l'exécuter. Puis elles se sont rattrapées en disant que c'était pour son confort. Je pense surtout qu'elles étaient pressées et ne voulaient



pas allé chercher le bladeur scan trois étages plus bas. Bien qu'elles n'aient pas tort, le sondage améliorerait le confort du patient. J'ai donc effectué la pose du sondage sur Mr R. Cela nécessite un sens de l'organisation pour ne pas faire de faute d'hygiène, car il faut travailler en stérile. Cela nécessite également de la dextérité : mise de gants stérile ainsi que des connaissances en anatomie, physiologie et hygiène.

Je n'ai finalement pas réussi à effectuer ce soin, non pas par manque de dextérité, de connaissances ou d'organisation mais car ce patient a une hypertrophie de la prostate appuyant sur l'urètre empêchant le passage de la sonde. L'infirmière m'a repris et a forcé un peu pour faire passer la sonde et a réussi à la passer. J'étais un peu déçu mais quand j'ai appris que le médecin, la veille, avait eu du mal pour le sonder, j'étais beaucoup moins déçu.

Cette expérience m'a permis d'acquérir de l'organisation et une dextérité et m'a permis de réussir le sondage suivant.

### **3.8. 034. Réaliser une activité sans réfléchir aux conséquences**

Je vais vous relater une situation que j'ai vécue pendant mon stage en soins infirmier à domicile.

L'infirmière me propose de partir avec elle pour faire les piluliers de la semaine chez 3 patients dans le secteur sud. L'infirmière et moi arrivons chez la patiente, en ouvrant la porte, j'ai toute suite senti l'odeur de gaz.

Je vais chercher les boites de médicaments dans la cuisine et en profite pour informer l'infirmière que je sens une odeur de gaz dans l'appartement. Elle ne sent aucune odeur particulière. Je prépare les piluliers de la semaine et nous repartons chez une autre personne. Lors du trajet en voiture, je redis à l'infirmière que je suis sûre de moi et que dans le logement, l'odeur de gaz est bien présente. Elle accepte de retourner chez Madame X. En arrivant, je sens toujours le gaz et l'infirmière pense la même chose que moi. Je suis soulagée de ne pas être la seule à le sentir. La patiente est étonnée de nous revoir. Je préfère lui expliquer et l'informer de la situation. Elle me dit

que sa belle-sœur s'est servie de la gazinière la veille. Je me rends dans la cuisine et l'odeur est plus forte vers le tuyau, je coupe le gaz et je regarde la date de péremption. Il est périmé depuis plusieurs années. L'infirmière appelle la famille pour les informer du problème. Ils passeront en fin d'après-midi. On aère le logement et je rassure Madame X en lui expliquant que le danger est écarté et que le gaz est coupé. Elle est très inquiète, nous restons un petit moment vers elle.

Après réflexion, J'ai agi trop rapidement sans évaluer le danger potentiel pour moi. Une seule idée m'obsédait, résoudre ce problème de fuite de gaz et de mettre en sécurité la patiente. Dans un cas similaire, il faut que je prenne le temps de réfléchir avant d'agir et surtout de me protéger avant de secourir.

### **3.9. 039. Une situation d'urgence pour une PA questionne l'IDE sur la responsabilité**

Mon stage du deuxième semestre s'est déroulé dans une maison de retraite pour personnes dépendantes à Dijon. 55 personnes vivent ensemble dans cet établissement qui est composé de 3 étages « généraux » où personnes dépendantes et autonomes se côtoient. Durant mon stage j'ai été amenée à travailler avec des aides-soignants, des agents de service hospitaliers, des infirmiers et bien sûr les résidents. J'ai donc été amenée à côtoyer madame D., 93 ans, qui par la suite est devenue la résidente que j'ai décidé de prendre en charge afin de réaliser une de mes deux démarches cliniques. En effet, après concertation avec l'infirmière, les pathologies dont elle souffre me semblaient intéressantes, de plus, il y avait un certain nombre de soins à réaliser qui me paraissaient intéressants et qui m'ont permis d'améliorer par la suite mes compétences professionnelles.

Madame D. est une dame âgée fortement dépendante. En effet, elle souffre de tendinopathies touchant les avant-bras qui l'empêchent d'effectuer tous mouvements amples, mais également d'une cécité quasi complète. Elle se déplace en fauteuil roulant du fait de sa forte dépendance et de son incapacité à tenir une canne ou un déambulateur, ses mains douloureuses l'en empêchant. Cependant, elle dispose de toutes ses facultés psychiques. Une sonde urinaire à demeure a également été mise

en place du fait de l'apparition de nombreux globes vésicaux au cours de la vie de cette résidente.

Madame D. est une personne relativement seule, son frère ne lui rendant que peu visite, lui-même étant assez âgé, ce qui ne facilite pas ses venues. Après plusieurs semaines à ses côtés, dans le but de réaliser ma démarche clinique et de la prendre en charge dans sa globalité, je compris que madame D. se sentait réellement seule, n'avait plus goût à la vie et se sentait « prisonnière » de ses pathologies. Elle me répétait sans cesse « ah ces tendinites... Si vous saviez... » - « je ne peux rien faire, je ne suis plus bonne à rien » mais également qu'elle « aimerait en finir le plus vite possible ».

Suite à ces plaintes qui n'avaient de cesse de refaire surface, plusieurs fois par semaine, je rendais visite à madame D. afin de lui tenir compagnie, d'essayer de comprendre ce qui lui ferait plaisir tout en lui expliquant qu'il lui restait des sens en éveil comme le toucher, l'odorat et le goût. Madame D. travaillait dans les vignobles, et cela faisait 2 ans qu'elle n'avait pas bu une seule goutte de vin. Or, son dossier médical ne faisait état d'aucune contre-indication à ce sujet. J'ai donc averti les professionnels de la restauration de l'EHPAD afin qu'elle puisse avoir un verre de vin lorsqu'elle le souhaitait, ce qui lui a fait grandement plaisir. De plus, madame D. appréciant tout particulièrement le chocolat, je faisais en sorte de lui en proposer le plus souvent possible, étant donné qu'elle en avait reçu une boîte récemment. Cependant, malgré ces efforts, Madame D. se plaignait toujours de cette solitude, de ses douleurs et de cette envie « d'en finir ».

Le mardi 12 mars 2013 était le jour où la sonde urinaire à demeure de Madame D. devait être changée. J'effectuai le soin avec l'infirmière qui m'expliqua le déroulement de ce dernier ainsi que les règles d'hygiène associées. Après avoir préparé le matériel et effectué la toilette intime de la résidente, je posai la sonde urinaire. Cependant je rencontrai quelques difficultés et l'infirmière me reprit en m'expliquant que mon geste était bien et que je n'étais pas loin du recueil d'urines dans la poche. Néanmoins, très peu d'urines furent recueillies ce qui nous préoccupa. Une surveillance fût donc mise

en place au cours de la journée qui se termina sans présence concrète d'urines dans la poche.

Le mercredi 13 mars 2013, le lendemain, le deuxième infirmier prit son poste et lors de la toilette de madame D., je l'averti que de l'urine coulait dans la protection ce qui était de mon point de vue tout sauf normal vu qu'elle était porteuse d'une sonde à demeure. Cela ne signifiait qu'une chose : la sonde urinaire était mal placée. L'infirmier vint alors en poser une nouvelle, 1,7L d'urines furent recueillies dans la poche.

Le soir même, Madame D. descendit pour le repas à 18h30 en salle à manger avec les autres résidents. Lorsque je vins lui donner ses médicaments, celle-ci me fit part d'une douleur au côté droit du bas ventre. J'avertis alors l'aide-soignante qui m'assura que ce n'était probablement rien et qu'elle allait l'aider à se nourrir. Ayant terminé la distribution des médicaments pour l'ensemble des résidents, je décidai de rejoindre l'infirmier dans la salle de soins. Nous discutons des diverses tâches effectuées durant la journée lorsque le téléphone sonna. Il eut à peine décroché que soudain, il claqua la porte de l'infirmierie et dévala les escaliers menant à la salle à manger.

Je fis de même et c'est alors que j'aperçus un agent de service hospitalier, derrière le fauteuil roulant de Madame D., au teint livide et ne sachant que faire. A la vue de celle-ci, je compris que quelque chose de grave était en train de se produire. Madame D. était en effet immobile, une jambe tendue et l'autre non, le visage paralysé avec un œil grand ouvert qui « sautillait » et l'autre quasiment fermé, elle ne répondait à aucune stimulation, aucune parole ou geste de vérification de conscience. Elle fût rapidement descendue à l'infirmierie, où deux aides-soignantes nous rejoignirent afin de comprendre ce qu'il se passait. Nous décidâmes de l'allonger au sol, de surélever sa tête et ses jambes. La saturation, la glycémie, ainsi que la température furent relevées. L'infirmier appela le SAMU qui posa quelques questions de « routine » (état de conscience, réponse à diverses stimulations, respiration etc.) avant de décider d'intervenir au plus vite. En effet, Madame D. ne répondait à aucune stimulation, sa façon de respirer était également alarmante. Après concertation avec l'équipe présente, nous pensions qu'il s'agissait d'un AVC, tous les symptômes allant dans ce sens cependant nous ne pouvions rien certifier du tout puisque cela ne relevaient pas

de notre rôle et que sans examens, il nous était de toute façon impossible de certifier quoi que ce soit. Le SAMU arriva très rapidement, avec en son sein un infirmier anesthésiste, un médecin et un ambulancier.

Après qu'un ECG et une injection de Valium® furent effectués, madame D. fût emmenée aux urgences. Le médecin pensa à un accident vasculaire cérébral ou une dissection aortique mais reconnut que les symptômes étaient curieux. Le médecin nous annonça alors que s'il s'agissait d'une dissection aortique, Madame D. n'aurait aucune chance.

Après le départ du SAMU, nous étions tous un peu bousculés. En effet, personne ne s'attendait à cela. Je venais de vivre ma première situation d'urgence. Les aides-soignantes présentes se mirent à pleurer et à se reconforter. Après tout, elles connaissent parfaitement les résidents et ont déjà parcouru un long chemin avec eux. L'infirmier, nouveau dans l'établissement, ne savait que penser et craqua à son tour. Quant à moi, j'étais partagée entre un sentiment d'excitation et de tristesse, madame D. étant une des deux résidentes que je prenais en charge. L'adrénaline fût bien présente ce soir-là et me conforta dans mon idée de faire carrière dans l'urgence ou la réanimation.

Ce soir-là, je quittai mon poste plus tard que d'habitude, à 20h15 malgré les sollicitations des soignants pour que je rentre chez moi, de peur que je ne supporte pas la situation.

Après être rentrée chez moi, je repassais dans ma tête les causes probables de la situation qui venait de se produire. Le fait que moi puis l'IDE ayons mal positionné la sonde était-il à l'origine du malaise de madame D. ? Si nous nous étions rendu compte plus tôt de la non présence d'urines dans la poche et si nous y avions remédié, cela se serait-il produit ?

Puis je compris que tout cela ne servirait pas à grand-chose et que de toute façon aucun diagnostic n'avait été posé. Le lendemain j'ai donc pris la décision d'appeler l'hôpital où Mme D. avait été transférée pour prendre des nouvelles. Celle-ci, à ma grande surprise, allait beaucoup mieux.

Elle est revenue au sein de l'EHPAD 5 jours plus tard et le « malaise » s'est avéré être une pyélonéphrite avec confusion secondaire. La surveillance mise en place à la suite de cet incident a été démultipliée afin d'éviter à nouveau toute infection liée à la sonde urinaire dont Mme D. est porteuse.

Cette situation m'a beaucoup apporté. En effet, j'ai su garder mon calme, aider l'équipe présente qui faisait également preuve de sang-froid. Notre intervention rapide a été bénéfique à une prise en charge « éclair » de la résidente. Cette situation m'aura appris à faire face à une situation d'urgence dans une structure autre qu'un hôpital ou une clinique et à comprendre le déroulement d'un tel événement. Mais aussi que chaque signe peut s'avérer être très alarmant et mettre en jeu le pronostic vital de la personne. La notion d'urgence devient donc une question de vie ou de mort.

### **3.10. 056. Premier geste pour une étudiante. La technique prend toute la place.**

J'ai effectué mon deuxième stage dans un foyer. J'ai tout d'abord suivi les aides-soignantes pendant les deux premières semaines puis les infirmières. Durant ma première semaine avec l'infirmière j'ai effectué ma première prise de sang. Au départ j'observais les infirmières puis j'ai effectué ma première prise de sang. L'infirmière m'encadre lors de ma première prise de sang. Avant d'entrée dans la chambre de Mr D, j'ai préparé le matériel dont j'avais besoin. Puis j'ai frappé et suis entré dans la chambre de Mr D. Mr était encore dans son lit, je lui ai expliqué que je venais lui faire une prise de sang. Ensuite je me suis installée à côté du lit de Mr D, j'ai placé le garrot, repéré la veine, désinfecté, puis j'ai introduit l'aiguille tout cela en expliquant à Mr D ce que je faisais. Mr D était décontracté contrairement à moi. Après que l'aiguille fut introduite le sang ne venait pas malgré que l'aiguille soit bien dans la veine. L'infirmière qui était à côté de moi me conseilla de tendre le bras de Mr D vers le bas. Ce que j'ai fait maladroitement, le stress m'envahit l'aiguille a bougé l'infirmière m'a donc dit « arrête on va recommencer ». Dans la panique j'ai enlevé l'aiguille sans avoir préalablement enlevé le garrot du bras de monsieur D donc le sang a coulait j'ai vite décroché le garrot et enfin j'ai compressé le bras de Mr D à l'endroit où j'avais introduit l'aiguille. Puis j'ai laissé infirmière faire la deuxième prise de sang.

Pourquoi je n'ai pas pensé à enlever le garrot ? Est-ce que Mr D a eu mal ? Notions en lien avec cette situation :

Responsabilité: « Qui doit répondre, être garant de ses propres actions et/ou de celles des personnes dont il a la charge », « personne qui a la capacité de prendre des décisions, qui a la charge d'une fonction. » Compétence : « Capacité reconnue en telle ou telle matière en raison de connaissances possédées et qui donne le droit d'en juger ».

Dans cette situation de première prise de sang, le stress m'a envahi. Je n'ai pas su le contrôler. Je retiens de cette situation qu'il est important de savoir gérer son stress et que lors d'une prise de sang il faut impérativement enlever le garrot avant de retirer l'aiguille

### **3.11. 069. Sentiment de réussite lors d'un soin technique peu pratiqué**

Lors de mon stage au sein d'un Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) j'ai pu bénéficier d'un parcours de stage et aller à l'Hospitalisation à Domicile (HAD) durant quelques jours. Cette situation se passe lors de mon 6ème et dernier jour à l'HAD. Après les transmissions, je suis partie avec l'infirmier pour la tournée de début d'après-midi. Nous sommes arrivés chez une patiente qui est porteuse d'une « picc line » pour laquelle on devait lui passer un antibiotique sur une heure avec 100 ml de NaCl. J'avais préparé la perfusion la veille mais ce jour l'infirmier m'a dit qu'il me laissait tout faire entièrement. J'étais très heureuse de pouvoir le faire étant donné que je n'avais pas réalisé depuis plus d'un an et jamais encore sur une « picc line ». J'ai préparé mon matériel, ma perfusion. La patiente ayant réalisé de nombreux séjours en milieu hospitalier était tout à fait au point avec les bonnes pratiques et elle m'observait attentivement et pour détendre un peu j'ai parlé avec elle durant le soin de ces divers lieux d'hospitalisation et notamment d'un service où j'avais été en stage. Une autre relation s'est alors mise en place et nous avons échangé sur cela. J'ai rincé la « picc line » avec un seringue pré-remplie de sérum physiologique et effectué le retour

veineux qui a été positif ce qui arrivait peu souvent avec cette patiente. J'ai relié la tubulure à la « picc line » et mis le débit en place.

J'étais très étonnée de moi-même, n'ayant pas pratiqué ce genre de soins depuis très longtemps, je me suis trouvée assez à l'aise devant ce soin et avec le temps retrouvant au fur et à mesure une bonne dextérité. Nous sommes revenus un peu plus d'une heure après afin de retirer la perfusion et de rincer la « picc line ». Etant très inquiète quant à ma ligne de stage et le peu de technique et de dextérité acquise, cet acte m'a rassuré en voyant par moi-même que ce qui avait été acquis par le passé n'était pas perdu et qu'en pratiquant même un peu cela revenait, chose qui me faisait très peur. A l'heure actuelle j'en ai un peu moins peur même si je constate qu'il me reste encore beaucoup de connaissances et de pratiques à acquérir.

Sur ce genre de soin, je me sens assez autonome pour les réaliser seule en sachant qu'ils ne sont pas très compliqués et que c'est essentiellement le fait de pouvoir les répéter régulièrement qui permet de se sentir en confiance et autonome.

### **3.12. 071. Une mise en situation de soin dans le stress rend la pédagogie inefficace et la relation au patient inexistante**

Je me trouve actuellement en stage à l'Unité Polyvalente en Odontologie, Ophtalmologie et ORL (UPOOO). Il s'agit d'un service de chirurgie principalement spécialisé dans la chirurgie ORL. C'est une grande opportunité pour moi d'arriver dans un service où les infirmières prenant en charge les étudiants sont très axées sur les soins et activités techniques. En effet de par mes stages précédents, je n'ai validé que très peu de soins et d'activités de soins.

La situation se passe deux semaines après mon arrivée dans le service. L'infirmière avec qui j'ai travaillé les deux premières semaines et qui se trouve être ma référente débute ses deux semaines de congés et je suis « attribuée » à une infirmière qui décide de me mettre dans le bain immédiatement. Je me demande encore aujourd'hui en quoi la première phrase qu'elle m'a adressé était sensée me mettre en confiance et m'encourager :



« Bonjour, je m'appelle Émilie, je suis infirmière depuis 3 ans et je vais te mettre la pression, je ne vais pas te lâcher. C'est pour ton bien il faut que tu saches ce que c'est que le métier. »

Il est nécessaire de revenir sur les deux semaines précédentes pour comprendre la situation. La première semaine a surtout été une semaine « d'observation » qui m'a permis de comprendre comment fonctionnait le service et surtout l'organisation. Des soins sur une journée. La deuxième semaine l'infirmière référente a voulu me mettre en situation et m'a laissé pratiquer des soins qui jusqu'alors m'étaient inconnus. Sa méthode d'apprentissage était tout à fait compatible avec mes envies, mes besoins et mes attentes, si bien qu'il m'a été possible très rapidement d'effectuer des soins dans le respect des règles de bonnes pratiques et seul. Le soin qui nous intéresse dans cette situation est un pansement suite à une éthmoïdectomie puis un lavage de clous de Lemoyne. Ce soin m'a été validé par mon infirmière référente et je le pratique quotidiennement.

Je reviens au début de ma troisième semaine ou je viens de faire la rencontre avec l'infirmière Émilie. La phrase de présentation de cette infirmière résonne encore dans mon esprit, et cela m'amène à me poser cette question : quel est le but d'une telle entrée en matière ? En effet, même si une des caractéristiques les plus connues du métier d'infirmier est le caractère stressant des responsabilités qui nous incombe, je ne suis pas certain qu'une pression intense aide au processus d'apprentissage. De plus la deuxième année comporte une unité d'enseignement entière attribuée à l'encadrement des professionnels et des étudiants, et il me semble que l'une des caractéristiques importante est le ressenti de l'apprenant. Mon ressenti s'est très vite transformé d'un état volontaire et enthousiaste à un état de stress paralysant.

Notre planification des soins commençait par le lavage de clous de Lemoyne. Intérieurement j'espérais qu'elle me dise d'y aller seul et de faire comme à mon habitude, mais elle a tenu à assister au soin. La suite n'est qu'une succession d'erreurs dans le déroulement de mon soin et de remarques de la part de l'infirmière. La nature des remarques et des erreurs qui ont pu être dites ou faites ne sont pas l'objet de cette analyse, il est plus intéressant de parler des retentissements sur mon soin.

La première chose que l'on remarque est le retentissement sur mon soin qui n'a pas été d'une qualité irréprochable en termes de technique. J'ai enchaîné les fautes d'asepsie, les erreurs dans l'organisation de mon soin et les tremblements ne simplifiaient pas la tâche dans un soin qui requiert une certaine précision et dextérité.

En repensant à mon soin et en l'analysant, je ne peux faire l'impasse sur le patient à qui je n'ai pas adressé un seul mot tout au long de mon soin, étant focalisé sur l'acte plus que sur son ressenti. Le patient a également eu le spectacle d'un futur soignant mis en difficulté lors de la réalisation de ses soins par l'un de ses pairs. Nous comprenons facilement qu'il n'est pas rassurant pour un patient de voir un soignant en difficulté pour l'un de ses soins.

Du point de vue de l'infirmière qui m'encadrerait, il est évident qu'elle ne m'a plus attribué sa confiance pendant les deux semaines qui suivirent et que celles-ci ont été les plus longues de mon stage.

Les semaines qui suivirent furent des plus intéressantes et stimulantes, encadré par d'autres professionnels, j'ai pu regagner confiance en moi et énormément pratiquer. Aujourd'hui, je considère mon stage comme l'un des meilleurs de mon cursus et assurément celui qui m'a le plus apporté.

La situation décrite m'amène à me faire plusieurs remarques et me poser plusieurs questions. L'avantage de cette expérience est tout d'abord de m'avoir permis de déterminer ce dont j'avais besoin en matière d'apprentissage. Cela m'a également permis d'ajuster au mieux ma technique d'encadrement et de coller au mieux aux attentes et aux besoins de l'élève qu'il m'a fallu encadrer pendant mon stage. Même s'il est évident que cette formation nous prépare à un métier stressant et jonché de nombreuses responsabilités, est-il forcément nécessaire que l'apprentissage se déroule dans les mêmes conditions ? Comment est-il possible d'instaurer un dialogue avec un infirmier référent optant pour cette méthode d'encadrement lorsque celle-ci ne nous convient pas ? Avons-nous une quelconque légitimité à lui signaler ?

### **3.13. 073. La douleur inévitable d'un nouveau-né lors d'un prélèvement est jugée comme un échec par la soignante.**

Aujourd'hui je me suis occupée toute la journée d'un petit garçon prénommé Timothée. Pour ses soins de 16 heures je devais réaliser un test sanguin. J'ai donc préparé mon matériel : buvard, lancette, boîte à aiguilles, gants à usage unique, gel hydro-alcoolique, sweet-ease, chauffe-talons...

Lorsque je suis arrivée dans la chambre, la maman et la grand-mère étaient là. Je me suis présentée, j'ai donné des nouvelles de Timothée sur la journée et je leur ai expliqué qu'en plus de ses soins habituels, je devais réaliser le test. J'ai posé le chauffe-talon sur son pied droit et j'ai ensuite invité la maman à faire le change de son bébé pendant que j'organisais mon plan de travail. Pendant ce temps j'ai préparé le biberon et je l'ai mis à chauffer. Une fois le change terminé, j'ai commencé mon soin par le protocole antidouleur qui consiste à donner au bébé deux gouttes de sweet-ease, d'attendre deux minutes en le faisant téter, puis de lui redonner une ou deux gouttes, et d'attendre de nouveaux deux minutes. Une fois le protocole terminé, mon matériel prêt, mes mains lavées, et mes gants mis, j'ai retiré le chauffe-talon et j'ai piqué Timothée au niveau du talon.

Au moment où je l'ai piqué, celui-ci s'est mis à hurler. La maman a commencé à paniquer, et moi à stresser (normalement le bébé ne devait pleurer qu'un petit peu au début puis se calmer ; le sucre et la succion faisant leur rôle de sédation), mais là ce ne fut pas le cas. L'infirmière est venue alors m'aider. Elle a redonné à Timothée d'autres gouttes de sweet-ease, tout en rassurant la maman pendant que moi j'essayais tant bien que mal à obtenir des gouttes de sang pour finir le test. A la fin du soin, Timothée commençait seulement à se calmer et à être apaisé. J'ai rangé mon matériel, j'ai invité la maman à prendre son bébé et à lui faire un câlin pendant que je lui amenais le biberon. Je l'ai laissé profiter de ce moment avec son bébé. J'ai évacué les déchets et je suis sortie de la chambre.

L'infirmière m'a alors dit qu'au niveau de la technique c'était très bien, que j'avais essayé compte tenu de la situation de rassurer la maman mais que néanmoins si j'avais bien respecté le protocole antidouleur le bébé n'aurait pas dû pleurer.

A ce moment-là j'ai culpabilisé, j'ai re-visualisé le déroulement du soin afin de voir ce que j'avais pu oublier ou mal faire. Je me suis alors aperçue que dans les indications de l'infirmière, elle m'avait conseillé de faire chauffer l'incubateur afin de mettre le bébé dans une atmosphère plus rassurante et apaisante, ce que j'ai oublié de faire.

Je me suis rendue compte que le non-respect involontaire d'une consigne pouvait conditionner tout un soin. Cette indication ne faisait pas partie du protocole antidouleur, elle était le fruit de l'expérience de cette infirmière. Dans cette situation, elle aurait sûrement pu permettre au bébé d'être plus serein pendant ce soin invasif. Néanmoins, avec du recul il me semble que provoquer une hyperthermie chez un bébé prématuré n'est peut-être pas sur le plan médical, la meilleure des solutions pour contrer la douleur.

Durant mon stage, Je n'ai pu eu l'occasion de recommencer ce soin et donc d'interroger les pédiatres sur d'autres méthodes antidouleur.

### **3.14. 074. Le temps d'une prise de sang, un moment privilégié pour la rencontre avec une personne âgée**

Pour cette analyse de pratique, mon choix c'est porté sur une situation que j'ai vécue lors d'une prise de sang dans un centre de convalescence gériatrique.

Avant toute chose il me paraît utile de situer le contexte de soins de la patiente. Madame E. est une femme de 77 ans qui est arrivée au centre de convalescence gériatrique lors de la deuxième partie de mon stage suite à une chute à son domicile. Souffrant d'une arythmie complète par fibrillation auriculaire cette dame est traitée par une prise quotidienne d'anticoagulants oraux de Coumadine®, un anti vitamine K qui a pour but de prévenir et réduire le risque thromboembolique. Afin de réguler la prise et l'administration du traitement des prises de sang sont réalisées régulièrement afin

de contrôler son INR (International normal ratio) et éviter un risque hémorragique. Cette prise de sang est réalisée en début d'après-midi après le repas.

Cet examen sanguin étant un acte que j'avais déjà réalisé je me sentais capable de l'effectuer auprès de madame E. avec son consentement ainsi que celui de l'infirmière.

Lorsque je suis rentré dans la chambre de cette dame je l'ai aidé à s'installer afin d'effectuer cette prise de sang dans les meilleures conditions. Je m'installe, prépare mon matériel, mets mes gants. A ce moment madame E. ne s'est pas sentie bien, elle avait une sensation de nausée. Juste le temps de prendre un haricot sur la table près d'elle que madame E. a eu des vomissements. Suite à cet incident j'ai préféré arrêter l'acte technique et comprendre ce qui s'était passé ainsi je me suis assis près de cette dame et lui ai demandé ce qui lui est arrivé. Madame E. se confia à moi. Lors du repas des endives étaient servies en entrée ors elle n'aime pas ces aliments, ne voulant pas gêner le personnel durant le repas elle se tut et préféra manger son entrée. Suite au repas elle remonta dans sa chambre avec des douleurs à l'estomac.

Lorsque madame E. m'expliqua les raisons de ses vomissements je suis resté près d'elle, lui expliquant qu'elle ne doit pas se sentir obligée de manger des aliments qu'elle ne mange pas habituellement.

Finalement, après un échange entre madame E. et moi durant de nombreuses minutes j'ai réalisé la prise de sang en question avant l'arrivée de la personne travaillant au laboratoire qui fait les analyses des prélèvements. L'infirmière me questionna sur ce qui s'était passé puisque selon elle « il ne faut pas 20 minutes pour faire une prise de sang ! ».

Dans cette situation différents éléments étudiés lors de la formation en soins infirmiers m'ont permis d'adopter une attitude réflexive sur mes actes et ma pratique. Tout d'abord nous retrouvons dans cette situation des concepts que nous avons étudiés dans les unités d'enseignements comme la relation, activité dans laquelle plusieurs personnes interagissent les unes sur les autres. Cette relation dans les soins a pour but l'aide et le soutien de la personne soignée. Elle permet donc au patient d'être rassuré, c'est un moyen pour cette personne de se confier. Dans ce contexte madame

E. et moi-même sommes entrés en relation. C'est un moment intime qui m'a permis en tant que futur soignant de rendre compte des sentiments et des émotions de cette dame ainsi que de lui apporter mon soutien. Elle permet donc d'identifier ses demandes et ses besoins.

La confiance est présente dans cette situation, ce concept peut être défini comme l'acceptation par un individu de s'exposer à l'autre. Mais aussi, c'est le fait de croire avec assurance, de se fier à quelqu'un. Dans ce cas, j'avais déjà eu des contacts avec madame E. notamment lors de la réfection de pansements et le tour des médicaments, de simples moments qui m'ont permis de mettre en place une relation de confiance. De plus durant ce moment j'ai pris le temps de comprendre, d'écouter et d'apporter de l'intérêt à madame E. ce qui lui a permis de croire en moi et en mes paroles. Enfin le concept de bienveillance se manifestant par l'écoute, l'attention, l'intérêt ainsi que l'objectivité et le non-jugement. Cette bienveillance passe par des paroles, mais aussi des attitudes et des regards. On retrouve donc ici un ensemble de moyens de communication verbaux indispensables pour créer un climat de confiance.

Les concepts cités précédemment ne sont possibles que grâce à des valeurs nécessaires aux soignants comme le professionnalisme, le respect ou encore la disponibilité.

Cette analyse de la pratique permet de m'exprimer, de partager mes ressentis au moment de l'acte. J'ai tout d'abord été impliqué par l'état de santé de madame E., la personne soignée est au centre de notre métier j'avais donc le devoir de m'intéresser à elle ce que j'ai fait avec plaisir. Ensuite j'ai éprouvé de la fierté envers moi-même puisque cette dame n'avait pas osé parler de son état aux personnels soignants. En tant qu'étudiant je pense que nous avons plus le temps de communiquer, de discuter avec les patients, ce qui me paraît ne pas être le cas lorsque que nous sommes infirmiers faute de disponibilité, de temps ou autres.

Enfin je me suis rendu compte lors de cet échange que des unités d'enseignements étudiées à l'institut étaient en lien avec ce que j'ai vécu, en effet l'unité 4.2 soins relationnels m'a permis d'étudier et de comprendre des concepts qui se sont avérés

présents dans la situation. Au début de la formation en soins infirmiers je pensais que la compréhension de l'autre, de ses affects seraient pour moi des notions compliquées, qui m'apporteraient une certaine difficulté lors mes stages mais interagir et échanger avec les patients est devenu rapidement quelque chose de normal.

Dans mes futurs stages ainsi que dans ma pratique je pense réagir de la même façon face à une situation identique. Faire preuve de disponibilité, d'écoute reste des qualités à adopter dans tous actes infirmiers.

### **3.15. 081. L'aspect technique de l'annonce du cancer occulte la dimension relationnelle**

Lors de mon stage en service d'entrée ouvert en psychiatrie, un patient de 50 ans était hospitalisé depuis quelques jours pour sevrage alcoolique. Compte tenu de sa consommation tabagique datant de plus de 10 ans et face à une certaine confusion, des examens somatiques approfondis ont été prescrits. Ce matin-là, j'accompagnais ce monsieur à une consultation ORL au bloc médical de la Chartreuse. Sur le chemin monsieur D. était plutôt nerveux et parlait beaucoup, il avait tendance à passer d'un sujet à l'autre assez rapidement. Dans la salle d'attente ce monsieur a gardé cette nervosité, mêlant des gestes parasites à une logorrhée. Plusieurs sujets revenaient constamment, son ex-amie, sa supériorité intellectuelle par rapport aux autres (notamment par rapport aux autres patients du service), son métier et la consultation qui l'attendait. Au sujet de cette consultation il me questionnait « pourquoi cette consultation? », « je n'ai rien demandé », « si j'ai quelque chose je ne veux pas savoir »... Lorsque je répondais à ses questions, il repartait sur un des autres sujets.

Lorsque son tour est arrivé, je l'ai accompagné dans la salle d'examen. Le spécialiste l'a examiné et quelques minutes plus tard, lui a dit sèchement qu'il avait des lésions précancéreuses dans la gorge, qu'il fallait agir maintenant, avec comme première action d'arrêter de fumer. Le patient s'est tout de suite braqué, et a répondu encore plus sèchement au médecin « Je ne comprends pas, moi je viens ici car je ne suis pas bien dans ma tête et vous me dites que j'ai un cancer », le médecin s'est reculé et a monté d'un ton expliquant que « d'une part il n'avait pas parlé de cancer mais de

lésions pré cancéreuses et d'autre part que plus personne ne pouvait ignorer que fumer provoque le cancer ». Le ton est vite monté entre les deux hommes, le médecin a fini par se lever cherchant à clôturer l'entretien, le patient était submergé par l'angoisse et parlait de cancer. J'ai fini par intervenir, en m'adressant calmement au patient, reprenant ce que je lui avait dit avant la consultation et ce que le médecin avait essayé de lui expliquer, c'est à dire qu'il était préférable de savoir tôt pour pouvoir agir plus efficacement, insistant sur le fait que ce n'était pas encore un cancer. Le fait d'intervenir a freiné la montée de la tension, et nous sommes repartis dans le service où j'ai transmis ce qu'il s'est passé à l'équipe infirmière.

Ce moment fut intense. Tout d'abord c'était la première fois que j'accompagnais un patient dans l'annonce d'une nouvelle difficile, cet aspect de l'entretien a été important pour moi, car je me suis souvent demandé comment je réagis dans telle situation. Ensuite, c'était intéressant d'observer ce dialogue entre un homme atteint de troubles de la personnalité avec un besoin de réassurance important à ce moment-là et un médecin concentré sur un aspect plus technique qu'humaniste.

Je pense être intervenu au bon moment, si j'étais intervenu plus tôt dans la discussion, cela aurait été impoli de ma part, plus tard, la discussion aurait peut-être continué sur un mode agressif. J'ai eu l'impression de prendre naturellement le relais, d'être un maillon de la chaîne à part entière dans la prise en charge de ce patient. J'aimerais cependant en savoir plus sur les techniques de communication, en particulier dans les moments épineux tels que celui-là. Si j'ai réagi naturellement en m'appuyant sur mon calme, j'aurais peut-être été plus sûr de moi avec des bases théoriques.

### **3.16. 088. Une communication défaillante entraîne la pose d'une sonde avec violence**

Service de soins intensif, il est 20 heures, monsieur D. est amené par le SAMU est pris en charge pour tentative de suicide médicamenteuse. Le médecin du service nous demande de lui poser une sonde naso gastrique en aspiration. Etaient présents le médecin, trois infirmières, une autre étudiante infirmière et moi-même. L'une des infirmières présentes dit au patient (très succinctement) qu'on va lui mettre une sonde



naso gastrique et elle commence le geste. Monsieur D. était opposant, criait, essayait de taper... Le médecin voyant qu'elle n'y arrivait pas nous a alors dit de lui tenir les bras en le tenant bien assis pour qu'il puisse mettre la sonde. Nous étions donc cinq personnes à tenir monsieur D. qui forçait contre nous pendant que le médecin mettait la sonde en place sans prévenir le patient, en lui criant dessus pour qu'il avale et en forçant pour enfiler la sonde... Après cinq tentatives toutes aussi brutales les unes que les autres, la sonde naso gastrique a fini par être mise en place... Le lendemain matin, monsieur D. avait arraché sa sonde et le médecin n'a pas prescrit de lui remettre.

Mon questionnement par rapport à cette situation : où sont les soins relationnels ? Comment aurait-on pu faire pour que la pose de la sonde se passe dans de meilleures conditions ?

Les réajustements sont ici nombreux... déjà je pense que nous n'aurions pas dû être aussi nombreux dans la chambre car cela peut être angoissant pour le patient. Ensuite, il aurait fallu mieux expliquer à monsieur D. le soin c'est-à-dire pourquoi il était nécessaire de lui poser cette sonde, lui dire que cela n'allait pas être très agréable mais que ça ne durerait pas longtemps, qu'il faudra avaler au moment où il aurait envie de tousser pour que la sonde se positionne correctement dans l'estomac. Il aurait fallu dès le départ positionner monsieur D. dans la meilleure position c'est à dire assis à quatre-vingt-dix degrés et la tête penchée en avant. Enfin, voyant que monsieur D. était agité, nous aurions peut-être pu lui donner quelque chose pour le calmer et réitérer quelques temps après...

### **3.17. 089. Zone de compétence et zone de décision lors d'un soin auprès d'un diabétique**

Service de néphrologie hospitalisation complète. J'étais de soir (13h30-21h), je prenais en charge madame G. 72 ans, hospitalisée pour insuffisance rénale aigue post examen (coronarographie). Madame G. est diabétique insulinodépendante, traitée par Lantus® 18 UI à 18h + protocole d'Actrapid® au moment des repas. Ce jour-là madame G. n'était pas au meilleur de sa forme, elle était restée couchée tout l'après-

midi et n'avait pas beaucoup parlé, alors qu'habituellement, elle se déplace et aime bien parler lorsque je passe dans sa chambre.

A 18h, je distribue les traitements et réalise une glycémie capillaire à madame G. afin de savoir si madame G. devait avoir de l'insuline rapide selon le protocole ou non. Je lui fais également son injection de Lantus®. Madame G. avait une glycémie à 2,01, je réalise donc une injection d'Actrapid® de 2 UI selon le protocole. Je termine la distribution des traitements et repasse dans la chambre de madame G. ne la trouvant toujours pas très bien...

Madame G. me dit alors qu'elle a envie de vomir, je lui donne donc un haricot. Madame G. a alors vomi le peu de ce qu'elle avait mangé de son repas... Du coup, elle avait eu insuline lente + insuline rapide et rien mangé. J'ai donc décidé d'attendre un petit quart d'heure et de refaire un contrôle de la glycémie pour voir si elle descend ou non. Madame G. au bout d'un quart d'heure étant descendu à 0.95, j'ai décidé d'aller voir les infirmières pour savoir s'il fallait que j'essaie de lui donner quelque chose d'autre à manger, si je prévenais le médecin...

Elles m'ont dit d'essayer de lui faire prendre pain + compote de pommes. Je suis donc retourné voir madame G., je lui ai expliqué qu'il fallait qu'elle essaie de manger au moins un peu des deux pour éviter une hypoglycémie. Madame G. me dit qu'elle n'est pas bien qu'elle n'a pas faim, j'essaie de négocier. Elle mange alors quelques cuillères de compote et un morceau du pain mais cela n'est pas passé et au bout de cinq minutes madame G. à tout revomi. Il s'était passé environ une demi-heure depuis la dernière glycémie, j'en reprends donc une (0.83g/l) et choisi d'appeler le médecin de garde pour qu'il soit au courant déjà et qu'il me dise ce qu'il voulait que je fasse : s'il préférerait juste surveiller ou lui passer une ampoule de G5% ou de G30%... Je lui expose toute la situation, la glycémie de départ ainsi que celle que je viens de reprendre, il me demande alors si madame G. a une voie d'abord et comme elle n'en avait pas si elle était piquable ou non, je lui réponds que je vais regarder et le rappeler. Finalement avant de raccrocher, il me dit d'essayer de lui faire boire une ampoule de G30% après lui avoir donné un Zophren® et de le rappeler si cela ne passe pas. Je raccroche, prend une ampoule de G30% et repart voir madame G. en chemin, je croise

les infirmières qui me demandent ce qu'il a dit donc je leur explique et je leur dis que j'ai quelques craintes car je ne suis pas sûr que madame G. qui n'est déjà pas bien et qui a vomi les aliments arrive à boire une ampoule de sucre concentré... elles me conseillent alors de le mettre dans un verre de jus d'orange, ce que j'ai fait. J'ai donc donné le Zophren® à madame G. puis je lui ai fait boire le verre en lui réexpliquant que son taux de sucre avait baissé et qu'il fallait qu'elle essaie de boire ce verre. Je lui ai conseillé de boire doucement afin de ne pas être écœurée. Madame G. l'a bu et ne l'a pas revomi. Je suis ensuite allé faire mes transmissions à l'équipe de nuit car il était 20 heures 45, je leur ai expliqué tout ce qui s'était passé et leur ai dit de passer peut être voir madame G. en premier voir si elle n'avait pas vomi et contrôler sa glycémie, aussi que le médecin était prévenu et qu'il fallait le rappeler si problème.

Dans cette situation, les points qui sont pour moi positifs sont : avoir fait le rapprochement entre l'injection d'insuline et le fait que madame G. n'avait pas mangé donc risque d'hypoglycémie, d'avoir pris l'initiative de contrôler régulièrement la glycémie pour surveiller et avoir des références pour le médecin, enfin avoir appelé le médecin lorsque j'ai considéré ne plus rien pouvoir faire de moi-même et avant que la situation ne s'aggrave.

En revanche, les points négatifs : j'aurais dû me douter que madame G. vu son état ne mangerait peut être pas et donc je n'aurais pas dû lui faire son injection d'Actrapid®. Mais est-ce que c'est possible de faire les insulines rapides après le repas car je me dis que nous devrions peut être contrôler les glycémies capillaires avant les repas comme c'est fait actuellement mais réaliser les insulines rapides en post prandiale et en évaluant ce que la personne à manger. A l'avenir, si un des patients diabétiques que je prends en charge n'est pas très bien, je pense que c'est ce que je ferais.

### **3.18. 090. Réanimation cardiaque sans efficacité. Interrogation sur l'efficacité du geste**

Je suis actuellement en cinquième semestre de formation en soins infirmiers. Je suis en stage en service dans un service de soins intensifs pour une période de dix semaines.

Ma situation se passe un lundi lors de ma cinquième semaine de stage. En effet, étant d'après-midi, j'arrive dans le service à 13 heures 30 pour les transmissions. Je viens seulement d'entrer dans le service lorsqu'une infirmière de matin m'interpelle rapidement en me demandant de venir rapidement dans la chambre d'un patient car ils sont en train de le réanimer. Je me dépêche donc d'arriver dans la chambre, et lorsque je rentre, je me retrouve en face de quatre infirmiers et deux médecins dont un qui massait le patient et un qui ventilait. Au milieu de tous les soignants, je me suis vraiment demandé ce qu'il fallait que je fasse, je n'ai pas osé prendre d'initiative car je n'osais pas interrompre le massage en demandant si je pouvais masser ou ventiler le patient.

Un infirmier me demande alors si je me sens capable de masser le patient, je réponds que oui, mets des gants et me retrouve à masser le patient pendant cinq minutes avant de passer le relais à un autre infirmier. Après vingt minutes de massage, le médecin interrompt celui-ci, car le patient ne réagissait pas aux massages et à la réanimation. Le patient est donc décédé.

Plusieurs choses m'ont surpris dans cette situation, tout d'abord, c'était pour moi la première fois que je pratiquais réellement un massage cardiaque. Je me suis interrogé sur l'efficacité de mon geste. Je me suis senti mal à l'aise car le patient n'a pas été réanimé, je me suis demandé si j'aurais pu faire mieux.

De plus, j'arrivais de weekend, je me suis senti vraiment pris de cours car je ne m'attendais pas à pratiquer un massage en arrivant.

En fin de journée, une infirmière et moi avons discuté de cette situation, je lui ai confié mon sentiment sur le soin, sur le fait que je ne savais pas si j'avais pratiqué

correctement le massage que je n'avais pratiqué jusqu'alors de massage que sur des mannequins lors de ma formation. Elle m'a donc rassuré sur le fait que j'avais pratiqué un massage efficace, que tout ce qui avait pu être fait, avait été fait mais que le patient était fragile est que les chances de réanimation était malheureusement faibles.

Cela m'a donc rassuré, cette situation m'a permis de prendre davantage confiance en moi lors de soins d'urgences tel que celui-ci.

### **3.19. 097. Un soin en service sans les précautions demandées dans le cadre de la bonne pratique**

Cette situation s'est passée sur mon lieu de stage, qui était un EHPAD au centre gériatrique. J'ai vu la pose d'un cathéter suivi d'une transfusion puis j'ai moi-même posé la deuxième poche de sang.

J'ai suivi l'infirmière dès le début, lors de la réception du sang avec toutes les formalités à remplir. Puis nous sommes allés dans la chambre de la patiente. Là l'infirmière a d'abord posé un cathéter à la patiente. Cependant, elle l'a fait sans gants, sans cycle Bétadine, ni biseptine, seulement avec de l'alcool ce qui m'a assez choqué sachant qu'un cathéter est une porte d'entrée pour les micro-organismes et que l'on peut être très facilement en contact avec du sang pour un tel acte. Ensuite nous avons rempli les papiers administratifs, avons fait le contrôle ultime pré-transfusionnel. L'infirmière m'a bien expliqué au fur et à mesure. Tout étant prêt, elle a installé la poche de sang et l'a reliée au cathéter toujours sans gants. Ensuite, elle m'a montré pour régler le dynamap avec une fréquence de prise de la pression artérielle et du pouls, les intervalles pour lesquels il devrait y avoir une alarme qui se déclencherait pour signaler un problème. Ensuite, nous sommes sortis de la chambre en nous mettant d'accord pour aller voir régulièrement dans la chambre la personne.

Environ 1 heure 30 plus tard, nous sommes retournés dans la chambre pour mettre la deuxième poche de sang et l'infirmière m'a dit qu'elle me laissait faire tout en restant à côté de moi. J'ai rempli les formulaires, fait le contrôle ultime pré-transfusionnel et mis la poche de sang. J'ai été assez surprise car la transfusion ne demandait pas tellement d'actes et de techniques mais plus de remplir des formulaires et tracer toutes

les informations et de voir que certains professionnels ne mettaient toujours pas de gants lors d'actes où l'exposition au sang était élevée.

J'ai eu un peu de difficulté dans les formulaires car c'était la première fois que je voyais une transfusion et j'aimerais revoir en globalité la transfusion à l'institut de formation afin de pouvoir faire une comparaison et pouvoir avoir le maximum d'information dessus ainsi que de connaître les bonnes pratiques.

Je me sens assez autonome sur l'ensemble de cette activité pour la réaliser seule mais après l'avoir étudiée en formation. J'ai été très heureuse de pouvoir y participer sachant qu'il n'y avait pas eu de transfusion dans le service depuis plusieurs années.

### **3.20. 098. Le soignant obligé de fouiller les affaires d'un patient s'en trouve culpabilisé**

Ce centre de soins de suite et de réadaptation en addictologie accueille des personnes présentant une addiction telle que l'alcool, les drogues, les médicaments...

Monsieur C. est au centre depuis deux semaines, il y est suivi car il est alcoolique. Il a 62 ans, mesure 1 mètre 71 et sa silhouette est très mince. J'ai accompagné à deux reprises ce patient à l'hôpital, une première fois afin qu'il effectue une biopsie et la seconde afin qu'il bénéficie d'un bilan d'extension. Les médecins suspectent un cancer.

Monsieur C. n'en parle pas. Il dit à tous les soignants du centre qu'il n'a rien. Il semble être dans le déni. Il y a maintenant trois jours monsieur C. s'est alcoolisé. Ce geste a causé son renvoi de la structure. Les consignes de la cure sont claires : si un patient s'alcoolise à deux reprises lors de son séjour, il est renvoyé.

Lors de sa deuxième alcoolisation, j'étais de service et c'est moi qui ai senti puis alerté les infirmiers. Après qu'il ait soufflé dans l'éthylotest, monsieur C. a nié avoir bu de l'alcool. Je l'ai accompagné dans sa chambre afin de récupérer toutes les bouteilles qu'il pouvait posséder. L'une d'elle était vide mais sentait le rhum. Jusqu'à son départ définitif le patient ne cessera de nier avoir bu de l'alcool.

Mon premier étonnement trouve sa source dans la culpabilité que j'ai pu ressentir en ne permettant pas à monsieur C. de poursuivre son projet de soins au sein de la post cure.

Le second s'appuie sur la crainte que j'ai ressentie lorsque j'ai accompagné le patient dans sa chambre. Je devais vérifier ses valises, lui faire ouvrir ses placards, puis réquisitionner ses bouteilles afin de vérifier leur contenu. Cette « chasse à l'alcool » m'a un peu décontenancée et j'avais la vive impression de « flicker » le patient. La position du soignant est ici délicate car je devais aussi gérer l'agressivité d'un patient alcoolisé à qui je suis en train de fouiller la chambre comme à un enfant qui aurait commis une faute.

J'ai parlé de tous ces ressentis aux infirmiers qui m'ont avoué avoir eux aussi déjà éprouvé ces sentiments. Ils m'ont narré certains épisodes de leur vie de soignants et je me suis aperçue que ces situations pourraient à nouveau se reproduire.

Le patient a lui-même décidé de ne pas continuer sa cure car il savait qu'en s'alcoolisant une deuxième fois, il y mettait fin. Mais je ne peux m'empêcher de penser que ce patient s'est peut être alcoolisé car il avait peur que les oncologues lui diagnostiquent un cancer. Dans cette structure, des infirmiers, des éducateurs mais aussi des psychologues sont à l'écoute des patients. Monsieur C. était informé et savait que tous ces professionnels étaient là pour répondre à ses interrogations. Certains soignants m'ont dit que le moment choisi par un patient pour effectuer une postcure peut ne pas être le bon mais que cela ne veut en aucun cas dire que ce même patient ne pourra pas s'en sortir à une autre période de sa vie.

Cette situation m'a appris des choses sur la limite du rôle des soignants et sur le refus de soins d'un patient à un moment donné. Le libre arbitre, le choix du patient, ces mots ont ici pris tous leurs sens.

## 4. Soin et distance

### 4.1. 013. Etudiant qui ment pour ne pas révéler un diagnostic péjoratif

C'était en Neurologie. L'action s'est déroulée dans la salle de soins ainsi que dans une chambre de patients.

Une patiente était rentrée dans notre service pour passer des examens en pensant qu'elle avait une sciatique ou quelque chose de tel car elle avait très mal au dos depuis longtemps mais les douleurs devenaient de plus en plus intenses. Ce matin-là, la patiente avait un examen à passer, un doppler. Un peu anxieuse avant de partir, l'infirmière avec qui j'étais rassura la dame qui pleurait. La patiente était déjà inquiète en vue des résultats de son examen. Elle avait peur que ses problèmes soient graves et qu'elle meure. Ne pouvant faire de pronostic, l'infirmière lui proposa un petit médicament afin de la relaxer et lui dit que nous verrions tout ça après les résultats, qu'il ne fallait pas s'inquiéter comme ça. La patiente partit vers les 9h. Aux environs de 13h les ambulanciers l'ont ramenée. Les ayant vu arriver je suis allé faire chauffer le plateau de la dame puis suis allée dans sa chambre afin de la réinstaller comme il faut et de lui servir son repas. Celle-ci n'avait pas très faim. J'ai essayé de la convaincre un petit peu mais sans réussite. Elle était toujours un peu anxieuse et là me demanda alors si nous avions des nouvelles du doppler. Je suis devenu alors gêné, et mon regard s'est dévié de ses yeux. Car oui nous avons eu les résultats et je les connaissais. Deux minutes auparavant je me trouvais dans la salle de soins ou l'interne venait de nous parler des résultats du doppler. Résultats pas vraiment bon... Il s'agissait de tumeurs osseuses au scanner lombaire et d'une masse médiastinale au scan TAP. Quand l'interne nous avait annoncé cela, nous avons tous été sans voix car cette patiente est âgée de 54 ans. C'est ainsi que dans la chambre je me suis trouvée dans une situation vraiment embarrassante. Mais je savais que ce n'était surtout pas à moi de lui annoncer, surtout que le compte rendu des résultats n'était pas encore fait. D'un ton très empathique, même voir trop, j'ai tout de même su lui répondre instinctivement que je ne savais pas, qu'il fallait sûrement attendre encore



un petit peu, que c'était trop tôt. Gênée et ayant peur de faire une bêtise, une gaffe, j'ai donc quitté la chambre de la patiente en la rassurant tout de même avant de partir. Je suis donc allée faire quelques transmissions aux infirmières sur ce qui venait de se passer et elles m'ont dit que j'avais bien répondu. Je leur ai quand même dit qu'il ne fallait pas tarder à lui annoncer la nouvelle car elle devenait très anxieuse et se doutait de quelque chose.

On ne m'avait jamais rien dit si une situation du genre arriverait. J'aurais pu instinctivement répondre à la patiente que oui nous avons les résultats et que je savais qu'ils n'étaient pas très bons ou même que quelqu'un allait bientôt passer lui dire. Je ne sais pas comment mais sur le coup la seule chose que j'ai su dire était que je ne savais rien, mais j'étais très gêné et mal à l'aise. Ma place d'étudiante m'a certainement aidé à mentir et le lui faire croire. Mais c'était très gênant.

Je ne suis pas une très bonne menteuse, je ne pense pas que la patiente m'a cru de A à Z mais les infirmières ensuite m'ont dit que j'avais bien répondu. Je n'étais pas vraiment bien après cette situation embarrassante car la patiente n'en pouvait plus d'attendre et mentir n'ai pas une chose que j'adore faire. Mais moi étant étudiante ce n'était surtout pas à moi à lui annoncer donc il est sûr que c'était sûrement la meilleure chose que je devais faire. Maintenant, je me demande vraiment si il fallait que je lui dise que je ne savais rien, c'est-à-dire lui mentir, ou lui dire que nous avons les résultats mais que ce n'était tout simplement pas à moi de lui annoncer. Dans ce cas-là je n'aurais pas menti et je me serais senti un peu moins coupable.

#### **4.2. 022. Distance thérapeutique en santé mentale. (Activité marche)**

Le 18 mai à 14 heures l'atelier thérapeutique du jour est une marche à pieds, qui a pour but de permettre aux patients une accoutumance à l'exercice physique, à son positionnement au sein du groupe à son orientation dans le temps et l'espace. Ainsi qui lui offre un cadre structuré qui le sécurise et lui permet la libre expression dans des limites respectables.

Le temps est ensoleillé et la marche est de vive allure. Deux infirmières et six patients sont présents. Cécile, qui est une jeune patiente, marche à mes côtés. La conversation s'installe. Nous abordons des banalités... Je constate que le groupe nous précède.

Je m'aperçois que je bavarde avec cette personne comme si deux amies se promenaient ! Je décide de réajuster mon attitude, parce que je suis présente en tant que future soignante et je dois respecter le cadre thérapeutique, ainsi que la distance thérapeutique. Je pense qu'il est souhaitable de me repositionner au sein du groupe. C'est-à-dire me rapprocher afin de préserver l'unité de groupe, mais aussi me permettre le détachement de cette proximité. Et ne pas laisser imaginer les patients d'un possible lien (affectif, amical,...) Je prétexte donc une course à pieds de quelques mètres pour que nous nous rapprochions des autres. Notre marche se poursuit les uns au côté des autres. Quand très vite, Cécile me rejoint. Je ne prête pas d'attention particulière à sa présence.

Progressivement celle-ci semble se rapprocher de moi, jusqu'à me toucher. Elle me pose des questions concernant la mode, dans quelle boutique j'achète mes vêtements....Je réponds avec parcimonie. Et je me demande si sa proximité qui devient proche ne m'incommode pas ? Je décide de ne pas réagir puisque je considère que rien n'est grave. Et que ma sécurité n'est pas engagée, de plus nous nous trouvons au sein du groupe qui fait l'unité. D'autres soignants sont à proximité. De plus, je suis peut-être dans une fausse interprétation. Peut-être n'est-ce qu'un hasard de mouvements ?

Mais au fur et à mesure des minutes, je constate que son bras frôle systématiquement le mien, bien que je me trouve maintenant sur la gauche de cette personne. A ce moment, je considère donc que le geste est intentionnel. Je me questionne sur le pourquoi de cette situation. Je me remémore le déroulement de la marche, afin de mettre en lien nos conversations, mon attitude mes paroles. Je prends conscience que Cécile est restée à mes côtés, bien que j'aie essayée de ne pas être dans l'exclusivité de notre communication. De plus, plusieurs constatations me viennent en tête : Cécile a traversé la chaussée en dernier des autres à plusieurs reprises, afin que je l'attende. (Nous étions les deux dernières) Cela était-il un prétexte ? Elle devait

relacer sa chaussure, boire à la fontaine publique .Etait-ce un test de sa part pour elle constate que je l'attende ? Et dans quel but ? Quelle satisfaction ?

De plus, son regard me balayait de la tête aux pieds. Est-ce parce que nous avons abordé la mode vestimentaire ? Je me sens peu à mon aise, non pas à cause de la proximité qui m'effleure le bras à chaque balancement, mais plutôt à l'interprétation que ce geste pourrait engendrer ? Ou signifier ? Pour elle ? Ou ce que cela signifie pour moi ? (souhait-elle une amie ? Recherche-t-elle de l'affection ? Est-ce que je lui fais penser à une autre personne ? A-t-elle une admiration ? Une projection ?) Je suis donc vigilante concernant son comportement, dans le verbal et dans son attitude. Je m'interpelle concernant sa pathologie ? Je ne sais peu de choses car cette jeune fille vie dans un centre et participe à 2 ateliers en demi-journées par semaine, au centre de jour. De plus elle tutoie facilement le personnel. Alors que la règle est le vouvoiement. (Ne se considère-t-elle pas comme sujet de soin ?)

Il semblerait qu'elle présente certains symptômes de la schizophrénie mais qui ne sont pas pertinents pour le diagnostic. Les personnes atteintes de schizophrénie présentent un rapport au corps de l'autre comme s'ils l'investissaient. C'est à travers son regard insistant que j'en ai fait le lien. Je sais que ma sécurité n'est pas compromise au sein du groupe, Cécile n'est pas violente. Mais cette situation m'interpelle. La fin de la journée approche c'est bien dérouler. Le lendemain j'interroge les infirmières afin de connaître d'avantage le comportement de cette personne, et aussi leur faire part de mon malaise.

J'apprends que cette jeune fille à des antécédents avec un éducateur, c'est-à-dire qu'elle a proféré des affabulations concernant cette personne. De plus, lorsque l'infirmière lui propose une activité lors des ateliers d'arts thérapie, Valérie, infirmière me dit que Cécile est systématique en demande, et lorsqu'elle obtient ce qu'elle souhaite, et dénigre ce choix et passe à autre chose. A ce moment-là je pense que cette jeune fille est dans le « teste » du personnel. De plus la cadre de l'unité m'informe que cette patiente à un regard insistant sur le personnel féminin. Donc je ne remets pas en cause la totalité relationnelle au cours de la promenade. De plus, je décide d'en référer à la psychologue de l'unité. Celle-ci me conseille de lui poser précisément la

question sur ce qu'elle attend de moi, si l'opportunité se présente. Et en effet ce jour arrive. Cécile de nouveau se colle à moi. Et là je lui demande ce qu'elle attend, ce qu'elle souhaite, que je m'occupe d'elle ? Celle-ci surprise, le teint écarlate, me répond qu'elle « m'aime bien ». Je lui réponds que moi aussi, et comme tous les autres patients du centre, afin de ne pas encourager de fausses idées. Depuis, Cécile est un peu moins invasive avec moi, de plus j'évite de me trouver seule avec cette personne, car je suis encore étudiante, et je connais peu le domaine du milieu psychiatrique.

### **4.3. 023. Peut-on faire un lien entre excès d'empathie et distance thérapeutique ?**

Cela faisait déjà 2 semaines que je m'occupais régulièrement de Mme R. Cette dame était l'archétype de la patiente idéale : une dame souriante, aimable, causante, volontaire. Comme tout le reste de l'équipe, mon empathie pour cette patiente frôlait l'affect, et bien que je m'en défendais intérieurement, il m'était difficile de le nier tant Mme R était attachante.

Mme R souffrait d'une anémie réfractaire qui fit chuter son taux d'hémoglobine à 6.3g/l, ce qui eût pour conséquence la prescription d'une transfusion de 2 culots globulaires prévue sur deux jours. Mme R avait déjà été transfusée par le passé mais cette nouvelle la déstabilisa fortement. Alors que je passais près de sa chambre, je la vus pleurant dans son fauteuil. Je frappai et vins auprès d'elle, lui demandant ce qu'il l'attristait. Elle me répondit qu'elle avait été transfusée 1 mois auparavant et qu'elle ne comprenait pas pourquoi il fallait recommencer. Elle ajouta que cela lui faisait peur et qu'elle s'en voulait de pleurer. Je m'assis auprès d'elle et lui dit qu'elle en avait le droit, j'écoutais ses craintes et tachai de la reconforter. Je lui conseillai de considérer cette transfusion comme une simple perfusion de médicaments qui lui permettait d'aller mieux. Je tachai de dédramatiser ce soin (alors que moi-même j'étais impressionnée, ayant appris les tenants et les aboutissants de ce soin le mois précédant en cours !), comme si j'en avais vu plein et comme si c'était une simple perfusion ! J'avoue que sur le moment, j'ai préféré donner le change, je voulais rassurer Mme R et en donnant l'impression d'être sûre de moi je me voulais rassurante pour elle...cela sembla

marcher, elle cessa de pleurer. Je lui dis que nous allions revenir rapidement pour lui poser une perfusion en prévision de la transfusion qui aurait lieu l'après-midi même.

Il était environ 12h15 quand l'infirmière roulante ; Myriam me demanda si je voulais poser la perfusion à Mme R. Bien sûr, je montrai beaucoup d'enthousiasme bien que peu sûre de moi intérieurement. Je précisai à l'infirmière que je n'avais fait ce geste qu'une seule fois et que j'aurais sans doute besoin de ses conseils. Je préparai le matériel pour la perfusion : cathéter rose, de quoi faire un cycle bétadiné, un set à désinfection, des gants stériles, 2 Tégaderms®, une poche de NaCl avec tubulure...Mathieu, un étudiant de 1ere année nous accompagnait dans la chambre pour regarder le soin. J'avoue qu'étant déjà peu sûre de moi, cela ne fit qu'ajouter à mon stress !

Lorsque nous arrivâmes tous trois dans la chambre de Mme R, celle-ci venait de finir son repas, je lui expliquais que comme convenu, nous venions lui poser une perfusion en vue de la transfusion prévue l'après-midi. Comme toujours, Mme R se montra aimable et m'engagea à faire « mon travail ».

Je m'installai en face d'elle, assise sur une chaise, cherchant à l'aide d'un garrot la veine la plus propice pour piquer. Myriam était à mes côtés, cette infirmière chaleureuse et douce avait pour moi une présence rassurante. Lorsque j'eus son aval, je commençai le soin comme on me l'avait appris. Je préparai tout le matériel dont j'avais besoin de façon logique et ordonnée, je me lavai les mains avec une solution hydro alcoolique après avoir tout déballé. Je mis le garrot à Mme R et me relavai les mains avant de mettre des gants stériles pour poser le cathéter. La veine que j'avais en vue était la veine radiale droite. Je me sentais un peu anxieuse mais ma concentration était telle que j'avais peu de temps pour y penser ! Je demandais à Mme R si tout allait bien, la rassurant pour me rassurer moi-même ! Après avoir vérifié que le mandrin coulissait bien, je transperçai la peau fine de Mme R, faisant avancer doucement le cathéter. Je m'assurai que Mme R ne souffre pas trop, elle disait que ce n'était pas agréable mais que ça allait. Myriam était à mes côtés, me disant que c'était bien, m'encourageant à continuer ainsi. Mathieu, au coin du lit de la patiente, regardait sans dire un mot. Je tachai d'être rapide pour ne pas faire patienter ma patiente. Je retirai le garrot avant

d'enlever l'aiguille du mandrin et ajuster rapidement la tubulure au cathéter mis en place. A ce moment, je me sentais fébrile, sans doute parce que je relâchais mon stress ?

Malheureusement, nous vîmes un petit hématome se former sous la peau de Mme R, au point de ponction. Myriam vérifia si nous avions bien un « retour » à la perfusion, c'était le cas. Elle me dit que j'étais bien dans la veine apparemment et qu'elle ne comprenait pas pourquoi cela saignait. Je me sentais mal, j'avais des sueurs et une lourdeur sur l'estomac. Je sentais qu'il fallait que je quitte la pièce un instant avant de me trouver mal ! J'étais partagée entre un sentiment de honte (de me sentir mal), je me disais que je devais tenir le coup, qu'il fallait que je reste auprès de Mme R mais je sentais intérieurement que je devais sortir au plus vite. Il me fallait prendre de l'air, comme après un plongeon en apnée où notre corps nous crie de remonter à la surface ! J'ai dit à Myriam qu'il fallait que je sorte, elle a dû me trouver pâle car m'a dit « oui, oui, vas-y, bien sûr ». J'ai traversé le couloir, suis allée dans la salle de bain, j'entendais les bourdonnements dans mes oreilles...Je me suis allongée à terre, j'ai levé mes jambes contre le mur et attendu que les symptômes disparaissent. Je respirai profondément et me relevai dès que je sentis les symptômes s'atténuer, je voulais rapidement retrouver mes esprits ! Je n'avais pas fini mon soin, ma place était dans la chambre, à terminer ce que j'avais commencé ! Je suis allé demander à une autre infirmière de venir voir si la perfusion que j'avais posée était bien en place, lui expliquant pour l'hématome...Lorsque celle-ci vît la veine de la patiente, elle nous dit que le cathéter était bien en place mais que la fragilité des veines de Mme R faisait que celles-ci étaient sans doute rendues poreuses. Elle nous conseilla de repiquer Mme R. Bien qu'elle m'assure que je n'y étais pour rien, je ne pouvais m'empêcher de me dire que je n'avais pas réussi et qu'il nous fallait recommencer ! Mme R, d'une gentillesse à toute épreuve, nous dit que ce n'était pas grave, qu'elle en avait vu d'autres...Myriam pris les choses en main, ce qui je l'avoue, me soulagea.

Je me suis questionnée sur les raisons qui ont causé mon malaise. J'en ai parlé avec ma tutrice qui m'a dit que j'étais sans doute en hypo glycémie et fatiguée à cette heure-là et que personne n'était infaillible. Je lui dis que je me sentais honteuse et que je

m'en voulais de ne pas avoir réussi à prendre sur moi, elle me dit que c'était idiot, que je ne devais pas me torturer, que cela pouvait arriver à tout le monde.

Je me suis demandé pourquoi la première fois que j'ai posé un cathéter je n'avais rien ressenti de tel. Le contexte était différent : le patient, que je ne connaissais pas, était en fin de vie, quasi inconscient (sans doute peu douloureux). Là, la patiente, pour laquelle j'avais beaucoup d'empathie, était consciente, en attente d'une transfusion etc... Je pense qu'un excès d'empathie peut nuire à mon travail. Je le savais déjà mais c'est la première fois que je le constate physiquement. Je dois apprendre à me protéger en mettant cette distance professionnelle dont j'ai souvent parlé avec mon formateur référent. Ce n'est pas si simple à faire, mais j'y travaille chaque jour. Je pense qu'avoir conscience de ses failles, c'est déjà une façon d'avancer...

#### **4.4. 026. Distance thérapeutique avec personne à retard mental**

Madame O Sandrine est actuellement hospitalisée dans la chambre 36 du le service des maladies infectieuses du Bocage. Elle est arrivée au CHU, elle a été admise en service des maladies infectieuses suite à une demande du SRAU pour suspicion de tuberculose. L'isolement Air a été immédiatement mis en place. (Port du masque obligatoire).

Mme O est née le 1 aout à Montpellier, elle est actuellement en couple avec son mari, ils vivent à Dijon dans une maison. Elle est sans emploi du fait de son épilepsie qui la rend handicapée à 80%, en compensation elle perçoit une pension mensuelle de l'AAH. Sa mutuelle la prend en charge à 100%. Madame O mesure 160 cm pour 36 kilos ce qui donne un IMC de 14,1 soit un état de maigreur important. La patiente se dit sportive et apprécie faire de la marche, elle aime aussi beaucoup s'occuper de son jardin où elle a d'ailleurs plusieurs arbres fruitiers et un potager. Au niveau de sa famille, il ne lui reste que sa mère, son père étant décédé quand elle était enfant, ses grands-parents sont tous décédés. Sa mère vit à Lyon et madame O a gardé un bon contact avec elle et va la voir régulièrement.

Elle est épileptique depuis son enfance mais sa mère est une ancienne infirmière de neurologie, elle était donc formée à pallier aux crises d'épilepsie de madame O. Au début de son hospitalisation, elle était très peureuse et se cachait sous les draps, et elle semblait effrayée dès qu'une personne entrait dans sa chambre, à présent elle s'est habituée au service et vit très bien son hospitalisation, elle s'en dit même très satisfaite.

La distance thérapeutique avec cette patiente souffrant d'un retard mental est problématique, en effet madame O est proche et familière avec les soignants ce qui peut altérer la qualité des soins.

Quand je dis proche et familière j'entends qu'elle utilise le tutoiement et des phrases du type: « salut mon pote, comment tu vas ma biche.. » Comment peut-on la recadrer malgré son retard mental qui peut l'empêcher de comprendre ou l'énerver ce qui provoquerait un risque de refus de soin ?

Sans distance thérapeutique, la qualité des soins régresse du fait qu'elle nous prend pour ses amis et se permet plus de chose, elle devient difficile à gérer et pense qu'elle peut partir quand elle le souhaite (même pendant les tours quotidiens où des soins doivent être réalisés auprès d'elle). Dans ce contexte les soignants sont face à plusieurs choix: Soit on accepte qu'elle soit proche de nous, en conservant notre distance thérapeutique de notre côté ce qui risque d'altérer la qualité des soins. Soit on la recadre en lui expliquant pourquoi il faut garder une certaine distance dans les soins; tout en sachant que l'on peut rencontrer des difficultés lié à son retard mental se manifestant par un risque de refus des soins ultérieurs. Soit on trouve la juste mesure en lui indiquant qu'il y a des règles à respecter à l'hôpital et qu'elle doit aussi pouvoir s'adapter à nos horaires tout en lui laissant une marge d'autonomie en lui indiquant les heures où nous aimerions la voir dans sa chambre pour réaliser les soins et en lui expliquant qu'elle peut sortir munie d'un masque. Actuellement nous utilisons la 3e hypothèse avec cette patiente.

Le psychologue pour qu'il lui explique l'intérêt de la distance thérapeutique et pourquoi les soignants lui demandent cela. Les médecins, infirmiers, aides-soignants et étudiants qui doivent la recadrer dès qu'elle est trop familière pour conserver la



distance thérapeutique.

Son mari peut aussi l'aider à comprendre et à canaliser son énervement quand il y en a. Rencontre avec l'équipe pour fixer une ligne de conduite commune pour que tout le monde fasse la même chose (pas de tutoiement), la recadrer d'être qu'elle est trop familière.

J'ai des difficultés pour recadrer la patiente en effet je ne veux pas me risquer à un refus des soins ce qui serait très gênant pour elle comme pour moi. Il faut parvenir à la recadrer en lui expliquant pourquoi afin qu'elle comprenne et l'assimile de façon claire. La distance thérapeutique côté soignant ne doit pas laisser place au tutoiement même si elle nous le demande, en effet le tutoiement est un privilège des proches du patient et les soignants ne peuvent pas remplacer ou se mettre à la place de la famille.

Il m'a fallu aussi bien comprendre la notion de distance thérapeutique, il ne s'agit pas de mettre de la distance avec le patient ou de se protéger mais de savoir qui l'on est et pourquoi on est là, concrètement on ne peut pas faire croire à une patiente qu'on est dans une relation d'amitié parce qu'on la tutoie et l'amalgame est souvent fait surtout lorsque la patiente souffre d'un retard mental. Cela ne peut qu'altérer la qualité du soin et peut aller jusqu'à blesser la patiente. En effet nous ne sommes présents qu'un certain nombre d'heures, après le travail on rentre chez nous et l'on n'y pense plus; cependant si on laisse s'installer un contexte d'amitié en oubliant de conserver une distance thérapeutique, la personne pense encore à nous et peut souffrir d'une absence prolongée par exemple. J'arrive à présent à recadrer la patiente pour conserver la notion de distance thérapeutique et je peux être autonome sur la réalisation de ses soins.

#### **4.5. 036. L'émotion dans une situation d'urgence ne permet pas de faire le geste approprié**

La mère d'une jeune fille a appelé les soignants car sa fille ne se sentait pas très bien, elle avait des maux de têtes et se sentait faible. Sa mère l'avait accompagnée à la douche. Lorsque que je suis arrivée, la jeune fille était assise sur une chaise à côté de la douche, le visage très pâle. J'ai ouvert la fenêtre et ensuite appelé un soignant pour

m'aider et m'épauler. Lorsque les deux soignants sont arrivés, je suis restée extérieure à la situation en expliquant ce qu'il s'était passé et ce que j'avais fait. L'infirmière a allongé la jeune fille sur le sol et lui a surélevé les jambes. Elle m'a ensuite expliqué la conduite à tenir dans cette situation. Ensuite, je me suis mise à l'écart, l'aide-soignant m'a réconforté et m'a rassuré concernant ma conduite en me disant que j'avais eu le bon réflexe de les appeler. Nous avons attendu quelques minutes, la jeune fille se sentait mieux et a pu être accompagnée à sa chambre.

Lorsque je suis arrivée et que j'ai constaté la situation, j'ai tout de suite pensé à allonger la patiente mais la douche était trop étroite et je ne voulais pas l'étendre sur le sol. Je ne savais pas quoi faire j'ai donc ouvert la fenêtre et voyant que la situation ne s'arrangeait pas, j'ai décidé d'appeler un soignant pour m'aider. Je m'en suis voulue de ne pas avoir réagi alors que j'avais les ressources pour le faire. Je me suis sentie impuissante du début à la fin, je ne savais comment faire alors j'ai délégué à un soignant car je ne me sentais pas capable d'assumer cette situation seule. J'ai tenté de mobiliser des ressources connues. Au moment où les deux soignants sont arrivés, je me suis sentie soulagée car l'infirmière a pris tout de suite le contrôle de la situation et j'ai constaté rapidement que la jeune fille allait mieux. Quand l'infirmière m'a expliqué ses gestes et la conduite à tenir dans ce cas, je m'en suis voulue car j'ai pensé à l'allonger et à lui surélever les jambes mais je n'ai pas osé car le cadre était différent, je n'ai pas osé l'allonger par terre, c'est pour ça que je me suis isolée une fois ses explications terminées. L'aide-soignant a eu des paroles rassurantes envers moi, m'a affirmé que les conditions étaient déstabilisantes, même pour un soignant, et m'a assuré que j'avais eu le bon réflexe de les prévenir. Cela m'a rassurée.

Aujourd'hui, avec plus de recul, j'ai été déstabilisée par les conditions matérielles de la situation, c'était la première fois que je me retrouvée dans ce genre de situation où il n'y a pas lit pour allonger la patiente, je me suis donc laisser déstabiliser. Au départ, je pense avoir paniqué un peu, je ne savais pas quoi faire. Puis j'ai repris mes esprits, j'ai agi et voyant que la situation ne s'arrangeait pas, j'ai mobilisé des connaissances acquises lors des journées de formation en gestes et soins d'urgence, j'ai donc appelé les soignants, appelé de l'aide. Ensuite, lorsque l'infirmière m'a expliqué ce qu'elle a fait et pourquoi, j'ai réalisé que c'était des choses que je savais, j'avais ces ressources

mais je n'ai pas su les mobiliser. Je pense que j'ai craqué et que je me suis mise à l'écart car j'ai pris peur voyant que la situation ne s'arrangeait pas, je me suis mise la pression car je voulais aider la patiente à se sentir mieux. Le petit entretien avec l'aide-soignant m'a permis de prendre du recul assez rapidement et de faire redescendre la pression mais surtout d'extirper les points positifs de la situation. En effet, je pense avoir réagi assez vite, j'ai donné l'alerte afin de déléguer à une personne plus compétente pour gérer cette situation. La jeune fille ne s'est pas évanouie, quelques minutes plus tard, elle allait déjà mieux.

Si je me retrouve dans une situation similaire d'urgence, j'essaierai de mobiliser les connaissances acquises, de ne pas me laisser déstabiliser par le contexte, et j'appellerai d'autres personnes pour m'aider comme j'ai pu le faire ici. Je tenterai de me faire davantage confiance concernant la conduite à tenir.

Pour terminer, je dirai que l'écart entre la théorie et la pratique m'a effrayé, car en théorie on ne considère pas les émotions et le ressenti du soignant. Alors qu'en pratique elles sont bien là, et il faut les gérer, en plus de la situation et des différents acteurs. La prochaine fois, j'essaierai de mieux gérer les émotions et de ne pas laisser mon ressenti prendre le dessus afin de mobiliser des connaissances appropriées.

#### **4.6. 042. Une PA remercie l'IDE et se met à pleurer à l'annonce de son départ**

Mon 1er stage s'est déroulé en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes à Dijon. C'est un lieu de vie où 98 résidents vivent ensemble. Cet établissement se compose de 4 étages, allant du plus « lourd » au moins « lourd ». L'équipe est composée d'agents de service hospitaliers, d'aides-soignants de jour et de nuit ainsi que d'infirmiers.

Cette de pratique va être axée sur un geste technique que j'ai été amenée à effectuer durant au moins 2 semaines. Il était en effet question de changer régulièrement le pansement complexe d'un résident, Monsieur C., 90 ans, présentant un ulcère à la jambe gauche. Il souffre d'un germe très résistant, lequel rend la cicatrisation très difficile. J'ai donc pu appliquer les précautions d'hygiène qui nous ont été inculquées

à l'IFSI avant notre stage, mais pas seulement. J'ai pu comprendre le déroulement d'une réfection de pansement, ainsi que sa mise en place, c'est donc tout naturellement que j'ai pu pratiquer ce geste, après une démonstration préalable de ma tutrice infirmière. Ce geste devait être effectué tous les jours, pour une hygiène optimale.

J'ai donc appris à organiser le soin, à utiliser le matériel nécessaire et à prendre mes précautions. Cette « blessure » étant douloureuse, il était parfois compliqué de faire accepter à Monsieur C. cette réfection. Au début, cela s'est avéré assez difficile du fait des odeurs émanant de la blessure mais aussi des liquides (sang, pus...) coulant de la plaie, mais je m'y suis vite habituée.

La veille de mon départ, je devais changer le pansement de celui-ci, or, il était relativement réticent. J'ai tout de même essayé de le convaincre, en lui promettant de faire de mon mieux, d'essayer de lui faire le moins de mal possible en pratiquant le geste avec minutie et en prenant mon temps. Il a finalement fini par accepter. J'ai donc exécuté le début de la réfection tout en prêtant attention aux réactions de Monsieur C. A ma grande surprise, celui-ci s'est montré ravi et m'a remercié comme il ne l'avait jamais fait et m'a fait de nombreux compliments. Il s'est mis à pleurer lorsque je lui ai fait part de mon proche départ.

Cette marque d'affection, ces compliments, ces quelques larmes m'ont profondément touchée. Je ne m'y attendais pas vraiment, même s'il était la plupart du temps affectueux avec moi, sauf lorsque son humeur n'était pas au beau fixe. Ces larmes n'ont fait qu'accentuer mon envie de devenir infirmière.

Cette expérience m'a donc fait comprendre qu'il est très important lors de chaque soin de prendre en compte le ressenti du patient, ainsi que son acceptation de la douleur. Le fait de l'avoir écouté, rassuré et de lui avoir fait comprendre que je ferais de mon mieux l'a quelque peu mis en confiance. Et la réussite, pourtant incertaine, de mon soin a ravi ce patient qui accordait beaucoup d'importance à la douleur ressentie à cause d'un changement fréquent de pansement, pourtant essentiel. Les larmes de ce résident m'ont également ému, cette situation m'a permis de contrôler mes émotions

et d'apprendre à réagir face à tant d'affection. J'ai donc vite compris qu'il faut être proche du patient sans pour autant trop s'y attacher, ce qui pourrait nous faire beaucoup de mal, ainsi qu'à ce dernier d'ailleurs.

Il faudra donc que je persévère dans cet apprentissage du contrôle de mes émotions, car cette situation reste relativement « simple » à gérer par rapport à d'autres situations auxquelles j'aurais à faire face durant mes prochaines années d'études ainsi que ma vie professionnelle future. Ce stage aura donc été très bénéfique pour moi, tant au niveau technique car j'ai été amenée à effectuer beaucoup de gestes divers et variés qu'au niveau émotionnel. J'ai rencontré des personnes formidables, du côté de l'équipe ainsi que du côté des résidents.

Ces deux analyses de pratiques m'auront permis de mettre des mots sur, des gestes, des paroles sur un vécu de stage.

#### **4.7. 046. Le positionnement du stagiaire en service**

Pour cette analyse j'ai choisi de m'intéresser à ma place en tant que du stagiaire au sein d'un service hospitalier, le stage se déroulant sur deux périodes, la première de 6 semaines (fin février/ mi-avril) et la seconde de 4 semaines en juin, service de cardiologie.

Le 25 février, j'allais pour la première être stagiaire au sein d'un service hospitalier, étant en première année de formation. La première étape a été de prendre contact afin de m'informer des horaires et des modalités. Lors de mon premier appel, mon nom n'apparaissait pas sur le planning, la cadre de santé étant absente, la personne me demande de rappeler le lendemain. Je suis alors en contact avec l'infirmière référente des stagiaires qui me dit à nouveau ne pas être au courant de ma venue, et après quelques minutes, trouve un courrier de l'IFSI. Se pose alors la question de savoir qui va être ma référente, 4 stagiaires étant déjà présents.

Dès mon arrivée dans le service, je me suis sentie mal à l'aise, avec le sentiment de ne pas être attendue et de représenter une charge supplémentaire de travail. Je ne

connaissais pas l'organisation ni les personnes et ma première impression a été de ne pas être « la bienvenue ».

Par ailleurs, avant le stage, ayant à l'esprit la complexité des pathologies cardiaques, j'avais effectué un travail de recherche afin de me sentir un peu plus à l'aise. Mais ces recherches n'étaient pas suffisantes car le vocabulaire médical, les abréviations utilisées m'étaient inconnus de même que tout le côté administratif de la prise en charge des patients, nouvelles sources de difficulté pour moi.

D'autre part, j'avais pu observer au cours de mon stage de premier semestre, plusieurs étapes dans l'acquisition de gestes professionnels : les explications, la démonstration pratique et ensuite la mise en œuvre des gestes en étant guidée sous le contrôle de l'infirmière. Dans ce service, la charge de travail et le manque de temps ne permettent pas toujours aux infirmières d'être disponibles et de respecter ses étapes. La première période a été surtout une phase d'observation et de soins relationnels, avec néanmoins l'application de gestes techniques précédemment appris. Ce n'est que sur la 2ème période de mon stage que j'ai réellement mis en pratique des nouveaux gestes (préparation perfusion, Calciparine®, PSE..).

Ce stage que j'appréhendais avec une certaine angoisse mais aussi impatience représentait pour moi la possibilité de découvrir un contexte réel de travail au sein du service de cardiologie. Mais devant tant de nouveautés je me suis rapidement sentie en difficulté et je me suis mise en retrait pour ne pas « déranger », d'autant plus que ma référente me rappelait régulièrement qu'elle devait se concentrer sur son travail et que pour moi, relever les prescriptions médicales n'était pas n'était pas intéressant. A ce moment-là, j'ai eu beaucoup de mal à me positionner et à trouver une place dans l'équipe.

Malgré tout, j'ai appris beaucoup sur les pathologies, les traitements, et j'ai rapidement été autonome pour les ECG, les prélèvements veineux et les soins de confort et de bien-être.

Au niveau relationnel, très vite je me suis rendu compte que pour le personnel soignant je gardais un statut de stagiaire alors pour les patients j'étais « infirmière du service ».

J'ai eu du mal à me situer parmi les professionnels de santé mais c'est avec beaucoup de plaisir que j'ai passé du temps avec certains patients, à parler, à les rassurer, en étant disponible.

Le manque de communication au début du stage a contribué à maintenir un certain malentendu, je pensais que l'infirmière ne voulait pas être dérangée, elle a cru que je manquais de motivation. Le concept d'autonomie est aussi présent, il concerne ici au stagiaire qui est capable de faire seul, des gestes appris et contrôlés mais aussi des actes qui permettent d'aider le personnel soignant.

La relation avec le patient a pour moi une grande importance. Le soin relationnel fait partie du métier d'infirmier, la surcharge de travail et le manque de temps conduisent certains professionnels à le laisser au second plan.

Le stage a été profitable avec l'acquisition de nouvelles connaissances pratiques et théoriques et une approche de mon positionnement en tant que future professionnelle : connaître les gestes techniques (traitements et surveillances) et être proche des patients en ne négligeant pas le relationnel.

J'aborderai plus sereinement mon prochain stage, j'ai bien compris qu'il était important de communiquer sur son niveau d'expérience, sa motivation, ne pas hésiter à faire part de ses propres attentes, de ses appréhensions.

#### **4.8. 049. Vigilance et réactivité : les qualités de l'infirmier ?**

Je suis actuellement en troisième année de formation en soins infirmiers à Dijon. J'effectue mon stage de sixième semestre en service d'urologie. Lors de ma troisième semaine de stage, que j'ai effectuée en poste de nuit. Une situation a retenu mon attention

En effet, lors de mon poste de nuit, une sonnette d'une chambre nous prévient qu'une personne nous appelle. Je vais donc dans la chambre, et je vois donc la patiente qui semble être très mal, elle me dit qu'elle a du mal à respirer et que son thorax semble la comprimer.

Face à cette situation je préviens donc rapidement l'infirmier. Celui-ci appelle donc l'interne de garde pour qu'il vienne examiner la patiente.

La patiente est une femme de soixante-cinq ans, présentant des antécédents de tabagisme sevré il y a deux ans, une obésité et une hypertension artérielle traitée par bêtabloquant. Cette situation peut laisser à penser qu'elle présente alors un problème cardiaque.

J'ai donc pris la responsabilité d'anticiper les actions de l'infirmier qui appelait l'interne, en prenant tout d'abord ses constantes qui était normal, mise à part une légère tachycardie du son agitation. J'ai ensuite effectué un électro cardiogramme, pour dépister un éventuel trouble de la conductivité ou du rythme cardiaque.

Par la suite, j'ai effectué, avec l'aval de l'interne, un bilan sanguin, pour détecter une hausse du taux de troponine témoignant d'une souffrance cardiaque. Tous les examens se sont avérés négatifs quant à la survenue d'un problème cardiaque. L'interne a donc diagnostiqué une crise d'angoisse.

Une fois « l'urgence » passée, j'ai réfléchi à la situation qui venait de se produire. Je pense avoir bien réagi face à cette situation. Je constate que mon stage précédent en service de cardiologie soins intensifs a été bénéfique puisqu'il m'a permis d'agir, rapidement et efficacement.

Je constate aussi que l'infirmier se doit d'être toujours vigilant et très réactif. Surtout la nuit, car mise à part l'aide-soignant et l'interne qui n'est pas toujours sur les lieux sur l'instant, l'équipe de nuit peut rapidement se retrouver démunie face à certaines situations urgentes.

#### **4.9. 055. Le tutoiement d'une patiente révèle la distance thérapeutique, la posture**

J'ai effectué ce stage en service de chirurgie ambulatoire.

Durant ce stage, j'ai pris en charge Mme L, 56 ans, entrant pour une coloscopie. Ayant souffert d'un cancer du sein dans le passé, cette patiente était très anxieuse quant à



son examen et à ce qu'il pourrait révéler et me confia être « cancéropathe ». Malgré son anxiété, elle restait souriante et la discussion semblait l'apaiser.

Lors de son retour du bloc opératoire, je retrouvais Mme L en larmes et très agitée, me disant être persuadée d'avoir un cancer du côlon et être très angoissée. Je l'ai laissée s'exprimer et j'ai tenté de la rassurer en lui expliquant que les résultats n'étaient pas encore connus et qu'elle n'avait aucune raison de s'inquiéter pour le moment. Je lui ai également expliqué que le médecin passerait la voir dans sa chambre et qu'elle aurait plus d'informations à ce moment-là. Après cela, je suis passée très régulièrement dans sa chambre afin d'évaluer son état moral et de ne pas la laisser seule car sa famille venait seulement pour la chercher.

Lors de mon troisième passage dans sa chambre, la patiente était plus détendue car le médecin était passé et lui avait indiqué qu'il n'avait trouvé aucune lésion cancéreuse. Mme L. m'a remerciée de l'avoir rassurée : elle m'a tutoyée puis s'est tout de suite reprise.

Ce que j'ai ressenti durant cette situation, je me suis sentie impuissante face à la détresse de cette patiente : en effet, mes tentatives pour la rassurer m'ont semblées peu abouties car je n'avais aucune information concrète à lui fournir. Je ne pouvais pas lui dire clairement qu'il n'y avait pas de problème, j'étais donc très mal à l'aise face à ses larmes et à son inquiétude. J'ai pris sur moi pour rester professionnelle et réaliser sa prise en charge dans les meilleures conditions mais j'ai été touchée par sa situation. De plus, la patiente m'avait confié être « cancéropathe » lors de son arrivée, j'aurais donc pu anticiper ce type de réaction, j'ai cependant été surprise par le terme choisi et je n'ai pas cherché à en savoir d'avantage.

Son tutoiement à la fin de la prise en charge m'a beaucoup posé question malgré le fait qu'elle se soit tout de suite reprise. Cela peut s'expliquer par notre différence d'âge importante et par le contexte de soulagement après la visite du médecin. Cependant, cela m'a permis de me remettre en question par rapport à ma distance professionnelle et de me questionner sur mon attitude durant sa prise en charge. Peut-être ai-je été trop proche d'elle dans mes tentatives pour la rassurer sans m'en rendre compte. Le

vouvoiement me semble pourtant essentiel dans la distance thérapeutique, c'est une marque de respect et il permet d'éviter la proximité et de freiner son implication dans la relation soignant-soigné.

Ce que j'aurais pu faire pour améliorer la situation : Dans un premier temps, j'aurais pu effectuer un recueil de données plus poussé lorsqu'elle m'a dit être « cancéropathe » afin de pouvoir mieux la prendre en charge et d'anticiper ce type de réaction. J'aurais également pu questionner mes collègues afin de savoir si elles avaient déjà vécu ce type de situation et comment elles avaient réagi, J'aurais éventuellement pu appeler la famille de Mme L pour voir si elle pouvait venir plus tôt afin qu'elle ne reste pas seule dans l'attente des résultats.

Malgré ces pistes d'amélioration, je pense avoir bien réagi lors de cette situation puisque la patiente a exprimé avoir été rassurée et m'a remerciée.

Ce que j'ai mobilisé comme connaissances : La relation soignant/soigné, l'empathie, l'écoute, UE 4.2 : soins relationnels : adaptation de la relation à la situation, principe de base sur la communication, les réactions comportementales et leurs manifestations, UE 1.1 : Psychologie, sociologie, anthropologie : distance et proximité thérapeutique, UE 2.6 : Processus psychopathologiques : la prise en charge des troubles anxieux.

Ce que je peux transférer dans une autre situation : L'écoute me semble être l'attitude la plus adaptée pour répondre à la prise en charge d'un patient anxieux. Être présent pour la personne, aller la voir régulièrement peut également permettre d'instaurer une relation de confiance afin d'encourager la personne et de lui permettre de se confier.

#### **4.10. 060. Un traitement pour accompagner la fin de vie - continuité des soins comme « si de rien n'était »**

Durant les divers stages que j'ai pu faire jusqu'à maintenant, je n'avais encore jamais été confrontée à la mort de façon directe. Disons, j'ai connu des patients qui sont morts mais à chaque fois j' « échappais » à cela. Je me suis toujours dit que j'avais de la chance et au fond je ne me sentais pas prête à me confronter à la mort même si je

savais que c'était une part de notre travail et que j'y serais un jour confrontée, je n'aurais su comment réagir. Depuis le début de mon stage en médecine, je trouve que j'ai beaucoup changée. De nombreux décès ont eu lieu sur mes plages de présence en stage ce qui n'avait jamais été le cas avant et je me suis donc dit qu'un jour ou l'autre forcément j'allais me retrouver en face d'une personne morte. J'ai donc décidé que cela serait mon dernier objectif de stage, prendre en charge une personne en fin de vie. Je vais maintenant exposer deux situations que j'ai vécues ces deux dernières semaines qui m'ont aidée.

Mr L déclaré soins palliatifs est mis sous PCA de morphine et PSE d'Hypnovel® en accord avec la famille et suite à la demande du patient qui veut en finir, qui n'en peut plus... cela est donc mis en place PCA de morphine à 1mg/h + bolus de 1mg/20 min, Hypnovel® à 1mg/h. le patient est agité, douloureux... la famille revoit le médecin et demande que l'on fasse quelque chose. Le médecin nous prescrit d'augmenter la morphine à 2mg/h et 2mg/ bolus et le PSE d'Hypnovel® à 2mg/h, ce qui est fait en début d'après-midi par l'IDE de J. lors de notre tour de perfusions de 14h avec l'IDE, nous entrons dans la chambre poser les perfusions de Mr L., sa femme me dit « on a vu le médecin, on attend mon fils puis on augmente la dose ». Sur le coup je n'ai pas réagi je me suis dit que peut être la dose était augmentée plus tard, je ne savais pas. Et plus tard dans l'après-midi, j'entends une des filles qui était aussi très présente, qui s'énervait au téléphone en disant « oui ça fait deux heures que mon frère est là, y'a toujours rien de fait !!! » Et c'est là que je réagis en me disant ils ont mal compris ce que le médecin a dit, ils croient qu'on va le tuer. J'en parle alors avec l'infirmière et au tour du soir, suite à ce que je lui ai dit, elle réexplique que « tout ce qui est mis en place ne le tiendras pas en vie plus longtemps, que les perfusions restantes (un antibiotique et un Perfalgan®) sont en prévention de fièvre courantes chez ce monsieur qui pourrait le rendre douloureux et mal, que soins de confort ne veux pas dire rien faire mais faire pour que le patient parte dans les meilleures conditions possibles ». Mais qu'en aucun cas nous ne pouvons accélérer volontairement le processus (même si on aide un peu avec la morphine et l'Hypnovel®). La famille nous a remerciés d'avoir pris le temps de leur expliquer. J'ai vu ici toute l'importance de reprendre avec la famille ce que le médecin a dit car cela peut être mal interprété. De plus, dans la prise en charge d'un

patient en fin de vie, la prise en charge de la famille compte je pense autant que la prise en charge du patient lui-même. Mais cela peut être compliqué dans le sens ou finalement, on serait presque plus tenté de prendre en charge la famille qui communique que le patient qui ne s'exprime plus. En tout cas c'est ce que j'ai ressenti. Surtout que l'IDE avec qui j'étais continuait de parler au patient comme si tout allait bien, à lui parler de la pluie et du beau temps, à plaisanter... Cela m'a choquée, je n'arrive pas à expliquer pourquoi mais pour l'avoir également vu, je préfère essayer d'être le moins dérangeante possible, de laisser les gens tranquilles, de parler doucement, d'être discrète... Mais je ne juge pas, c'est peut être une tentative d'évitement de ma part, comme faire semblant que tout est normal (c'est ce que j'ai ressenti en voyant l'IDE parler au patient comme s'il n'était pas en train de mourir) peut être un moyen de défense.

#### **4.11. 062. Ce que la routine nous dit de la considération de la personne soignée**

Je suis en stage dans le service de Médecine (médecine interne + oncologie), service dans lequel l'équipe infirmière choisit de me permettre de prendre mes patients en charge je fais tout de A à Z mais en même temps je sais qu'elles sont là si besoin, ce qui permet d'apprendre et de travailler dans un climat rassurant et de confiance... Cependant, dans ce service il semble y avoir un réel problème avec les AS qui font un peu comme ils veulent, qui n'accepte pas les ordres des IDE. Alors arriver en tant qu'EIDE au milieu et se permettre alors qu'on est « en dessous d'eux » de leur demander des choses (Compétence 10 : collaboration IDE/AS : déléguer des actes et contrôler) au secours ! C'est pourquoi lorsque j'ai eu le malheur de demander à une des AS d'aller voir une dame qui partait voir si ses affaires étaient prêtes, elle s'est empressée de me dire « tu peux pas y aller ! » et d'aller raler vers ses collègues. Bref je suis passé outre et n'est pas cédé, je lui ai dit que non j'avais des pansements, un bilan sanguin bref pas le temps. Un autre matin, j'étais en horaire J1 (7h-15h) avec Coralie l'infirmière de J1. Quand nous sommes de journée comme c'est le cas ici, nous n'avons pas de secteur d'attribué mais nous aidons les deux infirmières de secteurs. Après avoir fait les prises de sang, aidé les filles à faire le tour de Tension artérielle du matin, je me lance dans une toilette puisque nous n'avons plus d'actes ou d'entrées

programmées pour le moment. J'étais en train de terminer la toilette de la dame (j'avais au préalable vu avec les AS pour savoir qui je leur faisais) dont je m'occupais, j'allais pour la lever. Là une aide-soignante arrive (une qui fait 8h-12h 2 fois dans la semaine), ne se présente pas alors que je ne connaissais même pas son nom et me dit « alors moi je suis chiante donc tu n'as pas ton chariot si c'était ta MSP tu aurais zéro et puis le lit faut le faire en même temps (la dame allait au fauteuil) ». Un, je me suis retenue de lui dire que je ne passais pas de MSP, que j'étais déjà bien gentille de lui faire une toilette pendant ma censée pause pendant qu'elle et les autres AS prenaient bien  $\frac{3}{4}$  d'heure de pose mais bref je n'ai rien dit, j'ai hoché la tête en disant oui oui oui j'ai terminé avec la dame en faisant abstraction de l'AS qui commençait la toilette d'à côté (qui n'avais donc visiblement pas communiqué avec ses collègues puisque je leur avais dit que je m'occupais des deux dames de la chambre mais bref du coup je l'ai laissé faire.) et je suis partie. 20 minutes plus tard elle sort de la chambre et me dit « au fait ta présence, il faut te positionner avec la présence aide-soignante pas infirmière car s'il y a une urgence et que les médecins cherchent quelqu'un si y a plusieurs étudiants qu'ils font toutes les chambres ça va pas ... » ah bon c'est nouveau, 7 semaines que je suis là, 7 semaines que je me positionne avec la présence IDE personne ne m'a jamais rien dit mais pourquoi pas. Un peu contrariée quand même par les divers reproches de madame, je vais voir Nadège l'IDE tutrice des étudiants qui m'avait dit au début de mon stage de lui dire si quelque chose n'allait pas. Je lui répète ce que m'a dit l'AS. Je lui explique que je ne comprends pas son histoire d'urgence puisqu'il faut que nous validions les soins d'urgence, que nous sommes formés et censés pouvoir réagir en cas d'urgence. Je ne comprends donc pas quel est le souci puisqu'après toute première personne doit pouvoir réagir qu'elle soit IDE, AS, ASH, médecin ou étudiante puisque tout le monde est formé aux soins d'urgence. Nadège me dit de laisser tomber jusqu'à ce que quelques jours plus tard il se passe exactement la même chose. Elle est alors allez voir l'AS lui a demandé d'où sortait cette règle, qui lui a répondu «ça a toujours été comme ça, toutes les AS le disent. » bref j'ai laissé tomber car les autres n'ont jamais rien dit. Je continue de mettre ma présence infirmière et puis après tout c'est déjà bien que je me positionne.

Cette place est compliquée, d'un côté, je dois me débrouiller seule, faire tout comme si j'étais professionnelle mais en même temps, je trouve ça très compliqué de donner des ordres même s'ils sont gentiment demandés, à des personnes diplômées, plus âgées... Comment réagir face à la situation de la présence : j'aurais peut-être dû lui dire ce que j'ai dit à Nadège, que je me sentais capable de gérer une urgence si un médecin m'appelait, mais je ne suis pas sûre que j'aurais eu raison et c'est un peu prétentieux de dire ça je trouve. Même si effectivement j'ai eu l'occasion de situations d'urgence au cours desquelles j'ai bien réagi. Maintenant je pense avoir bien réagi en laissant tomber car avec tout ce que j'aurais à reprocher aux AS pendant ce stage (du style répondre à une dame continence qui demande le bassin, « vous avez une protection faite dedans parce que c'est l'heure du café ».) j'aurais pu devenir méchante. J'ai hâte d'avoir terminé ma scolarité pour ne plus être l'étudiante en fin de troisième année presque infirmière mais l'infirmière tout court. Même si je pense que le statut de jeune diplômée apporte son lot de réjouissances aussi.

#### **4.12. 068. Sentiment d'incompétence ressenti suite à un reproche devant le patient**

Lors de mon stage au sein d'un Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) j'ai pu bénéficier d'un parcours de stage et aller dans un service d'Hospitalisation à Domicile (HAD) durant quelques jours. Cette situation se passe le 3ème jour où je m'y trouvais, nous étions chez un patient atteint d'une sclérose latérale amyotrophique qui était porteur d'une gastrostomie. Nous avons commencé les soins d'hygiène et voyant que le pansement de gastrostomie était sale, l'infirmière me propose de le refaire tout en sachant que je lui avais dit précédemment que je n'en avais jamais fait mais que j'en avais vu réalisé plusieurs fois. Je commence alors, m'installe comme je peux car c'est une pièce assez petite et que le lit, les divers appareils médicaux prennent beaucoup de place et que sur l'adaptable il n'y a déjà plus de place. J'installe donc mon set à pansement sur le lit à côté du patient et commence. J'étais en train de nettoyer autour de la gastrostomie quand l'infirmière s'approche, regarde et me dit de bien faire attention et d'y aller doucement qu'il ne reste qu'un fil qui tient le bouchon. Elle pose alors sa main sur le matelas qui est un matelas à air ce qui fait tomber le set à pansement au sol. J'ai donc été un peu perturbé mais elle m'en a ramené un autre et

j'ai continué mon soin. Je faisais un tampon quand j'ai vu le bouchon tomber. J'ai alors commencé à m'inquiéter, je demande à l'infirmière si c'est grave, ce que je dois faire, ce à quoi elle me répond que non je peux continuer à faire le pansement ce que je fais alors. Quelques minutes plus tard, le patient nous interpelle et nous demande s'il est normal que la sonde de gastrostomie rentre et sort. L'infirmière décide alors d'appeler l'infirmière coordonnatrice pour se renseigner ne sachant pas quoi faire. Après quelques minutes, elle raccroche et informe le patient qu'il faut qu'il voit son médecin afin qu'il lui fasse un point, me regarde et me demande si je souhaite qu'elle fasse le pansement d'un ton qui voulait dire que je devais la laisser finir en me tendant les mains Je lui ai donc donné la pince que je tenais et lui a laissé la place. Pendant qu'elle effectuait la réfection du pansement l'infirmière me lance alors devant le patient « mais tu ne sais pas faire les pansements de gastrostomie ? » d'un ton rempli de reproche. Je lui ai alors répété que non comme je l'avais fait un peu plus tôt. Assez déstabilisée par ce qui venait de se passer et la réaction de l'infirmière et me sentant coupable je me suis mise en retrait jusqu'à la fin des divers soins que l'on devait faire à ce monsieur.

Dès le début du soin j'avais peu confiance en moi étant donné que c'était la première fois que je réalisais un pansement de gastrostomie et les divers événements n'ont fait que plus me déstabiliser. J'ai trouvé que l'attitude de l'infirmière qui m'encadrait était inappropriée, elle pouvait me faire des reproches sur le soin mais pas forcément devant le patient et de cette manière. De plus, elle était diplômée depuis moins d'un an et elle avait donc bénéficié du nouveau programme avec des cours sur l'encadrement des pairs et des étudiants.

A ce jour, je me sentrais assez autonome sur ce pansement qui en lui-même n'est pas un pansement complexe mais j'aurai un peu d'appréhension avant de le réaliser lié à cette situation.

#### **4.13. 075. Une personne âgée est sereine face à la mort ce qui questionne le soignant sur son rapport à la mort**

Selon Victor HUGO, « tout ce qui est mort comme fait, est vivant comme enseignement ». Selon moi cette analyse de pratique ne pouvait pas commencer autrement.

Tout d'abord il est nécessaire de situer le contexte. Le centre gériatrique de convalescence est un établissement de soins pouvant accueillir près d'une centaine de personnes à pathologie diverses et variées, pour la plupart d'entre elles, fait suite à une hospitalisation afin de retrouver une certaine autonomie ou indépendance, ainsi il n'est pas rare de trouver dans ce lieu des patients suivis pour des cancers.

Pour cette analyse de la pratique j'ai décidé de parler et de réfléchir sur une discussion que j'ai eue avec un patient ainsi que les suites de cet échange. Monsieur G. est un homme âgé de 57 ans souffrant d'un cancer avec métastases osseuses. Durant mes six premières semaines de stage j'ai eu la possibilité d'étudier les dossiers des patients ainsi que de réaliser des démarches de soins que nous avons appris à faire lors de la formation en soins infirmiers, pour cela j'ai à de nombreuses reprises passé des moments avec ce monsieur afin de faire le recueil de données de celui-ci. La toilette, la prise des constantes ou encore les tours de médicaments m'ont permis de connaître des éléments de la vie de monsieur G. qui sortent du cadre médical. Cet homme est marié, deux enfants (une fille de 21 ans et une autre de 14 ans), il vivait avec sa famille à Dijon.

Lors d'un tour de médicament en fin d'après-midi, j'ai pu donner à monsieur G. ses traitements du soir ainsi lorsque je suis rentré dans sa chambre je me suis retrouvé face à sa femme et à sa plus grande des filles. Plus tard lorsque je lui ai apporté son repas qu'il prenait en chambre il m'a confié que la visite de sa famille était l'un des derniers moments qu'il passerait avec elles puisque selon lui il était fatigué de vivre. Les séances de chimiothérapie le fatiguaient énormément, les traitements possédaient de nombreux effets secondaires, de jour en jour sa santé physique se dégradait. Monsieur G. envisageait déjà l'avenir de sa famille après son décès qu'il pensait



imminent. Je suis donc resté un bon moment près de lui pour comprendre ce qu'il ressentait, ce qu'il pensait de cette situation et de ces paroles, il pensait surtout à la peine et la douleur que sa disparition ferait à sa femme et ses filles. Dans sa voix j'ai pu déceler des signes de tristesse, de chagrin.

J'avoue que je ne m'attendais pas à faire face à une telle situation lors de ma première année à l'institut de formation en soins infirmiers et surtout durant mon second stage. Lorsque que ce monsieur m'a fait part de ses pensées je ne savais pas du tout comment réagir, je ne savais pas quoi dire. En théorie je sais qu'il est préférable de communiquer avec tact, respect, tout en gardant à l'esprit une possibilité de guérison, d'espoir mais face à monsieur G. un sentiment d'impuissance totale m'envahi. Le fait de parler avec sérénité de sa mort, sa fin de vie m'a laissé sans voix.

Les principaux concepts qui selon moi sont présents dans cette situation sont tout d'abord la famille. Sans réelle définition, cette représentation sociale à sa place dans cette analyse, la majeure partie des paroles de cet homme se rapportait à sa femme et ses enfants. Dans un second temps la dignité, le respect de l'être humain ainsi que de ses valeurs, ses actes ou ses paroles ; selon le philosophe allemand Emmanuel Kant la dignité fait partie de l'être humain est lui seul peut en disposer, ainsi l'homme agit sur sa vie ou sur sa mort et autrui ne peut le considérer comme un simple objet.

Enfin le dernier concept que je vais développer ici est celui de mort, dans chaque culture la mort reste un événement redouté et méconnu de tous, un être qui décède ne peut en aucun cas expliquer à quoi ressemble le « monde des morts ». Dans cette situation monsieur G. ne redoutait pas son décès, attendant l'heure de son départ, même sans savoir ce qui allait arriver il restait serein.

Lors de la seconde partie du stage j'ai appris que monsieur G. était décédé durant le mois de mai. Cette situation m'est revenue en mémoire, j'ai dans un premier temps pensé à sa famille et au moment de douleur qu'elle a vécu suite à son départ mais aussi à toutes les paroles que nous avons échangé lors de l'échange précédent.

Au regard de cette situation et des divers sentiments que j'ai pu éprouver, j'ai appris plusieurs choses que je ne connaissais pas envers moi-même, j'ai pris conscience que

la mort n'est pas la même pour toutes les personnes, chacun à une vision de sa mort qui lui est propre. En tant que futur soignant je ne sais pas réellement comment réagir et quoi dire dans une discussion similaire mais c'est en tant qu'être humain que je me sens le plus démuni.

#### **4.14. 077. Responsabilité et prise de décision. Comment connaître la nature exacte de l'action à réaliser ?**

Lors de mon stage en collège, j'ai découvert beaucoup de choses sur le travail d'une infirmière scolaire, ses différentes missions. Cela s'est révélé intéressant, puisque je n'imaginai pas qu'elle faisait autant de choses.

Tous les jours, il y a beaucoup de passage de collégiens pour toutes sortes de raisons, mal de tête, mal au ventre, chute, ou par besoin de discuter.

Un mercredi matin, j'étais en train de discuter d'une élève avec l'infirmière quand un élève de troisième est venu à l'infirmerie, en se plaignant de céphalées très importantes. Comme je l'avais appris au cours de mon stage, je l'ai questionné pour essayer de comprendre pourquoi, et d'où ça pouvait venir et depuis quand, s'il portait des lunettes...

Il m'a alors expliqué qu'il avait mal à la tête depuis la veille au soir, après une chute de scooter. Il m'a raconté qu'il rentrait chez lui, vers 21 heures, qu'il ne roulait pas trop vite, et qu'il ne sait pas pourquoi il est tombé, ni comment, mais que depuis, il avait mal à la tête et à la jambe (sur laquelle il est tombé). Je lui ai donc demandé s'il en avait parlé à ses parents, s'il avait perdu connaissance, s'il se souvenait de quelque chose, mais il m'a appris qu'il s'était « réveillé » allongé par terre, que ça n'avait pas duré longtemps, mais qu'il ne se souvenait plus de rien. Il a ajouté un peu plus tard qu'il avait vomi en rentrant chez lui, environ 20 minutes après sa chute.

Le fait qu'il ait perdu conscience, ajouté au fait qu'il ait vomi et qu'il ne se souvienne de rien m'a alertée, et j'ai pensé qu'il était important de prévenir les urgences, mais j'ai attendu d'en avoir parlé avec l'infirmière. Je lui ai donc expliqué la situation et elle m'a dit qu'il fallait appeler les parents, et elle l'a envoyé s'allonger et a pris sa tension.

J'ai appelé la maman qui était au courant et qui m'a dit qu'elle avait voulu l'emmenner chez le médecin la veille mais qu'il n'avait pas accepté, et qu'il n'y était donc pas allé. Je lui ai dit qu'elle aurait mieux fait, et qu'il fallait qu'elle vienne le chercher au plus vite pour l'emmenner voir un médecin le plus rapidement possible.

Quand elle est venue le chercher, elle a décidé de l'emmenner aux urgences pédiatriques. Comme cela s'est passé mon avant dernier jour de stage, je n'ai pas eu de retour à son sujet.

La question que je me suis posée était relative au fait d'appeler les urgences. Un choc sur la tête avec une perte de connaissances et des vomissements est, je pense, une urgence. Quand j'en ai discuté avec l'infirmière une fois les parents prévenus, je lui ai demandé s'il n'aurait pas été préférable de prévenir les urgences afin qu'il soit pris en charge le plus vite possible plutôt qu'attendre la maman, qui devait finir sa journée de travail avant de venir le chercher. Elle m'a dit que ça aurait pu être bien mais que ça aurait été mieux qu'il y soit allé la veille, avec sa maman.

J'ai remarqué, au cours de mon stage, que les infirmières voyaient des urgences ou je n'en voyais pas et inversement. Je pense que c'est avec l'expérience que l'on peut plus facilement juger, mais je trouve qu'il y a des situations, comme celle-ci, qui sont parfois jugées plus légères. Ayant encore les cours de première année dans la tête, les signes que l'élève m'a indiqués m'ont un peu inquiétée.

De mon point de vue, il fallait appeler les urgences, au moins pour avoir un avis médical, et après en avoir parlé avec l'infirmière, elle a dit que ça aurait peut-être été mieux.

Ce que j'aurais dû faire, c'est appeler le 15, en prévenant l'infirmière, sans attendre de lui en parler après coup, mais lui dire aussitôt.

J'aurais aussi pu me renseigner le lendemain sur ce qui lui avait été dit par les médecins des urgences.

#### **4.15. 078. L'inversement des rôles patient/soignant met en lumière l'adaptation à de la communication à la situation de soin**

J'ai effectué ce stage en service de chirurgie ambulatoire. Durant ce stage, j'ai pris en charge un patient de 16 ans accompagné de sa mère. Lors de la deuxième surveillance post-opératoire, celle-ci, se présentant comme cadre de soin, m'a demandé si elle pouvait me faire part de quelques remarques, ce à quoi j'ai acquiescé. Elle m'a alors reproché de trop utiliser le mot « Ok », qu'elle jugeait adapté aux personnes de l'âge de son fils mais auquel je devais faire attention pour les patients plus âgés. Elle a également trouvé que je n'avais pas eu la bonne attitude de communication avec le voisin de chambre de son fils : elle estimait que je ne m'étais pas mis à sa hauteur et qu'il ne m'avait pas comprise. J'avais effectivement installé un patient venant pour une anesthésie locale en chambre et non dans la salle habituellement prévue à cet effet, jugeant cela plus adapté à son mode de déplacement en fauteuil roulant. Cette personne présentait une surdité et des problèmes de compréhension, j'ai donc eu des difficultés à le prendre en charge et à lui réexpliquer les raisons de sa venue. J'ai expliqué à la mère du patient qu'étant étudiante, je faisais encore quelques erreurs et, après avoir terminé ma surveillance, j'ai passé le relais à une infirmière.

Durant cette situation, j'ai tout d'abord été déstabilisée par ce que j'ai interprété comme une inversion des rôles. En effet, cette personne se présentant comme cadre de soin m'a donné le sentiment d'être évaluée, ce qui m'a mis mal à l'aise car ce n'était pas son rôle dans ce contexte. De plus, je n'ai pas eu l'impression que cette personne était bienveillante dans sa manière de me formuler ses remarques et du fait de son manque d'objectivité par rapport à la situation (relations familiales, manque de connaissances précises sur le voisin de chambre). De ce fait, j'ai eu le sentiment d'être agressée et j'ai pris ses remarques comme des critiques négatives et non comme des outils de progression.

Dans un second temps, j'ai trouvé compréhensible sa démarche dans un contexte de déformation professionnelle mais je n'ai malgré tout pas su faire face à la situation :

après cela, la peur du jugement m'a fait perdre mes moyens. Je faisais beaucoup plus attention à ma façon de parler, je n'étais pas naturelle, comme dans une situation d'examen. Ainsi, j'ai fui la situation en passant la main à ma collègue mais ces remarques m'ont tout de même permis de me remettre en question sur ma façon de m'exprimer : la réaction de cette personne m'a fait comprendre que mon langage pouvait être mal interprété et que je ne devais pas me fier à mes facilités de communication mais toujours faire attention à rester professionnelle et à utiliser un vocabulaire adapté.

Concernant le voisin de chambre, je n'avais effectivement pas mis en place toutes les mesures pour m'adapter à ses problèmes de compréhension du fait du manque d'information que j'avais eu sur le patient. En effet, en ambulatoire, le recueil de données n'est pas effectué, particulièrement pour les personnes opérées en anesthésie locale qui demandent peu de surveillance infirmière. Les remarques de cette personne m'ont donc renvoyé à mes difficultés et montré une vision extérieure de ma prise en charge.

La maîtrise de soi et la confiance en soi me semblent un point important pour gérer ce genre de situation. Deux options s'ouvraient à moi : j'aurais pu refuser qu'elle me fasse ces remarques dès le début en lui expliquant avec diplomatie qu'elle était ici dans un contexte d'accompagnement du patient et non comme cadre de soin. J'aurais également pu prendre cela comme des remarques constructives ayant pour but de me faire progresser. Dans les deux cas, j'aurais dû aller jusqu'au bout de ma prise en charge en pensant en premier lieu au patient, souvent plus rassuré lorsqu'il est suivi par le même soignant. Concernant le voisin de chambre, j'aurais pu effectuer un recueil de données plus poussé afin de détecter plus rapidement des difficultés et de pouvoir mettre en place toutes les mesures nécessaires afin de mieux communiquer avec lui.

J'ai mobilisé des connaissances sur la relation soignant/soigné savant/patient, ici inversé par la hiérarchie imposée par son métier. Sur la mise en place du mécanisme de défense d'évitement, en évitant le plus possible la personne à prendre en charge. Sur la mise en place de stratégies d'adaptation : recherche de support sociaux en

passant le relais à ma collègue et stratégie de fuite consciente en refusant de poursuivre la prise en charge.

Et j'ai trouvé des savoirs utiles dans les unités 4.2 : soins relationnels : adaptation de la relation à la situation, principe de base sur la communication, les réactions comportementales et leurs manifestations. UE 1.1 : Psychologie, sociologie, anthropologie : adaptation à la culture et à la personnalité du patient, hiérarchie dans le soin, appartenance à un groupe.

Et j'ai également pris conscience des compétences nécessaires et en particulier la compétence 3 : adéquation des activités proposées avec les besoins et les souhaits de la personne, identification des risques et adéquation des mesures de prévention. La compétence 6 : cohérence dans la mise en œuvre d'une communication adaptée aux personnes soignées et à leur entourage.

Je pourrais utiliser une stratégie d'adaptation de résolution du problème en recherchant des solutions adaptées me permettant de poursuivre ma prise en charge ainsi qu'une meilleure adaptation de mon langage à la personnalité du patient.

#### **4.16. 084. Mourir dans une chambre double ou comment l'institution organise la solitude de la fin de vie**

Madame S. âgée de 91 ans est entrée dans cet EHPAD car elle vivait seule à domicile. Lors de mon arrivée en stage, cette patiente était déjà en fin de vie.

Elle ne parlait plus, ne s'alimentait plus, elle ne bougeait plus et même les perfusions pour l'hydrater ne passait plus. Le médecin avait déjà prescrit un PSE de morphine que l'équipe infirmière avait demandé et installé. Elle ne se levait pas et elle restait au lit toute la journée.

Au niveau familial, recevait très peu de visite. Elle partageait une chambre double avec une autre dame qui elle, était très entourée par sa famille et qui allait fêter ses 100 ans.

La situation s'est déroulée le matin du jour de l'anniversaire des 100 ans de la voisine de chambre de madame S. C'était le deuxième jour de mon stage et je n'avais encore jamais rencontré madame S. en fin de vie et sa voisine qui allait avoir 100 ans. L'infirmier présent dans le service m'avait demandé d'aller vérifier le PSE de madame S. car il était en train de sonner.

J'appréhendais ce moment avant même que l'on me demande d'y aller. Je ne savais ni comment me comporter ni quoi dire à une femme qui allait mourir d'une minute à l'autre. De plus, d'après les transmissions, cette dame était très algique et très seule donc je ne savais pas comment j'allais agir face à une personne qui souffre physiquement et moralement. Ce qui m'inquiétait le plus, c'était comment être face à deux personnes dont l'une souffre et l'autre vit un moment joyeux. J'ai voulu demander conseil à l'infirmier qui m'encadre mais j'avais peur que ma question lui paraisse débile.

Je suis donc entré dans la chambre en disant un simple « bonjour » à madame S. et j'ai éteint le PSE car la seringue était vide. Madame S. était très amaigrie et elle avait les yeux fermés, elle n'a eu aucune réaction.

Je suis par la suite allé voir sa voisine et je lui ai souhaité un bon anniversaire dans son oreille en chuchotant et en souriant, elle m'a alors sourit à son tour. Je suis alors sortie de la chambre et je suis tombée nez à nez avec une personne qui venait en visite. J'ai dit bonjour à cette personne avec un gros sourire et elle s'est arrêtée pour me demander des nouvelles de madame S. qui était en réalité sa mère.

Tout d'abord en entrant de la chambre, je me suis sentie gênée car je ne savais pas comment être face à deux personnes qui vivaient deux moments différents. J'avais peur de dire ou de faire quelque chose inappropriée à la situation. Je pensais que je ne pouvais pas demander à madame S. si elle allait bien, sachant qu'en fin de vie, on ne va forcément pas bien.

J'avais aussi très peur qu'elle ait son dernier souffle devant moi.

J'ai aussi eu très honte de moi car j'ai eu l'impression que j'avais pris la fuite face à cette situation et que je n'avais pas été à la hauteur car je n'ai pas beaucoup communiqué avec la personne en fin de vie, comme si je l'avais considérée comme déjà morte. Je ne me suis pas inquiétée de sa douleur, de ce qu'elle pouvait ressentir car en dehors du « bonjour », je n'ai rien dit d'autre.

J'avais tellement de la peine pour cette dame qui était seule dans sa chambre face à ses souffrances que j'ai pris la fuite le plus rapidement possible pour ne pas avoir à partager sa tristesse qui se voyait sur son visage.

J'ai senti que j'avais mal agi lorsque je suis sorti de la chambre avec le sourire et que j'ai croisée la fille de madame S. qui avait les larmes aux yeux. Sachant que madame S. ne recevait pas de visite, je pensais que c'était la fille de la voisine de chambre.

Ce qui m'a le plus choqué, c'est le physique de madame S., car elle était vraiment très amaigrie, elle avait la bouche grande ouverte et les yeux fermés. Seule sa respiration très marquée, montrait qu'elle était encore en vie.

D'autre part, je n'imaginai pas la fin de vie de cette manière, je ne pensais pas que l'on pouvait être seul. Je pensais qu'en fin de vie, la famille se relayait afin de ne pas laisser la personne vivre ce moment seule et je n'imaginai pas non plus que l'on pouvait vivre ce moment en institution.

Cet endroit n'était pas du tout adapté pour y mourir car la chambre était double et petite. Il n'y a pas de respect de l'intimité et de la pudeur de la personne mourante ni de la personne qui est relativement en bonne santé.

L'institution impose à madame S. de vivre sa vie qui prend fin avec une inconnue et je trouve cela très choquant. De plus, la chambre double donne très peu de place à la famille de la voisine qui a souhaité fêter l'anniversaire de leur mère et aussi à la famille de madame S. si elle voulait vivre ce moment en toute intimité.



D'autre part, j'ai été choquée par le fait que les conditions de travail et le manque de personnel dans cet EHPAD ne permettent pas à l'équipe soignante de libérer le temps nécessaire à l'accompagnement d'une personne en fin de vie.

Il aurait d'abord fallu que je prenne le temps de me renseigner (pour savoir si elle a conscience, si elle entend, comment elle était avant d'être en fin de vie etc.) avant d'entrer dans la chambre. J'aurais aussi dû demander à l'équipe comment doit-on se comporter dans ce type de situation et pourquoi ne pas demander à être accompagnée par un soignant. La prochaine fois, je prendrais plus de temps pour réfléchir avant de passer à l'acte.

#### **4.17. 085. Un enfant de deux ans est violent face aux adultes et aux autres enfants**

Cette situation s'est passée sur mon lieu de stage. J'étais en crèche avec « les plus grands » c'est-à-dire des enfants âgés de deux ans pour les plus jeunes à trois ans pour les plus âgés.

Cette situation s'est passée autour de 14 heures. A cette heure, les enfants dorment. Ils sont répartis dans deux dortoirs, deux pièces justes à côté de la pièce principale. Comme tous les jours, je range la pièce, dispose les boîtes des enfants où se trouvent leurs habits sur les tables et prépare des jeux. A un moment, j'entends des cris d'un enfant venant d'un dortoir. Sors alors un enfant et l'auxiliaire de puériculture qui m'explique qu'il s'est réveillé, s'est levé d'un seul coup et a couru sur les lits des autres enfants en criant. Je prends donc l'enfant en charge, j'essaie de le calmer en lui proposant des jeux comme des petits puzzles. J'étais seule dans la salle, il y avait une auxiliaire de puériculture et une adjointe technique qui étaient dans chacun des dortoirs, l'auxiliaire venait régulièrement en attendant qu'une autre auxiliaire de puériculture arrive. Cinq minutes après s'être levé et avoir défait tous les puzzles, il a couru vers le radiateur, a pris une voiture, est monté sur un jouet et a fait rouler la voiture sur le radiateur ce qui a fait un bruit monstrueux tout en me regardant. Je suis parti alors très vite vers lui, je l'ai porté à quelques mètres du radiateur. Je me suis mise à sa hauteur et je lui ai expliqué très calmement qu'il ne devait pas faire de bruit

parce que ses copains dormaient encore. Il s'est alors penché en arrière pendant que je lui parlais alors j'ai suivi son mouvement en me penchant et tout à coup il est remonté à toute vitesse et m'a frappé à deux reprises et est parti en courant dans la pièce. J'ai mis plusieurs secondes avant de réaliser qu'un enfant de deux ans et demi m'avait frappé et je n'ai pas su comment réagir. J'ai eu envie de le frapper à mon tour pour qu'il comprenne que je pouvais aussi lui faire mal mais je me suis calmé en me disant qu'il ne fallait pas le faire. Je l'ai alors rejoint pour lui expliquer qu'il ne fallait pas frapper ni les adultes ni les enfants, que cela faisait mal et qu'il pouvait parler s'il n'était pas d'accord. Il est parti jouer alors sans rien dire.

Dans cette situation, je me suis senti humilié par cet enfant lorsqu'il m'a frappé. Le plus dur a été de ne pas le frapper et de rester calme parce que j'avais vraiment envie de le faire sur le coup mais je connaissais bien cet enfant. Les auxiliaires de puériculture m'avaient parlé de cet enfant dès le premier jour qui avait du mal à s'intégrer au groupe et à s'adapter au système de la crèche, qui frappait beaucoup les enfants et parfois les adultes et ne peut pas rester concentré très longtemps. J'ai eu durant cette situation et même tout le stage de grosses difficultés sur les réponses adaptées aux situations lorsque c'était tourné contre moi comme dans ce cas. Lorsqu'un enfant s'en prend à un enfant j'arrivais à gérer la situation sans problème mais un enfant s'en prend à moi-même physiquement ou me parle mal j'avais beaucoup plus de mal.

Je me sens assez autonome sur l'ensemble des activités mais je ne me sens pas de travailler avec des enfants en bonne santé.

#### **4.18. 087. Un patient propose une sortie en dehors du service à une étudiante qui se sent alors en danger**

J'ai effectué mon stage dans un CATTP de Dijon, c'est une institution extra hospitalière. Ici, les patients peuvent venir au temps d'accueil une heure avant chaque activité à médiation thérapeutique. Ils peuvent ainsi boire une boisson chaude, lire le journal, retrouver d'autres patients et échanger aussi avec les soignants. Les activités durent deux heures et plus. A partir de 16 heures 30, les patients peuvent revenir au

centre avant de rentrer chez eux. En général, ils partent vers 17 heures, sachant que les soignants partent à 17 heures 30.

Ce jour, je reviens de l'activité badminton. Quelques-uns des patients présents à cette activité reviennent sur le service. José est un des patients restant dans le service. Il m'aborde, me connaît déjà. Je ne connais pas sa pathologie et je n'ai pas lu son dossier d'admission. L'heure passe, 17 heures 30, le patient n'est toujours pas parti, nous avons discuté longuement, François, l'infirmier est resté présent lors de cette conversation. Je prends alors mes affaires avec François et nous fermons le centre. François part de son côté et moi du mien, José, le patient prend la même direction que moi. Il me demande alors si il peut porter mes sacs, à cela je réponds non merci, puis me raccompagne jusqu'à ma voiture. Il n'a pas l'air de vouloir partir, je range mes affaires dans ma voiture assez pressement, et lui dit bonsoir. Je sens alors une gêne monter en moi, comme un signal d'alarme qui me dit que quelque chose n'est pas normal. A ce moment le patient m'interpelle et me demande si il serait possible de faire plus ample connaissance autour d'un café un jour, hors de la structure, même après mon stage, il me demande également si il serait possible d'échanger nos numéros. A ces mots, je suis prise de court. Je regarde alors autour de moi dans la rue, évite son regard insistant, ma gorge commence à se serrer, mais j'essaye de garder le sourire, de faire face. Dans ma tête se posent alors un tas de questions quant à sa pathologie, des signes qui maintenant me font penser qu'il pourrait avoir une psychose à tendance perverse, notamment par rapport à sa façon de parler, de complimenter, de serrer la main et d'avoir un regard insistant envers moi. Je me pose aussi la question de quelle réponse je vais pouvoir lui apporter : dire non directement, ce qui serait la réponse adaptée, ou éviter une réponse trop directe de peur de sa réaction mais lui laisser un espoir, une « porte ouverte ». Je suis seule dans la rue, il commence à faire nuit, et je ne suis plus dans la structure. Je lui réponds alors qu'actuellement je suis en stage, et que le soir je rentre directement chez moi et qu'après le stage je serai occupée avec mes partiels, je lui réponds « On verra ». Au même instant, je sais très bien que ma réponse n'est pas adaptée. Le patient acquiesce, satisfait. Il finit par partir.

Au cours de cet instant, plusieurs sensations et émotions m'ont submergée. Tout d'abord, c'est le fait que le patient me raccompagne et ne semble pas vouloir partir de

devant ma voiture qui m'a déstabilisée. C'est à ce moment que j'ai senti que quelque chose me paraissait anormal. Un signal d'alarme : le regard fuyant, une agitation intérieure qui fait que je range assez rapidement mes affaires, puis le regard en arrière pour voir si François était là et s'il me voyait. A ce moment, je sens mon corps qui répond et qui transforme petit à petit tous ces signes en inquiétude. Puis, lorsqu'il me demande de faire plus ample connaissance autour d'un café, au fond de moi, les signes précédents me montrent que je savais ce qui pouvait se passer. Néanmoins, je suis prise de court, et il est trop tard. Cet homme me demande une réponse à l'instant même. Je me rappelle alors avoir regardé une fois de plus autour de moi, et me dire « Comment vais-je faire ? » « Qu'est-ce que je lui réponds ? »

Plus que de l'inquiétude, je commence à avoir une sensation d'insécurité, de peur. Je ne connais pas ce patient, et ne sait comment il peut réagir. J'essaye de me poser les bonnes questions, quelle est la meilleure réponse à apporter dans ce cas présent ? Je sais évidemment que la réponse aurait dû être : « Non, je n'irai pas faire plus ample connaissance avec vous. Je tiens seulement à vous rappeler que vous êtes dans un cadre de soins, vous êtes le patient, je suis le soignant. Vous êtes demandeur de soins, je réponds à ce besoin et ça n'ira pas plus loin ». Peut-être l'aurais je dit maladroitement, mais je pense que cette réponse aurait suffi à reposer le cadre dans lequel le patient se trouvait et ce pourquoi il s'y trouvait. Au lieu de ça, mes émotions ont pris le dessus, à ce moment je n'étais plus soignante, j'étais moi, Axelle, sortie du service et de son contexte. J'ai choisi de répondre indirectement à sa demande, d'éviter le sujet, sachant très bien que ce n'était pas la réponse adaptée. Je savais qu'en disant cela, je lui laissais l'opportunité de croire ou d'espérer quelque chose de moi. Mais par sécurité, j'ai voulu me protéger au lieu de me confronter.

La dernière sensation que j'ai éprouvée, après son départ, dans ma voiture, a été la culpabilité. Je m'en suis voulu tout simplement de ne pas avoir su observer les signes de sa pathologie, le sentiment d'avoir été naïve, et d'être tombée dans son piège et de ne pas m'être méfiée. En connaissant la sémiologie, les signes cliniques, j'aurais pu me rendre compte que ce patient voulait peut être me draguer, et qu'il avait une pathologie à tendance perverse. J'ai détecté ces signes mais trop tard. La culpabilité aussi de ne

pas avoir pu répondre comme je l'aurai souhaité, d'avoir manqué de professionnalisme, n'ayant su lui rappeler le cadre dans lequel il se trouvait.

Je me rends compte actuellement que ma réaction a été normale, je comprends que mon besoin de sécurité soit passé avant le reste. La fuite a été pour moi un mécanisme de défense. Je comprends aussi que si j'avais détecté plus tôt les signes de sa pathologie, si j'avais mieux observé, cela ne serait peut-être pas arrivé. Lors de notre conversation, je me serais peut être retirée ou mise un peu plus à l'écart sans pour autant couper tout contact, j'aurai mis un peu plus de distance et j'aurais demandé à l'infirmier si mon ressenti était fondé. Par ailleurs, le fait que l'infirmier ne m'ait pas averti ou mis en garde sur la pathologie du patient, je ne me suis donc pas méfiée.

Suite à cette situation, je me suis alors posé des questions sur la distance thérapeutique. Est-ce la notion de distance thérapeutique est quelque chose de figé ou peut-elle évoluer ? Y a-t-il une « bonne » distance thérapeutique ? A quoi fait-on appel pour garder une certaine distance avec un patient ? Dans le cadre de la santé mentale, la distance thérapeutique est-elle différente d'ailleurs ? Transgresser cette distance veut-il signifier que nous ne sommes plus dans le soin, ou que nous sommes de mauvais soignants ?

Dans la définition à proprement parlé du mot « distance », on entend par là, une séparation virtuelle entre deux personnes, deux lieux ou deux choses. « Thérapeutique » entend par ailleurs quelque chose de relatif au traitement, à la guérison. La distance thérapeutique suppose donc que la distance entre un soignant et un soigné permet de parvenir à la guérison.

Pour répondre à la question « Est-ce que la notion de distance thérapeutique est-elle figée ? » la réponse se trouve au cœur de la relation, qu'elle soit de soin ou non. La distance évolue et est en mouvement constant du fait de l'évolution même de la relation entre deux personnes. Ces deux choses évoluent ensemble. J'ai pu trouver un exemple simple pour imaginer la mouvance de la distance : lorsque nous entrons en relation avec un patient pour la première fois, nous choisissons d'emblée de maintenir une distance basée sur une simple convenance comme le souligne Dominique Friard

en parlant de la « relation de civilité » synonyme de « courtoisie, politesse, affabilité, amabilité et sociabilité » dans « Tenir ensemble ». C'est alors qu'on peut évoquer la relation de confiance. En effet, instaurer une relation de confiance entre un soignant et un patient permettra de faire évoluer, changer cette distance de départ. Au fil de la prise en charge, et selon le degré de confiance que le patient aura envers le soignant, la distance sera mouvante.

Sachant alors que la distance est en perpétuelle changement, on ne peut pas dire qu'une distance est d'emblée bonne ou mauvaise. Chaque soignant doit alors s'interroger sur la façon d'entrer en relation avec le patient en face de lui, et donc d'adapter cette distance thérapeutique. La façon dont on abordera un enfant, un adulte en mauvaise santé mentale, ou un patient en « bonne santé mentale » devra être adaptée. Se pose alors la question des moyens pour mettre une distance entre le patient et le soignant. Habituellement, le vouvoiement, et la blouse du soignant installent déjà une distance. La posture que prend le soignant joue aussi sur cette distance. Le soignant doit savoir s'adapter : doser entre une distance rigide, froide et a contrario, trop de proximité sans limite, sans cadre, n'apportera alors rien de thérapeutique à la relation, à la personne soignée.

En santé mentale, la distance thérapeutique est très discutée. Peut-on parler de distance ? Au sein de mon stage, une infirmière a souligné le fait que d'appeler les patients par leur prénom et non par leur nom de famille n'était pas forcément adapté, et que cela transgressait en quelque sorte cette distance thérapeutique.

Cette réflexion a donc fait débat au sein de l'équipe. D'une part, appeler le patient par son nom de famille évite une incursion d'affectivité, mais d'autre part, appeler le patient par son prénom peut être un moyen d'approcher plus facilement un malade, quelqu'un qui a besoin d'être réassuré, sécurisé. La question est alors la même concernant le tutoiement entre le soignant et le patient.

Transgresser cette barrière ne peut donc pas être qualifiée d'inadéquat si le soignant s'est interrogé sur les raisons du tutoiement, sur les bénéfices ou non pour le patient en souffrance psychique, cela dans l'objectif de rééquilibrer sa santé mentale.

En conclusion, j'ai appris que la distance thérapeutique est toujours en mouvement, le soignant doit et peut adapter cette distance en fonction de la personne en souffrance. Je retiens aussi que la distance permet aussi au soignant de se protéger lui-même, évitant le transfert, la déviation d'affection. C'est un outil pour assurer la stabilité et la continuité de la relation.

#### **4.19. 093. La pathologie du patient réduit la distance thérapeutique jusqu'à mettre en difficulté le soignant**

Monsieur L. est arrivé alcoolisé le 10 décembre pour une cure de sevrage alcoolique de 4 semaines.

A l'entrée, il est d'usage de réaliser un entretien d'accueil infirmier dès l'arrivée dans le service. Ayant validé les entretiens infirmiers précédemment avec mes infirmières référentes, j'ai réalisé l'entretien avec monsieur L. seule.

Je l'ai accompagné dans sa chambre, puis fait visiter le service. Nous sommes ensuite allés dans un bureau pour l'entretien. Nous étions chacun d'un côté du bureau, un ordinateur portable était posé entre le patient et moi. Nous avons évoqué sa vie professionnelle, familiale, ses antécédents et ses problèmes de dépendances à l'alcool. J'ai rempli les documents administratifs et son dossier en soins infirmiers.

Durant l'entretien, monsieur L. commence à adopter une communication dans la séduction envers moi. Il m'a demandé ce que je faisais le soir même, il dit vouloir m'emmener au restaurant et commence à me tutoyer. Après ces quelques phrases, je lui ai rappelé que j'étais étudiante infirmière et lui patient dans le service. Je lui ai expliqué que ses propos étaient déplacés et que son comportement était inadapté. Je lui énonce que je souhaite être vouvoyé et que je le vouvoierai aussi.

Nous avons lu le règlement intérieur du service ensemble en insistant sur la partie liée au respect du personnel soignant. (Partie qui insiste sur la politesse et sur une communication adaptée avec l'équipe soignante). Après cette lecture, il s'est excusé. Nous avons pu finir l'entretien sans problèmes dans une communication adéquate. Je ne m'étais jamais retrouvé dans une situation similaire auparavant.

J'ai discuté avec mes tutrices de stage de cette situation et de ma réaction face à celle-ci, elles ont trouvé mon comportement adapté et cohérent avec les attentes liés au respect dans le service. J'ai été surprise par cette communication sans être prise au dépourvue face à celle-ci.

J'ai su réagir de façon adaptée face à cette situation. Je savais que si la situation devenait compliquée à résoudre pour moi, je pouvais à tout moment demander à une autre infirmière de me relayer dans cet entretien. Lors des entretiens d'accueil infirmiers suivants, j'ai commencé par la lecture du règlement intérieur afin de pouvoir aborder la notion de respect dès le début. Cela permet de prévenir des situations telles que celle avec monsieur L.

J'étais déjà autonome durant cet entretien, je me sens donc capable et suffisamment autonome pour faire face et résoudre ce problème de communication si une situation similaire se présentait dans l'avenir.

#### **4.20. 099. La bienveillance est nécessaire lorsque l'on encadre des étudiants sur le terrain**

Dans un centre de lutte contre le cancer au service d'oncologie médicale, en hospitalisation permanente et complète il est 8 heures et ce premier jour de stage m'inquiète... Je me dirige vers le centre de lutte contre le cancer où une journée d'accueil m'attend. Je suis avec d'autres étudiantes IDE, certaines sont de ma promotion alors que d'autres viennent d'un autre institut.

L'accueil est très agréable et la visite de l'établissement me rassure. Enfin je rejoins une partie de l'équipe qui m'encadrera pendant 10 semaines. Le premier contact est plutôt froid, je ne me sens ni attendue, ni réellement souhaitée. Je rencontre ma tutrice qui me dit rapidement : « Ce n'est pas contre toi car c'est ce que je dis à tous les étudiants mais ici tu fais ce qu'on te dit, je ne veux pas entendre de « oui, mais... » ».

J'acquiesce mais je m'inquiète davantage encore et maintenant non seulement pour la prise en Je m'inquiète car j'appréhende la difficulté humaine de la prise en charge de patients pour certains en fin de vie ainsi que de celle de leurs proches.



charge des patients et de leur famille mais aussi pour l'encadrement dont je vais bénéficier. Ma tutrice est compétente et exigeante mais ces qualités s'accompagnent, selon mon ressenti, d'un manque de pédagogie lorsqu'elle m'explique les soins que je dois effectuer.

Elle me verbalise qu'il est tout à fait aberrant que je puisse être en dernière année et avoir bénéficié d'autant de stages en psychiatrie : « Ça ne sert à rien » me dit-elle.

Il est vrai que je souhaite travailler en psychiatrie et que j'ai effectué plusieurs stages dans les services de santé mentale. Je suis consciente de mes lacunes mais je suis volontaire et me présente chaque jour à ce stage avec le désir d'apprendre. Ce que ma tutrice ainsi que ses collègues me reconnaissent tout à fait.

Il est difficile pour moi de comprendre cette forme d'accueil et d'encadrement. Après en avoir discuté avec la cadre infirmière, cette dernière a reconnu les problèmes qui pouvaient régner dans l'équipe et a organisé une réunion avec le personnel infirmier suite à la démission d'un infirmier pour cause de mauvaise entente dans l'équipe. D'autres étudiants s'étant plaints de ce lieu de stage, cette réunion semblait nécessaire à la cadre.

Je n'ai pas assisté à ce rassemblement mais après en avoir discuté avec certains IDE du service, ils semblaient étonnés et pour quelques-uns prêts à changer de comportement. Il me reste deux semaines de stage et je suis soulagée qu'il prenne fin.

Cet encadrement m'a beaucoup déstabilisée : j'ai eu l'impression de perdre toute la confiance professionnelle que j'avais acquise en 3 années d'études. Puis je me suis rendue compte qu'il était difficile pour moi d'apprendre dans de telles conditions. J'ai tout à fait conscience de porter certaines responsabilités dans cette situation, il aurait peut-être fallu que j'en parle plus tôt à la cadre du service, mais aussi que je ne prenne pas certaines remarques aussi négativement. Je me rends bien sûr aussi compte de la difficulté que doivent rencontrer les soignants dans leur rôle d'encadrant puisque le travail qu'ils effectuent auprès des patients, auprès des familles, administrativement... n'est pas exempt de pénibilité et de densité.

Cette situation m'a beaucoup appris sur mon futur rôle d'encadrant lorsque je serais IDE. Cette fonction est vraiment importante et elle a une efficacité ainsi qu'un impact sur le déroulement du stage de l'étudiant ainsi que sur sa carrière professionnelle. Même si cet encadrement peut être une contrainte, compréhensible, pour le soignant, le stagiaire doit bénéficier de toute la bienveillance de l'IDE, le professionnel doit accompagner l'étudiant, qui doit bien évidemment faire des recherches et travailler de son côté afin de participer activement à sa formation.

## **5. Soin et environnement**

### **5.1. 003. Le soignant se voit dans l'obligation de cacher la connaissance de la maladie à la patiente**

Il s'agit d'un contexte relationnel auquel j'ai été confronté au sein d'un service de l'hôpital.

Madame E., cinquante-sept ans, a récemment repris une activité d'aide-ménagère à temps partiel. Elle a consulté son médecin traitant après avoir ressenti une dorsalgie persistante, entravant son exercice professionnel. Les anti-inflammatoires et antalgiques prescrits par le praticien s'avérant inefficaces, elle a de nouveau sollicité un rendez-vous. Le remplaçant du médecin (en congés à ce moment) a prescrit un bilan biologique dont les résultats ont mis en lumière une inflammation, ainsi qu'une augmentation de la population leucocytaire. Madame E. a donc été admise au sein du service pour connaître l'étiologie de ces désordres et pour les étiqueter.

Un scanner thoracique a mis en lumière une masse pancréatique et une masse hépatique, que le radiologue nous a décrites comme d'apparence cancéreuse typique. La patiente a eu connaissance de la localisation des masses, mais pas du diagnostic suspecté : il a été décidé d'attendre les résultats de l'analyse pathologique des cellules prélevées lors d'une biopsie programmée les jours suivants.

Convaincu du bien-fondé de cette décision, j'avoue cependant m'être senti plutôt désarmé face à madame E., et avoir éprouvé beaucoup de difficultés à la voir se

débattre avec ses doutes, craintes et espoirs. J'ai d'ailleurs eu à répondre à certaines questions de la patiente de façon évasive, cultivant le côté équivoque de la situation.

Il s'agit d'une situation dans laquelle je pense avoir un grand travail personnel à faire afin d'intégrer cette problématique à ma posture professionnelle.

## **5.2. 007. Participation d'une famille au soin (aide à l'alimentation)**

Monsieur B est un homme de 89 ans qui a été admis dans le service de médecine interne pour chute à répétition à son domicile et altération de l'état général, il est également atteint des maladies de Parkinson et d'Alzheimer. Monsieur B est assez affaibli depuis quelques jours, il est donc alité et une aide au repas est devenue nécessaire.

Monsieur B a adopté une position vicieuse notamment au niveau du cou, ne laissant reposer sa tête que d'un côté. Le patient présente également des problèmes de déglutition, il bénéficie donc d'une alimentation mixée et est hydraté par eau gélifiée. Monsieur B n'a plus beaucoup d'appétit et a tendance à somnoler toute la journée.

Je dois aider monsieur B pour le repas du soir, sa femme est présente dans la chambre mais ne souhaite pas aider son mari de peur de mal faire. Avant de m'installer, je m'approche du patient et parle de façon distincte et assez forte pour qu'il me comprenne bien. Je lui explique alors la raison de ma présence et les différentes mobilisations qui vont précéder le repas. Afin d'éviter tout risque d'étouffement lié à son problème de déglutition il est important que sa tête soit bien redressée, je dois cependant faire attention que la position ne soit pas douloureuse car le patient est très algique. Madame B m'explique que son mari est en temps normal capable de manger seul même si sa maladie le gêne.

Je me suis alors dit que monsieur B ne devait pas avoir l'habitude qu'on le fasse manger ou même boire, que je devais donc faire attention à ne pas aller trop vite. Une fois que Mr B est bien redressé dans son lit, je place l'adaptable devant lui et lui met une serviette autour du cou pour éviter qu'il ne se tache. Je vérifie que les plats ne

soient pas trop chaud et lui tend la cuillère. Je fais attention à ce qu'il ne mange pas trop vite et à ce qu'il ne fasse pas de fausses routes. Pendant son repas je ne sollicite pas la parole de Monsieur M. car cela peut favoriser les fausses routes. Cependant, entre chaque plat et lorsqu'il s'arrête de manger j'engage la discussion. Sentant que sa femme n'était pas rassurée, j'en profite pour lui demander de se rapprocher et d'observer, puis je lui propose de prendre le relais.

Je lui demande d'ouvrir la bouche pour voir s'il ne reste pas de nourriture dans sa bouche.

Pendant ce soin, je me suis dans un premier temps sentie inquiète car je ne savais pas comment gérer les possibles problèmes de déglutition du patient, que je ne savais pas comment m'y prendre pour le stimuler à manger, que j'étais également un peu stressé par la présence de sa femme. J'ai finalement réussi à faire manger le patient en alliant le rôle préventif et éducatif de l'infirmière. Je me suis également senti fière de moi car les jours suivant c'est madame B qui dès qu'elle était présente s'est occupée du repas de son mari.

### **5.3. 011. Une personne âgée remange lors d'une sortie au restaurant**

Aujourd'hui, jeudi 12 mai, était prévu une sortie restaurant avec les résidents de divers services de l'EHPAD. Sortie à laquelle je participais avec Françoise l'animatrice et organisatrice de ce repas ainsi que Carine la cadre du service. Du côté des résidents, il y en avait 5 du bâtiment A, 5 bâtiment B et 1 autre. Et parmi les résidents, il y avait Mme P. Pour rappel Mme P est une résidente démente, qui ne parle pas ou très peu le français et pour qui sa langue de communication est le portugais.

Je trouvais donc cela étrange qu'on l'emmène au restaurant alors que dès qu'on lui sert quelque chose elle refuse de l'avalier à l'exception quelquefois du fromage. Onze heures quarante-cinq il était donc l'heure de partir, je vais chercher la résidente dans sa chambre et je la descends dans le hall où je lui explique qu'il faut qu'elle change de fauteuil, le sien n'étant pas adapté à l'extérieur. Maria me répond non alors je lui répète que le sien n'est pas fait pour aller dehors. A ce moment elle commence à se mettre

des gifles comme à son habitude lorsqu'elle n'est pas d'accord. Aurélie la cadre me dit de ne pas la forcer, que nous allions faire autrement. En effet, nous devons prendre un transport pour nous rendre au restaurant, nous l'avons donc mis dans le véhicule et nous avons pris avec nous le fauteuil d'extérieur et non le sien ainsi, une fois arrivée elle serait obligée de monter dans celui-ci. Nous arrivons donc au restaurant, je vais pour l'aider à descendre et la mettre dans le fauteuil mais elle avait peur de descendre, nous nous sommes donc mises à deux pour la sortir. Nous avons installé tous les résidents à la table du restaurant et est arrivé l'heure de manger. J'observais Mme P car j'étais curieuse de voir comment elle allait se comporter sachant qu'elle n'était pas dans un lieu habituel, que ce n'était pas les mêmes personnes qui lui servaient à manger... Le serveur a donc commencé à servir, Maria n'avait encore pas son assiette mais Françoise qui était en face d'elle l'avait. Connaissant les habitudes de la patiente et voyant qu'elle regardait avec insistance son assiette, elle lui a proposé une frite que Mme P a acceptée et à manger (à savoir que Mme P à l'hôpital mange en menu mixé). Mme P a ensuite reçu son assiette (raviolis au fromage que nous lui avons commandé sachant qu'elle aime beaucoup le fromage.) Elle a d'abord dit non qu'elle n'en voulait pas mais après cinq bonnes minutes passées devant son plat et voyant que le reste de la table mangeait, elle a pris sa fourchette et a commencé de manger. Et là c'est produit ce que je ne pensais pas voir un jour, elle a mangé plus de la moitié de son assiette, elle qui habituellement ne mange même pas une bouchée de ce qu'on lui sert. De plus, après avoir mangé cela, elle continuait de demander des frites à Françoise en face d'elle qu'elle mangeait sans se faire prier. Une fois que toutes les assiettes ont été terminées, est arrivé l'heure de commander le dessert. Je pensais que lorsque nous demanderions à Maria si elle souhaitait des fraises ou une glace elle nous répondrait « nada » comme à son habitude. Mais non Mme P désirait manger des fraises que nous nous sommes empressé de lui commander. Les desserts ont donc été servis et Maria mangea cette fois ci l'intégralité de son assiette de fraises contrairement à son habitude où elle ne touchait pas plus le sucré que le salé. Une fois ce dessert terminé, Maria d'elle-même dit « café au lait », Françoise lui a donc demandé si elle souhaitait un café au lait, Maria acquiesça alors Françoise lui dit qu'elles en prendraient un toutes les deux en rentrant à l'hôpital. Mais en fait le serveur est revenu et l'animatrice décida que nous prendrions le café tous ensemble ici et a

donc commandé des cafés pour ceux qui en souhaitait et un café au lait pour Mme P qu'elle bu tout pareil qu'elle avait mangé ses fraises sans rien qu'on lui demande. Après le café, Mr B qui adore chanter s'est levée et a poussé la chansonnette « Fleur de Paris » et là il se passa quelque chose d'extraordinaire, Maria qui ne sourit jamais, ne participe jamais aux activités proposées comme la chorale et qui ne mange que très rarement à la salle à manger avec les autres résidents se retourna vers Mr B et se mis à chanter avec lui avec un sourire jusqu'aux oreilles. Nous nous sommes regardées avec Françoise et le cadre et toutes les trois avions le sourire, je pense que personne ne s'attendait à ça ! C'est donc sur cette note chantante et joyeuse que c'est terminé ce repas avec les résidents au restaurant.

Sur le court chemin du retour, je souriais encore en repensant à ce repas auquel j'allais sans grande motivation et à cette résidente si triste d'habitude et si difficile à comprendre. C'est comme si tous ses problèmes étaient restés dans sa chambre et qu'elle s'était rendu ici pour s'échapper de la routine du quotidien à l'hôpital. J'ai eu l'impression de ne plus avoir la même personne en face de moi. Mais alors en réfléchissant un peu, beaucoup de choses me paraissent étranges. Pour commencer comment se fait-il que Mme P soit en régime mixé alors qu'elle a la capacité de manger normalement? Ce régime n'est-il pas fait pour les personnes ne pouvant plus mastiquer ou celles ayant des problèmes de déglutition ? A-t-on demandé son avis à la résidente avant de la mettre en mixé ? Et puis peut être que c'est pour ça qu'elle refuse de manger ? Pourquoi devrait-elle manger de la purée ou de la semoule tous les jours à tous les repas alors qu'elle peut manger de la nourriture normale ? C'est vrai que cela ne doit pas donner envie de manger quand tout est mixé, que la salade par exemple de betteraves ne ressemble plus qu'à de la bouillie, tellement que parfois on ne sait pas quelle coupelle est l'entrée et laquelle correspond au dessert... Surtout que nous sommes en EHPAD et non en service hospitalier, les personnes sont donc dans leur lieu de vie, il est donc encore pire de penser qu'on donne à des personnes chez elles de la nourriture dont certes elles ne choisissent pas le menu mais où elles ne peuvent même pas donner leur avis sur la texture de leur plat. De plus, pourquoi s'obstiner à faire manger Mme P dans sa chambre, sans lui demander son avis bien sûr, alors qu'apparemment cela lui fait plus de mal que de bien puisque ce n'est pas

pour ça qu'elle mange et que de ce que j'ai vu aujourd'hui elle aime être avec du monde au moins pour les repas... Et puis étant donné que Mme P est en chambre double, je comprends que cela ne donne pas très faim de manger à côté d'un lit dans lequel la voisine est en train de mourir. Est-ce normal de laisser une résidente voir sa voisine mourir ? Ne serait-il pas possible de la sortir pour qu'elle puisse voir autre chose ? C'est pourquoi suite à tout ce questionnement, j'ai décidé de faire une cible dans le DSI de Mme P pour que l'équipe soit au courant de tout cela et que si possible Mme P mange avec les autres résidents le midi. En tout cas, pour le temps qu'il me reste dans ce service, je l'emmènerais à table avec les autres. Je vais également voir avec les aides-soignantes pour qu'elles arrêtent de lui servir du mixé et qu'elle repasse en menu normal.

Pour finir, je vais je pense aidée par l'animatrice faire en sorte que Maria participe aux activités proposées auxquelles elle peut participer comme bien sur la chorale, car je ne comprends pas que personne ne se soit jamais occupé de trouver quelque chose à faire à cette pauvre dame qui attend toute la journée que le temps passe alors que vraisemblablement elle aime chanter...

#### **5.4. 012. Sentiment d'inutilité face à la douleur non prise en charge par le corps médical**

C'était en Neurologie. L'action s'est déroulée dans la salle de soins ainsi que dans une chambre de patients.

Une sonnette retentit lorsque j'étais dans la salle de soins, il est environ 16h. Je vais donc dans la chambre 118. En entrant dans la chambre je vis la patiente au lit 1 pleurer, je me suis donc dit que c'était elle qui avait sonné. Je lui demande alors d'un ton très empathique ce qu'il y a. Cette patiente très douloureuse me dit que la douleur ne se passe pas, qu'elle souffre beaucoup. La regardant dans ses yeux très humides je sentais déjà des larmes dans mes yeux. Cette femme avait eu il y a 2h de la morphine mais celle-ci n'avait pas vraiment fait effet et la douleur redevenait très forte. Et il n'y avait vraiment pas de doute à avoir, ses douleurs étaient très intenses, il fallait faire quelque chose pour elle. Je lui dis alors que j'allais revenir dans un petit instant, que

j'allais voir avec mes collègues infirmières ou l'interne ce que je pouvais faire. En passant dans la salle de soins il y avait l'interne, je lui raconte ainsi ce qui se passe, elle me dit de lui redonner de la morphine. N'ayant pas les clés du coffre à stupéfiants, je suis allée chercher les infirmières pour leur expliquer. Les infirmières ne pouvant pas lui redonner de la morphine car la patiente en avait eu peu de temps avant et cela non prescrit, elle me dit de retourner voir l'interne pour lui demander d'aller voir la patiente. Je fis donc ceci. Mais l'interne n'avait pas le temps, elle me dit qu'elle ne passera pas la voir... Ne sachant que faire, ayant tellement de peine pour cette patiente vraiment douloureuse, je suis retournée voir les infirmières leur expliquant la situation calmement mais avec conviction, que ni l'interne ni moi ne pouvait faire quelque chose à cette patiente pour le moment. Tout cela énerva autant l'infirmière que moi. Elle alla donc parler avec l'interne en lui disant qu'il fallait vraiment qu'elle aille voir la patiente car nous infirmières nous ne pouvions rien faire pour soulager sa douleur. L'infirmière insista vraiment afin de lui faire comprendre que ce n'était pas du cinéma. Celle-ci ira finalement plus tard consulter la patiente et prescrit alors le nécessaire pour soulager autant que possible la patiente.

Comment la patiente aurait fait si je n'avais pas parler à l'infirmière alors que j'avais déjà expliqué à l'interne la situation juste avant ? Comment j'aurais expliqué à la patiente qu'on ne pouvait rien faire pour le moment ? Cette situation m'a vraiment dérangé car moi étudiante j'avais vraiment l'impression de ne rien pouvoir faire car seul l'interne avait le pouvoir de soulager la patiente mais je n'aurais jamais réussi à la convaincre de faire quelque chose si les infirmières qui travaillaient avec moi n'avaient rien dit. La patiente aurait dû attendre et je n'aurais pas supporté de lui dire que je ne pouvais rien faire pour elle alors qu'en fin de compte il était possible de prescrire un antalgique grâce à l'interne.

La place d'intermédiaire n'est pas toujours évidente, surtout en étant étudiante. J'ai souvent l'impression de déranger, mais ce n'est peut-être qu'une impression, je ne sais pas si ça vient de moi ou du peu de temps qu'on les autres pour des situations qu'ils leurs paraissent plus ou moins minimales. Je donne pourtant toutes les informations nécessaires lors de transmissions mais ici je me suis senti un peu mal à



l'aise car si je n'avais pas insisté auprès des infirmières sur ce qui venait de se passer avec l'interne rien n'aurait été changé pour cette patiente.

### **5.5. 027. Patient en fin de vie qui souhaite fumer. Refus de l'équipe**

Madame B isabelle est actuellement hospitalisée dans la chambre 38 du service des maladies infectieuses du Bocage. Elle est arrivée au CHU le 14/03 2011, suite à une récurrence de son lymphome lié à son VIH. Elle est actuellement en soin palliatifs depuis 2 semaines suite à une décision des médecins et de l'équipe soignante.

Mme B est né le 8 mars 1965 à Dijon, elle voit régulièrement sa fille qui vient la voir presque tous les jours, sa mère et sa sœur viennent aussi mais plus rarement étant donné qu'elles vivent dans le sud. Actuellement madame B ne ressent plus rien au niveau physique et ne peut donc plus se mouvoir, elle est devenue aveugle il y a de cela 3 semaines, de ce fait elle angoisse beaucoup et se demande sans cesse si elle va mourir ce qu'elle n'accepte pas. Son traitement est plus ou moins stoppé, en effet on lui donne lorsqu'elle souhaite le prendre afin de calmer ses angoisses. (Si on ne lui donnait plus le traitement, elle comprendrait que tout est perdu et serait encore plus angoissée). Elle apprécie fumer mais c'est très compliqué à gérer dans le service, en vue de cela des patches de nicotine 21 mg lui sont mis chaque jour cependant elle ressent toujours le besoin de fumer mécaniquement.

La patiente souhaite fumer, il s'agit de son dernier souhait, régulièrement lorsque l'on va la voir, elle demande presque toujours pour aller fumer. Cependant du fait de son état, il est très difficile de la mouvoir dans ces conditions.

Plusieurs choix s'offrent à l'équipe: Soit on l'accompagne dehors mais dans ce cas il faudra lui tenir la cigarette car elle n'y arrive plus ce qui se répercute sur les soignants du fait qu'ils ne sont pas tous fumeur (majorité de non-fumeurs) et qu'ils peuvent être incommodés par la cigarette (danger pour la santé), de plus l'emmener dehors nécessite la mobilisation de beaucoup de personnels afin d'éviter tout risque de chute ce qui augmente la charge de travail et rend parfois difficile la réalisation des sorties quand il n'y a pas le temps ou le personnel. Soit on ne peut pas l'emmener dehors

mais dans ce cas que faire? La laisser fumer en chambre? ( réel danger car c'est proche de l'arrivée d'oxygène, le personnel est exposé encore plus que dehors, il y a un risque de brûlure pour la patiente comme pour les soignants devant tenir la cigarette, et cela provoque du travail en plus ce qui n'est pas toujours évident à gérer). On ne la fait pas fumer mais dans ce cas son dernier souhait serait bafoué ? C'est la seule envie qui lui reste, son dernier plaisir est de fumer, peut on l'en empêcher ?

Le psychologue afin qu'il puisse lui expliquer la situation et lui annonce en douceur les décisions de l'équipe et la fasse avancer sur sa propre mort. La famille qui peut compenser l'absence de cigarette et même l'emmener dehors pour l'aider à fumer. Les infirmiers, aides-soignants et étudiants qui peuvent l'aider à fumer, la soutenir et l'écouter. Les médecins pour trouver des solutions et discuter en équipe de ce qui ne va pas afin d'adapter la demande. Les ASH qui devront nettoyer la chambre et ramasser les mégots et cendres qui y resteraient.

L'équipe de nuit qui ne peut pas l'accompagner dehors n'étant pas en effectif suffisant pour détacher du personnel pouvant s'en charger.

La difficulté principale réside dans le fait d'annoncer à la patiente l'impossibilité de l'accompagner dehors pour fumer en lui expliquant les raisons qui pour elles n'ont certainement plus d'importance. Elle a ce dernier souhait qui est de fumer, c'est donc difficile de lui dire non alors qu'elle est face à une grande souffrance (elle ne peut plus voir, ne peut plus maîtriser son corps, il ne lui reste que la parole et l'écoute, elle est prisonnière de ce corps). C'est donc choquant pour moi et difficile à faire que de refuser sa demande lorsqu'il s'agit de son dernier espoir. Comment se placer vis à vis de cela, pour qu'elle puisse comprendre et accepter le fait qu'on ne peut pas l'aider à fumer, que cela peut être dangereux même en chambre et que c'est la raison qui nous empêche de la faire fumer.

Le plus important est de faire comprendre à madame B que nous sommes présents pour elle et toujours à ses côtés afin de l'apaiser et lui faire oublier son envie de fumer qu'on ne peut pas toujours exaucer. J'arrive à me positionner vis à vis de cela même si cela reste difficile de lui refuser son dernier souhait.

## **5.6. 047. Y a-t-il assez d'attention auprès des PA pour éviter les aggravations en institution ?**

Ma situation s'est déroulée au moment de la toilette de Madame D. avant le petit-déjeuner. Je suis entrée dans la chambre et j'ai commencé par ouvrir un peu les volets pour ne pas éblouir ma résidente. J'ai voulu réveiller Madame D. afin de lui faire sa toilette et de la lever pour qu'elle rejoigne les autres résidents au petit salon pour prendre son petit-déjeuner.

Comme d'habitude je me suis penchée vers elle et lui ai pris la main en lui disant qu'il était temps de se réveiller et que j'étais là pour lui faire sa toilette et l'aider à se préparer pour aller manger. Je lui ai rappelé quel jour on était et quelle heure il était pour éviter qu'elle soit trop désorientée.

Madame D. est âgée de 90 ans, c'est une dame qui ne se déplace qu'en fauteuil roulant et qui ne peut maintenir une posture debout seule. Elle porte également un appareil auditif et malgré cela il est nécessaire de lui parler assez fort pour qu'elle comprenne. C'est une personne très discrète qui a souvent peur de déranger et qui est sur ses gardes, c'est pourquoi avant chaque acte il faut lui expliquer ce qu'il va se passer pour la rassurer.

Ce matin-là j'ai remarqué qu'il était très difficile de réveiller Madame D. Elle ne semblait pas réagir aux stimulations et ses yeux restaient fermés. J'ai essayé encore pendant quelques instants de lui parler, un peu plus fort, je lui tenais toujours la main, mais je n'ai eu aucune réponse de sa part. En temps normal il est vrai que Madame D. met un certain temps pour se réveiller seulement elle réagit beaucoup plus rapidement, du moins elle répond quand on s'adresse à elle et ouvre les yeux pour identifier la personne qui lui parle.

J'ai alors vérifié sommairement si Madame D. était déshydratée, ce qui expliquerait son état car dans cet établissement il était assez courant de rencontrer des résidents légèrement déshydratés. J'ai donc fait le test du pli cutané qui était positif, pris ses constantes et j'ai été vérifié dans le classeur des aides-soignantes si ses selles étaient normales, ce qui n'était pas le cas à ce moment-là (2 jours de selles liquides). Madame

D. présentait une hypotension en décubitus. Face à cette situation je me suis rendue dans le bureau de soin afin de prévenir les infirmières de l'état de santé de ma résidente et de mes constatations. Elles ont été voir Madame D. par la suite pour vérifier par elles-mêmes ce que je leur avais reporté et ont statué sur une déshydratation. Elles m'ont dit que j'avais pris de bonnes initiatives et m'ont encouragé dans ce sens.

A la fin, j'ai pu poser une perfusion de Na Cl 500cc en sous-cutané à Madame D. afin de la réhydrater plus rapidement et pour qu'elle se sente mieux.

Mon ressenti pendant cette situation. J'avoue qu'au départ cela m'a paru tout de suite anormal quand j'ai vu que Madame D. ne réagissait pas aux stimulations. Je m'occupe de cette résidente tous les matins une semaine sur deux alors j'avais appris à connaître ses réactions en fonction de la situation. Je n'ai pas vraiment réfléchi à ce que je devais faire, j'ai eu tout de suite l'idée dans un premier temps de voir si elle arrivait à se réveiller et le cas échéant j'ai pensé à prendre ses constantes, ce que j'ai vu faire par les infirmières quand un résident était plus faible que d'habitude ou suite à une chute ou un malaise. Suite à ça j'ai pensé à observer un pli cutané car j'avais déjà eu l'occasion à ce stage de voir avec l'infirmière comment détecter les signes d'une déshydratation.

Le fait d'avoir su gérer ce genre de situation et d'avoir eu l'encouragement des infirmières m'a fait prendre un peu plus confiance en moi, et à trouver encore plus ma place au sein de l'équipe soignante, j'étais contente d'avoir su appliquer ce que l'on m'avait appris pendant le stage et de ne pas m'être trompée dans les gestes à effectuer.

Ce qui m'a interpellé. Dans cette situation précise et après réflexion j'ai quand même été surprise du nombre de résidents qui se trouvent à un moment ou un autre déshydratés. Il est vrai que certains n'ont pas conscience de la notion de soif ou du fait qu'il est important pour eux de s'hydrater; cependant lors des repas et en dehors d'ailleurs on ne les stimule sûrement pas suffisamment pour les faire boire assez dans la journée. Il est vrai que la seule hydratation provient essentiellement du lait ou du jus

d'orange au petit-déjeuner, un verre d'eau à midi et le soir avec les médicaments et un thé pour le goûter. Avec les personnes dépendantes il est difficile de contrôler leurs apports hydriques car il faut constamment leur rappeler de boire mais si la boisson devenait un acte systématique à certains moments de la journée déterminés, il serait peut-être plus simple de contrôler et d'éviter les déshydratations.

Plan d'amélioration. Concernant mon initiative à l'égard de la patiente, je ne ferais rien de différent si une nouvelle situation de ce genre se présentait mais je pense qu'à l'avenir je ferais plus attention de prendre en compte et vérifier le registre tenu par les aides-soignantes lors des transmissions sur les heures où je ne travaille pas pour me tenir informé de l'évolution des soins et de l'état de santé au jour le jour.

Je ne le faisais pas avant mais dorénavant je m'y emploie, durant l'après-midi quand les résidents sont au petit salon je leur sers à tous un verre d'eau de temps en temps et je surveille bien, ou même je les aide si besoin pour qu'ils boivent comme il faut.

### **5.7. 051. À domicile le soin demande-t-il plus de précautions ? Intimité, réussite ?**

Lors de mon stage dans le cabinet d'infirmier libéral, j'ai eu l'occasion de réaliser de nombreux soins au domicile des patients. Durant ma deuxième semaine de stage, nous nous sommes rendus chez une patiente chez qui nous étions déjà allés quelques jours auparavant pour réaliser un bilan sanguin pré chimiothérapie. Nous allons donc à nouveau à son domicile afin de lui administrer sa chimiothérapie.

Arrivés chez la patiente, je vérifie que nous avons : tous le matériel nécessaire, la prescription du médecin, le produit conforme à la prescription. Je laisse alors la patiente s'installer confortablement.

Ensuite, je mets un masque, je prépare mon plan de travail, je décontamine la table. Ensuite, après avoir réalisé une friction hydro alcoolique, je prépare mon matériel et réalise le cycle Bétadine au niveau de la CIP de Mme B. Puis, je dispose le champ stérile et y dépose mon matériel, je mets ensuite mes gants stériles afin d'adapter et de purger le dispositif à mettre en place. Je dispose la perfusion sur un porte manteau,

mets en place le champ stérile sur Mme B., réalise le dernier cycle, pique dans sa CIP, réalise le retour veineux, clamp en pression positive et adapte la perfusion. Nous attendons que la chimiothérapie soit finie, puis je désadapte et élimine le système en portant des gants.

Questionnement : Durant ce soin, je me suis senti déstabilisé par l'environnement dans lequel se déroulait le soin. Je me suis demandé comment m'organiser au mieux, où m'installer pour préparer mon soin en prenant en compte la propreté de l'endroit, la proximité avec la patiente... Comment se faire une place chez la personne sans briser son intimité ?

Ressource : Afin de réaliser correctement ce soin, j'ai demandé et suivi les conseils de l'infirmier qui était avec moi. J'ai aussi suivi ce que la patiente me disait, me montrant l'endroit qu'elle avait préparé pour que je m'installe, me conseillant d'utiliser le porte manteau comme pied à perfusion. J'ai laissé Mme B. s'installer où elle souhaitait. J'ai déroulé mon soin dans ma tête afin de m'organiser au mieux et essayer d'avoir les choses à portée de main.

A domicile, il est essentiel de bien connaître les soins que l'on réalise pour pouvoir bien s'organiser, l'environnement n'étant pas forcément adapté aux soins.

De plus, étant chez le patient, s'est lui qui nous guide, nous indique où se placer. On entre dans l'intimité de son domicile il faut donc être attentifs à respecter l'environnement et avoir une distance avec le patient adaptée.

### **5.8. 058. Importance de l'accueil des parents pour qu'ils gardent leur place auprès de leur enfant**

Un matin, j'étais dans l'unité 1 où il y a 3 chambres mère enfant, dans l'une d'entre elles, il y a Antoine. Un petit de 3 semaines, arrivé la veille au soir avec sa maman pour gastro avec déshydratation. Je passe dans cette chambre pour poser les affaires pour le bain et pour me présenter à la maman que je n'avais encore pas vue. Je remarque alors qu'elle utilise l'essuie main pour changer son bébé, je me dis alors qu'elle n'a pas dû avoir d'explications sur ce qu'elle a à disposition. Je lui demande si

elle a besoin d'autre chose, elle me dit que non. Elle était donc en train de changer son bébé, j'en profite pour retirer le lit et voir s'il faut changer quelque chose. Arrive alors l'ASH, elle passe la tête par la porte et dit à la maman : « je voulais savoir si vous preniez vos repas ici : midi ? Soir ? Petit déjeuner ? » La maman lui répond « bah non » », l'ASH lui dit « rien du tout, même pas le petit déjeuner, vous y avez droit avec la chambre ? » alors la maman dit « oui bah le petit dej alors !!! » d'un ton agacé et un peu énervé. L'ASH me regarde alors en levant les yeux au ciel, genre « elle est trop aimable elle » comme elle me le dira plus tard.

Je termine le lit et je demande à la maman si on lui a expliqué le fonctionnement du service, l'organisation de la chambre, ce à quoi elle a droit... car je me suis dit suite à sa conversation avec l'ASH et suite à ce que j'avais vu pour le change, que si elle réagissait comme ça c'est qu'elle devait être perdue et sûrement très mal. Déjà de voir son enfant malade, branché de partout (scope + perfusion), en plus elle arrive dans un endroit qu'elle ne connaît pas, elle a l'impression d'être seule, de ne pas exister... en tout cas c'est ce à quoi elle m'a fait penser quand je l'ai vu.

A cela, elle me répond « bah non, on ne m'a rien dit du tout ». Je lui propose alors de repasser plus tard quand elle aurait terminé le bain (me disant qu'elle serait plus disponible pour recevoir des informations).

Plus tard dans la matinée, je vois que le bébé dort et que la maman est dans la chambre. Je frappe et je lui demande si elle veut que je lui explique tout pendant que son bébé dort. Elle acquiesce, je lui montre donc où se trouve tout ce dont elle peut avoir besoin : affaires pour le change, thermomètre, sérum phys.... je lui explique à quoi sert le scope et l'informe des éventuelles alarmes non justifiées qui risquent de sonner, et lui dit que si ça sonne, qu'elle regarde son bébé pour apprécier la gravité ou non de la situation afin qu'elle ne s'inquiète pas inutilement.

Je lui explique également le fonctionnement du service (repas, salle des parents, visites...) suite à cela je lui demande si elle a des questions, si elle a besoin de quelque chose... elle me remercie de lui avoir expliqué, et m'avoue alors qu'elle s'inquiète beaucoup car son bébé ne boit rien du tout alors qu'il a toujours des selles liquides.

J'essaie de la rassurer en lui disant que cela va revenir petit à petit, qu'en attendant la perfusion prend le relais et qu'il ne risque donc pas de se déshydrater. Par contre, je lui demande qu'elle nous dise bien quand son bébé a des selles liquides afin que nous puissions vraiment évaluer et ainsi adapter la perfusion. Egalement qu'elle essaie régulièrement de lui redonner de l'Adiaril® même s'il n'en prend que peu.

Je lui redis « essayer de ne pas trop vous inquiéter même si je sais que ce n'est pas facile » et surtout qu'elle n'hésite pas à venir nous voir si ça ne va pas, ou si elle a besoin de quelque chose.

Cette situation m'a permis d'apprécier l'importance des entretiens d'accueil ainsi que les conséquences que cela peut avoir de ne pas se présenter et prendre le temps d'accueillir correctement l'enfant et ses parents. Ce temps qui permet aux parents de ne pas perdre la face, qui permet de les aider à garder leur place de parents...

### **5.9. 059. Une famille questionne sur un pronostic péjoratif. Quel positionnement du soignant ?**

Je prenais en charge les soins de Mr X depuis plusieurs jours dans le service de soins intensifs de pneumologie. Mr X était en phase terminale d'un cancer bronchique. Le patient était intubé/ventilé, porteur d'une sonde à demeure, d'une sonde nasogastrique et d'une voie veineuse centrale. Il était endormi et curarisé.

Son état se dégradait de jour en jour et la saturation en oxygène baissait régulièrement à 80% malgré qu'il soit sous respirateur avec une concentration en O<sub>2</sub> à 100%.

La famille de Mr X avait rencontré le médecin chef de service la veille pour discuter de la dégradation de l'état général de leur proche.

Lors du tour de 17h, je devais réaliser des soins auprès de Mr X, une aspiration trachéale et la surveillance du monitoring. J'ai donc demandé à la famille de sortir quelques instants de la chambre. Une fois les soins réalisés, je suis allé les chercher en salle d'attente et les ai accompagnés dans la chambre. L'épouse de Mr X a commencé à me poser des questions concernant l'écran du monitoring ou sur l'utilité



de la sonde naso-gastrique et de la voie veineuse centrale. J'ai essayé de répondre à ses questions de manière claire.

Lorsque j'allais sortir de la chambre, son épouse s'est mise à pleurer et m'a demandé : « Quand est-ce que mon mari va mourir ? »

J'ai donc demandé à son épouse et son frère de me suivre dans un bureau voisin pour discuter. Je suis ensuite allé chercher une infirmière connaissant le patient pour sa présence, son soutien et son aide si je n'arrivais plus à faire face à la situation.

J'ai donc exposé l'évolution de l'état général de Mr X au cours des derniers jours puis j'ai demandé à son épouse de reformuler ce que le médecin lui avait expliqué la veille lors de leur entretien. Elle m'a expliqué que le pneumologue a exposé la forte possibilité que se produise un événement de décompensation dans la semaine à venir. Je lui ai dit de garder en tête les paroles du médecin et je lui ai rappelé qu'elle pouvait venir le voir même en dehors des heures de visites (autorisation convenue avec l'équipe soignante). L'épouse m'a remercié avant que je les raccompagne dans la chambre de Mr X.

Je ne m'attendais pas à voir pleurer l'épouse de Mr X ni à la question qu'elle m'a posée. Cette question concernant le décès de son mari a été très directe. J'ai été très stressé sans savoir que répondre dans un premier temps. La présence et le soutien de l'infirmière lors de l'entretien avec la famille a été d'une grande aide pour moi.

Le point positif de cette situation me semble être l'entretien avec les proches et la reformulation des explications du médecin lors de la rencontre la veille. Le point négatif est le temps entre la question de l'épouse et ma réponse dans le bureau en présence de l'infirmière.

Il me faut acquérir de l'autonomie pour réaliser à nouveau cet entretien. Si je me retrouvais dans une situation similaire, je pense pouvoir être autonome pour répondre à ce genre de questions avec l'aval de l'infirmière du service.

### **5.10. 063. Lors d'un accompagnement de fin de vie, un sourire de l'infirmière est mal interprété par la famille**

Lors de mon stage en dermatologie, j'ai rencontré de nombreux patients atteints de cancers, à des stades plus ou moins avancés chacun. Lorsque je suis arrivée en stage il y avait une patiente avec un mélanome métastatique. C'était une femme de 54 ans. Elle avait une fille de 28 ans. A mon arrivée dans le service cette patiente était plus ou moins autonome. Puis avec le temps cette patiente est devenue de plus en plus dépendante. Sa fille était présente dans le service 24h sur 24h. Elle dormait toute les nuits avec sa maman dans sa chambre sur une chauffeuse. Je m'étais occupée de cette dame au début de mon stage. C'était une femme qui aimait beaucoup savoir ce que nous lui faisons et qui n'hésitait pas aller chercher sur internet des informations. Elle avait pour projet de partir dans un autre pays pour se faire soigner mais ce fut trop tard pour partir. Une semaine avant son décès il a été annoncé à la patiente ainsi qu'à toute la famille qu'il s'agissait d'une fin de vie et que les jours étaient comptés. La patiente était devenue très fatiguée et dépendante. Lors de cette dernière semaine, la famille était présente dans le service du matin au soir. Lorsque nous faisons un soin, la famille était dans le couloir et la fille était très regardante. Deux jours avant sa mort, nous avons mis la patiente sous pousse seringue de morphine. Pour installer celui-ci nous étions rentrés dans la chambre avec deux IDE et une autre EIDE. Ce jour la lorsque la fille est sortie de la chambre, elle nous a regardé l'EIDE et moi avec un regard noir. Je lui ai donc expliqué avec un sourire de compassion que nous étions étudiante et que nous venions seulement regarder les infirmières pour le branchement. Mais celle-ci n'a rien répondu et j'ai très bien compris qu'elle ne l'entendait pas comme cela. J'ai donc expliqué plus tard à l'IDE le ressenti que j'avais eu lorsque j'avais parlé avec la fille de la patiente et peu de temps après l'infirmière m'a dit de ne plus retourner dans la chambre. La fille ne voulait pas que ce soit un moulin dans la chambre et seule une IDE pouvait dès lors rentrer. De plus la fille n'avait pas apprécié le sourire que j'avais eu à son égard. Depuis ce jour je n'étais pas retourné dans la chambre et je faisais attention lorsque je croisais la famille de la patiente dans le couloir à ne pas faire de sourire.

Cette situation m'a posé beaucoup de questions mais cela a été la même chose pour le restant de l'équipe. Les infirmières ont également eu beaucoup de difficulté dans la prise en charge de la patiente mais aussi de la fille. Avec le temps c'était devenu de plus en plus compliqué. Mais les infirmières ne m'ont rien dit par rapport à ce qui c'était passé avec la fille car je n'avais rien fait de mal. La fille était devenue de plus en plus rigide les jours avant la mort de sa mère.

Un sourire de compassion peut être mal interprété ! Je n'étais pas du tout moqueuse lorsque j'ai eu ce sourire échangé. Il a été mal interprété par la fille de la patiente alors que celui-ci était seulement de compassion. Il est donc parfois très compliqué de vouloir prendre soin et soutenir si même un sourire de compassion devient mal analysé..

### **5.11. 065. Contention d'un enfant pour réaliser un soin. L'incompréhension de la mère**

Incompréhension d'un parent suite au maintien d'un enfant pour une suture sur le front par le médecin.

La situation choisie se déroule dans le service des urgences pédiatriques dans la salle de suture. Un jeune garçon, Quentin, âgé de 2 ans était tombé du toboggan dans son jardin. Sa tête a heurté le sol et il s'est ouvert le front. Suite au traumatisme et à la plaie, sa mère a décidé d'emmener Quentin aux urgences pédiatriques.

A l'arrivée après l'inscription, Quentin a rapidement été installé en salle de suture. La mère n'ayant donné aucun antalgique ce jour, le médecin a prescrit du Doliprane® en dose/poids et de la Xylocaïne® en gel à mettre sur la plaie après une irrigation avec du sérum physiologique. La plaie était peu profonde située 2 cm au-dessus de l'arcade droite. Les berges sont longilignes et abordables facilement, il n'y a pas de perte de matière. Après avoir laissé agir la Xylocaïne® sur la plaie, le médecin accompagné de l'infirmière et de moi-même est arrivé dans la salle. Pour réaliser la suture, l'Entonox® est utilisé pour détendre les enfants et leur permettre de ne pas penser à l'aiguille et au geste en général.

Quentin était très tonique et ne voulait pas rester allongé sur le brancard pour la suture. Malgré de nombreuses explications et différentes positions, Quentin ne se laissait pas faire. L'infirmière et moi avons dû maintenir Quentin allongé avec le masque à Entonox® sur le visage. La mère était mal à l'aise et ne comprenait pas vraiment ce qu'il se passait. Après quelques minutes à respirer dans le masque, l'enfant s'est apaisé et nous avons seulement dû lui maintenir la tête afin qu'il ne bouge pas pendant la suture.

Une fois la suture terminée et les consignes de surveillance du traumatisme crânien expliquées à la mère de Quentin, elle est venue discuter avec l'infirmière du maintien de son enfant. La maman a exprimé son incompréhension ressentie lors de la suture quand les soignants ont maintenu Quentin. Elle explique qu'elle a trouvé le geste violent en voyant deux adultes maintenir fermement un petit garçon de deux ans. J'ai alors expliqué à la maman de Quentin qu'il était nécessaire que l'enfant soit immobile lors de la suture. L'infirmière explique ensuite que ce maintien qui a pu sembler violent à ses yeux n'a été que de courte durée, le temps que l'Entonox® fasse l'effet attendu soit deux minutes environ. A ce moment-là, Quentin est dans les bras de sa mère et agite la main dans notre direction avec l'infirmière en disant au revoir. La maman de Quentin a alors compris qu'il ne nous en voulait pas malgré le maintien et le soin.

Ce maintien m'a aussi beaucoup interrogé lors de mon arrivée dans le service. Je ne comprenais pas vraiment pourquoi tant d'adultes pour immobiliser le temps d'un soin de petits enfants. Ce geste me semblait assez choquant au départ et pourtant les enfants n'en tenaient pas nécessairement rigueur aux infirmières. Après avoir échangé avec de nombreuses infirmières, j'ai réalisé que parfois les explications ou les tentatives de diversion par des chansons ou un jouet ne suffisaient pas. Pourtant l'immobilité de l'enfant pour certains soins est nécessaire. J'arrive à comprendre l'incompréhension de la maman de Quentin.

La difficulté a été de renseigner et de rassurer la maman de Quentin sur le maintien ferme de son enfant au début du soin. Ayant seulement un mois d'expérience dans le service, je n'étais pas à l'aise pour lui répondre sur ce geste, et l'aide de l'infirmière a été la bienvenue.

Aujourd'hui, je me sens capable d'expliquer ce geste à des parents s'ils évoquaient leurs incompréhensions car j'ai été confronté plusieurs fois à cette situation que j'ai su gérer avec mes infirmières référentes par la suite.

### **5.12. 066. L'infirmière traduit les propos du médecin qui ne sont pas conformes à la vérité de la situation du patient**

Un matin dans le service de chirurgie générale, j'étais en salle de pause avec les autres membres de l'équipe lorsqu'une infirmière des urgences médico-chirurgicales est venue pour demander si quelqu'un dans l'équipe était en mesure de traduire du français en l'arabe pour un de ses patients.

Je me suis donc manifestée en précisant que je suis capable de traduire et après avoir demandé l'accord de l'infirmière qui m'encadre, je me suis donc rendu dans l'autre unité après ma pause. A mon arrivée dans le service, l'infirmière m'explique dans la salle de soin ce que je devrais traduire, c'est-à-dire que je devrais simplement dire au patient qu'il est important de boire deux bouteilles de Fresubin® par jour car il est en état de dénutrition, et lui demander si il a déjà réservé un billet pour le Maroc ou pas encore, car l'infirmière souhaite lui prendre des rendez-vous pour des consultations. Elle me dit également qu'il a un cancer du pancréas et que c'est un très mauvais diagnostic car l'espérance de vie avec cette maladie est en moyenne de deux ans.

Je me suis donc rendu dans la chambre de ce patient accompagné de l'infirmière. Arrivée dans la chambre, je me suis présenté auprès de monsieur A. âgé de 68 ans, arrivé dans le service depuis 2 jours. Ce monsieur a travaillé en France pendant toute sa carrière dans le bâtiment et il vivait dans un foyer pour travailleurs immigrés. Il vivait seul en France car il a laissé sa femme et ses enfants au Maroc. Une fois l'âge de la retraite atteint, monsieur A est retourné vivre au Maroc pour rejoindre sa famille. Il parle très peu le français.

L'entretien commence, je me présente auprès du patient et je respecte ce que l'infirmière me demande de traduire. Elle me demande de lui poser plusieurs questions au sujet de la présence ou non de douleur, s'il a faim, s'il a besoin d'aide pour les actes

de la vie quotidienne. Elle me demande de lui expliquer l'importance de boire deux Fresubin® par jour et de bien manger. Les questions s'enchaînent et l'entretien se déroule dans de bonnes conditions car monsieur A est content de pouvoir communiquer en arabe. Il me dit qu'il se sent bien mais qu'il a juste des difficultés à digérer après chaque repas, qu'il se sent barbouillé mais qu'il n'a pas de douleur. Il m'explique que les médecins marocains lui ont dit qu'il avait quelque chose de grave mais qu'ils ne savaient pas exactement ce que c'était. Sur le ton de l'humour, il me dit que les médecins marocains se sont trompés car il se sent très bien pour son âge, même si il y a perdu du poids récemment.

Voyant que l'entretien se déroule bien, l'infirmière s'absente un moment pour aller chercher l'interne du service car il a besoin de donner d'autres informations à ce patient. L'interne arrive et il me demande de le présenter et de lui poser des questions sur son état de santé, à savoir si il va bien, s'il a mal etc. Au fur et à mesure je traduis ce que dit l'interne et les réponses du patient, jusqu'à ce que l'interne me demande de dire au patient qu'il a un cancer du pancréas. Surprise par cette demande auquel je ne m'attendais pas, je perds mes mots et ne me souviens plus de l'équivalent du pancréas en arabe. Je finis au bout de quelques secondes par trouver le mot recherché et j'annonce donc au patient qu'il a un cancer du pancréas. Le visage du patient se ferme, il me dit que les médecins marocains lui avaient seulement dit qu'il fallait qu'il se fasse soigner en France car là-bas il ne pouvait rien faire pour lui. Le patient savait qu'il avait « quelque chose dans le ventre » mais personne ne lui avait expliqué jusqu'à lors ce que c'était réellement.

L'interne me demande alors de lui dire s'il est d'accord pour se faire opérer et qu'après cette opération monsieur A sera complètement guéri et donc qu'il ne faut pas qu'il s'inquiète. L'interne me demande de dire au patient qu'il s'en sortira, il a un discours très positif au vu du diagnostic et de ce que m'avait précédemment dit l'infirmière au sujet de cette pathologie. Je commence à me poser des questions et je me demande si je dois traduire exactement ce que me dit l'interne ou si je dois mitiger son discours, c'est-à-dire expliquer au patient que c'est une maladie grave. N'ayant pas beaucoup de connaissance sur cette pathologie, j'ai donc décidé de traduire le discours positif de l'interne en disant au patient qu'après l'opération il serait guéri et que pour qu'il soit

opéré il doit bien boire ses deux bouteilles de Fresubin®. Mais j'ai rappelé au patient qu'il a un cancer et que cela reste une maladie grave. Le patient paraissait surpris par cette annonce, mais il restait plutôt positif car il disait avoir complètement confiance aux médecins français. Il allait même réserver un billet pour le Maroc en bus et il demandait si un mois après l'opération il serait rétabli pour voyager. J'ai posé la question au médecin qui m'a répondu que sa devrait être bon pour le voyage.

J'ai été très étonnée par la différence de discours entre l'infirmière et le médecin. J'ai également été surprise car je ne pensais pas que j'allais traduire l'annonce d'un cancer. Je pensais que pour ce type d'annonce il faisait appel à des médecins qui parle l'arabe ou à des traducteurs professionnel.

Je pense que pour ce type de situation et ce genre d'annonce, j'aurais dû refuser de traduire dans l'immédiat et demander un délai afin de préparer l'entretien, demander des conseils aux soignants qui s'occupent des consultations d'annonce et surtout avoir plus de connaissance sur le diagnostic annoncé.

Sachant qu'il y a deux infirmière d'annonce dans le service ou j'étais en stage, j'aurais préféré assister à des consultations d'annonces avant de devoir en faire une. J'avais également très peur que le patient s'effondre devant moi à l'annonce du cancer et que je ne sache pas comment réagir face à cette situation. J'ai eu beaucoup de peine pour cet homme car il allait rester à l'hôpital seul loin de sa famille et avec la barrière de la langue.

### **5.13. 067. Sentiment de culpabilité d'un soignant face à la colère du fils d'une patiente suite à une erreur professionnelle d'un membre de l'équipe**

La situation s'est déroulée un soir dans le service de médecine. L'infirmière aide-aucadre est venue nous annoncer qu'on allait recevoir une entrée, qu'il s'agissait de madame B. qui venait pour une anémie inexpliquée.

Lorsque j'ai entendu le nom de famille de cette patiente, j'ai tout de suite reconnu le nom d'une amie à mes parents, mais j'ai préféré attendre de la voir avant de dire aux membres de l'équipe que je la connaissais au cas où il s'agisse d'un homonyme.

Etant dans un autre secteur ce soir-là, j'ai demandé à l'étudiante infirmière du secteur concernée de me prévenir à l'arrivée de madame B, j'ai expliqué à ma collègue étudiante que je connais cette patiente et qu'elle ne parle pas très bien français.

A son arrivée, j'ai pris l'initiative d'aller l'accueillir dans sa chambre (avec l'étudiante infirmière du secteur) et de faire son entretien d'accueil ainsi que la prise de constantes même si ce soir-là, j'étais dans un autre secteur.

Nous sommes donc arrivées dans la chambre de madame B où elle avait été préalablement installée par l'ambulancier qui s'était occupé du transport entre l'hôpital général et le service. Il s'agissait bien de la personne que je connaissais et non pas d'une homonyme. Je lui ai dit bonjour, je me suis renseigné sur son état de santé et j'ai effectué l'entretien d'accueil avec les questions que l'on pose pour l'entrée d'un patient dans le service, pendant que ma collègue prenait les constantes.

Ensuite, à la question avez-vous des douleurs actuellement, madame B m'a répondu qu'elle avait mal à la tête car elle était tombée pendant le trajet qui l'amenait dans le service. Elle m'expliqua que l'ambulancier qui s'occupait du transport ainsi que son collègue, l'avait installée à l'arrière de l'ambulance car elle était en fauteuil roulant et qu'ils avaient oublié de fixer le fauteuil et de fermer correctement la porte arrière de l'ambulance. Arrivés au premier feu rouge, la porte de l'ambulance s'est ouverte et le fauteuil roula en marche arrière jusqu'à atterrir en pleine rue. Madame a donc roulée de l'ambulance à la route et est tombée avec son fauteuil, la tête en arrière.

La douleur de la patiente se voyait très bien sur son faciès, mais elle n'exprimait pas de colère vis-à-vis des responsables de sa chute. Elle présentait également une légère plaie sur son cuir chevelu et elle ressentait des vertiges depuis cette chute. J'ai donc expliqué à madame B que j'allais raconter avec son accord sa mésaventure à l'infirmier du secteur et que nous allions demander une prescription d'antalgique à l'interne. Elle



a également ajouté que c'était une erreur de la part d'un ambulancier mais qu'elle ne souhaite pas qu'il perde son emploi à cause de cet oubli.

Nous sommes donc sortis de sa chambre et je suis parti voir l'infirmier du secteur, pour lui expliquer les circonstances de la chute de madame B. L'infirmier m'a expliqué qu'il venait de recevoir un appel d'une infirmière d'un autre service qui prenait des nouvelles de madame B car d'autres patients étaient présents lors du transport et ils en ont parlé aux soignants de leurs services respectifs.

J'ai donc informé l'infirmier du secteur que je connais personnellement Madame B. Quelques minutes après, nous étions dans la salle de soin lorsqu'un homme très en colère est venu en criant que c'était inadmissible ce qu'avait vécu sa mère et que ce n'était pas normal que l'on puisse rester assis sans rien faire alors que sa mère avait mal. L'infirmier a essayé de le calmer en essayant de comprendre ce qui était à l'origine de sa colère, mais l'homme qui est le fils de madame B ne cessait de hurler et disait que « l'équipe est incompétente car on ne s'occupait pas de sa mère ». L'infirmier gardait son calme et faisait son possible pour calmer cet homme, qui ne cessait de se rapprocher physiquement de l'infirmier en devenant très menaçant. Impressionnée par cette scène, je n'ai pas pu intervenir, pourtant j'avais envie d'expliquer au fils de madame B que nous venions juste d'être informé de sa chute et que nous étions en train de mettre en œuvre des choses pour résoudre ce problème. J'ai réfléchi et je me suis dit qu'en tant qu'étudiante je n'avais pas à intervenir sachant que les autres membres de l'équipe soignante étaient présents à cette scène.

Madame B qui entendait son fils s'énerver lui demandait depuis sa chambre de se calmer car elle venait juste d'arriver dans le service et que nous n'étions pas responsable de la chute.

Voyant que le fils de Madame B se rapprochait de plus en plus de l'infirmier, j'ai vraiment eu très peur que l'infirmier devienne victime de violence physique et que la situation s'aggrave. Au bout de quelques minutes l'infirmier du service a réussi à le calmer en lui promettant de faire remonter la négligence professionnelle des deux ambulanciers à leur supérieur hiérarchique et de faire le nécessaire pour que Madame

B puisse passer un scanner rapidement afin de vérifier s'il n'y a pas eu d'autres conséquences de la chute.

Ce qui m'a le plus étonné dans cette situation c'est le calme et le self contrôle de l'infirmier. En effet, le ton de sa voix était tellement calme et constant qu'il ne s'est pas laissé entrainer dans la colère du fils.

D'autre part, j'ai été très étonnée par l'absence de colère de madame B, elle a d'ailleurs tout fait pour minimiser auprès de son fils la négligence des ambulanciers alors que les conséquences de leurs actes aurait pu être grave pour madame B.

J'ai également été très surprise par le fait que l'ambulancier qui a accompagné madame B à sa chambre n'ai rien signalé à l'équipe au sujet de l'accident, il a fait comme si rien ne s'était passé durant le trajet entre les deux hôpitaux.

Lorsque le fils de Madame B est parti rejoindre sa mère dans sa chambre, j'ai appréhendé la réaction de l'équipe car j'avais peur qu'il me juge car je connaissais la patiente. Je me suis senti très mal à l'aise car je m'attendais à ce que l'on me pose des questions, que l'on m'associe au comportement du fils à Madame B.

Je pense qu'il ne faut pas avoir honte du comportement des autres, ne pas avoir peur d'être jugé pour quelque chose que l'on n'a pas fait et ne pas anticiper un éventuel jugement car dans cette situation, je craignais vraiment d'être jugé négativement car j'avais précisé que je connais madame B et que l'on me reproche de n'avoir pas réagi pour calmer la colère du fils.

#### **5.14. 072. La compétence de l'étudiante est remise en cause par les parents d'un enfant prématuré**

Vendredi, après les transmissions de 7 heures, Anne-Claire, l'infirmière que je suivais pour la journée m'a demandé si j'avais pour habitude de prendre des bébés en charge. Je lui ai répondu que oui et que la veille je m'étais occupée de deux bébés dont une petite fille se prénommant Maëlle. Elle me dit alors que je pouvais m'en occuper pour la journée.

A 11 heures, sa maman est arrivée et elle m'a demandé des nouvelles de son bébé concernant sa dernière nuit et le début de la matinée. Je lui ai fait alors les transmissions en lui expliquant que sur la nuit Maëlle avait fait quelques alarmes mais au vu de sa prématurité, il n'y avait rien de très inquiétant. De plus je lui ai dit que ce matin je lui avais fait sa toilette et que je lui avais reposé une sonde naso-gastrique car elle l'avait arraché.

Dans l'après-midi, ayant aidé une autre infirmière je n'ai pas pu prendre en charge les soins de 18 heures de Maëlle et c'est donc Anne-Claire qui a assuré ses soins.

Lorsque j'ai eu terminé, je suis allée dans la chambre, Anne-Claire était en train de discuter avec les parents de Maëlle. L'infirmière concluait l'entretien en disant : « je passerai le message à mes collègues. J'ai bien entendu que vous ne voulez pas que les étudiants s'occupent de votre fille ».

Sur le coup je n'ai pas compris, car j'étais arrivée à la fin de l'entretien. J'ai préféré ne rien dire et attendre que l'infirmière et moi-même quittions la chambre pour en savoir plus.

Une fois sorti, j'ai demandé à l'infirmière ce qu'il se passait, si j'avais fait ou dit quelque chose de déplacé ou qui aurait pu choquer ces parents. Elle m'a répondu que les parents lui avaient bien précisé qu'ils ne remettaient pas du tout en cause mon travail, que je prenais très soin de leur fille, que j'étais douce... Mais que compte tenu de mon statut d'étudiante et par conséquent mon manque de connaissances, ce n'était pas possible que je continue de m'occuper de Maëlle.

A la fin de cette discussion, je décide d'aller voir les parents en personne pour m'expliquer avec eux de façon à ce qu'il n'y ait pas de mal entendu. Ils m'ont redits les mêmes choses qu'à l'infirmière. Je leur ai répondu que j'aurais préféré qu'ils me fassent part de ce souhait en début de journée plutôt qu'à la fin, que je ne me serais en aucun cas vexé et que j'aurais tout à fait compris.

La maman conclue la discussion en disant qu'elle ne pensait pas que l'infirmière rapporterait ces propos devant moi. J'ai ajouté que si elle avait pris cette initiative c'était uniquement dans le but qu'il y ait de mal entendu ou de choses non dites...

Dans cette situation, je pense avoir bien réagi. En effet, il me semble important que malgré mon statut d'étudiante, je puisse me positionner en tant que future professionnelle. Je comprends que les familles puissent avoir quelques réticences par rapport au savoir-faire d'une étudiante mais par ailleurs l'apprentissage dans les services est indispensable pour l'acquisition de nos connaissances. Suite à cette situation l'équipe a convenu qu'il ne fallait pas leur donner raison, et laisser les étudiant(e)s s'occuper de leur petite fille. En effet il est inenvisageable pour une équipe de laisser le choix du soignant au patient. Ceci pour des raisons d'organisation, d'éthique et de bonne entente au sein d'une équipe.

Dans une situation similaire j'adopterai le même comportement néanmoins, afin de rassurer les familles, je mettrais peut être plus en avant mon expérience pour leur montrer que même avec un statut d'étudiante, on peut très bien maîtriser un soin et l'assurer avec autant de professionnalisme qu'une Infirmière Diplômée d'Etat.

#### **5.15. 082. Lors d'une prise en charge de fin de vie d'une personne âgées, quelle communication pour une cellule familiale non traditionnelle ?**

Je suis actuellement en stage dans un établissement pour personnes âgées, au deuxième étage dans le secteur 3. Il s'agit d'un service de type EHPAD pouvant accueillir quarante personnes. Même si les appellations « établissement de fin de vie » ou « soins palliatifs » ne sont pas acceptés par l'équipe et la direction, il est bien évident que la plupart des soins dont les personnes bénéficient sont des soins de confort. J'ai, à l'occasion de mes démarches cliniques, pu observer que certains résidents atteints de pathologies lourdes, n'avaient aucun traitement. J'ai également pu constater, en réalisant les anamnèses ainsi que les synthèses d'hospitalisation, que l'équipe soignante était très souvent confrontée aux familles, qui sont parfois source

de discorde, peuvent altérer le bien être du résident, et freiner les objectifs du projet de soin.

Pour comprendre la situation, je me dois d'expliquer une partie de l'histoire de vie du résident concerné. Monsieur P. a tous les jours deux visites. La première visite arrive en général dans le service à 14 heures. Il s'agit de sa femme avec qui il est marié depuis 30 ans. La seconde visite est sa maitresse (nous l'appellerons madame R.) avec qui il entretient des rapports depuis 26 ans, elle arrive en soirée vers 19 heures. Cette conception du couple triangulaire semble fonctionner ainsi depuis une vingtaine d'années. Monsieur P. est atteint d'un cancer généralisé et le médecin ne lui donne plus que quelques mois à vivre. La femme de monsieur P. a interdit à l'équipe de dévoiler à madame R. les informations médicales concernant son mari. Légalement rien n'autorise l'équipe à divulguer ces informations à quiconque ne faisant pas parti de la famille.

Un soir, j'étais seul dans ce secteur quand madame R. m'a interpellé afin de me poser des questions sur l'état de santé de monsieur P. L'équipe m'avait au préalable mis au courant de qui elle était et de ce que j'avais le droit de lui dire. Elle venait d'avoir un différend avec monsieur P. qui avait mené à une très forte dispute. Elle pleurait et me suppliait de lui donner des informations. Elle le trouvait changé et n'était pas dupe. Je me suis retrouvé seul face à cette femme en pleurs ne pouvant lui répondre. Je lui ai donc expliqué que j'étais étudiant en stage et que le médecin était à sa disposition pour les renseignements qu'elle me demandait. Elle m'a donc jeté un regard plein de haine en se dirigeant vers la sortie. Elle ne m'avait pas cru et m'en voulait terriblement.

Je sais aujourd'hui que j'ai pris la bonne décision en ne lui donnant aucun renseignement. Mais je remarque également que monsieur P. souffre de cette situation. À partir de là me viennent plusieurs interrogations. Le plan de soin de monsieur P. est essentiellement basé sur le confort et le bien-être. Je sais bien que ce problème en particulier n'est et ne doit pas être l'affaire de l'équipe soignante. Mais je me demande dans quelle mesure un entretien avec un psychologue pourrait être bénéfique. Je comprends également que même si les soins sont tous dirigés vers le patient, afin que celui-ci se sente bien il est nécessaire de prendre en charge son

entourage et d'entourer et d'accompagner la « famille ». Mais lorsqu'une configuration atypique de la « famille » est présente, qu'elles sont les possibilités qui s'offrent à nous soignants ?

J'ai fait part de mon expérience de la veille lors de notre réunion hebdomadaire avec l'ensemble de l'équipe, le médecin, le psychologue et la cadre. Travailler en pluridisciplinarité me semblait être la meilleure des solutions. L'équipe m'a alors confié que le problème s'était déjà posé et qu'un arrangement avait été trouvé avec le fils de monsieur P. étant en bons termes avec Madame R.

Aujourd'hui encore je me pose certaines questions sur la légalité de cet arrangement. Mais j'essaie également de trouver et de comprendre les priorités qui s'imposent à l'équipe soignante. Respecter la loi tout en maximisant les bénéfices pour le résident semble parfois très compliqué et demande un travail d'équipe de longue haleine.

### **5.16. 083. Les limites légales de la prise en charge mettent en difficulté l'identité soignante de l'étudiant**

La situation concerne un élève, Julien, âgé de 13 ans et scolarisé en classe de 5ème dans cet établissement régionale d'enseignement adapté. Julien est interne car sa famille habite dans le nord de la Côte d'or. Il a intégré cet établissement d'enseignement adapté pour des raisons de difficultés scolaire, mais aussi pour des difficultés familiales et sociales qui ont certainement parasité sa scolarité en primaire.

Julien rentre donc tous les vendredis chez son père avec qui il vit car la mère a été déchue de son autorité parentale pendant l'enfance de Julien. Le père élève donc seul 3 enfants dont une jeune adolescente qui a eu un enfant à l'âge de 16 ans, le bébé a vécu au même domicile que sa mère jusqu'à son placement (à l'âge de 10 mois) en famille d'accueil. Julien a très mal vécu l'arrivée de son neveu et ensuite son placement en famille d'accueil.

Le père doit aussi faire face à des difficultés financière car il est demandeur d'emploi et interdit bancaire. Julien est suivi par l'Aide Sociale à l'Enfance par l'intermédiaire d'une éducatrice.

Julien se présente le jour de la rentrée scolaire en janvier à l'infirmierie avec une oreille qui coule. L'infirmière scolaire examine son oreille qui effectivement coule. Julien nous dit que cela fait 7 jours que son oreille est ainsi et qu'il n'a vu aucun médecin pendant les vacances de Noël. La veille des vacances, cet élève se présentait régulièrement avec une hyperthermie et des nausées.

En plus de son oreille, le jeune garçon ne paraît pas en forme, il est livide, pâle, les yeux cernés et il a l'air très fatigué. L'infirmière scolaire décide donc de respecter le protocole qui est de prévenir les parents en cas de maladie si l'enfant nécessite un traitement. Le père étant injoignable, l'IDE lui laisse un message précisant que son fils a besoin de consulter un médecin pour que son oreille arrête de couler et pour éviter toute complication de ce type de problème.

Le père n'a jamais rappelé. L'infirmière se retrouve avec un enfant qui a mal et qui a besoin d'une consultation chez un médecin. Elle ne peut rien faire mis à part donner du paracétamol et nettoyer l'oreille (juste l'extérieur pour absorber l'écoulement).

Julien a eu un jour une rage de dent qui nécessitait d'urgence une consultation chez un dentiste pour calmer la douleur et pour éviter que la rage de dent évolue en abcès dentaire, ce qui représente un danger pour le cœur. Le père avait donc été prévenu mais ne pouvant ni amener son fils chez le dentiste ni payer la consultation (interdit bancaire et dossier de CMU en cours), c'est donc l'infirmière scolaire qui avait amené l'enfant chez le dentiste et qui avait payé la consultation. Le père n'a jamais remboursé la consultation à l'infirmière. C'est l'établissement qui a remboursé l'infirmière.

Dans cette nouvelle situation, sachant que le père n'a pas contacté l'établissement pour prendre des nouvelles de son fils, l'infirmière n'a donc pas l'autorisation d'amener l'enfant chez un médecin ni les moyens de payer une consultation si un médecin se déplace, car elle risque de ne plus se faire rembourser. L'enfant ne peut donc pas quitter l'établissement sans l'autorisation de son père et l'infirmière ne peut pas appeler le 15 pour un motif médical bénin sachant que c'est un service qui est dédié à l'urgence vitale.

Deux jours après, profitant de la venue du médecin scolaire, l'enfant est vu par le médecin qui diagnostique une otite purulente, qu'elle ne peut pas traiter car le médecin scolaire n'a pas le droit de prescrire des traitements. Si l'otite n'est pas soignée rapidement, l'enfant peut se retrouver avec le tympan percé et donc perdre une partie de son audition.

N'ayant toujours pas de nouvelle du père, l'infirmière décide de contacter l'éducatrice de l'ASE qui suit Julien afin que celle-ci puisse l'amener chez un médecin. L'ASE refuse dans un premier temps précisant que c'est à l'établissement scolaire (infirmière et personnel de l'internat) de s'occuper de cela. La cadre de l'ASE va même jusqu'à accuser l'établissement de non-assistance à personne en danger. L'éducatrice de Julien viendra une semaine après pour l'emmener aux urgences. Le médecin des urgences refusera de voir Julien car il n'est pas venu accompagné par un membre de sa famille.

Mon stage dans cet établissement prit fin le jour où l'éducatrice est venue emmener Julien à l'hôpital. J'ai ressenti beaucoup de peine pour cet élève car lorsqu'il venait à l'infirmerie, on pouvait voir sur son visage qu'il ne se sentait pas bien physiquement et mentalement. J'étais gênée quand je le voyais à l'infirmerie car je me sentais impuissante face à son problème. J'étais aussi en colère car son problème aurait pu être réglé pendant les vacances scolaires par le père ou par l'éducatrice qui le suit dans la ville où il habite. De plus si le dossier CMU aurait été fait, l'infirmière aurait pu appeler un médecin pour qu'il vienne dans l'établissement sans qu'elle prenne le risque de quitter l'établissement avec l'élève sans autorisation ni payer à la place du père.

Je me sentais coupable de ne rien faire pour lui, je voyais qu'il allait mal mais je n'arrivais pas verbalement à le rassurer car cette situation m'affectait aussi. Julien mesure 1 mètres 26, ce qui veut dire qu'il est très petit pour son âge et lorsque je le voyais je pensais au concept de nanisme psycho-affectif et je me disais que cet enfant doit souffrir d'une grande carence affective.



J'avais parfois envie de le prendre dans mes bras mais je me suis souvenue du concept de distance thérapeutique. Ce qui le plus interpellé c'est que l'infirmière est coincée entre la non-assistance à enfant en danger si elle ne fait rien, sa conscience morale et professionnelle (notre rôle est de soigner) et la loi qui interdit à l'infirmière de quitter l'établissement avec un mineur sans l'autorisation des parents. De plus si l'infirmière prend l'habitude d'emmener l'enfant chez le médecin à chaque fois qu'il aura un problème de santé alors cela pourrait inciter le père à ne plus s'occuper médicalement de son fils car il saura que l'établissement peut le faire à sa place (tendance à déléguer son rôle de père à l'établissement scolaire).

J'ai aussi été interpellé par le nombre important de barrière (administrative et financière) qui empêche un enfant d'être vu par un médecin. Je pensais qu'en France un mineur a le droit aux soins gratuits comme une jeune fille mineure a le droit à la contraception gratuite sans l'autorisation de ses parents. On peut amener une jeune fille au centre de planification familiale sans l'autorisation de ses parents alors que l'infirmière n'a pas le droit d'amener un enfant malade chez le médecin. Le fait que le médecin scolaire n'a pas le droit de prescrire dans le cadre de son intervention en milieu scolaire m'a beaucoup surpris.

Si un jour je rencontre ce type de situation, j'essaierai de ne pas culpabiliser et d'accepter le fait que dans certaines situations, on ne peut rien faire pour améliorer l'état de santé d'une personne. Apprendre à prendre du recul sur certaines situations afin qu'elles ne m'affectent pas trop personnellement car je risque de rencontrer d'autres situations aussi difficiles humainement.

### **5.17. 086. Un temps accordé à une personne âgée juste avant sa mort se révèle un élément central du soin**

Jeudi je travaillais du soir. L'après-midi était un peu mouvementé et nous étions en retard. Tout le personnel soignant était occupé à différentes tâches. Parmi les résidents, madame B. âgée de 94 ans, refusait depuis plusieurs semaines de s'alimenter, de prendre ses médicaments. Elle restait alitée toute la journée et ne

bougeait que très peu dans son lit. Cette femme était extrêmement douloureuse et fatiguée.

Vers 17 heures 30, pendant que nous faisons avec l'infirmière le tour des médicaments, la fille de madame B. a appelé pour avoir des nouvelles de sa maman et savoir si elle pouvait lui parler. L'infirmière semblait embêtée car elle ne pouvait pas prendre le temps de tenir le téléphone à cette résidente. Je me suis alors proposée.

Arrivée dans la chambre, j'ai expliquée à madame B. que l'une de ses filles était à l'autre bout du téléphone et qu'elle souhaitait lui parler. J'ai déposé le téléphone sur son oreille et je suis resté pour le maintenir. Les mots de sa fille étaient remplis de gentillesse et d'amour. Madame B. était très réceptive, elle esquissait des sourires et acquiesçait de la tête. Cet appel semblait lui faire le plus grand bien. Au bout d'une vingtaine de minutes, sa fille lui a dit « au revoir » et a demandé à me parler. Je lui ai transmis quelques réactions de sa mère durant l'entretien : notamment que cet appel semblait lui avoir fait plaisir car elle avait réagi de façon très positive à de nombreuses reprises. Sa fille m'a demandé si j'accepterais de la laisser lui parler encore quelques minutes ; ce que je fis.

A la fin de cet appel, je suis retournée vers l'infirmière afin de l'aider à terminer les soins en cours. En repensant à madame B. j'étais fière d'avoir pris ce temps pour elle car celui-ci semblait avoir comblé autant la mère que la fille. Cependant cette situation m'a positionné en tant que témoin. Les paroles très intimes de la fille me mettait parfois mal-à-l'aise. Je me sentais à la fois de trop mais également indispensable pour faire le lien entre la mère et la fille. En fait, je pense que cette conversation me déstabilisait parce qu'elle me renvoyait à ce que je pourrais moi-même dire à l'un de mes parents.

Le lendemain j'étais du matin, je suis arrivée à 6 heures 30 et madame B. venait de décéder. Lorsque j'ai appris la nouvelle, j'ai été touchée mais je me suis dit que j'avais permis à cette femme d'entendre une dernière fois la voix de sa fille. Dans le fond elle attendait peut être cet appel avant de pouvoir partir. J'étais fière d'avoir accompli ce geste.

Cette expérience m'a permis de me rendre compte qu'en tant qu'étudiantes infirmières nous avons parfois l'opportunité de vivre des situations particulières. Notre statut nous offre des disponibilités beaucoup plus importantes qu'un professionnel. L'infirmière doit gérer toutes ses tâches dans un temps donné. En effet les moments où elle peut se décharger de ses fonctions au cours de la journée sont rares et quelque fois non programmables à l'avance comme dans la situation citée.

Certaines déplorent d'avoir délaissé ces temps privilégiés et enrichissants pour combler un surcroît de travail dans les services. Le travail technique, administratif et les sous effectifs laissent moins de temps à la relation avec le patient.

En tant qu'étudiante infirmière, il me semble donc important de favoriser ces moments d'échanges. D'une part parce qu'ils font partie intégrante de la fonction d'infirmière dans les soins prodigués au patient et d'autre part parce qu'ils nous enrichissent professionnellement et personnellement.

### **5.18. 092. Comment analyser l'agressivité comme un symptôme de la pathologie traitée ?**

Monsieur G est en cure de sevrage alcoolique dans une unité de cure. Monsieur G a été réveillé à 7 heures 30 comme tous les matins pour la prise des traitements et le petit déjeuner.

A 8 heures 15, il a rendez-vous à la salle de musculation pour des exercices liés à la respiration avec le kinésithérapeute. Arrivé dans la cuisine commune, il s'est plaint d'avoir été réveillé trop tôt.

Une fois installé à table, monsieur G s'est mis à critiquer l'équipe soignante et moi-même, les infirmières les unes après les autres. Il a ajouté : « J'ai envie d'être chiant et méchant ce matin, vous allez toutes y passer ! »

L'une des infirmières lui a rappelé les règles de respect attendues dans le service, mais il n'a pas arrêté pour autant. Nous avons donc décidé avec l'une des infirmières référentes de mon stage de voir monsieur G. en entretien infirmier. Nous avons

prévenu le patient que nous souhaitions le rencontrer après ses exercices de kinésithérapie respiratoire.

Monsieur G. n'a plus dit un mot jusqu'à ce qu'il sorte du service. Une fois rentré, il est venu directement nous solliciter pour l'entretien. Nous avons discuté avec lui de son comportement du matin, il était assez fermé à la discussion et ne nous regardait pas. Monsieur G. est en fin de cure, c'était la dernière semaine, la veille de la sortie. Nous avons donc abordé ses impressions par rapport à la sortie imminente. Il s'est ouvert et a exprimé une grande anxiété à sortir de l'unité. Il évoque ses peurs de quitter le cadre rassurant du service et de reprendre ses alcoolisations une fois seul chez lui.

Nous le rassurons en lui rappelant tout le chemin parcouru depuis son dernier verre. L'infirmière lui explique que cette anxiété n'est pas rare chez les curistes avant la sortie et qu'il faut en parler et ne pas garder ses peurs pour lui. Il finit par s'excuser de son comportement envers l'équipe. Nous lui proposons un rendez-vous avec la psychiatre du service dans l'après-midi et nous lui rappelons que nous sommes disponibles s'il souhaite discuter de son anxiété face au départ.

Au départ lors des attaques verbales de monsieur G. je me suis sentie visée personnellement. Quand j'ai remarqué que cette agressivité visait l'ensemble de l'équipe soignante, j'ai réalisé que cela ressemblait davantage à un symptôme plutôt qu'à des reproches personnels. Mon infirmière n'a pas eu ce questionnement, elle a immédiatement envisagé cette agressivité comme la manifestation d'une autre émotion.

J'ai bien réagi face à cette agressivité verbale. L'entretien s'est révélé nécessaire et révélateur d'une grande anxiété. Je prends parfois la critique trop à cœur, mais dans cette situation j'ai su garder une distance adéquate face aux propos agressifs du patient. J'ai été en binôme avec l'infirmière référente de mon stage mais je me sens suis sentie suffisamment à l'aise pour pouvoir être autonome lors d'une situation similaire.

### **5.19. 094. La transformation d'une information amène à une erreur thérapeutique**

Mon premier stage a eu lieu dans le service de chirurgie cardio-vasculaire et thoracique de l'hôpital, ce service se compose de dix-neuf chambres. Chaque matin deux infirmières se partagent la prise en charge des patients, suivi d'une troisième infirmière qui prend en charge les entrants et sortants du service.

Lors de ma première semaine du stage une infirmière a aidé l'une de ses collègues dans la prise en charge d'un patient pour différents soins car il y avait une charge de travail trop importante et intensive, après avoir terminé les soins celle-ci me demande si le drain posé sur le patient doit être enlevé ou non, ne sachant pas quoi répondre je suis allé demander à l'infirmière en charge du secteur ainsi que du patient si le drain était à enlever ou non. Celle-ci m'ayant confié de le laisser, je suis allé prévenir l'autre infirmière cependant arrivée dans la chambre du patient je lui ai dit qu'elle pouvait enlever le drain ce qu'elle a fait pensant que l'information était fiable et correcte. Plus tard dans la matinée l'une des infirmières est venue me voir pour me faire part de mon erreur.

Suite à cette erreur je ne me sentais pas bien, j'étais déçue envers moi même en effet on m'avait confié une information que je n'ai pas été capable de transmettre correctement, même si les infirmières m'ont expliqué qu'il n'y avait rien de grave que cela pouvait arriver à n'importe quel professionnel de santé, je n'étais pas d'accord avec elles l'information n'était pas très importante mais elle aurait pu être beaucoup plus grave et engendrer de lourdes conséquences pour le patient mais aussi pour les soignant et le service qui avait accepté de m'encadrer comme étudiant en soins infirmiers. J'étais donc sous leur responsabilité. La vie du patient n'avait pas été mise en jeu mais je me sentais responsable de cette erreur et des conséquences qui pouvaient en découler.

J'ai aussi beaucoup pensé à l'idée ainsi qu'à l'impression que l'équipe soignante a eu de moi en effet faire une erreur la première semaine de stage peut engendrer une

certaine retenu des soignantes à mon égard par la suite du stage dans la réalisation des soins.

Durant les cinq semaines qui ont suivi cette erreur professionnelle j'ai essayé de la corriger lorsqu'une personne soignante me confiait une information à transmettre qui me paraissait importante je la notais dans un bloc-notes en respectant l'anonymat pour être sûr de ne pas refaire une erreur comme celle-ci.

La communication et l'information sont des piliers du métier d'infirmière et d'infirmier tout d'abord envers le patient sa famille mais aussi le personnel soignant. La transmission des informations, des observations et des soins réalisés fait partie du rôle de l'infirmière, elle assure la qualité des soins et le contrôle du travail d'un point de vue législatif et éthique. En ayant fait une erreur de transmission de l'information, j'ai fait une erreur professionnelle, dans cette situation l'erreur n'a pas été un manque d'information car ce que je devais faire m'avais été expliqué mais une faute de transmission. Dans cette situation un second concept a été mis en jeu : la responsabilité. Être responsable c'est assumer les conséquences de ses actes quand ils portent ou non préjudice à autrui.

Après avoir fait preuve d'incohérence entre l'information qui m'avait été transmise et celle délivrée lors de la première semaine j'ai fait attention qu'une telle situation ne se reproduise pas pendant le reste du stage et heureusement cela ne s'est pas réitérée.

### **5.20. 100. L'alitement et le silence médical mettent en difficulté l'approche relationnelle de la soignante**

Alors que j'effectuais mon stage de nuit, je me suis rendue compte en entrant dans une des chambres doubles du service, qu'une patiente pleurait. Il était approximativement 2 heures du matin. J'ai demandé à madame J. ce qu'elle avait. Cette femme d'une quarantaine d'année atteinte d'une tumeur et suivie vient dans le service pour effectuer des examens. Elle n'avait pas vu le médecin de la journée alors que ce dernier lui avait assuré sa venue. Elle était angoissée et se posait de nombreuses questions « La non-venue du médecin laissait peut-être augurer une mauvaise nouvelle concernant sa pathologie...Peut-être que le médecin n'a pas osé

lui dire qu'elle allait mourir... ». L'Atarax® prescrit par l'interne et ingéré par madame J. quelques heures auparavant ne lui était pas d'un grand secours. Aussi, elle me demanda si je pouvais en parler à l'interne le lendemain afin qu'il change la posologie ou le traitement. Madame J. m'avoua aussi ne pas supporter de rester allongée. Le lit strict étant imposé par le médecin (risque de compression médullaire), elle me demanda s'il était possible qu'elle se promène en fauteuil avec sa sœur lorsque cette dernière lui rend visite. L'écoute et la discussion ont duré environ 1 heure et madame J. semblait un peu apaisée. Lorsque je suis retournée dans sa chambre vers 4 heures, elle dormait.

Le lendemain matin, le traitement a été changé et sa sœur et elle ont eu la possibilité de se promener un peu à l'aide d'un fauteuil roulant.

Le plus difficile pour moi a été mon impuissance face au questionnement médical de la patiente. Le médecin n'ayant pas rencontré madame J. dans la journée, la patiente était très inquiète de l'évolution de sa tumeur. La simple écoute et discussion a un peu calmé Madame J. mais le fondement de son anxiété ne pouvait pas être annihilé cette nuit-là. Les seules explications que j'ai pu fournir à madame J. sont les suivantes : les résultats des examens sont plutôt longs à parvenir, les médecins doivent les étudier et ces mêmes professionnels sont parfois amenés à gérer des urgences médicales. Ces faits sont exacts et se produisent régulièrement dans le service, il était primordial que la patiente en soit informée afin qu'elle puisse comprendre le retard de sa visite médicale et peut-être rencontrer un début de soulagement.

J'ai aussi axé la discussion sur la famille de madame J. célibataire et sans enfants, elle est très entourée par sa sœur et un ami qui malgré les 120 kms qui les séparent du centre, viennent lui rendre visite tous les jours. Madame J. aime jardiner et faire de grandes promenades, et son alitement la perturbe. Beaucoup d'événements concourraient à la survenue de cette crise d'angoisse.

Lorsque j'ai quitté sa chambre vers 3 heures, je n'étais pas tout à fait sereine de laisser madame J., seule avec son anxiété. J'ai pris conscience de cet intolérable silence médical (non souhaité par le médecin car soumis à des contraintes qui ne sont pas de

son fait) et de la douleur mentale qu'implique le fait de ne pas savoir. Cette situation est délicate car chacun sait qu'elle ne supporte aucune autre solution efficace que l'annonce des résultats. L'écoute et la discussion semblent souffrir du peu de soulagement que cela procure au patient.

## **6. Soin et langage**

### **6.1. 001. Le langage professionnel auprès d'enfants**

Au cours de la première semaine de stage alors que j'accompagnai un enfant pendant le déjeuner, je lui ai fait remarquer qu'il mangeait comme « un petit cochon ». Suite à cette intervention de ma part l'une des assistantes de puériculture présente m'a reprise et expliqué qu'il fallait éviter ce genre d'expression auprès des enfants car ces derniers pouvaient « s'identifier à l'animal ».

Cette remarque m'a dans un premier temps interpellé car beaucoup de parents et d'adultes utilisent cette expression auprès des enfants notamment en bas âge lors de l'apprentissage de l'autonomie pour se nourrir. J'ai alors questionné l'équipe sur les erreurs à ne pas faire. Ainsi ce stage de 5 semaines m'a appris à faire attention à toutes les phrases adressées aux enfants. Ce qui n'est pas exercice facile. En effet, le travail en crèche auprès d'enfants demande un travail particulier sur le langage. Le vocabulaire doit être choisi de façon judicieuse en évitant les négations. Par exemple favoriser le « tu marches » au « tu ne cours pas ».

Cette expérience en crèche m'a montré la difficulté de la prise en charge d'enfants surtout chez les plus jeunes ne sachant pas ou pas encore parler. Le langage doit rester professionnel. Le langage et les mots employés sont très importants notamment pour le développement psychologique de l'enfant et également dans l'apprentissage du langage. Un vocabulaire varié permet d'enrichir celui de l'enfant qui à cette période de la vie est dans une phase de mimétisme

Lors de ce stage il m'a fallu un temps d'adaptation notamment par rapport à l'attention des mots utilisés en présence d'enfants ou lorsque l'on s'adresse à eux. J'ai dû



également utiliser un langage professionnel sans utiliser un langage « bébé ». J'ai su être proche des enfants en sachant garder une certaine distance pour ne pas créer de rupture trop forte lors du départ. L'attitude et le langage professionnel s'adressent à l'équipe, aux enfants et aux parents, j'ai dû m'adapter au cours des journées aux différentes personnes rencontrées tout en faisant attention aux personnalités.

Ce stage m'a appris à m'adapter à un nouveau type de personne, en l'occurrence hors d'un contexte de soins hospitalier. Il m'a permis de me familiariser avec la prise en charge d'enfant et des comportements à adopter en leur présence.

## **6.2. 005. Un patient ne réagit pas avant la toilette, le soignant agit avec violence**

La situation se déroule en service ouvert de psychiatrie auprès d'une personne de 95 ans. La patiente a refusé de se lever pour le petit déjeuner car elle était trop fatiguée. Accompagnée d'une infirmière, je suis allé la voir dans sa chambre afin de l'aider pour effectuer sa toilette. Mon objectif est d'apporter une aide à la personne tout en préservant son autonomie au maximum afin qu'elle continue à effectuer ses gestes de plus en plus régulièrement tout en communiquant avec elle.

En arrivant dans la chambre, la patiente dormait encore. L'infirmière a voulu la réveiller pendant que je préparais le matériel pour la toilette. Mme B, ne se réveillant pas, l'infirmière commence à me dire assez fortement, car je me situais dans la salle de bain, que celle-ci se « foutait » d'elle car « elle fait semblant de ne pas entendre ». Je lui ai alors répondu qu'elle commence à être sourde et qu'elle n'entend peut-être tout simplement pas. Voyant que la patiente ne bougeait pas, l'IDE l'a prise par le bras et l'a tirée en position assise sans la soutenir au niveau de la nuque. Je me suis alors empressé d'y aller pour l'aider car je ne conçois pas cette façon de faire. Une fois la patiente assise et donc réveillée brusquement, celle-ci avait besoin de reprendre ses esprits car elle était très perturbée. Sans lui laisser le temps de se remettre, l'infirmière a pris la protection et a fait glisser la patiente jusqu'à son fauteuil en me disant que si cela ne lui plaît pas, la prochaine fois elle arrêtera de jouer la comédie.

Une fois dans la salle de bain, j'ai donné à la patiente le gant de toilette afin qu'elle puisse faire le visage, les bras et la poitrine pendant que je l'aidais à faire le dos. L'infirmière qui était avec moi, a pris le gant des mains de Mme B en me disant qu'en service de psychiatrie, on travaille sur le relationnel et la communication plus que sur l'autonomie des patients et que quand quelqu'un refuse de se réveiller, il ne faut pas perdre de temps à laisser faire les choses, il faut trouver la raison de ce refus en premier lieu. J'ai alors répondu que justement en laissant faire la personne ça permet une meilleure communication et ça crée un lien mais elle n'était pas d'accord avec ma façon de penser. La patiente n'a donc pas participé à sa toilette et s'est alors braquée face à l'autre soignante car elle n'aime pas du tout être bousculée dès le matin quand elle se réveille.

Tout au long de cette situation, j'ai ressenti une gêne envers la patiente dont je m'occupais car je ne voudrais pas que cela me soit fait à moi. J'ai pour coutume de ne pas faire aux autres ce que je ne voudrais pas que l'on me fasse. Dans ma représentation de mon futur métier, tout le monde n'est pas identique et si une personne âgée a besoin d'aide même en psychiatrie elle a le droit de garder son autonomie ou de la retrouver si elle l'avait perdue. De plus, elle a sa propre dignité et peut désirer être réveillée sans brutalité et effectuer ses gestes de la vie quotidienne elle-même.

Cette situation a donc perturbé mes propres valeurs principales au niveau de ce métier. L'humanisme, en premier lieu, qui est le fait de penser au bien-être de la personne et donc de ne pas la réveiller en la tirant par le bras. J'estime que même si c'est une personne âgée elle a le droit à des conditions de vie agréable surtout si une personne est hospitalisée pour idée suicidaire et dépression, le but est de faire en sorte qu'elle aille mieux afin qu'elle se sente bien. De plus, le respect est une autre valeur indispensable pour moi c'est-à-dire : ne pas porter de jugement, respecter le patient en tant que personne humaine, respecter l'intimité ainsi que les temps d'écoute. Il faut également savoir s'adapter aux besoins des patients afin de leur montrer une attention, ce qui permet de mettre à l'aise la personne dans l'établissement. Hors dans cette situation, le fait de bousculer la personne, de ne pas la laisser faire sa toilette seule pour un gain de temps montre selon moi un jugement sur la façon de faire (en

exprimant le fait que la patiente ne va pas assez vite) et il y a également selon moi, un manque d'adaptation du maintien de l'autonomie sous prétexte que l'on est en service psychiatrique. Ces éléments m'ont vraiment amené à me remettre en question sur mes valeurs.

Lorsque j'ai décidé de donner mon avis, je me suis senti totalement démuni face à l'infirmière étant donné que malgré mes arguments, elle n'a pas changé de façon de faire et je n'ai pas réussi à lui faire comprendre ce que je pensais. Chaque personne peut faire ce qu'elle peut à la vitesse où elle le désire quel que soit son service d'hospitalisation. Le maintien de l'autonomie et la diminution de la dépendance d'un patient n'est pas réservée seulement aux maisons de retraite mais ce sont des concepts qui doivent être présents dans tous les services quel que soit la spécialité de celui-ci.

Dans mon projet de soin, j'ai pour objectif pour cette patiente qu'elle retrouve son autonomie et qu'elle face de plus en plus de choses seule étant donné que pour son arrivée elle ne se levait plus du tout de son lit. Voyant cette situation, je me suis aperçu que certaines infirmières n'ont pas le même but dans l'encadrement des patients malgré le diplôme identique et que chacun n'agit pas de la même façon. J'ai donc appris qu'il faut toujours argumenter son objectif en équipe afin d'assurer une continuité des soins sans discordance entre les soignants. Si quelqu'un stimule la personne pour qu'elle face d'elle-même les choses et qu'une deuxième personne ne l'a laisse pas faire cela n'irait pas. J'ai donc désiré de montrer mon projet à cette infirmière afin de lui expliquer mon objectif mais la place d'une stagiaire face aux infirmières expérimentées est très petite. J'espère dans mon idéal du métier préserver mes habitudes que je pourrais prendre en début de carrière malgré la perfection et la réévaluation quotidienne et surtout ne pas perdre de vue les concepts principaux (autonomie, pudeur, dignité...).

### **6.3. 016. Prise en charge d'une patiente étrangère ne parlant pas français**

Durant mon stage en unité de cardiologie au CHU du Bocage, j'ai eu l'occasion de prendre en charge une patiente portugaise de 95 ans qui ne parlait pas français. Rentrée pour décompensation cardiaque, cette dame était très angoissée car elle ne comprenait pas l'intérêt des soins apportés et la communication avec les soignants était très difficile du fait de la barrière de la langue. Chaque soin apporté était source de stress non seulement pour la patiente, très douloureuse, mais aussi pour les soignants car nous ne savions pas si ce que nous lui apportions la soulageait.

En ce sens nous avons décidé de prendre la famille comme relais pour traduire: cependant celle-ci nous a appris que cette dame était démente et que eux-mêmes ne comprenaient que très peu ce qu'elle voulait dire. C'est tout naturellement qu'une communication non verbale c'est mise en place entre l'équipe et cette patiente mais nous restions quand même dans l'incertitude de l'efficacité des soins apportés. De même lorsque la patiente sonnait, une sorte de stress apparaissait au sein de l'équipe car nous ne pouvions pas comprendre ce qu'elle désirait.

Au fur et à mesure de l'hospitalisation nous arrivions à comprendre certains mots qui revenaient de façon récurrente mais la relation restait limitée. En ce qui me concerne, je m'occupais souvent de cette patiente étant donné qu'elle se trouvait dans mon secteur (rythmologie) et que je répondais souvent à sa sonnette. On peut dire que j'appréhendais assez ces moments car je me demandais toujours si j'accédais pleinement à sa demande, surtout qu'elle était très demandeuse.

Qui plus est, elle acceptait difficilement les traitements que nous lui donnions, comme par exemple les aérosols. Il nous était impossible de lui faire comprendre l'intérêt de ceux-ci. La seule solution qui s'offrait à nous était de tout expliquer à la famille, très présente, pour que celle-ci puisse rassurer et expliquer l'intérêt à la patiente.

Après réflexion et discussion avec l'équipe de soin j'ai pu me rendre compte que ne pas parler la même langue est une barrière très importante entre le soignant et le patient. Lorsqu'on ne se comprend pas il est beaucoup plus difficile de faire confiance à la personne en face de nous. Ce constat est d'autant plus vrai dans le milieu de la

santé où la confiance et un respect mutuel sont primordiaux pour assurer des soins de qualité. Dans le cas de cette patiente je pense que la famille a été très utile dans la relation de soin car elle a permis de faire le lien entre le soignant et la patiente. Je pense que sans elle il aurait été beaucoup plus difficile de prendre pleinement en charge la patiente et de satisfaire au mieux ses besoins. Cette situation montre clairement qu'il est primordial d'inclure la famille dans le projet de soin de la personne soignée car celle-ci peut apporter des informations concernant la prise en charge mais aussi aider dans la compréhension des soins apportés.

Le sujet que je vais aborder maintenant concerne la même patiente que j'ai cité plus haut. En effet durant l'hospitalisation de cette patiente son état s'est dégradé au fur et à mesure sans que la prise en charge médicale et paramédicale n'y change rien. De plus la famille de celle-ci semblait croire que son état s'améliorait étant donné que la patiente devenait moins virulente face à nos soins. L'équipe médicale a tardé à annoncer que l'état de la patiente n'allait pas s'améliorer du coup sa famille se tournait vers les infirmières et les aides-soignantes pour avoir des réponses à leurs questions. Vu que je m'occupais de cette patiente il m'est arrivé de m'entretenir un peu avec la famille et les proches. Ce n'est pas dans mes compétences ni dans mon rôle propre d'annoncer un diagnostic à la famille, c'est peut-être pour ça que je me sentais mal-à-l'aise quand on me posait des questions. Pour éviter de me mettre tout seul en difficulté je décidais de dire à la famille comment je trouvais la patiente au jour le jour et je les dirigeais vers l'équipe médicale pour plus d'informations, notamment en ce qui concerne la prise en charge future. La principale difficulté a été de ne pas outrepasser mon statut et de ne pas révéler d'informations émanant du médecin. Cette difficulté est liée en partie, je pense, à l'empathie que l'on peut ressentir envers la famille et l'ignorance dans laquelle elle se trouve.

Après en avoir discuté avec l'équipe, j'ai pu constater que ressentir ces émotions était normale pour un soignant. Mais il est cependant primordial de ne pas outrepasser son rôle car le risque est donner une mauvaise information ou de ne pas avoir le même discours que le médecin. La confusion peut alors s'installer par rapport aux différents discours et ainsi faire disparaître toute confiance envers l'équipe soignante. Dans le pire des cas la famille peut utiliser les informations à mauvais but.

Une fois de plus cette situation m'a appris que la communication, qu'elle soit entre soignants ou entre le soignant et le patient, est à la base de toute relation. La compréhension est impérative pour que la confiance s'installe et que la relation progresse positivement tout au long de l'hospitalisation.

#### **6.4. 018. Problèmes de communication avec les patients et en tant que stagiaire**

Cette situation s'est déroulée en maison de retraite spécialisée dans la prise en charge des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer et apparentés. Elle traite de mon ressenti sur ce lieu de stage avec les patients et avec l'équipe soignante.

Lors des premiers jours où je suis arrivé sur mon lieu de stage, j'ai très vite été choqué de voir ce que la maladie d'Alzheimer et la sénilité pouvait faire aux personnes âgées. Certaines personnes sont totalement repliées sur elles-mêmes et ne disent plus aucuns mots sauf lorsqu'elles décident de crier alors que rien de spécial ne leur arrive. D'autres répètent en permanence le même mot toute la journée et enfin d'autres personnes revoient d'anciennes scènes de leur vie et les "rejouent" comme si c'était vraiment la réalité. Au début la prise en charge a été difficile et le fait de répéter plusieurs dizaines de fois les mêmes choses à la même personne dans une même journée m'a très vite fait comprendre que ce milieu ne me conviendrait pas si je devais y retravailler plus tard.

Pour comprendre pourquoi certaines personnes âgées deviennent comme ça, j'ai fait quelques recherches sur la maladie d'Alzheimer. J'ai découvert que cette maladie résulte de la destruction partielle ou totale des neurones, ce qui entraîne une perte progressive des fonctions nerveuses. En poussant un peu plus mes recherches, j'ai aussi découvert qu'il existe de nombreuses formes de symptômes et que tous ceux que j'ai pût observer sur mon lieu de stage en faisait partie. Bien que cela ait été difficile, j'ai essayé d'adapter au mieux ma conduite avec ces personnes: ne pas trop les infantiliser, les stimuler au maximum au niveau de la mémoire en leur posant des questions sur le passé où en les faisant participer à des jeux cognitifs, les laisser faire seuls toutes les choses qu'ils sont encore capable de réaliser (manger, brossage de

dents,...). Malgré mes efforts, je sais que je ne suis pas encore très bon pour la prise en charge des personnes âgées démentes. Je pense que cela est dû au fait que je n'aime pas prendre en charge les personnes âgées, tout d'abord parce que le type de soins qui en résulte ne convient pas à ma façon d'être et ensuite car il y a un sentiment de peur qui s'installe lorsque je suis avec les résidents: peur de voir mes proches et ceux que j'apprécie être dans un état proche d'eux lorsqu'ils vieilliront. Je fais donc un maximum d'effort pour ne rien laisser paraître lorsque je suis en stage et pour m'occuper au mieux des résidents mais suis heureux que le stage touche à sa fin.

La deuxième partie de ce raisonnement concerne ma position avec l'équipe soignante et plus particulièrement avec les infirmières. Tout d'abord, l'équipe d'aides-soignants est très professionnelle, n'hésitant pas à me reprendre dès que je fais une erreur, elles me laissent la corriger seul, en m'expliquant pourquoi, pour que je puisse progresser au maximum en comprenant mes erreurs. Ensuite, les infirmières n'ont pas le même tact lorsqu'elles veulent me reprendre lors d'erreurs (ou non). Étant très sèches, elles m'ont réprimandé plusieurs fois sans m'expliquer pourquoi et m'ont laissé chercher ma faute sans me donner d'indications. D'autres fois je me suis pris des reproches qui ne m'étaient en aucun cas destinés car absent lors de l'erreur. Enfin, ces sermons font très souvent suite à des erreurs sans gravité (pas de bavoir sur le plateau, petit déjeuner donné à la grosse cuillère plutôt qu'avec une petite, manque de rapidité lors de la distribution des médicaments,...). En réfléchissant, j'ai pu me rendre compte que la situation de stagiaire est une situation très inconfortable car, si elle nous permet de faire des erreurs non graves sans conséquences par la suite, car étant là pour apprendre, elle ne nous permet pas de nous défendre efficacement contre toutes les formes d'injustices que nous pouvons subir lors de nos stages.

J'ai donc été obligé d'encaisser toutes ces injustices en prenant sur moi et en essayant de me défouler au maximum lors des moments où je ne suis pas en stage.

## **6.5. 032. Toilette d'une personne mutique et catatonique**

En stage en unité psychiatrique ouvert à Dijon, j'ai accompagné seule une patiente pour une toilette à la douche. Cette patiente d'une cinquantaine d'années a été hospitalisée parce qu'elle présentait un état catatonique, et mutique. De plus, elle est diabétique et présente une obésité sévère. Elle est mariée et est mère de sept enfants. Il est environ huit heures du matin quand j'entre dans sa chambre pour la prévenir que je vais l'accompagner sous la douche. Je vais ensuite à la lingerie préparer les affaires qu'il me faut, je reviens vers la patiente, j'ouvre les volets et je l'accompagne aux WC. J'emmène ce qu'il me faut dans la salle de douche et je lui refais son lit. Ensuite, je lui mets un peignoir pour se rendre jusqu'à la douche. Dans la salle de bain, je lui enlève ses vêtements et je l'installe sur une chaise sous la douche. La patiente présentant une mycose, je mets donc des gants avant de commencer la toilette. Je règle la température de l'eau en demandant à la patiente si celle-ci lui convient et l'aide à se laver en lui donnant un gant de toilette pour qu'elle participe à son soin. Je la sèche tout en tamponnant pour éviter la macération, l'humidité et la survenue de champignons et de plaies. Ensuite, je l'aide à s'habiller et l'accompagne pour le petit déjeuner.

Pendant l'action, je pensais au bien-être de la patiente, à réaliser le soin de façon à ce qu'elle se sente en confiance. A un certain moment du soin, je me suis sentie embarrassée de rentrer dans l'intimité de la patiente parce que je ressentirais une grande gêne si l'on devait me faire ma toilette. Et puis j'ai eu peur de faire un mauvais geste et d'offenser la patiente, de renforcer son mal être. Pour contrôler mes émotions, je me suis concentrée sur le soin et surtout sur la patiente, et non sur moi-même et mes émotions. J'ai porté mon attention sur son attitude et sur ce qu'elle me renvoyait afin d'adapter mon comportement et mon discours.

Je me suis demandé comment accompagner une personne mutique et qui était catatonique à son arrivée.

Une patiente mutique est une patiente qui ne parle pas et qui ne répond donc pas à vos questions, comment savoir si le soin se passe bien quand on ne peut pas



communiquer par la parole ? Chez une personne qui reste muette, il est important de regarder son faciès, ses attitudes car c'est le seul moyen de percevoir ce que la personne peut ressentir. Pendant le soin, je porte une attention particulière aux expressions du visage et aux gestes de la patiente, par exemple pour voir si la température de l'eau lui convient, je lui pose la question en lui mettant de l'eau sur la main, elle ne me répond pas mais, lorsque je lui ai mouillé le bras elle l'a retiré j'en ai déduit que l'eau ne lui convenait pas et je l'ai donc réglée jusqu'à ce qu'elle lui convienne. De plus, même si elle ne répond pas je fais attention de lui parler tout au long de la douche parce qu'elle m'entend et me répond parfois avec les expressions de son visage en souriant discrètement par exemple ou en bougeant simplement la tête. En faisant la conversation tout au long du soin, je voulais que la patiente se sente à l'aise et qu'elle prenne confiance en moi.

Ma patiente était aussi catatonique à son arrivée, la catatonie se caractérise par un négativisme (le patient s'oppose à toute proposition), une attitude figée, perte de l'initiative motrice. Avant de réaliser ce soin seul, je l'avais vu faire par une infirmière et j'avais constaté la passivité de la patiente, il fallait beaucoup la stimuler et insister pour que la patiente aille à la douche. L'infirmière que j'avais accompagné, n'avait pas laissé le choix à la patiente et l'avait directement emmené la patiente sous la douche après l'avoir réveillée. Pour ma part, j'ai procédé différemment, j'ai pensé qu'il était préférable venir réveiller la patiente 15min avant le soin pour la prévenir que c'était moi qui allais l'accompagner à la douche ce matin si elle l'acceptait. Pour la stimuler, j'ai employé des arguments qui touchent sa santé et ses sentiments. Je lui ai dit qu'il était important de prendre une douche régulièrement si elle ne voulait pas avoir des plaies dues à la transpiration et aux frottements de ses vêtements. De plus, je savais que sa fille venait lui rendre visite j'ai donc également utilisé cet argument qui l'a décidé à se lever pour aller se laver. Je connaissais la patiente, elle m'avait déjà montré des photos de sa famille qu'elle garde tout le temps avec elle, je savais donc ce qui était important pour elle ce qui m'a permis qu'elle accepte le soin et qu'elle ne se sente pas contrainte.

Pendant l'accompagnement à la douche, j'ai dû ajuster ce que j'avais appris en théorie, effectivement, je porte des gants du début à la fin de la toilette alors que normalement on n'en porte que pour la petite toilette. Cela est dû au fait que la patiente présente

une mycose sur plusieurs parties de son corps et que cette infection est contagieuse. Donc pour ne pas être contaminée, je suis obligée de porter des gants pour ne pas être en contact avec les plaques de mycose.

Enfin, la patiente est diabétique et bouge peu, elle reste parfois toute la journée allongée dans son lit ce qui augmente les risques d'escarres. Je vérifie qu'elle ne présente pas de lésion ou de nécrose surtout au niveau des pieds parce que les plaies de pieds sont favorisées par le diabète. La neuropathie et l'artériopathie sont des complications du diabète qui multiplient les risques de plaies chroniques des pieds. Le diabétique présentant également une diminution de la sensation de douleur, ne peut pas s'apercevoir de la présence d'un ulcère. La toilette est un moment privilégié pour la prévention, ou l'on peut visualiser le corps dans son intégralité et porter son attention sur toute rougeur que le patient peut présenter. Je passe une crème hydratante sur les jambes de la patiente parce qu'elles sont particulièrement sèches ce qui provoque des démangeaisons et qui pourrait conduire à une peau qui se fissure et donc à des lésions.

Plus généralement, on parle beaucoup de toilette en technique mais toutes les toilettes sont différentes selon le patient, c'est avant tout un soin réalisé pour le bien-être du patient et il faut avant tout penser à lui et s'adapter en fonction de ses désirs.

### **6.6. 033. Soin sans communication verbale avec la patiente**

Lors de mon stage en unité psychiatrique ouverte à Dijon, j'ai réalisé une glycémie capillaire chez une patiente présentant un diabète de type 1 (insulino-dépendant). Ce soin était effectué tous les matins avant le petit déjeuner et avant son injection d'insuline. La surveillance de la glycémie permet d'adapter le traitement en fonction des résultats trouvés. L'insuline injectée après est à une durée d'action prolongée, on l'administre donc une seule fois dans la journée toujours au même moment.

Après un lavage simple des mains, je prépare le matériel donc je vais avoir besoin, des gants, le lecteur, une bandelette, auto piqueur, coton, conteneur à aiguille, sac poubelle que je dispose sur un chariot préalablement désinfecté. Je me rends dans la chambre du patient et lui demande de se laver les mains au savon pour que le résultat

ne soit pas faussé par des résidus de sucre avec la transpiration qui se trouvera sur les doigts. Je réalise une friction des mains avec du gel hydro alcoolique je choisis le doigt que je vais piquer en faisant attention de ne pas prendre les doigts de la pince et d'éviter la pulpe pour préserver la sensibilité du doigt. Je mets ensuite mes gants pour éviter le contact avec le sang, puis je mets la bandelette dans le lecteur. Je pique l'annulaire au niveau de la dernière phalange sur le côté, j'élimine l'auto-piqueur dans le conteneur à aiguille. Je masse le doigt pour former une goutte de sang suffisante que je dépose sur la languette, je mets du coton sur le doigt piqué et demande à la patiente d'exercer une pression. Je lis le résultat sur le lecteur, et en informe la patiente. J'élimine le coton souillé, la bandelette, les gants et range le matériel. J'inscris dans le livret de surveillance le taux que j'ai trouvé et remarque qu'il est en dessous des normes et que c'est le cas depuis plusieurs jours.

Au moment de l'action, je pensais au geste que je faisais, parce que la dernière fois que j'avais fait une glycémie, je n'avais pas réussi à avoir suffisamment de sang et j'avais du repiquer un autre doigt et je ne voulais pas reproduire cela. Trop concentrée sur la technique, je n'ai pas parlé avec la patiente, je ne l'ai pas prévenue avant de piquer. J'ai eu peur de mal faire le geste technique ce qui m'a conduit à laisser de côté la patiente et son ressenti.

Le problème qui se pose à moi est le fait que depuis quelques jours la glycémie de la patiente est basse et qu'elle doit avoir une piqure d'insuline LANTUS. A jeun, une glycémie doit être située entre 0,80 et 1,20g/l, hors, la patiente à des taux bien inférieurs à la norme. Sachant que l'insuline peut provoquer des hypoglycémies, je me suis demandé s'il fallait faire l'injection d'insuline après, on m'a expliqué que oui parce qu'elle avait une action sur toute la journée et que le médecin serait prévenu et qu'il modifierait le dosage d'insuline. Lorsque l'insuline n'a pas une action prolongée et qu'il faut faire l'injection avant chaque repas, un protocole est mis en place et selon le taux de la glycémie, une dose d'insuline précise est à injecter mais lorsque l'insuline a une action sur toute la journée, on ne peut pas modifier la quantité à administrer parce que c'est une prescription médicale sans protocole. De plus, si l'on ne fait pas l'injection, la patiente se retrouvera en hyperglycémie dans la journée.

Ensuite, je n'ai pas pensé à parler à la patiente pendant le soin, je ne lui ai pas expliqué ce que je faisais, même si elle est habituée à recevoir ce soin tous les jours, j'aurais dû lui demander comment elle allait, si elle n'avait pas des symptômes d'hypoglycémie, sensation de faim, tremblements, sueurs, paresthésie, fatigue, vertige. J'aurais dû rappeler à la patiente de nous prévenir si elle ressentait ces symptômes, la glycémie capillaire relevant du rôle propre de l'infirmière, nous pourrions lui faire prescription du médecin.

La prochaine fois, je me concentrerai plus sur la personne à qui je fais le soin, en lui parlant et en lui posant des questions. De plus je masserais le doigt de la patiente de la base à la pulpe pour avoir assez de sang et ne pas risquer d'avoir à repiquer un autre doigt.

### **6.7. 038. Faire face à un refus d'une personne âgée Alzheimer. Comment faire comprendre ?**

J'accompagnai, avec une stagiaire lycéenne, un résident vers son lieu de vie. Ce résident est atteint de la maladie d'Alzheimer, c'est pourquoi il se trouve au sein d'une petite unité de personnes atteintes de cette maladie. Cette unité comprend les chambres des résidents, une cuisine et un salon. Pendant le trajet, ce résident n'a exprimé aucune violence ni agressivité envers nous, au contraire, il marchait à nos côtés. Quand nous sommes arrivés devant la porte de l'unité, il s'est énervé et est reparti en arrière car il avait très bien compris que nous voulions le faire entrer dans l'unité. J'ai essayé de le rassurer et de le calmer, mais en vain. Nous avons essayé plusieurs méthodes pour le convaincre de rentrer, nous lui avons expliqué qu'il devait aller manger, que c'était pour son bien, ensuite nous sommes rentrés dans l'unité en laissant la porte ouverte, espérant qu'il rentre. Il est finalement rentré, nous sommes alors sortis, mais au moment de fermer la porte, il l'a retenu et est sorti de nouveau. Il n'a pas apprécié que l'on ferme la porte et s'est emporté. J'ai encore une fois essayé de le calmer, en restant calme. C'est à ce moment-là, qu'une aide-soignante expérimentée est arrivée et qu'elle la fait rentrer.

Lors du trajet, j'étais sereine, il suffisait simplement de l'emmener dans la pièce. Lorsque nous sommes arrivés devant la porte et qu'il a commencé à s'énerver, à nous bousculer, insistant sur le fait qu'il ne voulait pas rentrer, j'ai été surprise, je ne m'attendais pas à un tel comportement, et un excès de colère et d'agressivité si soudain. Ensuite, je savais qu'il fallait que je garde mon calme et que je ne m'emporte pas, car la situation aurait alors empiré, mais que faire ? J'ai bien essayé de lui expliquer qu'il devait entrer à l'intérieur de la pièce, que l'aide-soignante qui s'occupait de lui était occupée avec d'autres résidents, mais qu'elle allait bientôt revenir. Seulement, il ne m'écoutait pas, il n'entendait pas ce que je lui disais. Je me suis sentie désarmée, ne sachant comment réagir, ni comment faire pour lui faire comprendre. Je ne pouvais pas l'emmener de force et en même temps je ne pouvais pas passer mon temps à lui expliquer alors que lui avait décrété qu'il ne m'écouterait pas. Il restait sur ses positions, nous disant qu'il avait compris notre manège, et qu'il ne se laisserait plus avoir, tout en s'éloignant de la porte. J'ai cherché une solution pour le rassurer et le mettre en confiance, alors nous sommes entrés dans l'unité en lui disant de venir avec nous, de nous suivre, de venir voir les autres résidents présents à l'intérieur de la pièce. Il a fini par entrer dans l'unité, nous avons donc décidé de sortir et au moment où il nous a vu, il s'est précipité vers la porte et a retenu la fermeture de celle-ci, c'est ainsi qu'il est ressorti. A ce moment, j'étais en échec complet, je me demandais comment j'allais faire pour le faire entrer, il fallait que j'aie m'occuper d'autres résidents, mais en même temps je ne pouvais pas le laisser ainsi. Je ne savais plus vraiment comment réagir, je commençais à m'énerver mais je ne voulais pas que cette nervosité s'extériorise, alors j'ai pris sur moi, et j'ai tenté de trouver une autre solution. J'ai eu beaucoup de chance, que l'aide-soignante en charge de ce résident arrive au même moment, car je ne sais pas comment j'aurais pu gérer la situation toute seule. Elle a tout de suite su comment lui parler, et nous a dit qu'elle s'en occupait.

Concernant ma stupéfaction, j'aurais dû me méfier davantage des comportements, émotions du résident, car une personne atteinte d'Alzheimer est sujette à des excès de colère pouvant survenir subitement, sans signe visible au préalable. Je ne pense pas avoir bien ou mal agi, mais j'aurais dû rechercher l'aide d'une personne compétente beaucoup plus tôt car j'étais en difficulté, et en même temps, j'ai voulu

surmonter cette difficulté pour voir si j'en étais capable, et aussi pour canaliser mes émotions et savoir comment les gérer. J'ai appris qu'il fallait faire preuve de beaucoup de patience dans de telles situations, ce n'est pas toujours simple lorsque l'on essaie plusieurs techniques pour s'en sortir et que cela ne marche pas. Au départ, j'ai réussi à gérer au mieux mes émotions, à rester calme et patiente, puis au fur et à mesure, je sentais que cela devenait de plus en plus compliqué pour moi, car le résident s'emportait davantage et rien ne se passait comme je l'avais prévu. C'était frustrant. Je me suis vraiment sentie impuissante face à cette situation. Je m'en veux de ne pas avoir anticipé la situation, j'ai été très surprise, ce qui a fait que j'ai eu beaucoup de mal à m'adapter, et à réagir en conséquence.

Mon objectif, à savoir raccompagner ce résident jusqu'à l'unité de soins, n'a pas été atteint. En revanche, cela m'a appris à contrôler mes émotions, et à toujours rester sur mes gardes avec un patient atteint d'Alzheimer, car ses comportements et réactions ne sont pas stables et peuvent changer à tout moment, il faut donc faire preuve d'adaptabilité. Ce qui me met encore en difficulté. En revanche, je suis tout de même satisfaite d'avoir su garder mon calme, me contrôler, et de ne pas avoir laissé transparaître mon impatience.

Pour les situations futures, je sais que je vais devoir appréhender les réactions du patient. De plus, il ne faudra pas que j'hésite à interpellé une personne compétente qui pourra me venir en aide, et surtout en reparler avec elle, pour apprendre les comportements à adopter face à de telles situations.

#### **6.8. 040. Une personne âgée met en échec le soin malgré tous les efforts de l'infirmière**

Mon 1er stage s'est déroulé en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes à Dijon. C'est un lieu de vie où 98 résidents vivent ensemble. Cet établissement se compose de 4 étages, allant du plus « lourd » au moins « lourd ». L'équipe est composée d'agents de service hospitaliers, d'aides-soignants de jour et de nuit ainsi que d'infirmiers.

Durant ce stage, j'ai été amenée à côtoyer l'ensemble des résidents. J'ai donc rencontré madame J. âgée de 99 ans, dont l'état s'est dégradé tout au long de mes 5 semaines de service. Au départ, je n'assurais que la distribution de ses médicaments, ne la connaissant donc pas vraiment. Avec le temps, j'ai acquis davantage de savoirs et de dextérité qui m'ont permis d'effectuer seule certains gestes techniques. C'est donc tout naturellement que je me rendais dans la chambre de Madame J. ainsi que d'autres résidents, afin de leur parler et de savoir s'ils se sentaient bien.

Je me suis vite rendue compte que Madame J. était de plus en plus délirante, se sentait persécutée et entendait des voix. Elle refusait catégoriquement de prendre ses médicaments, de s'alimenter et s'hydrater et refusait tous soins (injection parentérale pour la réhydrater, injection intramusculaire de corticoïde car le médecin soupçonnait un œdème au cerveau, et même la toilette depuis plus de 4 jours). Son état était de plus en plus préoccupant et plus le temps passait, plus il empirait. Ma seule façon d'arriver à lui faire prendre ses médicaments était d'aller « dans son sens » et de partager ses croyances. Cela fonctionna au début, me conférant un peu de joie et de satisfaction, puis, ses délires allant en s'aggravant, elle ne voulut plus rien entendre. Elle n'avait plus confiance en personne. Elle refusait catégoriquement la moindre bouchée et la moindre goutte d'eau. Son état était très alarmant d'après les soignants. Lors de ma conversation avec Madame J., celle-ci se mettait à pleurer, puis à être sur la défensive, elle ne savait pas vraiment pourquoi elle pleurait, mais je sentais son désarroi d'une façon si importante que moi-même je me sentais désemparée.

Je suis allée la voir le dernier jour de mon stage afin d'essayer de la convaincre pour qu'elle puisse prendre son traitement. Son état m'avait quelque peu bousculé, sa bouche étant extrêmement sèche et ses lèvres entourées de peau. Je suis restée plus d'une demi-heure à ses côtés, tentant par tous les moyens qu'elle coopère mais en vain. Je lui ai posé des questions afin qu'elle comprenne que l'endroit où elle était ainsi que la date n'étaient pas ce qu'elle pensait être. J'ai également tenté de la persuader à l'aide de photos et d'objets. Il était très important pour moi qu'elle coopère et j'étais convaincue pouvoir réussir car elle m'avait accordé un peu de sa confiance et m'appréciait malgré son état psychique. En dernier recours, pour qu'elle daigne enfin s'hydrater, ne serait-ce qu'un petit peu, j'ai tenté de lui faire croire que son eau était

tout à faire sûre, que personne ne voulait l'empoisonner ou autre en faisant semblant de boire dans son verre. Son regard fixe m'a interpellé, je me suis dit qu'elle allait finalement accepter avant de refuser d'un ton ferme.

Mon ressenti a d'abord été celui d'une sensation d'échec. Au terme de nombreuses minutes passées à ses côtés, j'étais tellement convaincue que je pouvais y arriver, qu'elle finirait par effectuer ce geste qui était tout simplement de prendre le verre d'eau et de le porter à ses lèvres, cela aurait été pour moi une grande victoire. Cependant il n'en a pas été ainsi, l'état de cette dame ne lui permettant pas de se rendre réellement compte du risque encouru. Ensuite, j'ai eu ce sentiment d'amertume, de tristesse à l'égard de cette dame, qui se précipitait vers un aller sans retour si elle continuait de refuser toute aide. J'étais totalement désespérée, que pouvais-je bien faire de plus ?

Là se pose le problème de l'échec thérapeutique, du moins au niveau infirmier. Il s'agit ici d'une pathologie importante, qui, malgré tout le réconfort et l'écoute ne permet pas une coopération totale de l'individu. De plus, malgré les traitements mis en place, aucune amélioration n'était à espérer. Après tous ces chamboulements, j'ai enfin compris que j'avais fait de mon mieux. Que mon attention et mes efforts auprès de cette dame n'avaient pas été vains, du moins, pas pour moi. J'ai pu me remettre en question et comprendre que parfois, malgré un nombre d'efforts indéniable et une attention particulière, nous restons impuissants face à certaines pathologies. Ce n'était plus de mon ressort, sa « maladie » relevait désormais du domaine médical. J'ai par la suite pu apporter mon point de vue aux infirmiers, leur faisant part de mon ressenti vis à vis de cette dame pour laquelle l'EHPAD ne pouvait désormais rien faire. Le médecin a donc décidé de son hospitalisation en service de gériatrie afin de lui permettre de se réhydrater et de se nourrir à nouveau, par voie parentérale cependant. Elle y sera également soignée pour son état psychique. La prochaine fois, je pense me montrer tout autant compatissante, présente et à l'écoute, en essayant toujours de convaincre la personne sans la brusquer. Si cela s'avère impossible, il faudra que j'accepte l'échec. Il ne faudra cependant pas que cela m'empêche d'essayer, car chaque situation reste différente. Dans le milieu médical, il est vrai qu'accepter de faire face à l'échec reste difficile. On pense pouvoir y arriver, réussir à guérir, à soulager... Ce n'est pourtant pas toujours le cas mais il nous faut pourtant



l'accepter. Je l'aurais compris lors de ce stage particulièrement enrichissant et formateur.

### **6.9. 041. Un soin avec un chien rend le sourire à une personne âgée dépendante qui ne parlait plus**

Mon stage du deuxième semestre s'est déroulé dans une maison de retraite pour personnes dépendantes à Dijon. 55 personnes vivent ensemble dans cet établissement qui est composé de 3 étages « généraux » où personnes dépendantes et autonomes se côtoient. Durant mon stage j'ai été amenée à travailler avec des aides-soignants, des agents de service hospitaliers, des infirmiers et bien sûr les résidents.

Avec l'autre étudiante infirmière de première année, nous avons dès le début expliqué nos objectifs de stage à l'équipe. Un de ces objectifs était de réaliser une animation avec les résidents, animation que nous devions réaliser de « A à Z ». Une aide-soignante dans le service possède plusieurs chiens, avec lesquels elle participe à des compétitions d'agility. Nous avons donc décidé de la solliciter afin de pouvoir réaliser une animation avec un de ses chiens. Possédant tous les diplômes et étant déjà venue à la maison de retraite en compagnie de ce dernier, c'est avec grand plaisir qu'elle accepta d'y venir de nouveau.

J'entrepris donc de créer une affiche afin de prévenir tous les résidents de l'objet, la date, l'heure et l'endroit de l'événement. Mais également en me rendant dans les différentes chambres afin de bien leur expliquer mais aussi pour ne pas négliger les personnes dépendantes ou souffrant d'un déficit visuel prononcé, les empêchant de pouvoir correctement la lire. Je compris très vite que beaucoup de personnes étaient enthousiastes à l'idée d'accueillir pour quelques heures un animal à la maison de retraite. De plus, les animations sont rares, souvent répétitives et pas forcément adaptées à tous les résidents. C'est la raison pour laquelle je pensais que cette animation allait redonner du baume au cœur à certains résidents et « casser » un peu la routine de leur quotidien. Beaucoup me firent part de leurs souvenirs concernant la précédente animation avec ce chien, qu'ils avaient grandement apprécié.

Déterminées, nous mîmes donc au point les derniers détails avec l'autre étudiante infirmière.

L'animation s'est déroulée le lundi 24 juin de 15h15 à 16h15. Énormément de résidents descendirent ce jour-là afin d'y assister, ce qui nous fit grandement plaisir. En effet, le personnel nous confia que cela faisait longtemps qu'il n'avait pas vu tant de monde à une animation. Les personnes étaient impatientes, et nous sollicitaient beaucoup. C'est alors que l'aide-soignante arriva avec son chien « Fly », la réaction des résidents ne se fit pas attendre ; ils étaient ravis. Nous avons confectionné avec l'aide-soignante plusieurs petits morceaux de papiers sur lesquels étaient inscrits des ordres que le chien savait exécuter (couché, roule, aboie, dos à dos, enlève mes chaussettes, va chercher le téléphone, monte sur mon dos etc.). Les résidents étaient invités à participer en tirant au sort un papier et en lisant l'ordre. Certains souhaitaient le réaliser eux-mêmes et d'autres préféraient qu'il soit réalisé par l'aide-soignante ou nous-mêmes. C'est alors que le chien exécutait les ordres donnés, et était récompensé par une friandise lorsqu'il avait correctement réalisé ces derniers. Les personnes se prirent au jeu et semblaient très satisfaites de la prestation de l'animal. Une fois tous les papiers distribués, les résidents caressèrent tour à tour le chien, ce qui procura chez certains une réelle joie. Le goûter fût ensuite donné aux personnes souhaitant rester dans la salle après l'animation.

Nous étions vraiment satisfaites de cet après-midi où beaucoup de résidents dépendants, qui ne parlaient pas forcément ou qui souffraient d'une cécité quasi complète se sont pris au jeu. Lorsque le chien est allé vers elle, une dame en fauteuil, totalement dépendante et ne parlant quasiment jamais s'est mise à le caresser et esquissa un sourire radieux ce qui nous fit vraiment plaisir. Une autre personne âgée ne pouvait s'empêcher d'appeler l'animal, de le couvrir de baisers, ce qui était réellement touchant. Les applaudissements des résidents à la fin nous comblèrent de joie et leurs remerciements nous firent le plus grand bien. « Fly » les avait apaisés, et beaucoup nous racontèrent leur vie avec leurs anciennes bêtes, ce qui permit un échange fructueux avec eux.

Nous nous sommes ainsi rendues compte qu'un animal en maison de retraite pouvait être vraiment bénéfique et apporter un peu de joie et de bonne humeur à des résidents parfois attristés de vivre une routine qui ne laisse pas place à la fantaisie et à l'originalité. L'équipe et nous avons été très satisfaits de cette animation qui nous aura permis de redonner le sourire à certaines personnes, ne serait-ce que pour le temps d'une rencontre qui avait du chien !

### **6.10. 043. Importance de la connaissance de la PA dans le cas d'une communication verbale impossible (démence)**

Pour cette première analyse de la pratique, j'ai choisie de revenir sur une aide à l'alimentation au cours de ma première semaine de stage.

A l'heure du déjeuner, plusieurs possibilités pour la prise du repas : dans leur chambre pour les personnes qui le souhaite, à la salle à manger située au rez de chaussée pour la plupart des résidents. Il existe un troisième lieu de restauration, « le petit salon » à l'étage où sont présentes des personnes plus dépendantes, dont madame G.

L'infirmière me demande si je suis d'accord pour participer à la prise des repas et me désigne le plateau de Madame G, contenant des aliments mixés, de l'eau gélifiée et une cuillère.

Je n'avais encore jamais rencontré cette dame et c'était ma première expérience d'aide à l'alimentation pour une personne âgée. Face à ce plateau et à cette dame qui ne semble pas communiquer, je me suis sentie un peu perdue et après un moment de réflexion, j'ai demandé conseil à la soignante la plus proche qui m'a expliqué comment procéder, notamment d'indiquer à la personne ce que je lui proposais à manger.

Mes questionnements : je ne savais pas si cette dame comprenait car elle me répondait toujours « oui » aux questions : « avez-vous soif, avez-vous encore faim », j'ai continué néanmoins à lui poser la question.

Face à cette situation j'ai pensé qu'il me manquait plusieurs éléments pour aider efficacement cette personne : la connaissance de sa pathologie, de sa dépendance (pouvait-elle porter seule la cuillère à sa bouche), l'existence éventuelle d'un risque de fausse route et l'expérience.

Depuis, j'ai appris en consultant le dossier médical, que Madame G. souffrait de démence et qu'elle ne pouvait pas s'alimenter seule.

Malgré un sentiment de frustration lors de cette première aide à l'alimentation, en prenant connaissance de la pathologie de Madame G. et en me renseignant auprès des soignants, je me sens maintenant plus à l'aise.

### **6.11. 050. Evaluation de la douleur par les signes corporels**

Je suis actuellement en troisième année de formation en soins infirmiers à Dijon. J'effectue mon stage de sixième semestre dans un service de rhumatologie. Le service de rhumatologie est un service où une des prises en charge essentielles, est celle de la douleur. En effet la douleur est le symptôme prévalant dans la majorité des pathologies rhumatismales.

Pour évaluer celle-ci, le service utilise l'échelle visuelle de la douleur, où le patient évalue lui-même le degré de celle-ci au moyen d'une réglette montrant le visage à différents stades de douleur. Cette échelle sert ensuite à adapter le traitement antalgique de chacun.

Or, l'entrée d'un patient aveugle présentant une sciatique lors de la cinquième semaine de stage va faire l'objet d'une réelle difficulté quant à une bonne évaluation de sa douleur. Car, le patient, en plus d'être non voyant, ne parle pas français. En effet, c'est son fils qui, quand il finit le travail, vient le voir et nous sert d'interprète. Mais lorsqu'il n'est pas dans le service, j'ai éprouvé de réelles difficultés à évaluer sa douleur.

L'infirmier m'a donc enseigné une autre méthode d'évaluation de la douleur se basant uniquement sur l'expression corporelle du patient. Effectivement, en analysant le faciès, l'adoption de positions antalgiques... J'ai pu ainsi adapter le traitement

antalgique en fonction de sa douleur. Je ne croyais pas vraiment à cette méthode d'évaluation, mais lorsque le fils est arrivé et que j'ai pu lui demander de traduire les douleurs que ressentait le patient, j'ai constaté que l'évaluation que j'avais pratiquée avec l'autre méthode donnait le même résultat.

Cette situation m'a permis de découvrir d'autres méthodes de recueil de données pour améliorer la prise en charge des patients.

### **6.12. 052. Quelle communication auprès de parents ne parlant pas la langue ?**

En stage dans le service d'accueil des urgences pédiatriques, j'ai l'occasion de prendre en charge des enfants de 0 à 17ans. Dans cette situation, j'ai accueilli un petit garçon âgé de 18 mois amené par ses parents pour hyperthermie et vomissements. Cette famille était originaire des pays de l'est et ne parlait pas français. Je les ai installés dans une salle d'examen afin de prendre les constantes de l'enfant et de réaliser un recueil de données. J'ai donc demandé aux parents depuis combien de temps l'enfant vomissait et avait de la fièvre mais ils ne comprenaient pas beaucoup ce que je leur disais. J'ai réussi à avoir les informations en mimant et eux m'ont répondu également par des gestes. Le médecin est ensuite venu les voir et a décidé qu'il fallait poser une voie veineuse périphérique. Il fallait donc que j'explique ce qu'on allait faire à leur enfant pour cela, j'ai pris un petit fascicule où il y avait un dessin représentant une perfusion. Grâce à l'image et aux gestes, ils ont compris ce qu'on allait faire et ont rassuré leur enfant.

Questionnement : Lors de cette situation, je me suis tout d'abord demandée comment prendre en charge au mieux des personnes qui ne parlent pas notre langue et la comprennent très peu ? De plus, comment établir un lien de confiance avec les parents et l'enfant sans connaître leur culture ?

Il est primordial que les parents se sentent en confiance et qu'ils soient avertis de l'état de santé de leur enfant ; je me suis donc demandé quelles méthodes de communication mettre en place afin de les informer.

Ressource : Pour répondre à mon questionnement et m'adapter à cette situation, j'ai dû faire appel aux enseignements reçus sur la communication et les soins relationnels.

J'ai dû mettre au premier plan la communication non verbale et relayer au second plan le langage. Ainsi, dans cette situation relationnelle, bien plus que la parole et l'ouïe, c'est la kinésique et la vue qui ont permis d'établir un lien entre cette famille et moi. Tout d'abord, comme lors de toute prise en charge, j'ai fait preuve de politesse, de respect, d'empathie et d'écoute. Mais, dans cette situation particulièrement, il m'a fallu employer des mots simples et effectuer les gestes qui correspondaient à mes paroles (par exemple toucher le front de l'enfant en leur demandant s'il avait de la température...), j'ai donc pris le temps pour leur expliquer les choses en me mettant en face d'eux et non pas en leur parlant tout en faisant autre chose. Puis, j'ai reformulé ce qu'ils me disaient afin de vérifier que j'avais bien compris. De plus, le visage permettant d'exprimer beaucoup d'émotions (la colère, la tristesse, la peur, la joie...) j'ai observé l'expression des visages des parents et du petit afin de percevoir dans quel état d'esprit ils étaient et si l'enfant avait mal ou non... Pour qu'ils se sentent en confiance, j'ai pris tout le temps nécessaire pour qu'ils comprennent ce qui allait être fait et pour qu'ils puissent partager les questions qu'ils se posaient. Pour cela, j'ai cherché un moyen de leur montrer l'acte que nous allions faire à leur enfant et j'ai trouvé un dépliant où se trouvait l'image d'un enfant portant une perfusion qui a servi de support à mon explication.

Plan d'amélioration : Pour le réajustement, j'aurais pu demander de l'aide à une infirmière expérimentée et rencontrant souvent cette population, elle aurait pu m'aider et me donner des conseils. De plus, elle m'aurait dit s'il y avait dans le service des outils pouvant m'aider.

### **6.13. 053. Comment entrer en communication avec une patiente qui pleure et ne peut parler?**

Mon premier stage de S6 s'est déroulé en service d'urgence neuro-vasculaire. Ce service accueille de nombreux patients ayant été victime d'AVC ischémique ou d'AVC hémorragique. Le service est caractérisé par une enfilade de 8 lits dans une vaste pièce. Les lits sont séparés par des paravents.

Parmi les principaux signes d'un AVC on retrouve l'aphasie qui peut être de Wernicke (les mots sont déformés et pris les uns pour les autres) ou de Broca (le sujet a alors des difficultés à formuler oralement ses idées, alors que celles-ci sont intactes dans son esprit).

Madame C., est une patiente de 54 ans, ayant présenté un AVC, la patiente est transférée dans le service afin qu'elle soit surveillée pendant plusieurs heures. La patiente ne présente pas de déficit de la motricité ni de sensibilité. Elle est par contre atteinte d'aphasie.

La situation à laquelle j'ai été confronté à lieu pendant le temps réservé à l'évaluation du score NIH. Ce score permet d'évaluer le degré d'atteinte neurologique. Il consiste en l'évaluation des capacités de la personne et permet de constater une amélioration, ou une aggravation. Alors que j'effectue mon recueil de données chez un patient hospitalisé dans le lit voisin, au moment où j'évalue auprès de lui ses capacités en ce qui concerne le langage. Si le patient présente une aphasie ou une dysarthrie. Je m'aperçois que madame C. est en train de pleurer. Je termine donc avec mon patient et me dirige vers madame C. Madame C comprenait ce que je disais mais les mots ne sortaient pas, elle n'émettait que des sons. Il était très difficile de la comprendre malgré le fait qu'elle accompagnait ses paroles par des gestes. Madame C ne comprenant pas trop ce symptôme montrait une perte de patience, mais également une forte tristesse face à sa situation.

La difficulté dans cette situation était dans le fait que madame C ne pouvait pas exprimer ses craintes, ses interrogations. De plus cette confrontation à cette situation a eu lieu au début de mon stage. Je ne connaissais pas beaucoup d'éléments

concernant l'aphasie. Afin de rassurer la patiente quant à sa situation, il m'a semblait important de lui apporter des informations claires et précises. Pour cela j'ai fait appel à l'infirmière. Je suis par la suite resté en retrait dans la conversation, laissant l'IDE apporter ses connaissances à la patiente afin de la rassurer et de l'apaiser. L'entretien avec la patiente terminé j'ai pu interroger à mon tour l'infirmière sur les différents types d'aphasie. J'ai également par la suite approfondi mes connaissances.

Ce premier abord avec l'aphasie de Broca, m'a beaucoup interpellé quant aux informations que l'on peut transmettre à un patient. Il est en effet important d'être clair dans les éléments que l'on apporte. Cela étant plus important quand le patient en face de nous est dans l'incapacité de répondre et de poser des questions.

De plus cette première confrontation à un patient aphasique m'a permis par la suite d'être plus à l'aise face à d'autres patients hospitalisés présentant ces symptômes mais également dans l'objectif de rassurer le patient et sa famille.

#### **6.14. 061. Quelles dernières paroles dire à un mourant et aux personnes qui l'accompagnent ?**

Hier j'ai eu une situation d'un monsieur à qui on avait découvert un cancer en phase terminale il y a quinze jours, se dégradait très rapidement. Sa femme était vers lui depuis le début de l'après-midi, était mal car le matin même elle l'avait eu au téléphone et là il ne répondait plus, ne bougeait plus... Je n'ai pas trop su quoi lui dire mais lui je lui ai quand même porté une attention en lui demandant si elle voulait boire quelque chose ou manger, lui dire qu'elle appelle si besoin... Bref, l'infirmière n'a trop rien dit non plus. A 19h, les AS appellent Virginie l'IDE en lui disant qu'elle vienne voir mais que « c'était fini ». J'ai eu envie d'aller avec elle car j'en avais marre d'éviter à chaque fois, que c'était un monsieur que je voyais depuis une semaine et que par rapport à lui et à sa femme, je n'avais pas envie de ne pas y aller. Quand nous sommes arrivées, Virginie a contrôlé le pouls qu'elle ne sentait presque plus mais d'un coup Mr B a respiré un grand coup, sa femme qui pleurait à côté a alors cru qu'il n'était pas mort puis il est reparti. L'IDE a alors caressé le front de Mr B en lui disant c'est fini, partez tranquillement, tout va bien. Allez-y calmement... Chose qui m'a intriguée, en fait je



me suis dit que ça ne me serait pas venu à l'esprit de le faire, ce qui en revient un peu à être tenté de s'occuper de la famille et « oublier » le patient. Puis elle a dit à la femme de Mr B qu'il fallait qu'elle se souvienne qu'elle l'avait soutenue tout l'après-midi et tous les autres après-midi, qu'il ne fallait pas qu'elle s'en veuille, qu'elle avait été parfaite, que sa présence, il l'avait senti même s'il n'avait pas trop répondu et que cela l'avait aidé à partir en étant détendu bien et entouré. J'ai trouvé ça parfait, je ne pensais qu'il n'y avait qu'à l'école qu'on entendait ce genre de choses. La femme de Mr B est ensuite sortie s'asseoir dans le petit salon au fond du couloir avec ses deux voisines qui l'avait rejoint quelques temps avant, en terminant le tour de perfusions du soir avec l'autre EIDE, je me suis détachée, suis allé les voir, leur ai proposé à boire car je savais que Mme B n'avait rien bu depuis le début de l'après-midi. Je voulais leur exprimer mes condoléances mais je n'ai pas réussi. Et quand un peu plus tard Virginie lui a dit sincères condoléances n'hésitez pas si besoin et bon courage, j'ai regrettée de ne pas l'avoir dit. J'avais peur d'être ridicule ou je ne sais pas mais finalement on ferait mieux d'exprimer ce qu'on ressent plutôt que de se poser des questions parfois...

Enfin je me suis dit que le jour où je serais moi aussi confrontée à la mort et à l'accompagnement d'une personne et de sa famille, je me souviendrais de ces deux situations et je pense qu'elles me serviront de base pour ma prise en charge.

### **6.15. 064. Odeur forte d'une plaie. La réaction face au patient**

J'ai rencontré cette situation lors de mon stage en dermatologie, j'ai pu rencontrer de nombreuses maladies de peau. J'ai alors réalisé de multiples pansements complexes. Une pathologie m'était inconnue, il s'agit de l'éléphantiasis. J'ai rencontré une patiente qui avait cette maladie et également des ulcères aux membres inférieurs. Cette dame avait une augmentation des volumes au niveau des pieds très surprenante. Les ulcères se situaient au niveau des tibias et étaient presque circulaires. Le premier matin de son hospitalisation j'ai ouvert les pansements de la patiente avant que celle-ci n'aille à la douche. Je n'avais jamais vu ses plaies. L'odeur était assez forte. Malgré « l'habitude » car j'avais déjà réalisé des pansements depuis le début de mon stage, il est vrai que j'ai été choqué par cette découverte. Il était alors difficile de cacher à la

patiente l'étonnement et le dégoût qu'il pouvait y avoir sur mon visage. La patiente elle-même était gênée. Elle sentait l'odeur de ses plaies. Je lui ai alors expliqué que nous allions mettre de l'Actisorb® dans le pansement afin de diminuer l'odeur.

Dans la profession infirmière nous sommes continuellement confrontés aux mauvaises odeurs. Bien que nous ayons de l'expérience, il semble tout de même difficile de ne pas montrer devant son patient ces odeurs ressenties. Dans cette situation, l'odeur était gênante mais également la grosseur des pieds avec cette aspect très étrange. Je n'ai pourtant jamais été choqué par ce que nous pouvons rencontrer dans le métier d'infirmier mais il est vrai que cette fois-ci je peux dire que si.

Comment ne pas montrer le dégoût devant un patient que nous prenons en charge lorsque nous le soignons ? Les odeurs et le visuel peuvent être difficiles à prendre en compte lors de soins. Ne pas montrer au patient ce dégoût par nos expressions faciales est parfois compliqué et cela peut offenser notre patient sans le vouloir.

### **6.16. 070. Familiarité et grossièreté envers un patient par une aide-soignante : le malaise de l'étudiant**

J'ai effectué mon stage en service de chirurgie. Ce service accueille principalement des patients atteints de cancer au niveau de la sphère ORL. Le patient que je devais prendre en charge était atteint d'un cancer du pharynx et devait subir une pharyngectomie totale qui allait induire la pose d'une canule de trachéostomie définitive.

La situation concerne un acte que j'ai pratiqué et auquel une aide-soignante a voulu assister. Le mercredi, le patient avait une injection en intramusculaire et je pratiquais seul ce soin ayant été évalué par l'infirmière qui m'encadrait. Le patient venait juste de terminer sa toilette quand je suis entré dans la chambre pour commencer le soin. L'aide-soignante était en train de changer les draps du lit et lorsque j'ai voulu annoncer le soin au patient, l'aide-soignante m'a coupé dans mon élan et s'est adressée au patient en tenant ces propos : « Baissez votre pantalon, montrez-nous votre cul ! ». Le patient était atteint d'un syndrome de Korsakoff altérant la fonction cognitive et n'avait pas compris ma phrase d'annonce, elle avait donc jugé nécessaire de prendre un ton

plus familier afin d'annoncer le soin. A ces mots, le patient n'a eu aucune réaction et s'est exécuté. J'ai donc attendu que l'aide-soignante sorte de la chambre pour effectuer l'injection.

Il est évident que je n'avais pas apprécié le ton sur lequel l'aide-soignante s'était adressée au patient et je me suis dirigé dès la fin de mon soin vers le bureau de la cadre. Je me suis ravisé en chemin et ai décidé d'en parler d'abord avec l'aide-soignante. Sa réponse fut très inattendue : « Je parle comme je veux aux patients tu n'as rien à dire. » La position de stagiaire me pose encore question dans ce genre de situation, j'ai donc décidé de me diriger vers la cadre qui pour moi faisait figure d'autorité.

J'ai donc expliqué la situation à la cadre de santé qui m'a expliqué que les patients trachéotomisés étaient amenés à rester longtemps dans le service et que la relation entre l'équipe soignante et ce genre de patient était primordiale. Il s'agissait pour elle de personnes qui seraient presque de la famille et que tôt ou tard les familiarités avec ces patients seraient permises. Elle ne jugeait donc pas nécessaire d'en parler avec l'aide-soignante afin qu'elle réajuste son comportement envers les patients.

Mais dans ce cas précis, le patient étant atteint d'un syndrome de Korsakoff n'était pas en mesure de répondre à l'aide-soignante et de manifester cette envie de resserrer les liens patient/équipe soignante. De plus est-ce que la familiarité permet la grossièreté ? J'ai vécu cette situation comme un grand manque de respect envers le patient, de plus, je cautionnais d'une certaine façon ce qu'avait fait l'aide-soignante en ne disant rien et en effectuant le soin. Le respect et la dignité du patient ne sont-ils pas bafoués par de telles pratiques ? Il est évident qu'autant que le vouvoiement est nécessaire, la grossièreté est à proscrire.

### **6.17. 076. La situation dramatique d'une patiente tétraplégique envahit la relation de soin**

J'ai réalisé mon stage en service de psychiatrie, un service où les patients arrivent à phase aigüe, en décompensation. On retrouve des dépressifs, des patients de troubles bipolaires, ainsi que des psychotiques. Il y a aussi d'autres psychoses, débutantes ou

récidivantes. Lors de mon stage, j'ai eu l'occasion de réaliser un parcours de stage, et j'ai pu passer deux jours dans un CMP-CATTP organisant des ateliers principalement pour les patients psychotiques stabilisés mais organisant aussi des visites à domicile pour des entretiens d'aide, pour réaliser les injections retard de certains patients, et pour voir un peu où ils en sont, comment ils vont, si le traitement est efficace...

Etant là pour deux jours, il a été décidé que je ferais des visites à domicile avec les infirmières. Cela permet aussi de voir les patients dans leur contexte de vie, qui change un peu de la façon dont on les voit à l'hôpital.

Lorsque nous nous rendions chez les patients, durant le trajet, l'infirmière me racontait l'histoire des patients, depuis quand ils étaient suivis par le CMP, pour quelles raisons, et quelques éléments importants pour comprendre certaines choses dont ils pourraient parler, importantes pour eux.

C'était la deuxième matinée que je passais là-bas, et nous nous rendions chez une dame tétraplégique suite à une défenestration volontaire. Cette patiente avait eu un grave accident de voiture 23 ans auparavant où son mari avait trouvé la mort et où son fils avait 8 mois. La culpabilité n'a fait qu'augmenter au fil des années et il y a 5-6 ans, elle a fait une tentative de suicide en se jetant par sa fenêtre.

Nous sommes arrivées chez cette dame vers 11 heures, et c'est l'auxiliaire de vie qui nous a ouvert. La patiente était dans son fauteuil, et ce que j'ai remarqué quand je l'ai vue, c'est que malgré qu'elle soit obèse, elle était quand même très soignée (manucure pédicure). Je suis restée dans l'observation de l'échange entre l'infirmière et la patiente, ne sachant pas comment intervenir, connaissant trop peu la patiente, et sachant que c'était la première fois que je la voyais.

Elle a très peu parlé, il y a eu beaucoup de silences dans la conversation, qui était portée sur des sujets très généraux. Au début, j'étais davantage dans l'observation de la patiente, de son environnement, faisant parfois le lien entre sa tétraplégie et tout ce qu'elle ne pouvait du coup pas faire. Ce qui permettait de comprendre qu'elle était un peu lasse dans son attitude. Je n'ai pas pu m'empêcher de faire des transferts, l'empathie étant difficile à trouver. L'entretien m'a paru durer trop longtemps, j'avais un

peu l'impression d'étouffer dans la pièce. Et je me suis sentie mieux quand nous sommes sorties du bâtiment. Je n'ai pas pu en parler beaucoup avec l'infirmière, je me suis contentée de lui dire que c'était assez difficile moralement de voir ce genre de personne. A ce moment-là, j'aurais aimé avoir quelqu'un de proche à qui parler, pour pouvoir libérer un peu la pression que cette visite avait fait monter.

Je n'arrive pas vraiment à expliquer ce qui m'a dérangé le plus dans la situation, entre l'état de handicap dans lequel se trouve la patiente, ou son état psychologique. L'ensemble des deux faisait trop. Et les questions que je me suis posées durant l'entretien et après sont : que peut-elle faire étant tétraplégique ? Elle ne peut pas tourner les pages d'un livre, ni allumer/éteindre la télé seule, ni rien d'autre, elle est obligée d'être assistée 24h/24.

Ce qui pourrait conduire au changement serait de prendre du recul et de moins faire des transferts entre la patiente et les proches que l'on connaît, être plus dans l'empathie, et peut-être qu'en voyant plusieurs fois la personne, cela finit par s'effacer un peu, pour se concentrer principalement sur une conversation normale, sans voir le côté handicap physique.

La prise en charge des patients à domicile n'est pas épuisant physiquement, mais psychologiquement.

### **6.18. 091. Le langage non verbal aurait-il été plus efficace dans une situation d'explication des suites d'hospitalisation ?**

Mon stage se déroule en service de Soins Intensifs. La situation que je vais présenter s'est déroulée lors de ma troisième semaine de stage. Je m'apprête à aller voir un patient pour l'aider dans ses soins d'hygiène et de confort. Ce patient est un homme d'une cinquantaine d'année, marié et ayant un fils, rentré dans le service l'avant-veille suite à un infarctus du myocarde tri tronculaire nécessitant un pontage artéro-coronarien qui aura lieu seulement la semaine prochaine.

Je rentre donc dans la chambre du patient pour lui apporter mon aide. Il me dit alors qu'il ne sait plus quoi faire, qu'il ne pourra jamais pratiquer les mêmes activités une fois sorti de l'hôpital, qu'il a peur de sortir et que le problème ne revienne.

Je me retrouve donc face au patient qui se trouve très angoissé pour son avenir par rapport à sa pathologie. Cette situation m'a interrogé, en effet je me suis demandé comment permettre au patient de se sentir apaisé face à sa situation et lui permettre d'envisager son avenir plus sereinement.

Pourquoi le patient s'était-il adressé à moi et non à un infirmier ou à un médecin? Si le patient avait bénéficié d'informations suffisamment claires sur le déroulement de la suite de sa prise en charge? Quel comportement adopter?

Pour lui répondre, j'ai pensé qu'il était préférable de me mettre à sa hauteur pour ne pas qu'il se sente en situation d'infériorité, je me suis donc assis en face de lui. Puis, avant de lui parler je suis resté un moment silencieux pour qu'il se calme et se recentre sur l'instant présent.

Une fois que je l'ai senti plus attentif, j'ai commencé à lui parler d'un ton calme et avec un langage adapté. J'ai pratiqué l'empathie pour lui faire comprendre que j'avais conscience que sa situation n'était pas facile et qu'à sa place je ne me sentirais pas bien non plus. Mais qu'il était à l'hôpital pour être pris en charge pour retrouver un bon état de santé et que, de plus, sa famille était là pour l'aider et le soutenir. Il me dit alors qu'il a peur de ne plus vivre comme avant par la suite. J'ai reformulé ses dires pour clarifier les choses et proposer des réajustements.

Je lui ai demandé s'il avait été bien informé des suites de l'intervention, avec notamment les suites de réadaptation. Je lui reformule donc ces informations pour qu'il comprenne bien la situation. Il me remercie et me dit qu'il n'avait pas compris correctement les suites de la prise en charge et qu'il se sentait mieux par rapport à sa situation.

Au niveau des réajustements possibles dans cette situation, même si je suis satisfait de la réponse donnée au patient grâce au cours sur la communication apportée en

formation, j'aurai peut-être dû utiliser davantage la communication non verbale avec notamment le toucher. En effet, prendre la main aurait montré au patient qu'il n'était pas seul, qu'on était là pour l'accompagner dans sa situation.

### **6.19. 095. Les compliments d'une personne âgée mettent l'accent sur l'importance du soin relationnel**

Mon premier stage a eu lieu dans le service de chirurgie cardio-vasculaire et thoracique, ce service se compose de dix-neuf chambres. A chaque prise de poste deux infirmières se séparent le service en deux secteurs.

Durant la quatrième semaine de stage dans ce service j'étais encadré par une infirmière avec laquelle je prenais en charge des patients et un secteur. Dans les services hospitaliers les chambres sont équipées de sonnettes, en cas de problème les patients peuvent prévenir les soignants.

L'une des patientes dont j'ai eu la possibilité de m'occuper avait pris l'habitude de me demander lorsqu'elle nous appelait. Un après-midi durant le tour des infirmières je suis rentré dans la chambre de cette personne qui avait la visite de sa fille et petite-fille, lorsque je suis rentré dans sa chambre elle dit « voici l'infirmier qui s'occupe bien de moi ! ». Sa fille me remercia de bien m'occuper de sa mère et de prendre soin d'elle.

Lorsque cette dame prononça cette phrase j'étais content de ce que j'avais entrepris pour l'aider durant les divers soins réalisés, elle m'accordait donc sa confiance, alors que je n'avais pas à son égard de traitement de faveur. La façon de m'exprimer, de communiquer et de réaliser les soins était la même que pour l'ensemble des personnes soignées que j'ai pu rencontrer lors de mon premier stage. Si elle était contente de ce que j'avais réalisé il était possible que d'autres soignés aient la même opinion, ce qui nous donne confiance en nous.

De plus elle ne me considérait pas comme un étudiant en soins infirmiers mais comme un infirmier. On se sent gratifié lorsqu'une personne vous voit comme professionnel de santé et non comme un étudiant qui est dans le service pour apprendre, avec des connaissances encore maigres et limitées.

Ensuite le fait que sa fille me remercie ma rendu fier, en effet de prendre le temps d'aider, d'accompagner sa mère dans ses soins quotidiens est quelque chose de compliqué pour elle tandis que pour moi ceci est l'un des rôles de l'infirmier : être près du patient, à ses côtés, l'accompagner au fil de sa journée et de ses actions; c'est aussi pour le relationnel que j'ai voulu devenir un professionnel de santé.

Enfin ce sont des situations comme celle-ci qui nous encourage dans nos efforts et notre réussite en vue du diplôme d'état, un simple sourire ou même un « merci » peut nous donner la confiance et la force de continuer.

L'accompagnement des patients fait partie du rôle propre de l'infirmier en effet les infirmiers et infirmières sont les professionnels de santé les plus proches des patients au sein des établissements médicaux, ainsi dans cette situation, cette dame avait l'habitude de ma présence.

Le respect, l'estime de l'autre est aussi présent ici ; cette personne avait un certain respect et de l'estime pour moi puisqu'elle me considérait comme professionnel de santé et que chaque acte était fait avec son consentement et sans éléments altérant la relation soignant-soigné.

#### **6.20. 097. Où commence et où s'arrête le soin ? Ou commence et où s'arrête le tolérable pour le soignant ?**

Le lieu de ce stage est un Centre Médico-Psychologique, ou CMP. Le CMP est un lieu de soins ouvert qui propose des consultations médicales et psychologiques, des entretiens infirmiers et sociaux ainsi que des visites à domicile s'inscrivant dans une prise en charge globale de la personne. A savoir tant en terme médical qu'au niveau des gestes du quotidien. Le CMP est composé d'une équipe pluridisciplinaire constituée de médecins psychiatres, de psychologues, d'un cadre de santé, d'une équipe d'IDE, d'une assistante sociale, d'une assistante médico-administrative et d'un agent hospitalier.

Le CMP propose aussi un entretien préalable avec un IDE suivi d'une orientation vers un psychiatre et/ou un psychologue du centre.



Les équipes du CMP travaillent en collaboration directe avec celles de l'Hôpital De Jour, ou HDJ, qui est un centre d'activités thérapeutiques à temps partiel accueillant des patients du secteur 4 dépendants du CMP de Chenôve et du CMP de Quetigny.

Sur prescription médicale d'un psychiatre du CH, l'équipe réalise des prises en charge par le biais d'activités thérapeutiques individuelles ou en groupe. Ces activités peuvent être centrées sur le corps en proposant des ateliers de relaxation par exemple. Elles permettent aussi des modes d'expression et de créativité lors d'ateliers théâtre, mais elles peuvent aussi avoir des visées de resocialisation grâce à des ateliers sorties ou découvertes.

Suivant la spécificité de la prise en charge, l'équipe d'IDE, l'ergothérapeute et le musicothérapeute proposent un entretien préalable qui déterminera la planification de l'activité. Les patients accueillis sont envoyés soit par leurs médecins traitants ou bien viennent de leur propre chef. Ces patients présentent un panel de pathologies regroupant toutes sortes de névroses et de psychoses.

La situation qui va être décrite maintenant est arrivée à la fin de ma quatrième semaine de stage. Cet évènement m'est apparu comme un véritable mur auquel j'ai eu à me heurter. Cette image peut paraître forte, mais la situation marque une étape dans l'ouverture de ma réflexion et de mon ressenti. J'étais partie en visite à domicile avec mon infirmier référent, chez Madame S.

Il s'agit d'une patiente très alcoolique qui vit dans des conditions extrêmement précaires en compagnie d'un homme particulièrement brutal avec elle. Cet individu est lui aussi alcoolique mais à un degré moindre que la patiente. Par contre, il marquait une attitude dominatrice et dégradante au point de déshumaniser sa compagne sans que cela ne lui pose aucun problème de conscience. En effet, notre présence ne gênait en rien la pluie d'insultes que la patiente subissait continuellement. La fréquence et la nature des mauvais traitements infligés nous étant informés de l'aveu même du compagnon en question. Outre cela, le couple ne vit que des seules prestations que perçoit la patiente, mais elles ne sont utilisées qu'au seul bénéfice de son compagnon.

Précarité, alcoolisme, brutalité sont des conditions de vie particulièrement éloquentes en elles-mêmes, mais il s'avère que la patiente vénère son compagnon au point de s'abandonner totalement et volontairement à son contrôle. Elle est entièrement recluse et s'enferme dans des mensonges qui lui servent de prétextes pour ne pas honorer ses rendez-vous thérapeutiques.

L'infirmier que j'accompagnais se montrait courtois et civique vis-à-vis du compagnon car il se trouvait être la seule source d'informations peu ou prou crédibles relatives à la patiente. Je prenais autant de recul physique et psychologique que possible au regard de la scène qui se jouait devant moi. C'est à cet instant précis que je me suis retrouvée confrontée à un mur, une inaliénable frontière entre l'individu et le professionnel, entre le respect de l'éthique du devoir et l'élan d'un réflexe humain.

Comment faire montre de considération face à cet homme ?

Bien sûr, le bien-être de la patiente est notre priorité, et cela passe avant tout par un recueil d'informations que lui seul pouvait nous fournir, mais ce même bien-être passe aussi par la protection de la patiente et là, je me suis retrouvée désarmée, impuissante et obligée à laisser faire. Sur l'instant, je n'avais à l'esprit que le concept de non-assistance à personne en danger mais j'étais pieds et poings liés. Par mon devoir, par l'éthique que je me dois de respecter mais aussi par l'attitude de la patiente elle-même qui aurait défendu son compagnon.

Je venais de réaliser que je devais me résigner à accepter, mais comment faire pour que ma conscience accepte, elle ?

Confrontée à cette situation, j'ai découvert une limite à mes possibilités de professionnel de soin, mais surtout en tant qu'être humain. Une frontière qui matérialise le devoir que l'on se doit d'exercer et l'obligation de la ligne qu'on ne doit pas franchir. Ma première réaction pour répondre à cette limite a été de demander à ne plus être en charge de cette patiente, mais je suis bien consciente que d'autres limites existent, et je ne pourrais pas m'en détourner de la même façon. Alors la question se pose, Comment réagirais-je face au prochain mur ?

Je me conforte dans l'idée que, puisque ces murs existent, ils s'opposent aussi aux immenses étendues où je pourrai apporter réconfort et soulagement aux personnes dont j'aurai la charge. J'ai compris ce jour-là que je ne suis pas encore capable de dépasser cette première limite et je m'accroche à l'idée que demain m'apportera de nouvelles forces, de nouvelles armes.

Après tout, n'est-ce pas aussi le rôle de l'expérience acquise ? N'est-ce pas non plus cette expérience qui forge la matière de notre foi en notre profession ? Peut-être est-ce là que je trouverai les moyens de transcender ce qui ne peut pas l'être aujourd'hui.

Peut-être me faudra-t-il apprendre à accepter que certaines choses ne peuvent pas l'être, car je veux être certaine qu'aucune limite de cet ordre ne fera obstacle à ma mission de soignante.