

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

DU

CENTRE HOSPITALIER DE SOISSONS

ÉVALUATION DE L'UNITÉ D'ENSEIGNEMENT

3.4 Initiation à la démarche de recherche

5.6 Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques
et professionnelles

Session 1

*“Le sentiment d’échec dans la pratique infirmière : quel impact sur la relation soignant-
soigné ?”*

AJMOUH Maryame

Le 13 mai 2026

Promotion 2023-2026

Année 2025-2026

Semestre 6

"L'échec est seulement l'opportunité de recommencer d'une façon plus intelligente."

Victor Hugo

Remerciements :

Je tiens tout d'abord à remercier mon guidant de mémoire, pour sa disponibilité et son écoute. Il a su répondre à chacune de mes interrogations et m'apporter des conseils essentiels tout au long de l'élaboration de ce travail.

Je souhaite également remercier les formateurs de l'IFSI, les professionnels rencontrés en stage et les soignants m'ayant accordé de leur temps pour la réalisation des entretiens, qui m'ont transmis leur bienveillance, leur passion du métier ainsi que les connaissances nécessaires pour devenir une professionnelle confiante et honnête.

Je remercie aussi mes camarades proches de promotion, et plus particulièrement trois d'entre elles : El ayoubi Jamila, Bouzidi Yousra et Errachdi Hinde avec qui nous nous sommes soutenues tout au long de ces trois années de formation. Nous avons partagé des moments forts liés à nos expériences en stage comme à nos vies personnelles. Notre rencontre à l'IFSI a marqué le début d'un lien que nous continuerons à entretenir bien au-delà de cette formation.

Je tiens également à remercier une de mes meilleures amies, qui a suivi mon parcours à distance depuis le sud de la France. Elle a su le suivre avec attention et implication, en m'apportant régulièrement des encouragements et un soutien précieux

Enfin, je souhaite remercier ma famille, et tout particulièrement mes parents ainsi que mes frères, pour leur soutien tout au long de ma formation. Leur présence et leurs encouragements ont été essentiels dans la réussite de ce parcours.

SOMMAIRE :

INTRODUCTION :	5
I.SITUATION D'APPEL A LA QUESTION DE DEPART	6
DESCRIPTION :	6
QUESTIONNEMENTS :	8
Analyse de mes questionnements :	9
QUESTION DE DEPART :	12
CONCEPTS LIES :	12
II. CADRE DE REFERENCE :	12
1. L'infirmier	12
2. La relation soignant-soigné	18
3. Le sentiment d'échec du professionnel	24
4. Accompagnement relationnel	30
III. ENQUETE EXPLORATOIRE :	32
Choix de l'outil d'exploration :	32
Population enquêtée :	33
Limites de l'enquête exploratoire :	33
IV. PROBLEMATISATION	35
1. Interprétation et analyse des entretiens	35
Introduction :	35
2. Problématisation et question de recherche	45
CONCLUSION :	46
BIBLIOGRAPHIE :	48
ANNEXES :	53
ANNEXE I : Guide d'entretien	53
ANNEXE II: Feuille de consentement à l'enregistrement audio d'un entretien	54
ANNEXE III: Retranscription des entretiens	56
ANNEXE IV : Codages réalisés à partir de ces entretiens :	79
ANNEXE V : Tableau d'analyse des entretiens	92

INTRODUCTION :

Dans le cadre de l'obtention de notre diplôme d'État Infirmier, nous sommes invités à mener un travail de recherche de fin d'études. Au cours de ces trois années de formation en Soins Infirmiers, j'ai cherché une thématique qui susciterait un profond intérêt pour effectuer des recherches.

Ce travail est fondé sur une situation vécue lors de mon stage de deuxième année dans une clinique de soins libres psychiatriques. Elle permettait l'accueil de patients atteints de différentes psychoses, névroses, addictions, etc. Ce stage m'a permis d'approfondir mes connaissances théoriques sur la santé mentale de manière générale, de découvrir une organisation de service et un accompagnement spécifique.

La prise en charge des patients était individualisée, car chaque pathologie se manifeste différemment selon la personne. Ainsi, les professionnels de santé disposaient d'une variété d'approches thérapeutiques leur permettant d'adapter les soins à chaque situation.

J'ai choisi cette situation car elle m'a interpellé par l'impuissance que peut ressentir le soignant face à la complexité d'une prise en charge.

Dans ce travail, je commencerai par décrire la situation initiale qui a motivé mon choix de thème. Ensuite, je présenterai mes questionnements et ma question de départ. Par la suite, je détaillerai le cadre conceptuel de ma recherche et les concepts choisis. Je poursuivrai en exposant la phase exploratoire, y compris le choix de l'outil d'exploration et la population enquêtée. Enfin, je mettrai en lumière ma problématique et ma question de recherche.

I.SITUATION D'APPEL A LA QUESTION DE DEPART

DESCRIPTION :

La situation présentée pour mon mémoire de fin d'étude est une situation rencontrée lors de mon deuxième stage de deuxième année dans une clinique de soins psychiatriques.

C'est une clinique de soins libres. Ainsi, les patients sont hospitalisés une fois le consentement recueilli et entrent avec la volonté et motivation de se faire soigner. Cet établissement comporte trois étages ainsi qu'un hôpital de jour, un jardin et une salle à manger commune aux étages 2 et 3 au rez-de-chaussée. Les soignés sont d'abord hospitalisés au premier étage - composé d'un secteur de gérontopsychiatrie et des urgences - dont la salle à manger est isolé afin d'assurer la surveillance de ceux-ci avant d'être transféré aux étages une fois l'état du patient plus stable.

L'établissement accueille des personnes mineures en plus des personnes majeurs atteintes de diverses pathologies telles que la dépression, les addictions, les troubles bipolaires, troubles anxieux et psychoses ayant toutes été causées par la consommation de stupéfiants, d'alcool, le harcèlement et cyberharcèlement, les agressions sexuelles ou encore la transmission génétique.

L'équipe soignante est composée de 4 médecins psychiatres et pédopsychiatres, de 2 psychologues, d'une pharmacienne, d'infirmières, d'aides-soignantes et d'éducateurs spécialisés. Ceux-ci se montrent disponibles, à l'écoute et recueillent régulièrement le consentement du patient étant acteur de sa prise en soin. Des activités variées sont aussi proposées aux patients adaptés à leurs besoins et envies permettant de contribuer au maintien d'une vie sociale, d'améliorer leurs capacités motrices, d'améliorer leur estime de soi et de permettre le lâcher prise.

Les patients manifestent des symptômes différents en fonction de leurs pathologies d'où la diversité des méthodes thérapeutiques utilisés dans cet établissement : chromothérapie, médicaments, etc.

Ma situation concerne le cas d'une patiente de la clinique. C'est une femme âgée de 45 ans que l'on va nommer Madame J, mariée avec un chef d'entreprise et étant mère de 3 enfants de 13, 10 et 8 ans. La patiente avait un environnement familial stable : son mari s'occupait des enfants seul et la soutenait, il la rassurait régulièrement et venait la chercher lorsqu'elle voulait sortir de la clinique. Elle était hospitalisée depuis 3 semaines parce qu'elle présentait d'importants troubles de l'anxiété depuis son avortement spontané 2 mois avant son hospitalisation d'après les dires de son mari.

Au sein de la clinique, ses troubles anxieux se manifestaient fréquemment par des crises associant des symptômes physiques et psychologiques tels que des tremblements, des pleurs, une fatigue intense, des troubles du sommeil, une inquiétude constante et excessive ainsi qu'une agitation. Ses troubles atteignaient des intensités parfois tellement extrêmes qu'ils se traduisaient par des réactions hystériques se manifestant par des tremblements, sensation de perte de contrôle, incapacité à rester en place, pleurs incontrôlés étant des réactions disproportionnées face à un stress mineur.

Lorsqu'elle était anxieuse, il était très difficile de la calmer, elle marchait ou s'asseyait dans le couloir de l'étage les mains jointes essayant de se calmer seule et finissait par demander des traitements médicamenteux destiné à être pris en cas d'épisode aigu d'anxiété au poste infirmier.

Elle suivait une psychothérapie et prenait régulièrement ses médicaments. Au départ, les soignants discutaient avec Madame J lorsqu'elle ne se sentait pas bien et le médecin psychiatre adaptait le traitement en fonction de l'évolution des troubles de la patiente mais son état anxieux devenait de plus en plus difficile à gérer pour les soignants ce qui limitait parfois la possibilité de mener des entretiens infirmiers de réassurance. En effet, en début de stage, lorsque j'ai vu Madame J pleurant et faisant des va et vient dans le couloir, je suis allée la voir pour la rassurer et une infirmière m'avait indiqué que "la rassurer est compliqué, elle ne va plus te lâcher et va t'épuiser alors laisse la dans son coin".

Durant son hospitalisation, les soignants ont cherché à connaître la source de son anxiété permanente étant complexe à déterminer. Tout changement, initiative ou programme provoque chez elle une anxiété : lorsqu'un appel avec ses enfants était prévu elle répétait "je ne peux pas les appeler", "ils ne m'aiment sûrement plus parce que je suis à l'hôpital et eux à la maison", lorsque le médecin lui expliquait que le dosage des médicaments allait être diminué car elle présentait un état stable elle répétait "je n'en suis pas capable", "vous en êtes sûr ?", "je sais que je vais angoisser", lorsqu'il voulait qu'elle essaie de sortir de la clinique quelques jours elle ne s'estimait pas prête, elle avait peur de retourner chez elle et de ne plus être capable de s'occuper de son foyer ou inversement, par moment elle allait à la recherche du médecin et se montrait impatiente de vouloir quitter la clinique car elle s'y sentait enfermé.

Concernant les activités organisées par les éducateurs, elle n'y participait que rarement parce qu'elle était de nature isolé mais aussi car pour certaines activités comme la cuisine, les jeux de sociétés ou encore le théâtre, il a été décidé qu'elle pouvait être une source de stress pour d'autres patients.

Madame J avait beaucoup de mal à entretenir des relations sociales car elle était très pessimiste, ses discours portaient régulièrement sur ses peurs des responsabilités et de l'abandon, sa tristesse, sa fatigue, ses sources d'anxiété, etc. Madame J était aussi dépendante affective. Elle exprimait un doute permanent concernant les sentiments de son partenaire envers elle, provoquant une insécurité chronique. Il devait la rassurer sans cesse et elle répétait régulièrement que s'il pensait au divorce, elle mettra fin à ses jours. Son mari restait tout de même disponible et très impliqué dans la prise en soin de sa femme.

Lorsqu'elle avait des permissions de sorties pour rentrer à domicile, elle revenait parfois plus tôt que prévu à la clinique amenée par son conjoint étant tétanisé par sa peur des responsabilités en tant que mère au foyer. La fête de Noël engendrait une panique supplémentaire car une sortie d'essai était prévue le week-end du réveillon du vendredi soir au lundi. Son époux était venu la chercher afin qu'elle puisse fêter Noël avec ses enfants mais il a dû la déposer d'urgence à la clinique samedi soir car elle a présenté un épisode aigu d'anxiété et ne supportait plus de rester chez elle. Le quotidien de la famille de Madame J était très bouleversé par son état de santé et son époux s'est énormément confié aux soignants ce soir-là, il a même fini par laisser paraître son épuisement en versant des larmes.

La gestion de l'anxiété de Madame J était très complexe étant donné que même sa famille se sentait impuissante. Depuis son entrée, aucune progression n'a été constatée donc les professionnels de santé ont exprimé de la frustration devant ce cas. J'ai tenté à mon tour à plusieurs reprises d'échanger avec elle, mais seul le traitement médicamenteux semblait faire effet. Je me sentais partagé entre le désir de lui venir en aide et la nécessité de respecter les indications de l'infirmière. J'ai donc tout de même discuté avec la patiente à plusieurs reprises mais ça ne fonctionnait pas réellement. Nous éprouvions tous un sentiment d'impuissance et avons essayé différentes approches pour l'aider comme la communication, la participation aux activités, l'isolement dans une pièce calme lors d'un épisode aigu, le guidage dans la respiration malheureusement sans succès. L'équipe soignante poursuivait ses efforts et adaptait au mieux sa prise en charge mais le temps passait et c'est comme un sentiment d'échec qui s'installait dans le cœur des soignants face auquel certains ont réagi par l'abandon comme l'infirmière qui m'a dit de laisser la patiente dans son coin. Ce sentiment d'impuissance a influencé l'engagement relationnel de certains soignants dans la prise en charge de Madame J.

QUESTIONNEMENTS :

Face à cette situation, je me suis posée de nombreuses questions concernant la pathologie, la prise en soin de Madame J, mon ressenti ainsi que celui des soignants :

- Qu'est-ce que les troubles anxieux généralisés ?
- Quelle est la différence entre l'anxiété, le stress et l'angoisse ?
- Quelle relation doit avoir le soignant avec un patient atteint de cette pathologie ?
- Comment gérer un épisode aigu ? Qu'est-ce qui peut engendrer cet épisode ?
- Quelles sont les diverses thérapies utilisées dans le traitement de ces troubles ?
- Bien que de multiples stratégies thérapeutiques aient été mises en place, ces efforts se sont révélés insuffisants : existe-t-il alors des limites aux soins pouvant être prodigués ?
- Je me suis aussi demandé ce que je pouvais apporter à la patiente dans sa prise en soin si même les soignants étant expérimentés avaient du mal à l'apaiser ?
- Est-ce que l'absence d'amélioration de l'état de santé de Madame J a impacté mon engagement et ma posture soignante ?
- Est-ce un échec en tant que soignant de ne pas réussir à traiter un patient ?
- Ces troubles anxieux chroniques peuvent-ils être similaires/comparés à des pathologies somatiques chroniques pour lesquelles en tant que soignant nous pouvons se sentir impuissant également ?

Analyse de mes questionnements :

L'observation de la prise en charge de Madame J, atteinte de troubles anxieux généralisés et difficilement apaisable a suscité en moi de nombreux questionnements. La répétition des épisodes aigus, l'absence d'amélioration et l'impuissance exprimée par les soignants m'ont poussé à chercher à comprendre la situation puis à interroger ma propre posture.

Dans un premier temps, mon questionnement s'est orienté vers des éléments principalement théoriques. Je me suis demandé ce que signifiait exactement les troubles de l'anxiété généralisés, la différence entre stress, anxiété et angoisse. En effet, j'avais besoin de donner du sens à ce que j'observais donc cela nécessitait une maîtrise de la pathologie et des manifestations de la patiente. D'après l'Article R.4311-3 du Code de la santé publique : L'infirmier exerce ses activités "en tenant compte des connaissances scientifiques les plus actuelles"¹. Ainsi, les troubles anxieux constituent une maladie psychique fréquente qui s'exprime sous différentes formes (anxiété généralisée, phobies, trouble panique...) et perturbe

¹ LégiFrance. *Code de la santé publique* [en ligne]. 03 septembre 2008. Disponible sur le site: [Article R4311-3 - Code de la santé publique - LégiFrance](#) (consulté le 20 novembre 2025)

fortement la vie quotidienne. De nombreux facteurs psychologiques, biologiques et environnementaux peuvent favoriser leur survenue comme par exemple un état de santé, le travail, l'argent ou les relations. Cette anxiété est souvent difficile à contrôler et peut persister pendant plusieurs mois, affectant ainsi la qualité de vie de la personne. Elle peut être confondu avec le stress: une réaction naturelle du corps face à une situation perçue comme exigeante, menaçante ou imprévisible mobilisant l'énergie, la concentration et les ressources physiques pour une meilleure adaptation². Un certain niveau de stress peut être utile (motivation, performance), mais lorsqu'il devient trop intense ou trop fréquent, il peut affecter le sommeil, l'humeur, la santé physique et mentale. Quant à l'angoisse, c'est une forme plus intense d'anxiété : une sensation de peur ou de danger imminent sans cause clairement identifiable. Elle se ressent souvent physiquement autant que mentalement³.

Dans un second temps, mes interrogations se sont orientées vers la pratique soignante. J'ai cherché à comprendre comment se construit la relation soignant-soigné avec un patient souffrant d'anxiété, permettre la prévention et la gestion des épisodes aigus ainsi que les thérapeutiques pouvant être mobilisées. La prise en charge des personnes atteintes de ces troubles est pluridisciplinaire et personnalisée. Elle repose sur l'association de traitements médicamenteux (antidépresseurs, anxiolytiques, etc.) et psychologiques (thérapies cognitivo-comportementales, etc.) qui a été mise en place pour Madame J mais qui n'a pourtant pas contribué à l'amélioration de son état de santé. Cela m'a donc conduit à m'interroger sur la notion de limites du soin. Le soin peut être défini comme : *« l'ensemble des moyens, actions et interactions destinés à maintenir, améliorer ou restaurer la santé d'un individu, en tenant compte de ses dimensions biologiques, psychologiques et sociales »*. — *Larousse médical* ⁴. Le soin n'est pas une science exacte, il comporte une part d'incertitude car le corps humain est complexe et parfois imprévisible ce qui explique que les réactions aux soins sont propres à chacun. Par ailleurs, le soin a des limites car la médecine

² Laetitia Rougale. *Qu'est-ce que le trouble anxieux généralisé ?* [en ligne]. Rédigé le 18 mai 2022 et modifié le : 22 juin 2024. Article révisé par le comité psychologue.net. Disponible sur le site: [Qu'est-ce que le trouble anxieux généralisé ? 9 Symptômes pour l'identifier et comment y faire face - Psychologue.net](#) (consulté le 20 novembre 2025)

³ Sofia Hanoune. *Angoisse, stress et anxiété: quelles différences?* [en ligne]. Article. 2022. Disponible sur le site: [Angoisse, stress et anxiété : quelles différences ?](#) (consulté le 20 novembre 2025)

⁴ Larousse. *Soin* [en ligne]. Dictionnaire de français. Editeur: Larousse. Disponible sur le site: [Dictionnaire Français en ligne - Larousse](#) (consulté le 20 novembre 2025)

progresses constamment mais certaines maladies restent incomprises et aucun traitement n'est efficace à 100%. Le soin peut soulager, accompagner et améliorer, mais il ne peut ni tout guérir ni supprimer toute souffrance. Il existe d'autres limites aux soins pouvant être prodigués. Sur le plan juridique, le Code de la Santé publique rappelle que le soin repose notamment sur le consentement : selon l'article L1111-4, « aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne »⁵. En effet, le refus, la non-adhésion ou les capacités cognitives du patient constituent une limite majeure. Par ailleurs, les ressources disponibles, les contraintes institutionnelles (manque de personnel, contraintes budgétaires, etc.) et les dimensions psychiques ou sociales du patient font partie intégrante des limites du soin. Enfin, l'article R4127-8 du Code de déontologie médicale⁶ interdit toute obstination déraisonnable, ce qui signifie qu'un soignant ne peut poursuivre des soins devenus inutiles ou disproportionnés. Ainsi, même avec des stratégies adaptées, certains soins n'aboutissent pas à une amélioration complète de l'état de santé du patient.

Ensuite, un niveau de questionnement plus professionnel et introspectif m'est venu : je me suis demandé ce que moi, en tant qu'étudiante, pouvais réellement apporter à cette patiente si les soignants expérimentés eux-mêmes éprouvaient des difficultés. D'une part, j'étais persuadée de pouvoir apporter un véritable soutien à la patiente grâce à ma disponibilité plus importante que les soignants permettant une observation plus fine, facilitant la création de liens de confiance et un regard neuf sur la situation qui n'est pas influencé par les habitudes et la charge de travail. Je me disais que mon positionnement pouvait être vécu comme plus accessible et moins intimidant pour les patients facilitant l'expression de leurs besoins, craintes et émotions. A l'inverse, je pensais aussi que je ne pouvais rien apporter de plus dans la prise en charge de la patiente disposant d'une expérience limitée par rapport aux autres professionnels qui identifient plus aisément des besoins cliniques subtils, savent réagir face à des symptômes atypiques ou des réactions émotionnelles intenses. Etant sous la responsabilité d'un professionnel, l'autonomie des étudiants est également réduite : il ne peut pas prendre certaines décisions, engager une démarche éducative approfondie ou encore intervenir lors d'une crise. Ce n'était pas mon cas dans ma situation mais certains patients peuvent accorder moins de légitimité à un étudiant pouvant constituer une limite.

⁵ Légifrance. *Code de la Santé Publique* [en ligne]. 01 Octobre 2020. Texte de loi. Disponible sur le site:

[Article L1111-4 - Code de la santé publique - Légifrance](#) (consulté le 20 novembre 2025)

⁶ Légifrance. *Article R4127-8 - Code de la santé publique* [en ligne]. 08 août 2004 et 09 mai 2012. Texte de loi.

Disponible sur le site: [Article R4127-8 - Code de la santé publique - Légifrance](#) (consulté le 20 novembre 2025)

Enfin, je me suis interrogée sur le vécu du sentiment de frustration ou d'impuissance pouvant être ressenti par le soignant lorsqu'il ne constate pas d'amélioration de l'état de santé du patient. En effet, cette émotion est fréquente car le soignant s'investit professionnellement mais aussi humainement dans la relation de soin avec l'espoir de voir le patient progresser et se rétablir. Lorsque l'évolution reste stagnante, le soignant peut se remettre en question et avoir l'impression que ses efforts sont inefficaces. Toutefois, reconnaître cette frustration permet de réajuster ses pratiques, d'accepter les limites du soin et de se recentrer sur l'essentiel à savoir l'accompagnement, le soutien et la présence auprès des patients. Il est important de ne pas culpabiliser car le soignant a pour obligation de permettre par des moyens adaptés une bonne prise en charge mais il n'a pas d'obligations de résultats car il ne peut pas prévoir les réactions du patient.

Mon questionnement a évolué : d'une compréhension de la pathologie à une réflexion sur la prise en soin et à une interrogation sur la relation soignant-soigné et sur mon propre vécu en tant qu'étudiante et future soignante.

A partir de cette évolution, j'ai pu formuler ma question de départ qui est la suivante.

QUESTION DE DEPART :

En quoi la relation soignant-soigné peut être impacté par un sentiment d'échec pouvant être ressenti par l'infirmier dans l'accompagnement relationnel devant l'absence d'amélioration de l'état de santé somatique ou mental d'un patient ?

CONCEPTS LIES :

L'infirmier, la relation soignant-soigné, le sentiment d'échec professionnel, l'accompagnement relationnel.

II. CADRE DE REFERENCE :

1. L'infirmier

Selon le International Council of Nurses (CII), *“Une infirmière est une professionnelle formée aux connaissances scientifiques, aux compétences et à la philosophie des soins infirmiers, et réglementée de manière à pratiquer les soins infirmiers sur la base des normes de pratique et des codes déontologiques en vigueur. Les infirmières améliorent les connaissances en matière de santé, promeuvent la santé, préviennent les maladies, protègent*

la sécurité des patients, soulagent la souffrance et facilitent le rétablissement et l'adaptation en préservant la dignité tout au long de la vie et en fin de vie"⁷.

D'après l'institut national des cancers, l'infirmier est défini comme étant un *"professionnel de santé chargé des soins aux personnes malades, de leur surveillance et de l'administration des traitements prescrits par le médecin. L'infirmier exerce son activité au sein d'un établissement de soin ou en libéral."*⁸

D'autre part, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit le rôle de l'infirmier ainsi : *"Aider les individus, les familles et les groupes à déterminer et réaliser leur plein potentiel physique, mental et social (...). Les soins infirmiers englobent également la planification et la mise en œuvre des soins curatifs et de réadaptation et concernent les aspects physiques, mentaux et sociaux de la vie en ce qu'ils affectent la santé, la maladie, le handicap et la mort. Les infirmiers travaillent aussi comme partenaires des membres des autres professions impliquées dans la prestation des services de santé"*⁹.

Enfin, d'après l'article Article R4311-3 code de la santé publique: *"I.-L'infirmier exerce son activité, dans le respect du code de déontologie, dans le cadre de son rôle propre ou sur prescription et en coordination avec les autres professionnels de santé. Dans l'exercice de sa profession, l'infirmier entreprend, réalise, organise et évalue les soins infirmiers. Il effectue des consultations infirmières et pose un diagnostic infirmier. Il prescrit les produits de santé et les examens complémentaires nécessaires à l'exercice de sa profession."* Il établit aussi une liste des missions de l'infirmier à savoir :

“1° Dispenser des soins infirmiers préventifs, curatifs, palliatifs, relationnels ou destinés à la surveillance clinique, procéder à leur évaluation et contribuer à la conciliation médicamenteuse ;

2° Contribuer à l'orientation de la personne ainsi qu'à la coordination et à la mise en œuvre de son parcours de santé ;

⁷ Conseil international des infirmières. *Définition des soins infirmiers* [en ligne]. Disponible sur le site web: <https://www.icn.ch/fr/ressources/definitions-des-soins-infirmiers/definitions-actuelles-des-soins-infirmiers?> (consulté le 09 décembre 2025)

⁸ Institut national du cancer. *Infirmier* [en ligne]. Disponible sur le site: <https://www.cancer.fr/glossaire/infirmier> (consulté le 09 décembre 2025)

⁹ Organisation mondiale de la santé (OMS). Définition du rôle infirmier. Cité dans : MACSF, *Le rôle propre de l'infirmier* [en ligne]. Disponible sur : [MACSF – Le rôle propre de l'infirmier](#). (Consulté le 09 décembre 2025).

3° Dans le cadre de son rôle propre, en accès direct, et dans le cadre de son rôle prescrit, participer aux soins de premier recours définis à l'article L. 1411-11 ;

4° Participer à la prévention, aux actions de dépistage, à l'éducation à la santé, à la santé au travail, à la promotion de la santé et à l'éducation thérapeutique de la personne et, le cas échéant, de son entourage ;

5° Concourir à la formation initiale et à la formation continue des étudiants, de ses pairs et des professionnels de santé placés sous sa responsabilité ;

6° Exploiter les données probantes dans la pratique professionnelle et concourir à la recherche, notamment dans le domaine des sciences infirmières.”

Dans l'ensembles de ces définitions, le mot “soin” apparait toujours, il est donc essentiel de clarifier ce terme également. C'est un mot dont la définition est complexe car son acception est tout aussi médicale que philosophique. Elle a également évolué au cours de l'Histoire pour aboutir à une définition contemporaine, reprise en particulier au niveau juridique.

D'après un article tiré de l'ouvrage “Comprendre le soin” de Brice Poreau et Christophe Gauld, médecins et auteurs, d'une part, il s'agit de « se préoccuper de », qui renvoie au « prendre soin » de quelqu'un ; et d'autre part, il s'agit de la thérapie, notamment par les médicaments¹⁰.

Walter Hesbeen, infirmier docteur en santé publique différencie, dans son œuvre “Prendre soin à l'hôpital: Inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante”, “faire des soins ” et “ prendre soin ”. Mettant en relief toute la dimension humaine nécessaire à un apport qualitatif du soin, l'auteur approfondit et illustre la nécessité d'améliorer les services hospitaliers.

Selon le Conseil International des Infirmiers, les soins sont : « *Des interventions qui protègent, promeuvent et optimisent la santé et les capacités des individus, préviennent la maladie et les blessures, soulagent la souffrance et accompagnent les personnes en fin de vie.*”¹¹

¹⁰ Christophe Gauld et Brice Poreau. *Comprendre le soin* [en ligne]. Ouvrage. 2023. Paris: Editions Matériologiques, 188 pages. Disponible sur le site: <https://stm.cairn.info/epistemologie-du-soin-9782373613889?lang=fr> (consulté le 09 décembre 2025)

¹¹ Conseil International des Infirmières (CII). *Définition des soins infirmiers*. [en ligne] Disponible sur le site : [site officiel du CII](https://www.cii.fr/). (Consulté le 09 décembre 2025)

». Le soin a plusieurs dimensions: curative: elle englobe tout traitement et soin en vue d'une amélioration de l'état d'un patient, palliative: c'est la prise en charge globale du patient en fin de vie ainsi que son entourage, éducative: elle a pour but de donner à la personne soignée des moyens, des informations pour qu'elle puisse mieux vivre en harmonie avec son environnement et/ou sa maladie., de maintenance: elle a pour objectif le maintien d'un état, l'entretien des fonctions vitales et la réponse aux besoins fondamentaux et préventive: Elle a pour but d'empêcher la survenue de maladies et leur développement, par une action sur le comportement ou l'environnement.

C'est ce qui explique l'attribution du terme soignant à l'infirmier découlant directement de la définition du soin.

En pratique, l'infirmier peut réaliser 3 types de soins précisés dans le Code de la Santé Publique¹².

- Les soins dans le cadre de son rôle propre (Article R.4311-3 et Article R4311-5 du Code de la santé publique) : liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes. L'infirmière peut, sous sa responsabilité, les assurer avec la collaboration d'aides-soignants, d'auxiliaires de puériculture ou d'accompagnants éducatifs et sociaux qu'il encadre et dans les limites respectives de la qualification reconnue à chacun du fait de sa formation. Exemple : prévention des escarres, surveillances des constantes, éducation à la santé, soins d'hygiène et de confort
- Les soins sur prescription médicale (Article R.4311-7 du Code de la santé publique) : Les soins prescrits sont des soins que l'infirmier réalise sur indication médicale, c'est-à-dire une prescription écrite, qualitative et quantitative par un médecin, sage-femme ou dentiste. Exemple : l'administration des traitements, pose de perfusion ou oxygénothérapie.
- Les soins du rôle en collaboration : Les soins en collaboration sont des actes dont la réalisation implique une coordination entre l'infirmier et le médecin, sans être strictement prescriptifs. Ils nécessitent un échange d'informations, une co-construction

¹² Légifrance. *Code de la Santé Publique*. [en ligne] 9 décembre 2025. Texte de loi. Disponible sur le site web: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/texte_lc/LEGITEXT000006072665/ (consulté le 09 décembre 2025)

de la prise en charge et une surveillance infirmière active. Exemple : Surveillance et ajustement d'une analgésie contrôlée (PCA), Prise en charge post-opératoire (douleur, risques...), Surveillance d'un patient instable (cardiaque, respiratoire...)

L'infirmier peut exercer dans une grande diversité de structures, car les besoins en soins couvrent l'ensemble du système de santé. Son champ d'action ne se limite pas à l'hôpital : il s'étend au secteur clinique, médico-social, social, éducatif, associatif, humanitaire et même administratif. Ainsi, il peut exercer dans des services hospitaliers, en ambulatoire, en psychiatrie, en milieu scolaire, en milieu professionnel ou encore dans la recherche.

L'infirmier dispose d'un diplôme d'Etat acquis en fin de formation infirmière qui correspond à un enseignement supérieur en soins infirmiers d'une durée de 3 ans qui vise à former des professionnels capables d'assurer des soins autonomes, en collaboration ou sur prescription médicale à travers la réalisation de stages, cours théoriques et réalisation de simulation et travaux pratiques.

Le métier d'infirmier tel que nous le connaissons aujourd'hui, ceux sont en grande partie deux femmes qui l'ont développé : Florence Nightingale, infirmière et Valérie de Gasparin, femme de lettres Suisse.¹³

Jusqu'au milieu du XIXe siècle, le terme "enfermiers" était employé par les catholiques pour désigner les religieuses qui étaient des gardes de la maladie étant elle-même représentée par le démon, l'enfer. C'était une tâche associée à la charité chrétienne plutôt qu'à un métier mais Valérie de Gasparin et Florence Nightingale vont changer cette vision de l'infirmière.

En 1859, en Suisse, Valérie de Gasparin va fonder la première école de formation infirmière avec son mari médecin destinée aux laïcs qu'elle va appeler « La Source ». Elle met au point une formation pratique avec une approche scientifique et médicale. L'infirmière ne garde pas seulement le malade, elle le soigne. Valérie de Gasparin est également la première à réclamer un salaire pour les infirmiers.

Tandis que Florence Nightingale, à Londres, ouvre aussi une formation pour laïcs mais sur un modèle plus lié à la religion catholique. Sa renommée vient de son implication pendant

¹³ IRSS. *L'histoire des soins infirmiers: De Florence Nightingale à aujourd'hui* [en ligne]. 29 juin 2025. Disponible sur le site: <https://www.irss.fr/99726-l-histoire-des-soins-infirmiers-de-florence-nightingale-a-aujourd-hui/> (consulté le 09 décembre 2025)

la guerre de Crimée. En 1854, avec une délégation d'infirmières, elle va partir et revenir à Londres après avoir fait passer le taux de mortalité de 40 à 2% grâce à une meilleure hygiène dans les camps. Elle va mettre en avant l'importance du côté humain dans le métier en rendant notamment visite aux malades la nuit d'où son surnom "la dame à la lampe". De cette mission découle un lien fort avec le département de la santé et le chef de l'armée lui permettant d'être plus écoutée. Elle va créer sa formation en 1860 au sein des hôpitaux et auprès des religieux. C'est la première à orienter l'apprentissage du métier sur l'hygiène des hôpitaux et des soins.

Ces deux regards sur la profession donnent la première impulsion au développement du métier d'infirmier. Grâce à leur statut de femmes de la haute bourgeoisie, leurs voix ont une résonance et pour la première fois, le métier d'infirmier va être reconnu.

L'histoire de la profession infirmière témoigne d'une remarquable évolution. L'essor impulsé par Florence Nightingale au XIXe siècle marque la naissance de l'infirmier moderne, fondé sur l'hygiène, l'observation et la formation. En France, le XXe siècle a vu la reconnaissance officielle du diplôme, la définition du rôle propre et l'intégration universitaire. Aujourd'hui, l'infirmier est un professionnel de santé qualifié, inscrit dans une dynamique de recherche et au cœur de la qualité et de la sécurité des soins.

La situation de Madame J met en évidence la complexité et la richesse du concept d'infirmier. Dans cette clinique psychiatrique, les soignants sont confrontés à une patiente présentant des troubles anxieux sévères ce qui mobilise pleinement les dimensions autonomes, relationnelles, éducatives et collaboratives de la profession. Cette situation illustre d'abord le rôle propre de l'infirmier : observer, évaluer l'état psychique de la patiente, repérer les signes d'anxiété aiguë, mettre en place des mesures non médicamenteuses telles que l'isolement dans un environnement calme, instaurer une relation d'aide et assurer une présence sécurisante. Cependant, le cas de Madame J montre aussi les limites du rôle propre, puisque l'intensité des crises et la dépendance affective de la patiente rendent difficile la mise en place d'un entretien infirmier.

La situation mobilise aussi le rôle prescrit car les épisodes anxieux de Madame J nécessitent l'administration de traitements médicamenteux anxiolytiques prescrits par le psychiatre. L'infirmier assure alors une surveillance clinique rigoureuse, observe les effets du traitement, repère les éventuels effets secondaires et transmet les informations utiles à l'équipe

médicale. Ce travail de surveillance et de régulation des traitements participe à la sécurité de la patiente et constitue un aspect central du champ de compétences infirmières.

Enfin, cette situation témoigne également du rôle collaboratif de l'infirmier. Face à la pathologie et à l'état de santé de Madame J, l'infirmier collabore étroitement avec les psychiatres, psychologues, éducateurs spécialisés et l'entourage familial. Les difficultés rencontrées par l'équipe, le sentiment d'impuissance ou la frustration exprimée face à l'absence d'amélioration montrent l'importance de la coordination interprofessionnelle ainsi que de la réflexion collective pour adapter la prise en soin.

Ainsi, cette situation clinique met en lumière le concept d'infirmier : un professionnel à la fois autonome, compétent, relationnel, responsable et inscrit dans une dynamique interdisciplinaire.

2. La relation soignant-soigné

Tout d'abord, la relation soignant-soigné implique une interaction entre deux personnes, un soignant et un soigné, contribuant mutuellement à la satisfaction d'un besoin d'aide. Il est donc indispensable de définir dans un premier temps ces deux termes.

Walter Hesbeen, infirmier docteur en santé publique et professeur à la faculté de santé publique à l'université catholique de Louvain définit le soignant comme « *l'ensemble des intervenants de l'équipe pluridisciplinaire, qui ont tous pour mission fondamentale de prendre soin des personnes, et ce quelle que soit la spécificité de leur métier* ». C'est « *un professionnel dont l'action est marquée par l'intention de prendre soin des personnes et pas seulement de faire des soins* »¹⁴.

Quant au soigné ou patient, il est défini dans les textes de l'HAS sur les droits des usagers comme « *toute personne qui bénéficie de soins ou d'une prise en charge par un professionnel de santé.* »

Par ailleurs, dans le domaine des soins de santé, la relation soignant-soigné constitue le socle fondamental sur lequel repose l'efficacité et la qualité des interventions médicales. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), cette relation dépasse la simple interaction

¹⁴ Walter Hesbeen. *Prendre soin à l'hôpital: inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante* [en ligne]. Ouvrage. Paris: Elsevier Masson, 195 p .Disponible sur le site: <https://www.sciencedirect.com/book/monograph/9782225855658/prendre-soin-a-lhopital> (consulté le 09 décembre 2025)

technique pour devenir un véritable échange humain, caractérisé par une communication empreinte de respect, d'empathie et de confiance.

On peut lui trouver une autre définition dans le « Dictionnaire encyclopédique des soins infirmiers » : la relation soignant-soigné est un « *lien existant entre deux personnes de statut différent, la personne soignée et le professionnel de santé.* » Le but étant l'aide et le soutien de la personne soignée jusqu'à son retour à l'autonomie par le soignant.

Le spécialiste Louis Malabeuf auteur de l'ouvrage "*La relation soignant-soigné : du discours au passage à l'acte*" propose une structuration des relations entre soignant et soigné en quatre niveaux croissants en intensité et en engagement¹⁵ :

La relation de civilité, la relation fonctionnelle, la relation de soutien et la relation d'aide.

- La relation de civilité : Elle se situe en dehors du soin, elle répond à un code culturel et social ritualisé ou chaque interlocuteur, sans en être toujours conscient, joue un rôle au sens où l'entend Rocheblave-Spenle, autrice et chercheuse en psychologie sociale, (1968) « *La notion de rôle se dégage comme un modèle auquel se réfèrent les comportements des individus en interaction. Nous proposons donc de définir le rôle comme un modèle organisé de conduites relatif à une certaine position de l'individu dans un ensemble interactionnel* ». Elle instaure un cadre de respect social par des échanges formels et conviviaux, essentiels pour installer une confiance dès le premier contact tels que le salut, se présenter, etc.
- La relation fonctionnelle : elle vise à une meilleure orientation des soins en tenant compte des particularités du patient. Une citation de cet ouvrage par Siebert et Le Neurès, autrices de livres universitaires (2011) explique que « *la relation fonctionnelle correspond à une relation d'investigation dans laquelle le soignant part en quête des informations qui lui paraissent importantes pour définir les grandes lignes de la prise en charge d'un patient. [...].* »
- La relation de compréhension ou soutien : elle s'appuie sur l'empathie et la réassurance et permet d'aider le patient à surmonter l'angoisse liée à sa condition. Malaboeuf cité par Siebert & Le Neurès explique « *cette relation de compréhension*

¹⁵ CHU DE NANTES. (s. d.). *La relation soignant/soigné et ses aspects* [en ligne]. Disponible sur : https://www.chu-nantes.fr/medias/fichier/relation-soignant-soigne_1459520255564-pdf (consulté le 09 décembre 2025)

et de soutien s'exprime dans un début d'empathie. Elle passe généralement par une écoute attentive, par une tentative de dédramatisation des situations. »

- La relation d'aide : elle représente le niveau le plus abouti, avec une implication active du soignant visant à favoriser la guérison ou l'adaptation du patient à sa situation, alignée avec les principes de l'approche humaniste prônée par Carl Rogers, psychologue. Selon Potier (2002), un auteur français spécialisé dans la relation d'aide, la psychologie et les techniques de communication en santé. « *la relation d'aide correspond à une technique d'entretien utilisant l'empathie, la reformulation, les interventions verbales et non verbales. Par les attitudes qu'elle préconise, elle représente une manière d'être à l'autre spécifique. Fondée sur le dialogue et surtout l'écoute centrée sur la personne, elle vise à aider cette dernière à exprimer sa problématique interne et à trouver en elle-même les ressources nécessaires pour améliorer sa situation. [...]* »

La relation soignant-soigné a beaucoup évolué dans l'histoire du soin au fil du temps, je trouve alors essentiel d'évoquer celle-ci.

Dès le XIX^{ème} siècle, une première réflexion apparaît de l'infirmière Florence Nightingale (1859) dans son œuvre “*Notes on Nursing : What It Is and What It Is Not*” sur le rôle infirmier dans le confort, l'hygiène et l'accompagnement, le soin étant principalement technique et médical à cette époque. Au XIX^e siècle, c'est l'approche scientifique qui régnait, le savoir médical se crée dans le rapprochement entre données anatomo-pathologistes et observations cliniques¹⁶. Le concept de relation soignant-soigné émerge progressivement dans le soin.

Par la suite, au XX^{ème} siècle, plus précisément entre 1950 et 1960, la relation soignant-soigné commence à être placé au centre du soin et émerge comme concept professionnel.

La psychologie américaine a notamment été fortement marqué par l'infirmière et théoricienne américaine Hildegard Pipelau, et son œuvre “*Interpersonal Relations in Nursing*.”. C'est la première théoricienne à formaliser la relation interpersonnelle infirmière–patient. Puis dans les années 1960 à 1980, une approche plus humaniste et psychologique de la

¹⁶ BOURGEON, Dominique. *The gift and relationship of care: History and perspectives. Recherche en soins infirmiers*, [en ligne] 2007, vol. 89, no 2, p. 4-14. Disponible sur : <https://doi.org/10.3917/rsi.089.0004> (consulté le 09 décembre 2025)

relation soignant-soigné est présenté notamment par Carl Rogers, psychologue humaniste : il introduit plusieurs notions telles que l'empathie qu'il définit comme étant la capacité des soignants à comprendre et à partager les sentiments et les perspectives de leurs patients.

Selon Carl Rogers, la relation soignant-soigné implique de percevoir le cadre de référence interne de l'autre, avec ses composants émotionnels et ses significations, tout en maintenant une distance émotionnelle nécessaire pour conserver une posture professionnelle¹⁷. Il introduit également la notion de congruence ainsi que la considération positive : « *si tout ce qu'une personne exprime (verbalement ou non verbalement, directement ou indirectement) à propos d'elle-même me semble également digne de respect ou d'acceptation, autrement dit, si je ne désapprouve ou ne me détourne d'aucun élément ainsi exprimé, j'éprouve à l'égard de cette personne une attitude de considération positive inconditionnelle* »¹⁸. La considération positive est donc en d'autres termes accepter autrui tel qu'il est, malgré les différences de culture, de valeur et d'histoire.

En parallèle, dans les années 1960 à 1970, des infirmières vont commencer à revendiquer un rôle propre avec relation d'aide.

C'est en 1978 qu'une loi instaure ce rôle propre. C'est la loi n° 78-615 du 31 mai 1978¹⁹ qui reconnaît un "rôle propre" à la profession infirmière pour la première fois. Cette loi donne à l'infirmier une autonomie sur certains actes dans la prise en charge des patients.

Enfin, c'est depuis 1980 que cette relation d'aide en soins infirmiers se professionnalise. C'est un processus complexe, professionnel et profondément humain.

Selon Christine Paillard étant docteure en sciences du langage, lexicographe, ingénieure documentaire et spécialiste de la terminologie et de la communication en soins infirmiers, dans son *dictionnaire des concepts en sciences infirmières*, cette relation est essentielle. Elle souligne également l'importance d'intégrer des concepts interprofessionnels et des principes de *psychologie humaniste* dans la formation des soignants. Cela garantit une prise en charge globale et humaine, tout en renforçant la qualité des soins. Elle intègre la notion de

¹⁷ Safe team academy. *Relation soignant-soigné: ce qu'il faut savoir [en ligne]*. Publié le 15/07/2025.

Disponible sur le site: [Relation soignant/soigné : ce qu'il faut savoir](#) (consulté le 09 décembre 2025)

¹⁸ Rogers Carl. *On Becoming a Person*. Edition: Houghton Mifflin Company. 1961. ISBN: 978-0395755319

¹⁹ Légifrance. *Loi n°78-615 du 31 mai 1978 [en ligne]*. Rédigé sur le JORF le 1 juin 1978. Disponible sur le site: [Loi n°78-615 du 31 mai 1978 MODIFIANT LES ART. L473 \(DEFINITION DE LA PERSONNE EXERCANT LA PROFESSION D'INFIRMIERE\)](#), - Légifrance (Consulté le 09 décembre 2025)

communication dans sa définition de la relation soignant soigné. Pour elle, la relation soignant-soigné est une « *activité d'échange interpersonnel et interdépendant entre une personne soignée et un soignant, dans le cadre d'une communication verbale, non verbale* »²⁰. Ainsi, il me semble judicieux d'expliquer ce qu'est le terme de communication, le fondement de la relation soignant-soigné.

Selon le dictionnaire Larousse, cette notion désigne « l'action de communiquer avec quelqu'un, d'être en rapport avec autrui ». Il s'agit avant tout d'un besoin fondamental de l'être humain. En effet Virginia Henderson, infirmière, enseignante, chercheuse et théoricienne américaine publie en 1955 un ouvrage recensant 14 besoins fondamentaux auxquels l'être humain doit répondre. Parmi eux, la communication est une « *nécessité pour chaque individu, de transmettre et de percevoir des messages cognitifs ou affectifs, conscients ou inconscients et d'établir des relations avec autrui* »²¹ La communication est un pilier central de la relation soignant-soigné, et son rôle est déterminant dans la qualité des soins prodigués. Un échange clair et efficace entre le professionnel et le patient est essentiel pour assurer la sécurité, favoriser une alliance thérapeutique solide et soutenir le processus de soin. Cette communication, qu'elle soit verbale, non verbale, écrite ou comportementale. Lorsqu'elle est ouverte, empathique et authentique, la communication permet au patient de se sentir entendu et reconnu. Ce sentiment de compréhension renforce sa participation au traitement, son adhésion aux recommandations et son engagement dans son parcours de soins. Il favorise également un mieux-être psychologique, élément qui contribue directement à son évolution et à son rétablissement²². Dans la relation soignant-soigné, la capacité du soignant à entrer en communication est donc essentielle, elle améliore la satisfaction du patient et favorise son acceptation au traitement.

Par ailleurs, la relation soignant-soigné est une relation inscrite dans un cadre professionnel. Elle est donc encadrée et orientée par les objectifs de soins. Le soignant se doit

²⁰ Paillard, C. (2015 ou éd. ultérieures). *Dictionnaire des concepts en sciences infirmières : vocabulaire professionnel de la relation soignant-soigné*. [en ligne] Paris : Sétès.

²¹ Virginia Henderson. *Principes fondamentaux des soins infirmiers*. Editeur: OMS. Première publication en français en 1978. ISBN: 92-1-200145-0

²² Safe team academy. *Relation soignant-soigné: ce qu'il faut savoir [en ligne]*. Publié le 15/07/2025. Disponible sur le site: [Relation soignant/soigné : ce qu'il faut savoir](#) (consulté le 09 décembre 2025)

donc de maîtriser son implication émotionnelle et d'adopter une posture professionnelle ajustée.

Dans la relation soignant–soigné, chacun occupe une place spécifique définie par le cadre professionnel. *“Le soignant doit veiller à ce que ses attentes, ses projections ou son désir d’aider ne débordent pas ce cadre, car le patient demeure une personne singulière, avec son histoire, sa subjectivité et ses propres limites”*.²³ Cela signifie que la relation de soin repose sur une répartition claire des rôles et sur le respect de l’identité du patient. Le soignant doit garder conscience de ses propres intentions et de ses limites afin de ne pas imposer ses attentes au patient, qui possède sa propre manière de percevoir, de réagir et d’exprimer ses besoins.

Après avoir défini ce concept clé, je peux maintenant mettre en lien ces éléments avec ma situation clinique.

Ainsi, la relation soignant-soigné est l’un des concepts clés émanant de ma situation. La relation de soin, telle que définie ci-dessus se retrouve ici mise à l’épreuve par l’intensité des troubles de la patiente. En effet, Madame J sollicite fréquemment les soignants afin de bénéficier d’une réassurance permanente, ce qui place l’équipe dans une relation marquée par une asymétrie.

Dans ma situation, la relation soignant–soigné est le principal outil thérapeutique, mais également une source potentielle d’épuisement. Les réactions de certains soignants notamment l’infirmière affirmant que « la rassurer est compliqué, elle ne va plus te lâcher » témoignent d’une distance relationnelle instaurée à la suite de la fatigue, l’impuissance et la crainte d’un attachement excessif de la patiente révélant les limites humaines et organisationnelles auxquelles les soignants sont confrontés. La relation de soin repose normalement sur l’adaptation et la communication, mais dans le cas de Madame J, ces dimensions se trouvent entravées par la sévérité des symptômes anxieux, l’absence de progression, et la dépendance affective de la patiente. Les tentatives de l’équipe (entretiens, accompagnement, techniques de relaxation, activités) montrent pourtant une volonté d’entretenir cette relation. Cependant, la persistance des crises et l’absence d’amélioration observable alimentent un sentiment d’échec qui fragilise la qualité de la relation et réduit la disponibilité émotionnelle des soignants.

²³Safe team academy. *Relation soignant-soigné: ce qu'il faut savoir [en ligne]*. Publié le 15/07/2025. Disponible sur le site: [Relation soignant/soigné : ce qu'il faut savoir](#) (consulté le 09 décembre 2025)

Pour conclure, la situation de Madame J met en lumière la complexité de la relation soignant-soigné : un espace de soutien, d'écoute et de compréhension, mais également un lieu de tensions, de limites professionnelles, d'épuisement et d'ajustements constants. Elle montre à quel point cette relation, centrale dans les soins infirmiers, est déterminée à la fois par la singularité du patient, les ressources de l'équipe, le cadre institutionnel et les capacités émotionnelles du soignant.

3. Le sentiment d'échec du professionnel

Le sentiment d'échec du professionnel est un concept étudié dans de nombreux ouvrages et articles car c'est une expérience qui est vécue fréquemment que ça soit dans le domaine de la santé ou autre. Par l'intermédiaire de Cairn, j'ai donc pu m'informer et en savoir davantage sur ce phénomène.

Pour commencer, l'échec est défini dans le dictionnaire de la langue française Le Robert comme étant le « *Fait de ne pas réussir, de ne pas obtenir quelque chose ; insuccès.* »²⁴. L'échec serait donc le contraire de la réussite, il est lié à une attente. Ici, il est donc décrit et vu comme quelque chose de négatif. Par ailleurs, « *la psychologie conçoit l'échec comme une expérience multifacette, intimement liée aux perceptions de soi, aux mécanismes cognitifs et à l'environnement social.* »²⁵

Cela signifie que l'échec est vécu de façon positive ou négative selon la perception et les émotions de celui qui le vit. L'échec est avant tout une affaire de perception. C'est un terme qui comporte une dimension assez subjective. D'après Sharma, chercheur indien dans le domaine du nursing ou de la psychologie et Mahajan, co-auteur, chercheur en sciences médicales ou paramédicales, l'échec est un concept difficile à appréhender car il est considéré comme polysémique c'est-à-dire qu'il aurait plusieurs sens. L'échec peut être rencontré dans divers domaines et se montre présent dans l'amour, la famille, les études ou encore le travail. Ici, nous allons donc traiter de sa présence dans la vie professionnelle des individus.

Dans le cadre du travail, le sentiment d'échec est vu comme l'expérience subjective d'un professionnel lorsqu'il perçoit qu'il n'a pas été capable d'atteindre les objectifs de son travail,

²⁴ Le Robert. *Echec* [en ligne]. Définition. Disponible sur le site: <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/echec> (consulté le 10 décembre 2025)

²⁵ Science de soi. *Comment la psychologie traite-t-elle l'échec ?* [en ligne]. Article publié le 14 février 2025. Disponible sur le site: Comprendre l'échec : le regard de la psychologie (consulté le 10 décembre 2025)

de répondre aux besoins des personnes qu'il accompagne ou de produire un soin de qualité conforme à ses valeurs et à ses standards professionnels.

Toute expérience laisse des traces. Ainsi, celle-ci va avoir des conséquences sur la personne la vivant. D'après les auteurs Dean A. Shepherd, Trenton Williams, Marcus Wolfe et Holger Patzelt dans le livre *Gérer l'échec et ses conséquences émotionnelles* que j'ai parcouru, ils évoquent les conséquences d'une part émotionnelles et d'autre part motivationnelle de l'échec en s'appuyant sur la théorie de l'autodétermination ²⁶.

Cette théorie met en avant les 3 besoins psychologiques fondamentaux dont la satisfaction est nécessaire au bien-être d'un individu :

- le besoin de compétence : c'est le besoin de se sentir efficace et capable d'effectuer des tâches de différents niveaux de difficulté.
- le besoin d'autonomie : c'est le besoin de se sentir à l'origine ou à la source de ses actions.
- le besoin d'appartenance sociale : besoin de se sentir connecté et supporté par d'autres personnes.

Si ces besoins se retrouvent perturbés et remis en question dû au vécu d'un échec, l'individu peut être confronté à ressentir des émotions intenses et complexes, comme la honte, la frustration, la colère, la culpabilité ou le doute²⁷. La santé psychologique de l'individu en souffre. Les auteurs prennent comme exemple la perte d'un projet ou d'une entreprise et expliquent qu'elle paralyse la quête d'autonomie des individus, remet en cause leurs compétences et anéantit des liens sociaux qui leur sont essentiels.

Les émotions négatives qui en découlent les démotivent et c'est ce que peuvent vivre et traverser les professionnels de santé dû à la confrontation à des situations telles qu'évoqués par

²⁶ Shepherd D.A., Cardon M.S. (2009). Negative Emotional Reactions to Project Failure and the Self-Compassion to Learn from the Experience. *Journal of Management Studies*, [en ligne] 46 (6), 923-949. (consulté le 10 décembre 2025)

²⁷ TransitionsPro. *Les solutions pour surmonter ces échecs professionnels* [en ligne]. 30 janvier 2025. Article. Disponible sur le site: transitionspro-grandest.fr/les-solutions-pour-surmonter-ses-echecs-professionnels/ (consulté le 10 décembre 2025)

Agnès Michon, neurologue, dans son article : “*l’impuissance thérapeutique et ses conséquences*”²⁸ :

- La frustration face à la souffrance d’un patient: Les soignants peuvent ressentir de l’impuissance lorsque les patients ne répondent pas aux attentes ou ne montrent pas de progrès dans leur traitement
- L’absence de solution face à la chronicité du mal : l’impuissance thérapeutique peut entraîner une frustration, car le soignant se sent incapable de soulager ou guérir un patient.
- Le travail d’équipe et la confrontation à la structure de soin : la nécessité de travailler en équipe et de respecter les règles de la structure peut être source de frustration aussi.

Face à ces situations d’échec, certains soignants vont donc se sentir perdus et perdent espoir. Si ce sentiment n’est pas surmonté cela peut entraîner une augmentation de l’anxiété et une réduction de l’estime qu’ils ont d’eux-mêmes. Ces individus vont développer une mentalité de défiance envers elles-mêmes, ils vont manifester de l’abandon ou encore leur motivation va se réduire²⁹ jusqu’à conduire le soignant au burn-out et à ne plus assurer la qualité des soins. En revanche, d’autres en font une force et ne tardent pas à rebondir sur cet échec afin de le prendre plutôt comme une leçon et d’assurer une meilleure qualité des soins.

Cette gestion du sentiment d’échec est propre à chacun et est possible à travers l’adoption de divers mécanismes, pratiques, stratégies étudiées et présentées par divers professionnels de santé dans de nombreux articles et autres œuvres

Dans le cadre de notre formation, en 1ère année, nous avons étudié en unité d’enseignement de psychologie les mécanismes de défense qui s’enclenchent face à ce genre de situations. Ceux sont des processus mentaux automatiques, qui s’activent en dehors du contrôle de la volonté et dont l’action demeure inconsciente. Au contraire, les processus de “coping”, mot traduit en français par “stratégies d’adaptation” ou “processus de maîtrise”, sont des opérations mentales volontaires par lesquelles le sujet choisi délibérément une réponse à un problème interne et/ou externe. Les processus de coping ont été étudiés par les méthodes de la psychologie scientifique et font actuellement l’objet principalement de l’intérêt des

²⁸ Agnès Michon, neurologue du groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière, AP-HP. *L’impuissance thérapeutique et ses conséquences* [en ligne]. Article. 4 juin 2015. Disponible sur le site: [L’impuissance thérapeutique et ses conséquences | article | Espace éthique/Ile-de-France](#) (consulté le 20 décembre 2025)

²⁹ Science de soi. *Comment la psychologie traite-t-elle l’échec ?*. [en ligne] Article publié le 14 février 2025. Disponible sur le site: [Comprendre l’échec : le regard de la psychologie](#) (consulté le 10 décembre 2025)

psychologues de la santé et des thérapeutes cognitivo--comportementalistes qui leur accordent une place importante dans leurs théories et leurs thérapies contrairement aux mécanismes de défense qui ont été découverts par la psychanalyse et occupent une place importante dans les théories et les thérapies psychanalytiques³⁰.

Concernant les mécanismes de défense, il existe deux principales classifications : la première classe les mécanismes de défense en fonction de leurs effets plus ou moins adaptatifs et la seconde les classe en fonction de leur cible principale, les émotions ou les pensées.

La classification en fonction du caractère adaptatif est la plus habituelle. Le principal « promoteur » de ce niveau adaptatif élevé, Georges Eman Vaillant, psychiatre américain distingue :

- les défenses matures : Ce sont les plus adaptatives : elles permettent de faire face à la réalité tout en maintenant un fonctionnement psychique sain. (Par exemple : l'anticipation, l'altruisme, l'humour, la répression et la sublimation)

- les défenses névrotiques ou intermédiaires : elles protègent du conflit interne mais au prix d'une certaine distorsion de la réalité ou d'une rigidité psychique. (Par exemple : l'isolation, l'annulation ou encore le refoulement)

- les défenses immatures en fonction de leur niveau adaptatif : elles sont moins adaptatives et peuvent entraîner des difficultés relationnelles ou émotionnelles. (Par exemple : le déni, le clivage)

Pour ce qui est de la deuxième classification, certains auteurs ont distingué les défenses dirigées contre les pensées ou cognitions et celles dirigées directement contre l'émotion. L'humour est un exemple des mécanismes modifiant les cognitions. La somatisation, définie comme le déplacement d'un affect douloureux sur une partie du corps, est un exemple d'une défense centrée sur l'émotion.

Quant au coping, Lazarus et Folkman, psychologues américains, évoquent qu'introduire cette notion permet la gestion du sentiment d'échec. Ainsi, ils décrivent huit formes principales de comportements et pensées mobilisés pour faire face aux difficultés : la confrontation, la distanciation, le contrôle de soi, le soutien social, l'acceptation de la responsabilité, l'évasion, la planification et la réévaluation positive.

³⁰ Henri Chabrol. *Les mécanismes de défense*. [en ligne] Article tiré de l'ouvrage "Recherche en soins infirmiers". Editions: Association de Recherche en Soins Infirmiers. 2005/03. Pages 31 à 42. Disponible sur le site: <file:///C:/Users/Mryma/Downloads/chabrol-2005-les-mecanismes-de-defense.pdf> (consulté le 10 décembre 2025)

Par ailleurs, d'après l'article "*Quand l'échec thérapeutique confronte les cliniciens...*"³¹ d'Emmanuel De Becker, psychiatre et Isabelle Lescalier-Grosjean, psychologue que j'ai consulté, il existe aussi un autre cheminement dans la gestion du sentiment d'échec. Ils expliquent qu'il faut tout d'abord reconnaître le sentiment d'échec et le normaliser car c'est crucial pour l'acceptation et la réaction constructive et évoquent aussi l'importance d'une formation préventive continue des professionnels de santé repérer cette expérience et prévenir l'épuisement professionnel. D'après eux, il est essentiel de valoriser le processus et d'accepter que cela prenne du temps. Il faut que le professionnel de santé se donne de la gratitude, reconnaisse chaque avancée ou marque de courage et accepte ses failles. Face à l'échec, il peut être aussi nécessaire d'avoir besoin d'un soutien social, il est possible de ne pas pouvoir affronter seul cette expérience et l'isolement pourrait aggraver la situation.

Pour assurer une gestion de ce sentiment d'échec, selon Daniel Goleman, psychologue américain dans son livre intitulé « *l'intelligence émotionnelle* », il faut être conscient de ses émotions et savoir les évaluer. Il est essentiel d'apprendre à les gérer et en particulier celles qui sont négatives. Il défend donc aussi l'idée de la prévention avant la confrontation à ce sentiment.

Enfin, la pratique de la résilience permet aussi de gérer ce sentiment et de rebondir après un échec en tirant des leçons de celui-ci pour l'avenir. Dans un article de l'ARS, la résilience est définie comme la capacité à pouvoir mettre de la distance sur l'événement vécu par la parole ou la sublimation. On appelle généralement la résilience la manière de rebondir face aux difficultés, mais il serait plus juste d'employer la définition « avancer malgré l'adversité ».³² La résilience permettrait de mettre l'épreuve à distance, d'en accepter l'existence sans en rester paralysé, et de maintenir ou retrouver un équilibre psychique malgré le contexte difficile. Ainsi, elle protège contre l'épuisement professionnel, le « burn-out » ou le dégoût du travail. Plusieurs études montrent qu'une bonne résilience est associée à une diminution des symptômes d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation (détachement face aux patients), et à un

³¹ Emmanuel De Becker et Isabelle Lescalier-Grosjean. *Quand l'échec thérapeutique confronte les cliniciens...* [en ligne]. Article de revue publié en avril/2018. Pages 261 à 270. Disponible sur le site: <https://shs.cairn.info/revue-psychotherapies-2018-4-page-261?lang=fr> (consulté le 10 décembre 2025)

³² Qualisocial. *Les techniques pour gagner en résilience* [en ligne]. Disponible sur le site: Qualisocial-Les techniques pour gagner en résilience.pdf (consulté le 10 décembre 2025)

meilleur sentiment d'accomplissement personnel donc à une meilleure gestion ou évitement du sentiment d'échec.³³

Ainsi, au vu de ces recherches menées pour mon cadre de référence, je peux établir un lien direct entre la situation vécue avec Madame J et le concept de sentiment d'échec du professionnel. Dans ma situation, l'équipe soignante se retrouve confrontée à une absence d'évolution dans l'état anxieux de la patiente, malgré de multiples interventions : entretiens infirmiers, techniques de respiration, isolement dans un espace calme, participation encouragée aux activités ou encore ajustement des traitements. Cette absence de résultats est la source d'impuissance thérapeutique alimentant progressivement un sentiment de frustration, de découragement et d'impuissance. Certains professionnels en viennent même à se désengager partiellement, comme en témoigne l'infirmière m'indiquant de « la laisser dans son coin », ce qui reflète un mécanisme protecteur face au vécu d'échec.

Ce ressenti fait écho au cadre théorique de la théorie de l'autodétermination : les besoins de compétence, d'autonomie et d'appartenance sociale du soignant sont altérés. L'impression de ne plus être capable d'apaiser la patiente remet en question le sentiment de compétence ; les contraintes institutionnelles et le manque d'efficacité perçu limitent le sentiment d'autonomie ; enfin, le désengagement relationnel observé dans l'équipe fragilise le sentiment d'appartenance. Comme le décrivent Shepherd et ses collègues, ces perturbations peuvent générer des émotions négatives telles que la honte, la frustration ou la démotivation, typiques du vécu d'un échec professionnel.

Cependant, la littérature souligne aussi que ce sentiment d'échec peut devenir un levier de progression lorsqu'il est reconnu et appréhendé de manière constructive. Les travaux de Lazarus et Folkman sur les stratégies d'adaptation, ou encore ceux de De Becker sur la normalisation de l'échec, montrent que des outils existent pour mieux vivre cette expérience. La résilience, définie par l'ARS comme la capacité à avancer malgré l'adversité, constitue

³³ Pedro Ferreira et Sofia Gomes. *Le rôle de la résilience dans la réduction de l'épuisement professionnel : une étude menée auprès des professionnels de santé pendant la pandémie de COVID-19 [en ligne]*. 24 août 2021. Article Disponible sur le site: *Le rôle de la résilience dans la réduction de l'épuisement professionnel : une étude menée auprès des professionnels de santé pendant la pandémie de COVID-19* (consulté le 10 décembre 2025)

également une ressource essentielle pour prévenir l'épuisement professionnel et maintenir une implication de qualité.

Ainsi, la situation de Madame J illustre parfaitement comment un cas clinique complexe peut confronter les soignants à un sentiment d'échec, mais aussi comment ce vécu peut s'inscrire dans un processus d'apprentissage et d'adaptation soutenu par la littérature scientifique.

4. Accompagnement relationnel

L'accompagnement relationnel est défini comme étant l'ensemble des interactions, attitudes et pratiques par lesquelles un professionnel de santé établit une relation de soutien, d'écoute et de coopération avec un patient. C'est une dimension essentielle du soin, qui ne se limite pas à la transmission d'informations ou à l'exécution de gestes techniques : elle implique une présence, une compréhension empathique et l'instauration de confiance permettant au patient de traverser une situation de santé marquée par la vulnérabilité, l'incertitude ou la perte de repères.

L'objectif principal de l'accompagnement relationnel est de soutenir le patient dans son expérience de la maladie. Concrètement, l'accompagnement relationnel vise à :

- Aider la personne à donner sens à ce qu'elle vit,
- Réduire l'isolement émotionnel,
- Soutenir la prise de décision éclairée,
- Préserver ou renforcer l'autonomie,
- Améliorer la qualité de vie,
- Faciliter la traversée des moments difficiles (annonce, douleur, fin de vie...).

D'après le dictionnaire pratique du travail social, on retrouve l'étymologie du terme « accompagner » qui veut dire : « se joindre à quelqu'un pour aller où il va ». Deux idées se dégagent de cette courte définition. Tout d'abord, « se joindre à », c'est-à-dire se rapprocher, converger, s'ajouter à un mouvement qui existe avant que l'accompagnateur s'y joigne et,

ensuite, « pour aller où il va », ce qui signifie très clairement que ce n'est pas l'accompagnateur qui décide du chemin mais bel et bien l'accompagné.³⁴

L'accompagnement relationnel est un processus d'alliance entre le soignant et le patient. Cela contribue autant au bien-être qu'à l'efficacité globale de la prise en charge. Depuis de nombreuses années déjà, la profession d'infirmière a fait, de la relation avec le patient, un élément central des soins. J'ai d'ailleurs lu un article rédigé par 2 chercheurs à l'Université de la Saskatchewan : Abukari Kwame et Pamel M. Petrucka évoquant une étude qualitative des perceptions des femmes pendant l'accouchement réalisée en soins maternels au Malawi sur l'importance de l'accompagnement relationnel dans les soins. Les patientes ont déclaré être heureuses lorsque les infirmières et les sage-femmes communiquaient bien et les traitaient avec empathie et respect. Cependant, d'autres patientes ont déclaré que la mauvaise communication par les infirmières et les sage-femmes, y compris la violence verbale, le manque de respect ou le refus de poser des questions, affectait leur perception des services offerts³⁵. Dans ce même article, d'autres chercheurs du nom de Joolae³⁶, Tschudin, Bahrani et Nikbakht ont quant à eux exploré l'expérience des patients en matière de relations bienveillantes dans un hôpital iranien et ont constaté qu'une bonne communication entre les infirmières et les patients était considérée comme « plus significative que les soins physiques » chez les patients. Ce qui permet de mesurer l'importance de l'accompagnement relationnel dans les soins.

D'après ces études, l'accompagnement relationnel contribue à :

- Diminuer l'anxiété et la détresse émotionnelle,
- Améliorer l'adhésion thérapeutique,
- Renforcer la compréhension du traitement,
- Favoriser l'autonomie et la prise de décision des patients.

³⁴ Meriem Hajjar et Jacques Papay. *Accompagner* [en ligne]. 05/08/2022. Article. Disponible sur le site: <https://shs.cairn.info/dictionnaire-pratique-du-travail-social--9782100725007-page-1?lang=fr> (consulté le 10 décembre 2025)

³⁵ Madula P, Kalembo WF, Yu H, Kaminga CA. *Fournisseur de soins de santé-communication patient: Une étude qualitative des perceptions des femmes pendant l'accouchement*. [en ligne] *Reprod Santé*. 2018 déc;15(135):1–10. <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0580-x> (consulté le 10 décembre 2025)

³⁶ Joolae S, Joolaei A, Tschudin V, Bahrani N, Nikbakht NA. *Relation bienveillante: la composante essentielle de la pratique des droits des patients telle que vécue par les patients et leurs compagnons*. *J Med Ethics Hist Med*. 2010;3(4):1–7.

Dans la situation de Madame J, l'accompagnement relationnel occupe une place centrale, car sa condition de santé l'expose à une période de vulnérabilité physique, psychologique et émotionnelle. La maladie, l'hospitalisation ou la perte d'autonomie qu'elle traverse amplifient la présence d'anxiété et d'incertitude. Face à cette situation, le rôle du soignant ne se limite pas aux actes techniques : il consiste également à instaurer une relation de soutien, d'écoute et de présence permettant à Madame J de se sentir reconnue et sécurisée. L'accompagnement relationnel favorise ainsi l'expression de ses besoins, de ses peurs ou de ses interrogations, ce qui aide à adapter les soins à sa situation. L'écoute active, l'empathie, la communication bienveillante et la disponibilité professionnelle créent un climat de confiance, indispensable pour qu'elle puisse participer aux décisions la concernant et devenir actrice de ses soins.

Ainsi, l'accompagnement relationnel constitue un outil essentiel pour humaniser la prise en charge de Madame J et améliorer son expérience de soin de manière globale.

III. ENQUETE EXPLORATOIRE :

Cette enquête de terrain a pour objectif de préciser les concepts précédemment abordés, de comprendre comment les soignants les perçoivent et d'en savoir plus sur le point de vue et vécu des soignants.

Ainsi, j'ai mené une enquête exploratoire qualitative. Ce type d'enquête était particulièrement adapté comme l'objectif était de comprendre les ressentis, les vécus professionnels et les représentations. D'autant plus que cette thématique relève d'une dimension subjective, émotionnelle et relationnelle donc elle nécessite une approche compréhensive.

Choix de l'outil d'exploration :

Pour procéder à cette enquête, j'ai réalisé des entretiens semi-directif auprès d'infirmiers. Ce mode de recueil de données a permis d'explorer en profondeur le vécu des infirmiers tout en leur laissant une liberté d'expression. Au préalable, j'ai réalisé un guide d'entretien (ANNEXE I) ayant permis d'aborder des thèmes définis sans pour autant influencer le sujet de l'enquête. Le choix des questions ouvertes a favorisé l'exploration libre des sujets par les soignants.

L'entretien semi-directif a permis d'entretenir des discours spontanés sur des sujets parfois sensibles tels que le sentiment d'échec professionnel, la frustration, l'impuissance ou encore les mécanismes de protection mis en place dans la relation soignant-soigné. Il a permis également de recueillir des exemples de situations vécues.

Mes entretiens ont eu pour objectif de recueillir des données telles que : le ressenti des infirmiers face à l'absence d'amélioration de l'état de santé d'un patient, l'impact émotionnel de ces situations, les conséquences sur la relation de soin ainsi que les ressources mobilisées pour faire face à ces difficultés.

Enfin, pour faciliter la retranscription et l'analyse, j'ai réalisé des enregistrements audios avec l'accord et le consentement signé des soignants (ANNEXE II).

Population enquêtée :

La population auprès de laquelle j'ai réalisé mon enquête est constituée d'infirmiers diplômés d'État. J'ai décidé d'interroger 2 infirmiers en psychiatries et 2 infirmiers en service hospitalier qui leur a permis d'être confrontés à des situations similaires à la mienne d'absence ou stagnation de l'état de santé des patients malgré une prise en charge complète. Cela m'a permis également de mettre en évidence des points communs et des différences dans le vécu infirmier selon le type de pathologie et le contexte de soins. Cela m'a permis de constater si le sentiment d'échec et son impact sur la relation soignant-soigné sont spécifiques à la psychiatrie ou non. La participation à l'enquête s'est bien évidemment faite sur le volontariat et le respect de l'anonymat des soignants.

Limites de l'enquête exploratoire :

Cette enquête exploratoire a présenté certaines limites comme toute démarche de recherche. Tout d'abord, le nombre limité de participants ne permet pas de généraliser les résultats à toute la profession infirmière. Les données recueillies sont basées sur des expériences influencées par le contexte de travail, le parcours professionnel, la perception et la sensibilité de chaque soignant.

Ensuite, je pensais rencontrer des défis pour obtenir l'autorisation d'enregistrer les entretiens mais cela n'a pas été le cas. Je leur ai expliqué la nature anonyme de cet enregistrement, mis en avant son utilité pour faciliter les retranscriptions et j'ai également

décidé de faire signer à chaque professionnel une feuille de consentement à l'enregistrement audio de l'entretien.

Par ailleurs, la réalisation d'entretiens a pu mettre en difficulté les infirmiers pouvant avoir du mal à verbaliser leurs émotions.

Enfin, ma posture d'enquêtrice, en tant qu'étudiante infirmière, a pu influencer la collecte et l'analyse des données. Le positionnement étudiant peut parfois limiter la liberté de parole de certains professionnels ou, au contraire, favoriser des confidences liées à une posture perçue comme moins évaluative.

Présentation des professionnels interrogés :

Les entretiens se sont réalisés en présentiel et les professionnels interrogés présentent des parcours variés.

L'IDE 1 est infirmier anesthésiste depuis une dizaine d'années, avec un parcours initial en réanimation, et travaille à la fois au bloc opératoire et dans le domaine de la formation continue (notamment l'AFGSU), tout en poursuivant des études en ergonomie cognitive.

L'IDE 2 est infirmière depuis 2010 et a exercé dans plusieurs secteurs, notamment en gériatrie, en rééducation et majoritairement en psychiatrie, où elle possède une expérience significative.

L'IDE 3, diplômé depuis 2000, a un parcours orienté vers les soins d'urgence et critiques, avec une expérience aux urgences, au SMUR, en réanimation puis en salle de réveil.

Enfin, l'IDE 4, initialement aide-soignante en psychiatrie, a repris des études infirmières et a poursuivi dans cette spécialité en exerçant dans différents services tels que la pédopsychiatrie, l'unité de soins intensifs psychiatriques et actuellement le centre médico-psychologique.

IV. PROBLEMATISATION

1. Interprétation et analyse des entretiens

Introduction :

Ma démarche implique désormais l'analyse des entretiens afin de regrouper les principales idées pour procéder à une interprétation et une mise en lien avec les avis des auteurs permettant de mettre en avant les divergences, les convergences et les points marquants.

Dans un premier temps, afin d'analyser les données issues des entretiens, j'ai retranscrit puis lus de manière approfondie mes entretiens pour mieux m'imprégner du contenu. (ANNEXE III).

Ensuite, j'ai utilisé la méthode Braun and Clark consistant en la réalisation d'un travail de codage (ANNEXE IV) en identifiant des passages pertinents, regroupées sous forme de codes pour classer, comparer et analyser des passages de l'entretien (verbatim) afin de faire ressortir les thèmes principaux. Ces codes m'ont permis d'identifier des thèmes en les regroupant dans des catégories plus larges sous forme de tableau (ANNEXE V).

Analyse des entretiens :

L'analyse des entretiens met en évidence plusieurs thèmes principaux tirés du vécu du sentiment d'échec chez les soignants notamment ses origines, ainsi que ses répercussions sur la pratique professionnelle ou encore son impact sur la relation soignant-soigné.

1. Le sentiment d'échec

a. Définition et représentations de l'échec

Concernant la définition de l'échec, les discours se rapprochent.

L'IDE 1 souligne le caractère subjectif et pluriel de la signification de l'échec lorsqu'il dit : "l'échec de qui ?" (Entretien 1, Q3-R3) et conclut avec une définition plus centrée sur l'absence de résultats lorsqu'il dit : "avoir une intention de mettre des choses en place et à la fin ne palier à rien" (Entretien 1, Q3-R3). Cette définition se rapproche de celle donnée par les autres professionnels avec l'IDE 2 qui dit : "des objectifs [...] n'ont pas été atteints" (Entretien 2, Q3-R3), l'IDE 3 : "quand tu n'arrives pas à atteindre ton objectif" (Entretien 3, Q3-R3) et l'IDE 4 qui décrit l'échec également comme une situation où les soignants mettent des objectifs

en place mais n'ont pas les résultats attendus : “ne pas avoir le résultat escompté” (Entretien 4, Q4-R4).

Les professionnels interrogés donnent une définition de l'échec centrée sur l'atteinte ou non des objectifs de soin. Cependant, l'analyse met également en évidence que cette notion reste subjective et dépendante du point de vue des soignants.

L'avis des auteurs rejoint celui des soignants, notamment à travers la subjectivité du sentiment d'échec évoqué par l'IDE 1 qui s'inscrit directement dans la conception du soin chez les auteurs Brice Poreau et Christophe Gauld lorsqu'ils évoquent la dimension humaine et interprétative du soin. Cependant, les auteurs sont d'avis que l'échec ne peut pas être réduit à l'absence de résultats comme le disent les soignants mais doit être mis en lien avec la finalité globale du soin comme défini par l'OMS. Ce qui veut dire qu'un soin peut être “réussi” au sens relationnel même si l'objectif médical n'est pas atteint.

Cette divergence explique pourquoi les soignants interrogés centrent leur définition sur les objectifs, alors que les théories infirmières insistent davantage sur une vision globale du soin.

b. Les origines du sentiment d'échec

Les origines du sentiment d'échec sont multiples d'après les discours des soignants.

Pour certains professionnels, comme l'IDE 1, il dépend du “seuil” (Entretien 1, Q4-R4) que le soignant “se fixe de la réussite et de l'échec” (Entretien 1, Q4-R4) et essentiellement de la perception personnelle du soignant (“conception personnelle” (Entretien 1, Q4-R4)). L'IDE 2 et 4 mettent davantage en avant les attentes des soignants et l'implication dans leur travail, notamment l'idée de vouloir “sauver tout le monde” (Entretien 2, Q4-R4), “l'envie de bien faire” (Entretien 4, Q5-R5) qui peut entrer en confrontation avec la réalité et donc entraîner cette déception.

Le sentiment d'échec apparaît comme le résultat de l'écart entre la réalité du terrain et les attentes du soignant pouvant être rapprochée de la théorie de l'autodétermination de Shepherd et al., notamment quand il aborde les besoins de compétence et d'autonomie. En effet, lorsque le soignant ne parvient pas à atteindre ses objectifs, son sentiment de compétence est directement fragilisé, ce qui va alimenter ce sentiment d'échec. On retrouve également

l'idée développée par Daniel Goleman sur l'intelligence émotionnelle expliquant que la capacité à identifier et à réguler ses attentes influence fortement la manière dont l'échec est vécu.

c. Le vécu et impact émotionnel du sentiment d'échec

Dans un premier temps, le ressenti face à l'échec apparaît comme un élément central et des similitudes apparaissent dans les discours des soignants notamment dans l'aspect négatif de celui-ci. Ils évoquent des émotions négatives notamment la frustration, l'impuissance et la déception.

L'IDE 1 explique être "frustré d'avoir essayé de tout donner" (Entretien 1, Q2-R2) mais évoque également le ressenti d'une "amertume" (Entretien 1, Q2-R2). Quant à l'IDE 2, elle, décrit des situations difficiles avec un sentiment de déception : "c'est décevant, je dirais, décevant" (Entretien 2, Q2-R3). Ce ressenti est encore plus marqué chez l'IDE 3, qui qualifie ce vécu de "sentiment d'échec [...] cuisant" (Entretien 3, Q2-R4) et évoque des situations "qui marquent à vie" (Entretien 3, Q2-R5). De son côté, l'IDE 4 exprime également une forte frustration et impuissance : "démuni" (Entretien 4, Q3-R4) jusqu'à déclarer avoir le sentiment d'avoir "travaillé pour rien" (Entretien 4, Q3-R4).

Plusieurs professionnels évoquent une difficulté à surmonter ces expériences. L'IDE 1 reconnaît ne pas avoir réussi à dépasser certaines situations lorsqu'il dit à deux reprises "je ne l'ai pas surmontée du tout" (Entretien 1, Q5-R6), l'IDE 2 parle de culpabilité "on culpabilise" (Entretien 2, Q4-R4). L'IDE 3 insiste sur l'aspect durable de ce vécu en répétant que ces situations "marquent à vie" (Entretien 3, Q2-R5) à plusieurs reprises tout au long de l'entretien, et l'IDE 4 évoque une remise en question personnelle "déçu de moi" (Entretien 4, Q5-R6).

Ces éléments mettent en évidence un fort impact émotionnel commun aux soignants quel que soit la spécialité et les expériences de chacun et montrent clairement que le professionnel est directement impliqué émotionnellement dans la prise en soin de ses patients.

Ces résultats s'inscrivent directement dans les travaux de Goleman sur l'intelligence émotionnelle, qui montrent que les émotions comme la culpabilité, la frustration ou la honte apparaissent lorsque l'individu perçoit un écart entre ses actions et ses objectifs. Ils rejoignent également la théorie de Lazarus et Folkman sur le stress et le coping par la mobilisation des stratégies émotionnelles pour faire face à ces situations, mais certaines expériences dépassent

leurs capacités d'adaptation immédiate. Enfin, l'implication émotionnelle importante est cohérente avec le point de vue de Carl Rogers sur la relation d'aide, où l'empathie et l'engagement émotionnel du soignant sont des éléments essentiels, mais peuvent aussi devenir une source de vulnérabilité. Ces émotions rejoignent ce que décrivent Shepherd et al. dans la théorie de l'autodétermination, où la remise en cause du sentiment de compétence entraîne des émotions négatives. Cela fait aussi écho à l'OMS qui rappelle que les soins englobent la souffrance : lorsque le soignant ne parvient pas à la soulager, il peut lui-même être impacté émotionnellement.

2. L'engagement du soignant

D'après le discours des soignants, ce ressenti serait lié à l'engagement du soignant dans la prise en charge.

En effet, tous les professionnels décrivent un investissement très important dans les soins prodigués. L'IDE 1 et l'IDE 4 évoquent la volonté de "tout donner" (Entretien 1, Q2-R2) ou de "mettre tout en place" (Entretien 4, Q3-R4). L'IDE 3 insiste particulièrement sur cette dimension en affirmant que "tu donnes tout, tu donnes tout ce que tu as et tout ce que tu peux" (Entretien 3, Q2-R5), tandis que l'IDE 2 met en avant l'élaboration de projets de soins complets pour optimiser la prise en soin : "on avait vraiment fait pas mal de choses" (Entretien 2, Q2-R3, « on donne tout » (Entretien 2, Q4-R4). Elle explique également que les soignants sont : « impliqués » (Entretien 2, Q4-R4).

Ainsi, d'après les professionnels, plus l'engagement du soignant dans la prise en charge est important, plus le sentiment d'échec semble être vécu de manière intense lorsque l'évolution du patient reste défavorable. Cet engagement peut conduire à une surcharge émotionnelle lorsque le soignant est fortement investi. Ainsi, plus le soignant s'investit dans une logique de "prendre soin", plus l'écart avec les résultats attendus peut générer un vécu d'échec intense.

Ces résultats convergent avec l'avis des auteurs. D'une part, avec la pensée de Walter Hesbeen, pour qui le soin repose sur une véritable intention de « prendre soin ». Le fort investissement décrit par les soignants, à travers l'idée de « tout donner », montre cet engagement humain et relationnel. D'autre part, il rejoint également celui de Carl Rogers, qui souligne l'importance de l'empathie et de l'implication du soignant dans la relation d'aide. Plus le professionnel est engagé émotionnellement, plus le sentiment d'échec peut être intense

lorsque les résultats attendus ne sont pas atteints. Enfin, cet avis coïncide avec la théorie de l'autodétermination de Shepherd et al. qui affirme que l'échec vient fragiliser le sentiment de compétence du soignant.

3. La relation soignant-soigné

Concernant la relation soignant-soigné, les avis sont plus variés.

Certains professionnels, comme les IDE 1, 2 et 4, estiment que le sentiment d'échec n'altère pas la relation et peut même la renforcer. L'IDE 1 affirme ainsi qu'«il n'y avait pas d'altération de la relation» (Entretien 1, Q6-R6) et précise que cela «n'altère absolument pas» (Entretien 1, Q6-R7) sa vision du patient. Pour lui, l'objectif reste de «maximiser les chances» (Entretien 1, Q6-R7) et de «faire au mieux pour le maintenir en vie» (Entretien 1, Q6-R6), ce qui maintient l'engagement soignant malgré l'échec ressenti.

L'IDE 2 partage cette idée en insistant sur l'importance de «rassurer la personne avant tout» (Entretien 1, Q6-R6) et d'«établir une relation de confiance» (Entretien 2, Q6-R6). Elle souligne également que le sentiment d'échec ne signifie pas l'abandon du patient : «je ne vais pas l'abandonner» (Entretien 2, Q6-R6).

De son côté, l'IDE 4 considère également que cela «n'altère en rien la relation soignant-soigné» (Entretien 4, Q7-R7). D'après elle, en psychiatrie, la répétition des prises en charge favorise même parfois une relation plus fluide, grâce à une confiance solidement installée et une meilleure connaissance du patient. Elle explique que la prise en charge devient alors «plus facile» (Entretien 4, Q7-R7).

En revanche, l'IDE 3 évoque davantage des situations où la relation peut être fragilisée. Il parle d'une relation «un peu faussée» (Entretien 3, Q6-R6) en lien avec la fatalité que présente l'issue de la prise en charge. Il évoque l'instauration d'une certaine distance relationnelle qu'il qualifie d'«ambiance [...] un peu froide» (Entretien 3, Q6-R6) présentant des non-dits : «on n'en parle pas» (Entretien 3, Q6-R6). L'implication émotionnelle des familles peut complexifier davantage cette relation de soin d'après lui.

Cette divergence met en évidence la complexité de la relation soignant-soigné dans des contextes difficiles. Elle dépendrait donc du contexte de soin, de l'évolution du patient, du

service de soin mais également de la posture professionnelle du soignant malgré ce vécu du sentiment d'échec.

Par ailleurs, les facteurs qui influencent cette relation peuvent être multiples : tels que les objectifs de soins, le contexte de soin, la communication ou encore la présence des familles pouvant d'une part favoriser la qualité de la prise en soin ou au contraire la fragiliser.

L'IDE 1 met en avant l'importance des objectifs de soins dans la relation. Selon lui, lorsque le soignant conserve une intention claire de prise en charge et cherche à "maximiser les chances" (Entretien 1, Q6-R7) du patient, la relation reste stable malgré le sentiment d'échec.

L'IDE 2 insiste davantage sur la communication et la confiance. Pour elle, il est essentiel de "rassurer la personne avant tout" (Entretien 2, Q6-R6) et d'établir une relation sécurisante. La qualité des échanges influence directement le patient et la perception qu'il a du soin. Une communication adaptée permet donc de limiter les tensions même lorsque les résultats attendus ne sont pas atteints.

L'IDE 4 souligne l'impact de la chronicité et des rechutes sur la relation pouvant engendrer une certaine lassitude chez les soignants ou à l'inverse une meilleure connaissance du patient donc une prise en charge plus adaptée à ses besoins.

Ainsi, la relation soignant-soigné semble être fragile et nécessite des ajustements de la part du soignant afin de maintenir un accompagnement de qualité malgré les difficultés rencontrées.

Ces résultats entrent directement en résonance avec les travaux de Carl Rogers, notamment sur l'empathie, la congruence ou encore la considération positive inconditionnelle, qui montrent que la qualité de la relation dépend de l'attitude du soignant. Ils rejoignent également l'idée de Louis Malabeuf (la relation de civilité, fonctionnelle, de soutien et d'aide), que l'on retrouve dans les différentes postures décrites par les IDE. Enfin, une communication adaptée permet de maintenir l'alliance thérapeutique même en situation d'échec, ce qui rejoint les travaux de l'OMS et de Paillard sur la relation comme activité d'échange interdépendant.

4. Les stratégies et ressources d'adaptation

Les soignants évoquent différentes stratégies d'adaptation à partir du vécu répété de ces situations. D'après les professionnels de santé, l'expérience permet de mieux appréhender ces situations.

L'IDE 1 explique notamment : “Si on a toujours été confronté [...] on trouve des moyens, des parades pour y arriver” (Entretien 1, Q5-R5), tandis qu'il précise également que “le fait d'être expérimenté [...] nous permet de la surmonter plus facilement” (Entretien 1, Q5-R5). Cependant, il souligne aussi qu'il n'est pas systématique de dépasser ces situations en affirmant : “je ne l'ai pas surmonté du tout” (Entretien 1, Q5-R6), montrant que certaines situations restent marquantes.

Les soignants évoquent principalement l'importance de la remise en question et l'introspection comme lorsque l'IDE 2 dit : “on se remet en question” : (Entretien 2, Q5-R5) ou encore l'IDE 4 : “remise en question” (Entretien 4, Q6-R6). L'IDE 2 insiste également sur l'importance de la communication et du partage “en parler” (Entretien 2 Q5-R5), tandis que l'IDE 3 met en avant le rôle du débriefing et du soutien entre collègues (“reparlait avec les collègues” (Entretien 3, Q5-R5)). Enfin, L'IDE 2 évoque également la possibilité de prendre de la distance “s'isoler” (Entretien 2, Q6-R7) ou de déléguer temporairement à une collègue pour prendre du recul : “je vais déléguer” (Entretien 2, Q6-R6).

Ces stratégies permettent aux soignants de prendre du recul, de réajuster leurs pratiques et de ne pas tout intérioriser.

Elles correspondent directement aux mécanismes de coping décrits par Lazarus et Folkman (confrontation, distanciation, soutien social, planification ou réévaluation positive). La remise en question et le partage avec les collègues relèvent notamment du coping centré sur le problème et le soutien social. L'éloignement temporaire ou la délégation renvoient à des stratégies de distanciation émotionnelle. Enfin, on retrouve également les mécanismes de défense décrits par Vaillant, notamment les défenses matures comme l'humour, la sublimation ou l'anticipation, qui permettent une adaptation psychique plus stable.

a. La place de l'expérience dans l'adaptation du soignant

La place de l'expérience est reconnue comme unanimement essentielle dans le vécu du sentiment d'échec. Tous les professionnels disent qu'elle permet de mieux gérer les situations d'échec, de relativiser et de prendre du recul. L'IDE 1 dit qu'elle va permettre l'évolution de notre représentation de l'échec : "on ne le représente plus comme une finalité, mais ça peut être une étape" (Entretien 1, Q8-R8). L'IDE 2 et 4 évoquent un apprentissage "sur le tas" (Entretien 2, Q7-R7), tandis que l'IDE 3 souligne qu'"avec le temps" (Entretien 3, Q7-R7), le stress diminue.

L'importance de l'expérience rejoint les dimensions historiques de la profession infirmière décrites par Nightingale et Gasparin, où l'apprentissage par la pratique et la structuration progressive des savoirs infirmiers ont permis la professionnalisation du métier.

Ainsi, l'expérience permet une évolution des représentations, des pratiques et une meilleure gestion de l'impact que ces situations peuvent avoir sur le soignant.

b. L'absence de formation et de soutien institutionnel

Un point commun majeur ressort des entretiens : l'absence de formation spécifique et de soutien institutionnel. Tous les IDE déclarent ne pas avoir été formés à faire face à ces situations (l'IDE 1 : "absolument pas" (Entretien 1, Q6-R7), IDE 2 : "pas formée" (Entretien 2, Q7-R7), IDE 3 : "pas assez formé" (Entretien 3, Q7-R7) et l'IDE 4 : "pas du tout" (Entretien 4, Q8-R8)).

Certains soignants comme l'IDE 3 sont pour la mise en place d'une formation qu'ils jugent nécessaire dans l'accompagnement des professionnels de santé : "c'est un [...] manque je pense" (Entretien 3, Q7-R8).

L'absence de formation spécifique contraste avec les recommandations actuelles du CII et du Code de la santé publique qui insistent sur la formation continue et la recherche en sciences infirmières.

c. Le travail d'équipe

Les échanges existants afin de faire face à ce sentiment d'échec sont majoritairement informels comme l'indique l'IDE 1 : "On échange de façon informelle" (Entretien 1, Q7-R7)

et reposent sur le travail d'équipe. Ainsi, ce travail en équipe apparaît alors comme un élément essentiel face à l'absence de formation. Les échanges entre collègues, l'entraide et les temps de discussion informels permettent de partager les expériences et de mieux faire face aux situations difficiles. L'IDE 3 souligne notamment l'importance du débriefing qu'il juge rarement réalisé ("pas assez fait" (Entretien 3, Q5-R6)), malgré son rôle crucial dans la gestion du sentiment d'échec dû à la surcharge de travail.

L'IDE 2 rejoint cette idée en expliquant qu'il ne faut "jamais garder tout pour soi-même" (Entretien 2, Q5-R5) et insiste sur la nécessité de "communiquer avec ses collègues" : (Entretien 2, Q5-R5), "échanger" (Entretien 2, Q5-R5) et "en parler surtout" (Entretien 2, Q5-R5). Pour elle, le soutien de l'équipe face aux situations d'échec permet de ne pas rester seul face à ses ressentis. L'IDE 4 évoque également l'importance de la communication entre professionnels en affirmant qu'ils "communiquent entre professionnels" (Entretien 4, Q8-R8). De ce fait, elle montre que le collectif soignant constitue une ressource essentielle pour surpasser ces situations.

Ainsi, le soutien par ses pairs et le travail en équipe renvoie aux notions de partenariats évoquées par l'OMS et au rôle de coordination infirmière.

5. L'évolution de la perception de l'échec et limites du soin

Les entretiens montrent une évolution de la perception de l'échec avec l'expérience.

L'IDE 1 considère désormais l'échec comme "une étape" (Entretien 1, Q8-R8) et non plus comme une finalité. L'IDE 2 insiste sur l'importance du recul, tandis que l'IDE 3 évoque des mécanismes de protection : "tu te forges avec le temps" (Entretien 3, Q7-R7). L'IDE 4 parle également d'une prise de recul progressive.

Cette évolution est un processus d'adaptation progressif des soignants face aux situations répétées d'échec, permettant un ajustement de leurs attentes souvent centrées sur la guérison ou le résultat. Elle met en évidence une forme de maturation professionnelle, où l'échec est vu comme une étape dans la pratique soignante. Ainsi, les professionnels développent une capacité importante à relativiser les situations, à préserver leur engagement tout en prenant de la distance émotionnelle.

Les quatre infirmiers sont d'accord sur le fait que le soin présente des limites et que cela permet de relativiser.

L'IDE 1 rappelle qu'il existe des situations où le soignant ne peut pas tout maîtriser, qu'il s'en rend compte au fil du temps et que cette prise de conscience permet de relativiser la responsabilité individuelle du soignant.

L'IDE 2 insiste sur le fait que le professionnel doit accepter qu'il ne puisse pas toujours répondre à toutes les attentes ni obtenir les résultats attendus. Cette limite demande une posture d'acceptation et de recul.

L'IDE 3 insiste sur les limites à la pratique soignante notamment médicales, organisationnelles ou humaines en évoquant "un problème de moyens" (Entretien 3, Q4-R4) et dit : "on est humain" (Entretien 3, Q4-R4). Ayant exercé en réanimation, certaines situations confrontent directement aux limites de la médecine et à l'impossibilité de guérir. D'après lui, cela demande parfois une forme de protection émotionnelle pour continuer à exercer.

L'IDE 4, exerçant en psychiatrie, met en avant les limites liées à la chronicité des troubles et aux rechutes répétées. Malgré l'accompagnement, certains patients reviennent régulièrement sans amélioration durable, ce qui peut générer frustration et impuissance. Elle souligne cependant que ces situations font partie intégrante du soin et nécessitent une adaptation constante de la posture professionnelle.

Ainsi, l'expérience a permis aux soignants de déculpabiliser en acceptant les limites que présente le soin. Leur perception de l'échec a évolué passant d'un épisode de frustration et de honte à un apprentissage, une étape nécessaire à l'évolution de l'identité du professionnel.

Cette évolution de la perception rejoint directement les définitions du CII et de l'OMS qui insistent sur la continuité du soin même en l'absence de guérison. Elle fait également écho à Hesbeen et à la distinction entre "faire des soins" et "prendre soin", où la finalité du soin n'est pas uniquement liée à la réussite thérapeutique mais à l'accompagnement global de la personne. Enfin, les limites évoquées par les soignants renvoient aux situations d'impuissance thérapeutique décrites, ainsi qu'aux processus de résilience et d'intelligence émotionnelle de Goleman, permettant de transformer l'échec en adaptation professionnelle.

2. Problématisation et question de recherche

La réalisation de ce travail de fin d'études s'est faite en plusieurs étapes.

Dans un premier temps, j'ai mûrement réfléchi sur le choix de ma situation de départ que j'ai par la suite rédigé. C'est une situation qui s'est déroulée lors de mon stage de deuxième année en clinique de soins libres psychiatriques. Ce choix s'explique par la rencontre fréquente de situations similaires tout au long de ma formation ayant donc naturellement suscité mon intérêt. J'ai également choisi cette situation car elle permet une pleine exploration de mon objet de recherche étant le vécu émotionnel des soignants dans la dégradation de l'état de santé mentale ou somatique d'un patient malgré tous les moyens déployés. Cette situation m'a permis de questionner à la fois la pratique soignante, interroger la posture infirmière et de comprendre les limites du soin.

Après la rédaction de ma situation de départ, j'ai composé mon questionnement puis j'ai procédé à l'analyse de celui-ci afin de formuler une question de départ est la suivante : En quoi la relation soignant-soigné peut être impacté par un sentiment d'échec pouvant être ressenti par l'infirmier dans l'accompagnement relationnel devant l'absence d'amélioration de l'état de santé somatique ou mental d'un patient ?

Après validation de cette question auprès de mon guidant, j'ai fait apparaître 4 concepts : l'infirmier, la relation soignant-soigné, le sentiment d'échec du professionnel et l'accompagnement relationnel. J'ai réalisé des lectures d'articles, revues et consulté de nombreux sites internet, tous répertoriés dans la bibliographie, afin de les définir. Ce qui m'a permis de m'enrichir et d'enrichir mon travail.

Puis, j'ai élaboré un guide d'entretien validé par mon guidant pour réaliser mon enquête exploratoire en interrogeant 4 IDE. J'ai retranscrit les entretiens au fur et à mesure de leur réalisation puis j'ai réalisé un travail d'interprétation et d'analyse en comparant les avis des auteurs relevés dans mon cadre de référence à ceux des professionnels interrogés.

A l'issue de cette analyse, plusieurs questionnements me sont apparus concernant plusieurs idées importantes :

- Les limites du soin : Comment le soignant peut-il accepter les limites du soin sans traverser cela comme un échec ?

- L'absence de formation et de soutien institutionnel : Comment préparer les étudiants infirmiers et les professionnels à faire face au sentiment d'échec ? Le soutien entre collègues suffit-il à compenser cette absence de formation ?

Ainsi, je pose la question de recherche suivante :

Comment l'accompagnement émotionnel des infirmiers, notamment à travers la formation, peut-il contribuer à préserver la qualité de la relation soignant-soigné face aux situations d'échec ?

CONCLUSION :

Pour conclure, ce travail s'est intéressé à l'impact et influence du sentiment d'échec ressenti par les soignants sur leur pratique soignante ou sur la relation soignant-soigné, notamment face à l'absence d'amélioration de l'état de santé somatique ou mental du patient. Mon choix de sujet a pu se faire après la rédaction de ma situation initiale vécue en stage de deuxième année. Elle a semé en moi des doutes et a suscité en moi de nombreux questionnements que j'ai exploré.

Ainsi, ce travail est le fruit de nombreux mois de lectures, de recherches et m'a permis de rencontrer des professionnels de santé passionnés et bienveillants. Ce sentiment d'échec est fréquemment rencontré dans la pratique infirmière quel que soit le service ou l'expérience du soignant.

L'analyse des entretiens a mis en évidence la subjectivité de la notion du sentiment d'échec qui est principalement associé à l'absence d'atteinte des objectifs de soins ainsi qu'à l'écart entre la réalité clinique et les attentes des soignants. Les professionnels interrogés insistent sur l'intensité du vécu émotionnel dans ces situations en employant des mots comme la frustration, l'impuissance, la déception ou encore la culpabilité.

Les soignants expliquent également que ce ressenti est plus intense quand le soignant se montre impliqué dans la relation de soin. Ainsi, plus l'engagement émotionnel et humain du soignant est fort, plus ce ressenti est difficile à surmonter. Malgré l'intensité du sentiment d'échec, certains professionnels ne remettent pas en cause la qualité de la relation soignant-soigné et affirment qu'il pourrait même renforcer l'accompagnement dans une démarche d'amélioration malgré les limites du soin. Au contraire, un soignant évoque l'instauration d'une relation plus froide avec des difficultés de communication.

Ainsi, ce travail de recherche met en avant la complexité et fragilité d'une relation soignant-soigné influencée par le vécu émotionnel du professionnel, le contexte de soin ou encore l'évolution du patient.

Par ailleurs, les résultats de mon enquête ont montré que l'expérience professionnelle permettait l'adaptation des soignants face à ces situations. En effet, le temps permet aux infirmiers de développer des stratégies leur permettant de relativiser, d'accepter les limites du soin mais également de prendre du recul sur les situations. Ils évoquent les ressources indispensables pour faire face à ces vécus difficiles à savoir le travail d'équipe, les échanges informels ainsi que le soutien entre collègues compensant l'absence de formation spécifique et de soutien institutionnel concernant la gestion du sentiment d'échec.

Ce travail de recherche m'a permis de prendre conscience que le soin infirmier ne se limite pas à l'obtention de résultats liés à nos attentes. En effet, même en l'absence d'amélioration de l'état de santé du patient, l'écoute, le soutien et la présence conservent une place essentielle dans la pratique soignante. Il m'a également permis de comprendre l'importance du recul professionnel, du travail d'équipe et de la gestion des émotions dans la construction de ma future posture infirmière.

Ainsi, je souhaite développer une posture professionnelle basée sur la communication, la remise en question et le travail en équipe afin de mieux faire face à ces situations tout en préservant la qualité de la relation soignant-soigné.

Enfin, cette réflexion montre la pertinence d'un accompagnement émotionnel des soignants face aux situations d'échec, notamment à travers le développement de formations ou debriefing permettant de prévenir l'épuisement émotionnel et de préserver la qualité de la relation soignant-soigné.

BIBLIOGRAPHIE :

- LégiFrance. *Code de la santé publique* [en ligne]. 03 septembre 2008. Disponible sur le site: Article R4311-3 - Code de la santé publique - Légifrance (consulté le 20 novembre 2025)
- Laetitia Rougale. *Qu'est-ce que le trouble anxieux généralisé ?* [en ligne]. Rédigé le 18 mai 2022 et modifié le : 22 juin 2024. Article révisé par le comité psychologue.net. Disponible sur le site: *Qu'est-ce que le trouble anxieux généralisé ? 9 Symptômes pour l'identifier et comment y faire face* - Psychologue.net (consulté le 20 novembre 2025)
- Sofia Hanoune. *Angoisse, stress et anxiété: quelles différences?* [en ligne]. Article. 2022. Disponible sur le site: *Angoisse, stress et anxiété : quelles différences ?* (consulté le 20 novembre 2025)
- Larousse. *Soin* [en ligne]. Dictionnaire de français. Editeur: Larousse. Disponible sur le site: *Dictionnaire Français en ligne* - Larousse (consulté le 20 novembre 2025)
- LégiFrance. *Code de la Santé Publique* [en ligne]. 01 Octobre 2020. Texte de loi. Disponible sur le site: Article L1111-4 - Code de la santé publique - Légifrance (consulté le 20 novembre 2025)
- Légifrance. *Article R4127-8 - Code de la santé publique* [en ligne]. 08 août 2004 et 09 mai 2012. Texte de loi. Disponible sur le site: *Article R4127-8 - Code de la santé publique* - Légifrance (consulté le 20 novembre 2025)
- Conseil international des infirmières. *Définition des soins infirmiers* [en ligne]. Disponible sur le site web: <https://www.icn.ch/fr/ressources/definitions-des-soins-infirmiers/definitions-actuelles-des-soins-infirmiers?> (consulté le 09 décembre 2025)

- Institut national du cancer. *Infirmier* [en ligne]. Disponible sur le site: <https://www.cancer.fr/glossaire/infirmier> (consulté le 09 décembre 2025)
- Organisation mondiale de la santé (OMS). *Définition du rôle infirmier* [en ligne]. Cité dans : MACSF, *Le rôle propre de l'infirmier* [en ligne]. Disponible sur : MACSF – *Le rôle propre de l'infirmier*. (Consulté le 09 décembre 2025).
- Christophe Gauld et Brice Poreau. *Comprendre le soin* [en ligne]. Ouvrage. 2023. Paris: Editions Matériologiques, 188 pages. Disponible sur le site: <https://stm.cairn.info/epistemologie-du-soin-9782373613889?lang=fr> (consulté le 09 décembre 2025)
- Conseil International des Infirmières (CII). *Définition des soins infirmiers*. [en ligne] Disponible sur le site : site officiel du CII. (Consulté le 09 décembre 2025)
- Légifrance. *Code de la Santé Publique*. [en ligne] 9 décembre 2025. Texte de loi. Disponible sur le site web: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/texte_lc/LEGITEXT000006072665/ (consulté le 09 décembre 2025)
- IRSS. *L'histoire des soins infirmiers: De Florence Nightingale à aujourd'hui* [en ligne]. 29 juin 2025. Disponible sur le site: <https://www.irss.fr/99726-l-histoire-des-soins-infirmiers-de-florence-nightingale-a-aujourd-hui/> (consulté le 09 décembre 2025)
- Walter Hesbeen. *Prendre soin à l'hôpital: inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante* [en ligne]. Ouvrage. Paris: Elsevier Masson, 195 p .Disponible sur le site: <https://www.sciencedirect.com/book/monograph/9782225855658/prendre-soin-a-l-hopital> (consulté le 09 décembre 2025)
- CHU DE NANTES. (s. d.). *La relation soignant/soigné et ses aspects* [en ligne]. Disponible sur : https://www.chu-nantes.fr/medias/fichier/relation-soignant-soigne_1459520255564-pdf (consulté le 09 décembre 2025)

- BOURGEON, Dominique. *The gift and relationship of care: History and perspectives. Recherche en soins infirmiers*, [en ligne] 2007, vol. 89, no 2, p. 4-14. Disponible sur : <https://doi.org/10.3917/rsi.089.0004> (consulté le 09 décembre 2025)

- Safe team academy. *Relation soignant-soigné: ce qu'il faut savoir* [en ligne]. Publié le 15/07/2025. Disponible sur le site: Relation soignant/soigné : ce qu'il faut savoir (consulté le 09 décembre 2025)

- Légifrance. *Loi n°78-615 du 31 mai 1978* [en ligne]. Rédigé sur le JORF le 1 juin 1978. Disponible sur le site: Loi n°78-615 du 31 mai 1978 MODIFIANT LES ART. L473 (DEFINITION DE LA PERSONNE EXERCANT LA PROFESSION D'INFIRMIERE), - Légifrance (Consulté le 09 décembre 2025)

- Rogers Carl. *On Becoming a Person*. Edition: Houghton Mifflin Company. 1961. ISBN: 978-0395755319

- Paillard, C. (2015 ou éd. ultérieures). *Dictionnaire des concepts en sciences infirmières : vocabulaire professionnel de la relation soignant-soigné*. [en ligne] Paris : Sétès

- Virginia Henderson. *Principes fondamentaux des soins infirmiers*. Editeur: OMS. Première publication en français en 1978. ISBN: 92-1-200145-0

- Safe team academy. *Relation soignant-soigné: ce qu'il faut savoir* [en ligne]. Publié le 15/07/2025. Disponible sur le site: Relation soignant/soigné : ce qu'il faut savoir (consulté le 09 décembre 2025)

- Le Robert. *Echec* [en ligne]. Définition. Disponible sur le site: <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/echec> (consulté le 10 décembre 2025)

- Science de soi. *Comment la psychologie traite-t-elle l'échec ?* [en ligne]. Article publié le 14 février 2025. Disponible sur le site: Comprendre l'échec : le regard de la psychologie (consulté le 10 décembre 2025)

- Shepherd D.A., Cardon M.S. (2009). Negative Emotional Reactions to Project Failure and the Self-Compassion to Learn from the Experience. *Journal of Management Studies*, [en ligne] 46 (6), 923-949. (consulté le 10 décembre 2025)
- TransitionsPro. *Les solutions pour surmonter ces échecs professionnels* [en ligne]. 30 janvier 2025. Article. Disponible sur le site: transitionspro-grandest.fr/les-solutions-pour-surmonter-ses-echecs-professionnels/ (consulté le 10 décembre 2025)
- Agnès Michon, neurologue du groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière, AP-HP. *L'impuissance thérapeutique et ses conséquences* [en ligne]. Article. 4 juin 2015. Disponible sur le site: [L'impuissance thérapeutique et ses conséquences | article | Espace éthique/Ile-de-France](#) (consulté le 20 décembre 2025)
- Science de soi. *Comment la psychologie traite-t-elle l'échec ?*. [en ligne] Article publié le 14 février 2025. Disponible sur le site: [Comprendre l'échec : le regard de la psychologie](#) (consulté le 10 décembre 2025)
- Henri Chabrol. *Les mécanismes de défense*. [en ligne] Article tiré de l'ouvrage "Recherche en soins infirmiers". Editions: Association de Recherche en Soins Infirmiers. 2005/03. Pages 31 à 42. Disponible sur le site: <file:///C:/Users/Mryma/Downloads/chabrol-2005-les-mecanismes-de-defense.pdf> (consulté le 10 décembre 2025)
- Emmanuel De Becker et Isabelle Lescalier-Grosjean. *Quand l'échec thérapeutique confronte les cliniciens...* [en ligne]. Article de revue publié en avril/2018. Pages 261 à 270. Disponible sur le site: <https://shs.cairn.info/revue-psychotherapies-2018-4-page-261?lang=fr> (consulté le 10 décembre 2025)
- Qualisocial. *Les techniques pour gagner en résilience* [en ligne]. Disponible sur le site: [Qualisocial-Les techniques pour gagner en résilience.pdf](#) (consulté le 10 décembre 2025)
- Pedro Ferreira et Sofia Gomes. *Le rôle de la résilience dans la réduction de l'épuisement professionnel : une étude menée auprès des professionnels de santé*

pendant la pandémie de COVID-19 [en ligne]. 24 août 2021. Article Disponible sur le site: Le rôle de la résilience dans la réduction de l'épuisement professionnel : une étude menée auprès des professionnels de santé pendant la pandémie de COVID-19 (consulté le 10 décembre 2025)

- Meriem Hajjar et Jacques Papay. *Accompagner* [en ligne]. 05/08/2022. Article. Disponible sur le site: <https://shs.cairn.info/dictionnaire-pratique-du-travail-social--9782100725007-page-1?lang=fr> (consulté le 10 décembre 2025)
- Madula P, Kalembo WF, Yu H, Kaminga CA. *Fournisseur de soins de santé-communication patient: Une étude qualitative des perceptions des femmes pendant l'accouchement.* [en ligne] *Reprod Santé.* 2018 déc;15(135):1–10. <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0580-x> (consulté le 10 décembre 2025)
- Joolae S, Joolaei A, Tschudin V, Bahrani N, Nikbakht NA. *Relation bienveillante: la composante essentielle de la pratique des droits des patients telle que vécue par les patients et leurs compagnons.* [en ligne] *J Med Ethics Hist Med.* 2010;3(4):1–7. (consulté le 10 décembre 2025)

ANNEXES :

ANNEXE I : Guide d'entretien

En quoi la relation soignant-soigné peut être impacté par un sentiment d'échec pouvant être ressenti par l'infirmier dans l'accompagnement relationnel devant l'absence d'amélioration de l'état de santé somatique ou mental d'un patient ?

Question d'ordre général : Pouvez-vous vous présenter et présenter votre parcours professionnel ?

1. Pouvez-vous me décrire la ou les situations vécues de prise en charge d'un patient dont l'état de santé ne s'améliorait pas malgré les soins et l'accompagnement mis en place ?
Qu'avez-vous ressenti ?
2. Comment définissez-vous un "échec" dans votre prise en soin ?
3. Selon vous, qu'est-ce qui peut générer l'apparition de ce sentiment ?
4. Comment avez-vous réussi à surmonter cela ?
5. Selon vous, ce sentiment peut-il altérer la relation soignant-soigné ?
6. Avez-vous été formé à faire face à ces situations ou existe-il des instants d'échanges dans votre service ?
7. De par vos expériences, est-ce que votre vision de l'échec a changé ou évolué ?
8. Avez-vous quelque chose à rajouter ?

ANNEXE II: Feuille de consentement à l'enregistrement audio d'un entretien

Dans le cadre d'un mémoire de fin d'études en Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI)

Thématique du mémoire : *L'impact du sentiment d'échec ressenti par les soignants sur la relation soignant-soigné.*

Étudiante chercheuse : AJMOUH Maryame étudiante de la promotion 2023/2026.

Dans le cadre de mon mémoire de fin d'études, je réalise des entretiens auprès de professionnels de santé afin de recueillir leur expérience et leur ressenti concernant le sentiment d'échec dans la pratique soignante et son impact éventuel sur la relation avec les patients.

Enregistrement de l'entretien :

Avec votre accord, cet entretien fera l'objet d'un enregistrement audio afin de permettre une retranscription fidèle des propos recueillis. Cet enregistrement sera utilisé uniquement dans le cadre de ce travail de recherche.

Confidentialité et anonymat :

- Votre participation est libre et volontaire.
- Vos propos seront anonymisés lors de la retranscription et de la rédaction du mémoire.
- Aucune information permettant de vous identifier ou d'identifier votre établissement ne sera mentionnée.
- Les données seront conservées de manière sécurisée puis détruites à l'issue de la validation du mémoire.

Droit de retrait :

Vous pouvez **refuser de répondre à certaines questions ou interrompre l'entretien** à tout moment, sans justification et sans conséquence.

Je soussigné(e) : _____

Date : _ / _ / _

☐ accepte l'enregistrement audio de cet entretien dans le cadre du mémoire de fin d'études mentionné ci- dessus.

☐ n'accepte pas l'enregistrement audio.

Signature du participant :

Signature de l'étudiant(e) :

ANNEXE III: Retranscription des entretiens

Entretien avec l'IDE 1 :

Introduction :

Bonjour, je suis Maryame AJMOUH étudiante en 3ème année.

Je vous remercie d'avoir accepté de participer à cet entretien dans le cadre de mon mémoire.

Le thème de mon travail porte sur l'impact du sentiment d'échec ressenti par un soignant sur la relation soignant-soigné dans l'accompagnement relationnel devant l'absence d'amélioration de l'état de santé somatique ou mental d'un patient.

L'objectif de cet échange est de mieux comprendre les expériences, les ressentis et les perceptions des professionnels de santé.

Je vais vous poser différentes questions, et vous serez libre d'y répondre comme vous le souhaitez, en développant les éléments qui vous semblent importants. Il n'y a ni bonne ni mauvaise réponse ; c'est votre expérience personnelle qui m'intéresse.

Avec votre accord, l'entretien sera enregistré en audio, uniquement dans le but de faciliter la retranscription et l'analyse des données. Les informations recueillies seront strictement confidentielles et anonymisées.

La durée de l'entretien est estimée entre 15 et 20 minutes.

Vous pouvez à tout moment refuser de répondre à une question ou interrompre l'entretien, sans avoir à vous justifier.

Je tiens à vous remercier d'avance pour le temps que vous m'accordez et pour votre contribution précieuse à ce travail de recherche.

Très bien.

Q1 : Pouvez-vous vous présenter et présenter votre parcours professionnel ?

R1 : Alors moi je suis infirmier anesthésiste, diplômé d'État depuis 12-13 ans. 13 ans. Auparavant j'étais infirmier en réanimation et pendant 4 ans, juste après la diplomation. Actuellement je mène un travail euh... euh...comment dire euh...en même temps euh... au bloc

opératoire, donc en tant qu'infirmier anesthésiste et une partie de mon temps elle est dédiée à la formation continue pour le centre hospitalier qui m'emploie et je suis aussi formateur AFGSU et je suis aussi ingénieur pédagogique et je continue et je poursuis mes études en ergonomie cognitive.

D'accord.

Q2 : Pouvez-vous me décrire la ou les situations vécues de prise en charge d'un patient dont l'état de santé ne s'améliorait pas malgré les soins et l'accompagnement mis en place ? Et qu'avez-vous ressenti ?

R2 : Alors euh... la situation, si...si... si tu veux je vais un peu la décrire parce qu'il y aura un intérêt pour la décrire. C'était une situation où c'est un patient qui arrive vers 20 h. C'est un patient qui a une tumeur plus des métastases, plutôt jeûne et qui doit être pris en charge pour une chirurgie digestive basse. Donc euh...c'était un...un cancer, il me semble, du côlon. Ou plutôt du côlon au niveau du caecum. Mais la grande question, c'est que c'était un patient qui était suivi sur Paris euh... par rapport à son cancer. Et la question qui se posait, c'est que on ne trouvait pas de place de réanimation post-opératoire pour pouvoir le prendre en charge. Et donc après 2 ou 3 h, on prend la décision de l'opérer quand même. Mais de le garder jusqu'au petit matin avant de trouver une place dans la réa, dans l'hôpital où je travaillais, sachant que toutes les réas aux alentours elles étaient complètement fermées. Il y avait absolument aucune place. Même la réa de l'hôpital parisien qui le prenait, qui le suivait, ne pouvait pas le prendre en charge. Donc on décide de l'opérer. L'intervention dure 4 h. On a commencé à minuit et à 4h, donc on se rendait compte que l'on avait fait une chirurgie pour gérer la situation. Mais à un moment donné, une fois qu'on est sorti en salle de réveil, c'est un patient qui était sous noradrénaline. Malgré le remplissage, malgré tous les produits qu'on lui a administré, il y avait ce sentiment que... eh bien...qu'il y avait un sentiment d'échec, c'est-à-dire on a fait ce qu'il fallait mais le patient ne répondait plus du tout à son traitement et donc on ne pouvait plus du tout faire plus, à part augmenter la noradrénaline. Et à un moment donné, j'ai augmenté, augmenté, augmenté cette noradrénaline au point où je le tenais qu'à un seul fil et malheureusement, au petit matin, quand la relève est arrivée, il y a eu cette prise de décision de dire bah oui, on a atteint un seuil tellement élevé de noradrénaline que ce patient. Il faudrait peut-être qu'on réfléchisse à arrêter son traitement. Chose qui a été faite, donc je suis parti avec cette amertume de dire bah un peu frustré d'avoir essayé de tout donner, mais que ça n'ait pas abouti. Et malheureusement, il est décédé 15-20 minutes après bah... après avoir arrêté la

noradrénaline. Sachant que je suis monté à des doses extrêmement élevées, genre 20 ou 25 mg de noradrénaline par heure et par moment, je faisais des bolus de 1 mg pour maintenir une tension. Mais je pense qu'il était tellement choqué qu'il est décédé. Donc oui, c'est à ce moment-là que j'ai ressenti ça le plus récemment possible.

Q3 : Ok. Comment définissez-vous un échec dans votre prise en soin ?

R3 : Alors, l'échec de prise en soin, on peut comprendre cette question-là de plusieurs façons. L'échec de qui? Est-ce que c'est l'échec du patient à répondre au traitement? Est-ce que c'est l'échec d'arriver à un résultat? Est-ce que c'est l'échec de l'équipe à maintenir un patient dans un...dans une démarche thérapeutique? Ou encore l'échec soi-même qu'on perçoit d'une situation qui n'a pas abouti en termes de régression d'une maladie ou la réalisation d'un soin bien particulier. La mise en échec, elle peut être bah, j'ai pas réussi à poser une perfusion parce que c'est ça qui est demandé. Ça peut être le cas pour le soignant. Est-ce que c'est l'échec de faire prendre un traitement à un patient parce que il est...il est dans l'opposition? il ne veut pas. Par exemple quelqu'un qui a Alzheimer ou encore qui a une démence ou qui a une maladie mentale qui l'empêche de prendre son traitement. L'échec de ne pas pouvoir se coordonner à plusieurs pour réaliser un parcours de soins. Donc c'est aussi possible, ça arrive des fois. Donc je dirais que l'échec c'est avoir une intention de mettre des choses en place et à la fin ne pallier à rien. Donc ça c'est ma définition.

Q4 : Ok. Qu'est-ce qui peut générer l'apparition de ce sentiment d'après vous ?

R4 : Je dirais que ça dépend quel seuil on se fixe de la réussite et de l'échec. Il y en a qui juste le fait d'échanger avec un patient sans qu'il prenne son traitement et qu'il puisse comprendre l'intérêt de prendre tel ou tel traitement est pour eux une réussite, pour d'autres c'est un échec. Donc je dirais que ça dépend plutôt de notre conception personnelle de l'échec. Et surtout en santé.

Q5 : Très bien. Comment avez-vous réussi à surmonter cela ?

R5 : Alors, est-ce qu'on arrive à le surmonter à chaque fois ? Je ne sais pas. Ça dépend de notre disposition. Si on est plutôt bien disposé, c'est-à-dire ouvert à accepter la situation, on l'acceptera plus facilement. Si on a toujours été confronté à des patients qui sont Alzheimer, qui ne prennent pas leur traitement, À la longue, si c'est la première fois, on va être un peu déconcerté, on sera dans l'échec. Si c'est euhh...plusieurs fois qu'on le rencontre et quelque part, on est confronté à des situations, on trouve des moyens, des parades pour y arriver. Donc je

dirais le fait d'être expérimenté ou avoir rencontré plusieurs fois la situation nous permet de la surmonter plus facilement. Maintenant, je n'ai pas d'exemple bien particulier par rapport à ça.

Mais par rapport à votre situation par exemple ?

R6 : Celle-ci, comment je l'ai surmontée ? Je ne l'ai pas surmontée du tout parce que euh.. J'ai compris qu'on avait fait au mieux pour ce patient, pour l'opérer, pour que au moins on fasse au mieux. On était dans l'échec thérapeutique par la suite, parce que la décision du décès ou la décision d'arrêter les médicaments, c'était un échec en soi. C'est à dire on pouvait revenir sur le point de départ qui était est-ce qu'il y avait une indication d'opérer ce patient-là? Effectivement, il y avait une indication. Mais est-ce que ça a amélioré son pronostic vital ? Je dirais non. Donc c'est ça l'échec. Donc comment je l'ai surmonté ? Je ne l'ai pas surmonté du tout.

Q6 : Selon vous, du coup, est-ce que ce sentiment peut-il altérer la relation soignant-soigné ?

R6 : Dans ma situation que j'ai décrite plus tôt, il n'y avait pas d'altération de relation. Il était comateux. Je faisais au mieux pour le maintenir en vie jusqu'au petit matin pour passer la main. Donc il n'y avait pas une forme d'altération de la relation. Par contre, si on est face à quelqu'un qui est conscient, qui a la capacité...euh...toutes ses capacités intellectuelles euh... lui aussi, s'il décide de ne pas prendre son traitement et qu'il est dans l'opposition euh... Est ce qu'il faut aller au conflit pour arriver à un résultat ? Moi je pense que non, parce qu'il garde en fin de compte la pleine maîtrise de ce qu'il veut, de ce qu'il veut faire, de ce qu'il est. Donc je mettrais un doute sur euh... est ce que ça altère la relation ? Si c'est son droit de refuser, ça n'altère rien.

Mais admettons par exemple, qu'un patient, son foie est atteint et que vous mettez le nécessaire en place. Mais en fait, vous savez pertinemment qu'on ne va pas récupérer par exemple son foie. Et le patient ne refuse pas. Mais vous, vous prenez en charge quelqu'un alors que vous savez que ça ne va pas évoluer positivement. Comment pour vous ça altérerait la prise en soin, le fait que quand.. En tant que soignant.. vous venez, vous le soignez alors que vous êtes certain que c'est déjà que c'est fini pour lui? Dans ce sens-là.

R7 : Non, ça n'altère pas du tout ma vision parce que, comment dire, ça n'altère pas ma vision. Tout dépend de l'objectif. Qu'est-ce que je cherche à faire à cet instant-là ? C'est un peu l'exemple euh... qu'on a eu. L'exemple, c'était il y avait une occlusion, c'était de lever l'occlusion pour lui permettre au moins d'être dans de bonnes conditions, ne pas mourir d'une occlusion,

mais de mourir de son problème à lui auquel on n'avait pas de réponse. Donc, en gros, quand on cible pourquoi on intervient quand il y a un objectif premier ? Pourquoi on fait les choses ? La suite, c'est la suite, mais on essaie de maximiser les chances. Moi, pour moi, ça n'altère absolument pas. Je veux dire, je ne dis jamais ça ne sert à rien de le faire parce qu'il va mourir après. Non, cet échec-là ne vient pas pour moi d'emblée.

Q7 : Très bien. Avez-vous été formé à faire face à ces situations ou existe-t-il des instants d'échange dans le service ?

R7 : Alors absolument pas. Il n'y a rien pour échanger de façon très formelle. Il n'y a rien. On échange de façon informelle, un peu chacun en fonction de sa situation. Je peux dire que là, je suis à peu près une euh...une bientôt une vingtaine d'années d'exercice auprès des patients. Il n'y a jamais eu quelque chose de très formalisé où on va discuter ou échanger de façon collégiale, de se dire est-ce que ça vaut la peine ? Il y a eu quelques prémices quand j'étais en réa où les équipes étaient intégrées dans les prises de décisions qui restaient purement médicales, ce qui est toujours le cas maintenant. Après, il faut se situer par rapport à son job. Qu'est-ce qu'on attend de moi ? Et quelles sont les marges de manœuvre ? Donc on fait au mieux pour améliorer les conditions, mais il n'y a pas cette obligation de résultat. C'est à dire on a une obligation de moyens, il n'y a pas d'obligation de résultat. Donc je dirais qu'il n'y a rien. Est-ce que je suis formé ? Moi je dirais que non. Je m'intéresse à beaucoup de choses. Je n'ai pas eu cette formation là et je n'ai pas plus cherché à explorer ça pour me former le plus. Je dirais que l'expérience permet de faire la part des choses et de se dire OK, je sais qu'il va mourir euhh...ma mission, je sais que ça peut être un échec pour certains, mais si j'arrive juste à améliorer ces conditions pour qu'il soit digne et qu'il soit bien, au moins pour quelques heures, quelques jours, quelques semaines, go, c'est parti.

Q8 : OK. De par vos expériences, est-ce que votre vision de l'échec a changé ou évolué ?

R8 : Oui, oui, clairement. Je pense que l'expérience fait que l'échec en soi, si on parle d'échec thérapeutique ou l'échec de relation de soin, évolue parce qu'on ne le représente plus comme une finalité, mais ça peut être une étape. On peut être en échec à un moment donné. Prenons par exemple le cas d'un diabétique qui n'est pas euh... son éducation thérapeutique, il n'en a jamais eu, donc il est non observant par rapport à ce traitement. On peut se dire oui, il est en échec, il a ses marqueurs qui sont au plafond. Et on sait quels sont les risques par la suite. Et si on se pose vraiment la question, quels sont les facteurs qui influencent ? Et bien très rapidement, on ne sera plus en échec. Souvent, quand il y a échec ou représentation de l'échec,

il faut se recentrer sur soi-même et se dire, se poser la question, qu'est ce qui fait que moi je le prends comme un échec ? Juste le fait de faire un petit quelque chose ou d'accepter va être un succès et une marge d'amélioration par la suite. Mais je dirais que l'expérience permet de relativiser et surtout de prendre du recul par rapport au patient tout en englobant tout son environnement euh... par rapport à l'échec. Quelquefois, c'est le point auquel on pointe et quand on prend du recul, on voit toute la complexité du système qui le pousse à être dans l'échec. Donc je dirais l'expérience, elle est hyper importante pour comprendre la situation, mais à condition de se poser toujours des questions.

Q9 : Ok. Vous avez quelque chose à rajouter ou c'est bon pour vous ?

R9 : Non, c'est bon.

Eh bien je tiens à vous remercier pour le temps que vous m'avez accordé et pour votre contribution précieuse à ce travail de recherche.

Entretien avec l'IDE 2 :

Introduction :

Bonjour, je suis Maryame AJMOUH étudiante en 3ème année.

Je vous remercie d'avoir accepté de participer à cet entretien dans le cadre de mon mémoire.

Le thème de mon travail porte sur l'impact du sentiment d'échec ressenti par un soignant sur la relation soignant-soigné dans l'accompagnement relationnel devant l'absence d'amélioration de l'état de santé somatique ou mental d'un patient.

L'objectif de cet échange est de mieux comprendre les expériences, les ressentis et les perceptions des professionnels de santé.

Je vais vous poser différentes questions, et vous serez libre d'y répondre comme vous le souhaitez, en développant les éléments qui vous semblent importants. Il n'y a ni bonne ni mauvaise réponse ; c'est votre expérience personnelle qui m'intéresse.

Avec votre accord, l'entretien sera enregistré en audio, uniquement dans le but de faciliter la retranscription et l'analyse des données. Les informations recueillies seront strictement confidentielles et anonymisées.

La durée de l'entretien est estimée entre 15 et 20 minutes.

Vous pouvez à tout moment refuser de répondre à une question ou interrompre l'entretien, sans avoir à vous justifier.

Ça marche.

Q1 : Pouvez-vous vous présenter et présenter votre parcours professionnel ?

R1 : Moi je suis infirmière maintenant depuis... je pense, depuis 2010. Donc j'ai travaillé..euh..j'ai fait pas mal de gériatrie. J'ai fait aussi un peu de rééducation et donc voilà. J'ai fait de la psychiatrie. J'ai travaillé dans un service d'hospitalisation en psychiatrie libre.

Pendant combien de temps ?

J'ai fait 2 ans de gériatrie. Également 2 ans de rééducation et...peut-être 10 ans. 10 ans ? Oui, 10 ans de psychiatrie.

Q2 : D'accord. Pouvez-vous me décrire la ou les situations vécues de prise en charge d'un patient dont l'état de santé ne s'améliorait pas malgré les soins et l'accompagnement mis en place et qu'avez-vous ressenti ?

Une situation et ce que j'ai ressenti ?

Oui, la situation ou les situations vécues de votre choix et ce que vous avez ressenti, oui.

R2 : En psychiatrie, c'est vrai qu'il y en a pas mal. Là, ce qui me revient comme ça en premier, c'est généralement les tentatives de suicide. Je ne sais pas si tu peux aborder ce sujet-là.

Oui bien sûr.

R3 : Vraiment de mon expérience. Moi, en 10 ans dans ce service-là, j'ai vu pas mal de revenants, on va dire, justement de TS...euh...des gens chez lesquelles on avait fait des prises en charge, on avait fait un projet...on avait...On avait établi pas mal de soins et on était plutôt satisfaits. On était ok pour sa sortie. Il avait un projet professionnel, on avait même vu plein de choses. Je ne sais pas si tu as vu en psychiatrie, on fait aussi le retour à domicile. On regarde... on va généralement voir chez lui pour savoir est-ce que tout va bien ? Est-ce que son logement est adapté ? On regarde aussi sa situation professionnelle, où est-ce qu'il en est ou est-ce qu'il faut l'aider ? Donc on avait vraiment fait pas mal de choses et puis on se dit, c'est ok, il va repartir bien. Et quand on voit, 2-3 mois plus tard, qu'il revient dans notre service dans un état vraiment catastrophique où il rechute, où on voit qu'il faut tout recommencer à zéro.

Je dirai qu'on ressent que c'est décevant, je dirais, décevant. Et après, c'est des situations aussi qu'on voit chez d'autres personnes, pas forcément qu'un cas. On voit 2 cas, 3 cas ou 4 cas, plusieurs situations comme ça. Et puis bien...ouais, on se pose des questions et on est -enfin moi personnellement en tout cas- oui...c'est décevant. C'est décevant.

Mais vous êtes déçue de votre prise en charge ou du patient ?

R4 : Déjà, pas forcément de notre prise en charge, parce que comme je t'ai dit tout à l'heure, on a le sentiment en tout cas d'avoir fait quelque chose de complet. Le travail avec le psychiatre, le travail avec la psychologue, notre travail à nous aussi, parce qu'on fournit aussi du travail avec le patient. On fait en sorte que sa sortie se passe bien, qu'il est dans un contexte où il n'y a pas de conditions pour qu'il rechute, il a du travail, on regarde son environnement, où est ce qu'il vit ? Donc...on se dit...bon voilà ça va être bien pour lui. Et au final quand on voit qu'il rechute et tout, oui on se dit pourquoi ? qu'est-ce qui s'est passé quoi ? Donc déçue aussi du patient je dirais.

Q3 : Ok. Comment définissez-vous l'échec dans une prise en soin ?

L'échec ?

Oui dans votre prise en soin à vous, qu'est-ce que vous considérez comme étant un échec ?

R3 : Et donc l'échec, comment je le définis ? En fait, encore une fois, comme tout à l'heure, on a un projet professionnel, enfin un projet qu'on établit avec le patient de A à Z. Dans la thérapie médicamenteuse, dans le relationnel, dans ce qu'il va devenir après sa sortie donc tout est cadré...tout est cadré. On a mis en place des objectifs qu'on essaie de réaliser avec le patient. Et donc...euh...quand tout se passe bien pendant l'hospitalisation, on se dit qu'on est plutôt positif. Et quand on voit que ça n'a pas abouti, qu'il y a des échecs, qu'il y a des retours d'hospitalisation, puis parce qu'on fait aussi des visites à domicile, donc on va voir ce que le patient devient. Il y a aussi les retours du CMP. Et donc on a des retours aussi...parce que tout est lié... donc c'est vraiment quand on voit qu'il y a des choses qui n'ont pas été faites, que des objectifs ne sont toujours pas...euh...n'ont pas été atteints.

Très bien donc pour vous, l'échec dans une prise en soin c'est lorsqu'il n'y a pas les résultats attendus par rapport aux objectifs que vous avez mis en place si j'ai bien compris.

C'est ça, oui.

Q4 : Selon vous, qu'est-ce qui peut générer l'apparition de ce sentiment d'échec dans une prise en soin ?

R4 : Je pense que... voilà c'est l'envie d'avoir le contrôle à chaque fois et de sauver tout le monde qu'on est par la suite déçue lorsqu'on a pas les résultats attendus. On en attend peut être un peu trop du coup on se sent vite dans cet échec quand on obtient pas ce que l'on veut. Beaucoup de soignants ont l'idée qu'on doit absolument soulager, stabiliser, "faire aller mieux". Donc quand la réalité clinique résiste je pense que ça vient en fait... euh...heurter cet idéal. Alors qu'il y a aussi les limites de la médecine donc même si on donne tout, parfois on culpabilise alors que ce n'est pas vraiment nous le problème.

En plus, en psychiatrie, on ne soigne pas seulement des symptômes... en fait, on entre dans une relation. On écoute, on contient, on soutient. Quand l'état d'un patient ne s'améliore pas ça peut être vécu comme...on se dit que c'est notre faute...tu ressens une incapacité à aider quelqu'un avec qui tu t'es impliqué. Ce n'est pas juste technique, c'est relationnel.

Q5 : Ok, comment avez-vous réussi à surmonter cela ?

R5 : Je dirai déjà qu'il ne faut jamais garder tout pour soi-même, vraiment communiquer avec ses collègues. Surtout si on a des collègues qui ont vraiment de l'expérience en psychiatrie, vraiment échanger. Pas avoir honte d'un échec, c'est pas une honte, c'est pas une fin. On se pose des questions, on essaie de comprendre ce qui s'est passé, où est-ce que ça a pêché? est-ce qu'on a oublié quelque chose ? Dans cet échec-là, on se remet en question. On se dit qu'est-ce qui s'est passé ? Est-ce qu'on a loupé quelque chose ? Donc on essaie de retravailler, on prend du recul aussi. On prend du recul surtout, donc on analyse..enfin c'est ce que je fais moi en tout cas... j'analyse, je prends du recul et..euh j'essaie de voir les points négatifs, qu'est-ce qui a pêché? qu'est-ce qui a été faible pour lui? qu'est-ce qui était faible aussi chez moi? Puis on essaie de réadapter, on réadapte tout ça, puis on recommence. L'échec pour moi ce n'est pas une fin, je dirais que...ne prends pas ça comme une finalité.. Où tu te dis "j'abandonne". Pas du tout. Au contraire, j'en tire les points négatifs. Où est-ce qu'on a pêché ? Est-ce qu'on a oublié des choses, manqué des choses ? Je prends du recul, franchement, je prends du recul sur la situation, j'analyse, j'observe et toujours j'essaie de réadapter. Mais ce qui est très important, je pense, c'est d'instaurer un climat de confiance avant tout. Un climat de confiance pour n'importe quelle pathologie. En psychiatrie, c'est large, on a de tout. Je te parlais des TS, il y a des maladies psychiatriques lourdes comme la schizophrénie, la paranoïa et des névroses. C'est

très large. Mais je pense que le point clé de tout ça, c'est d'instaurer une relation de confiance et toujours prendre du recul sur les situations. Et avec chaque patient, tu vas interagir différemment en fait. Il faut aussi maintenir une communication honnête et adaptée avec le patient. Rester naturel en fait. Parce qu'en psychiatrie, tu as dû le remarquer, tu as vu les patients, ils ont confiance en toi par rapport à qui tu es toi aussi. Et je pense qu'il faut rester naturel, honnête, avoir un discours honnête. Et constant surtout dans la prise en charge. Et parce qu'une personne qui est en psychiatrie, elle est très fragile émotionnellement. Donc si tu lui dis quelque chose en début de prise en charge et au milieu ou à la fin tu dis autre chose, eh bien tu auras perdu sa confiance et donc tu vas le perturber. Donc maintenir ouais un discours honnête et constant tout le long et en parler surtout.

Q6 : Selon vous, le sentiment d'échec que vous pouvez ressentir dans une prise en charge peut-il altérer la relation soignant-soigné ?

R6 : Ouais, non, je vois, je constate que c'est un échec, mais...C'est-à-dire que...encore une fois, je vais...je vais réévaluer. Je vais réévaluer, je ne vais pas abandonner. Ce n'est pas parce que...voilà...une personne est en état de crise...c'est sa troisième, quatrième crise par jour, qu'on va abandonner, on va la laisser faire sa crise. Non, au contraire, on n'est pas là pour ça. On est là pour...pour rassurer la personne avant tout, établir une relation de confiance. Après, chaque soignant est différent, ou peut-être le patient aura plus d'affinités avec certains. On ne parle pas trop d'affinités parce qu'on est dans un contexte de soins mais il aura peut-être plus confiance en tel soignant. Donc, si même admettons, ça ne marche pas avec moi et ça bloque. Il n'y a rien à faire, je vais déléguer, je vais déléguer à une autre collègue, mais je ne vais pas l'abandonner. Je vais surveiller à distance, mais je ne vais certainement pas abandonner. Je vais m'adapter à partir de ce sentiment pour qu'elle n'apporte pas d'atteinte à ma relation avec mon patient. Je ressentirai tout de même un sentiment de frustration.

Mais est-ce que ressentir de la frustration, ça va altérer la relation soignant-soigné ?

Peut-être sur le moment, oui, je dirais un peu.

Comme vous êtes frustré, vous allez réagir comment auprès de votre patient alors sur le moment ?

R7 : Peut-être m'isoler, moi, et me poser des questions. Mais je ne vais pas m'arrêter là. Ça va pas être ma limite, on va dire.

Q7 : D'accord. Est-ce que vous avez été formé à faire face à des situations comme ça ou existe-t-il des instants d'échange dans votre service ?

R7 : Bah écoute, formée, non, je ne dirais pas formée. En tout cas-là où j'ai travaillé, moi je te parle de moi, là où j'étais. Non, je n'ai pas été formée. Et ce que j'ai remarqué, c'est que tu apprends sur le tas. T'observe tes collègues qui ont de l'expérience. Moi j'étais une jeune diplômée, donc j'observe mes aînés, eux qui ont de l'expérience dans la psychiatrie, tu observes comment ils agissent, comment ils fonctionnent, tu discutes avec eux en effet. Pareil, ils te prennent sous leurs ailes, ils te forment, ils te donnent des conseils et donc tu écoutes, tu restes à l'écoute et donc tu agis. Après je pense qu'il y a aussi d'autres personnes...ça c'est mon sentiment...comment tu es dans la vie c'est aussi comment tu es dans ton métier. Moi je dirais que voilà, il faut toujours être à l'écoute et agir avec empathie. Et donc voilà, c'est ce qui va faire ta relation soignant-soigné. Mais je n'ai pas eu cette chance-là d'avoir une formation vraiment précise. C'est vraiment sur le tas, on apprend au fur et à mesure aussi des patients que tu vois. Tu as des petites crises, tu as des grosses crises, tu as des crises beaucoup plus importantes, des pathologies plus importantes. Donc tu apprends au fur et à mesure. Puis on assiste aussi avec les psychiatres, on voit un peu bah ce qu'il faut, les limites avec le patient aussi. Et donc...bah petit à petit, ouais, tu apprends sur le tas. Avec l'équipe après oui, bien sûr, quand on est ensemble, notamment pendant les transmissions, parfois même pendant les pauses et tout ça, on discute sur ce qui s'est passé par exemple, si on a une situation, on discute ensemble, on échange et je pense que c'est très important, notamment en psychiatrie. Tu échanges beaucoup avec tes collègues. Comme je t'ai dit tout à l'heure, on a la théorie, mais il y a aussi l'expérience émotionnelle personnelle : ce que tu ressens toi.

Q8 : Très bien. De par vos expériences, votre vision de l'échec a changé ou évolué ?

R8 : Je pense qu'au début, on pouvait ressentir beaucoup de frustration dans l'échec, parce que malheureusement, ça existe beaucoup l'échec. En psychiatrie, c'est différent. L'échec, il est présent. On a souvent des retours d'hospitalisation, donc au début, ouais, on peut, comme je te disais tout à l'heure...euh...on peut être déçu et ressentir de la frustration. Mais au fur et à mesure des choses avec l'évolution, on prend du recul je pense. En plus cette frustration, elle se transforme en prenant du recul sur la prise en charge sur soi-même et on se remet en question du coup, on se pose les bonnes questions et on réadapte notre prise en charge. On recommence si c'est nécessaire et voilà.

Q9 : Avez-vous quelque chose à rajouter ?

R9 : Ce que je voulais rajouter, c'est en tant que soignante, c'est accepter, accepter ses limites. Accepter ses limites, c'est à dire voilà, ne pas se fixer une réussite, se dire que le patient doit absolument guérir. Déjà dans notre rôle, être à l'écoute, échanger, instaurer un climat de confiance, c'est déjà une réussite en soi. Même si voilà, on voit que le patient n'a pas guéri, qu'il continue à faire des crises, qu'il continue, qu'il revient hospitalisation sur hospitalisation. Mais dans notre rôle personnellement, le fait d'être à l'écoute et d'instaurer un climat de confiance, je pense que c'est déjà une réussite en soi. Et donc voilà. Donc ça, valoriser les réussites et ne pas considérer que les échecs.

OK. Eh bien je tiens à vous remercier pour le temps que vous m'avez accordé et pour votre contribution précieuse à ce travail de recherche.

Entretien avec l'IDE 3 :

Introduction :

Bonjour, je suis Maryame AJMOUH étudiante en 3ème année.

Je vous remercie d'avoir accepté de participer à cet entretien dans le cadre de mon mémoire.

Le thème de mon travail porte sur l'impact du sentiment d'échec ressenti par un soignant sur la relation soignant-soigné dans l'accompagnement relationnel devant l'absence d'amélioration de l'état de santé somatique ou mental d'un patient.

L'objectif de cet échange est de mieux comprendre les expériences, les ressentis et les perceptions des professionnels de santé.

Je vais vous poser différentes questions, et vous serez libre d'y répondre comme vous le souhaitez, en développant les éléments qui vous semblent importants. Il n'y a ni bonne ni mauvaise réponse ; c'est votre expérience personnelle qui m'intéresse.

Avec votre accord, l'entretien sera enregistré en audio, uniquement dans le but de faciliter la retranscription et l'analyse des données. Les informations recueillies seront strictement confidentielles et anonymisées.

La durée de l'entretien est estimée entre 15 et 20 minutes.

Vous pouvez à tout moment refuser de répondre à une question ou interrompre l'entretien, sans avoir à vous justifier.

D'accord.

Q1 : Pour commencer, pouvez- vous vous présenter et présenter votre parcours professionnel ?

R1 : Alors...euh...j'ai 47 ans. Je suis diplômé de novembre 2000. J'ai commencé par travailler à peu près 13 ans aux urgences de l'hôpital. Je faisais du SMUR aussi. Après, j'ai fait 6 ans de réanimation aussi à l'hôpital. Et là, ça fait à peu près 6 ans, un peu plus de 6 ans que je suis en salle de réveil à l'hôpital aussi.

Q2 : Pouvez-vous me décrire la ou les situations de prise en charge d'un patient dont l'état de santé ne s'améliorait pas et qu'avez-vous ressenti ?

R2 : Ouais, en salle de réveil, j'en ai pas trop parce qu'en fait les patients ne restent pas très longtemps. Ce serait plus dans les services de réa où on garde les patients un peu plus longtemps. En fait, c'est surtout des patients...euh...en général, forcément, on a des affinités, on se fait des affinités avec certains patients. Après, tu verras aussi toi avec ton expérience plus tard, mais tu as des patients, même si on est infirmier, même si on doit être exactement...avoir la même relation avec chaque patient, forcément, il y a certains patients, on ne peut pas dire ça, on ne peut pas dire à qui on s'attache plus, mais tu as un peu plus de feeling, de contact. Et c'est souvent les patients qui ont à peu près notre âge en fait, où en fait on transfère un petit peu ce que nous on vit dans notre vie privée et on transfère un petit peu au niveau du travail. Et après, oui, j'ai des cas dont je ne me souviens plus exactement précisément. Mais oui, j'avais des jeunes qui avaient, quand je travaillais en réa, ils avaient une trentaine d'années et rentraient pour des arrêts cardiaques. Et puis au final, voilà, on avait les conditions, son état général s'est dégradé et du coup, c'est vrai qu'on a un sentiment d'échec. On a un sentiment d'échec une fois qu'on n'arrive plus, on se rend compte qu'en fait, quoi qu'on fasse, c'est-à-dire qu'après c'est plus ou moins du palliatif, on n'est plus sur du curatif.

Est-ce qu'il y a une situation en particulier qui vous vient comme ça ou pas forcément ?

R3 : Précisément, pas forcément. Après si j'ai des cas...après je ne sais pas si c'est vraiment ce que tu recherches. En SMUR, j'ai fait des arrêts sur des enfants. Je veux dire, ce n'est pas un patient qu'on suit longtemps. Tu vas me dire, c'est juste pendant une mission d'intervention qui dure une heure et demie, tu vois à peu près.

Oui.

R4 : Mais ça, c'est des choses qui te marquent parce que là, le sentiment d'échec, il est total en fait. Après là, on parle de la relation soignant-soigné, là c'est avec un bébé de 18 mois donc je ne sais pas si... Mais le sentiment d'échec, il était là, il était cuisant. Ça, je m'en souviendrai toute ma vie en fait.

Et vous vous êtes senti comment exactement ?

R5 : C'était sur un enfant qui était noyé dans une piscine en fait. Et c'est le genre de situation où tu donnes tout, tu donnes tout ce que tu as et tout ce que tu peux. Et puis au bout du compte, le résultat, il est qu'on n'a pas réussi à le sauver quoi. Et ça c'est des choses qui te marquent à vie en fait, dans ta carrière professionnelle. Tu te sens démuni en fait.

Q3 : Comment définissez-vous un échec dans une prise en soin ?

R3 : L'échec, l'échec c'est quand tu as ton objectif, quand tu n'arrives pas à atteindre ton objectif. En tant qu'infirmier, même si on n'est pas médecin, l'objectif c'est quoi ? C'est de soigner ton patient et réussir à le soulager de la douleur, lui sauver la vie si c'est une urgence vitale. C'est ça qu'on recherche, c'est pour ça que tu fais ce métier-là. Un patient qui arrive, qui a mal, par exemple, même en salle de réveil. Le patient qui arrive, il est algique, le but c'est quoi ? C'est de lui soulager la douleur. Ok, objectif atteint ou non ? En général, objectif atteint, sinon il ne sort pas de la salle de réveil. Après tu sors sur un arrêt cardiaque, le but c'est de réanimer ton patient. Tant que tu ne l'as pas réanimé, le sentiment d'échec il est là. En fait, il faut s'adapter à ce que le patient veut également. En fait, quand il vient consulter, quand je travaille aux urgences, quand il vient consulter dans un service d'urgence, son but c'est quoi ? C'est qu'on lui soulage la douleur ? C'est quoi ? C'est de donner un diagnostic, c'est bien pour une douleur thoracique. Et notre objectif à nous, il va être le même en fait. On va avoir le même but en tant qu'infirmier. Effectivement, lui soulager la douleur, effectivement réussir à le réanimer.

Donc l'échec dans la prise en soin, ça serait qu'on ne réussit pas à répondre aux besoins des patients ?

C'est ça, tout à fait.

Q4 : Ok. Selon vous, qu'est-ce qui peut générer l'apparition de ce sentiment et comment avez-vous réussi à la surmonter ?

R4 : Qu'est-ce qui peut générer ce sentiment d'échec ? Après oui, l'échec de la prise en charge, mais ça, malheureusement, on a beau avoir tous les moyens à l'heure actuelle où la médecine a vachement évolué, il y a des fois où tu as des limites en fait, une fois que tu as fait tout ce que tu pouvais faire en théorie, enfin en pratique plutôt. Après effectivement, tu es limité. Après effectivement, ça peut être aussi un problème de moyens aussi. C'est pas évident de dire ça, mais quand tu es avec certains, tu te dis est-ce que si j'avais été avec un autre médecin, est-ce que ça se serait passé différemment ? Tu vois ce que je veux dire ?

Oui je comprends.

R5 : Après ce sentiment d'échec, même si après tu dis.. même sur toi, tu te dis, est-ce que j'ai fait ce qu'il fallait ? Est-ce que j'ai été assez rapide ? Est-ce que j'aurais peut-être pas dû répondre à l'urgence vitale plus rapidement, tu vois ? Est-ce que j'ai réagi assez rapidement ? Est-ce que j'ai fait ce qu'il fallait ? Est-ce que je me suis emmêlé les pinceaux ? Est-ce que j'ai stressé ? Parce que ça, on a beau avoir une expérience professionnelle, effectivement, l'expérience fait que plus tu avances dans le temps, moins tu stresses. Dans certaines situations, suivant dans le service où tu travailles. Mais malgré tout, on n'est pas infailible, puis on est humain. Il y a des jours où tu vas être plus en forme, il y a des jours où ça va pas être la grande forme et puis du coup, ça peut accentuer peut-être un retard de prise en charge parce que tu ne te sens pas en forme. Et du coup...du coup, oui, ça peut générer une différence de prise en charge et du coup, effectivement, ce sentiment d'échec là, il peut être différent d'un jour à l'autre.

Q5 : Et du coup, comment est-ce que vous réussissez en tant qu'infirmier à surmonter ce sentiment ?

R5 : Ce n'est pas forcément évident. Mais quand je travaillais en réa ou aux urgences, parfois en fait il y a des situations où on en reparlait le lendemain avec les collègues ou avec les médecins. On avait un débrief en fait.

Vous surmontez ça à plusieurs quoi ?

R6 : Ouais, parce que quand t'es tout seul, après c'est peut-être propre à chacun, peut-être qu'il y en a, ils ont besoin d'être seuls et puis...euh...bon...peut-être pas craquer dans un coin mais je veux dire...de réfléchir dans un coin tout seul, être libéré. Peut-être d'autres ont besoin de parler. Moi je pense que le mieux c'est d'avoir un débrief quand même. Peut-être pas à chaud tout de suite, dire "ah oui, est-ce qu'on a bien fait les choses ?" Après moi je sais qu'en

SMUR, quand je faisais des gros AVP ou des choses comme ça, il y avait certains médecins, une fois qu'on rentrait d'intervention, on s'asseyait autour d'une table. On était que moi, le médecin et puis le pompier et puis...euh...ok alors est-ce qu'on a bien fait ça ? Et ça, te remet un petit peu dans le rail et tu te dis ok, ça on a bien fait mais ça la prochaine fois peut-être qu'on pourrait voir les choses différemment. Mais ça, je te dis ça, effectivement, c'est quand tu as ce sentiment d'échec, quand ton patient il décède ou que ça ne se passe pas comme c'était prévu au départ. Ça je pense que c'est hyper important et c'est pas assez fait le débrief. C'est pas assez pris en compte parce que souvent... C'est comme partout, le travail et la quantité de travail est la même, sauf qu'en fait on diminue le nombre de soignants. Donc quand tu as des situations comme ça où tu es un petit peu en détresse entre guillemets parce que tu as un sentiment d'échec individuel ou collectif, on ne prend pas forcément le temps de débriefer parce que tu as du boulot à faire.

Il faut mettre de côté quoi.

R7 : Ouais, mettre de côté et du coup, en fait, ça, te reste dans la tête. Et du coup, tu te poses toujours des questions. Est-ce que j'ai bien fait ce qu'il fallait ? Qu'est-ce qui aurait pu s'améliorer ? Mais t'as pas forcément la réponse en fait, parce que t'en as jamais reparlé, tu vois?

Q6 : Ok. Selon vous, ce sentiment peut-il altérer la relation soignant-soigné ?

R6 : Je ne sais pas. Je ne sais pas si tu peux dire que tu prends de la distance avec le patient, mais disons que c'est différent et c'est difficile à expliquer. Parce qu'en fait, tu sais que l'issue, elle est fatale en fait. Je te dis, je n'ai plus de cas précis précis dans la tête. Parce qu'en réa, tu vois...euh...tellement, tu en vois aussi, tu as des patients qui restent trois semaines, t'en a qui restent trois mois. Quand tu vois que ça se dégrade et que le patient, il essaye toujours d'avoir le moral. Sauf que toi, dans ta tête, tu sais très bien que ça ne va pas s'améliorer, qu'il va se dégrader et donc tu es obligé d'un peu, de faire semblant. Tu ne peux pas aller lui dire, "monsieur, arrêtez de sourire parce que c'est pas beau, c'est grave en fait ce qui vous arrive et ça va jamais s'améliorer". Tu ne peux pas faire ça en fait. Et du coup, effectivement, ta relation elle est un peu faussée parce que toi dans ta tête, tu sais que dans quelques jours ou dans une semaine, il n'est plus là en fait. Tu sais qu'un jour tu vas prendre ton poste, il sera décédé en fait. Tu as des patients en fait qui comprennent très bien les choses et du coup bien l'ambiance elle est un peu froide on va dire quand tu vas lui faire les soins. Par contre, tu as des patients qui restent malgré tout forts d'esprit et franchement hyper courageux et jusqu'au bout en fait,

ils vont tout faire, même s'ils vont tout faire pour montrer une humeur joyeuse, on va dire, et puis continuer à faire comme s'il pouvait s'en sortir. Mais après, ça, c'est pas évident. Peut-être que le patient, il croit. Peut-être que tu peux te dire que le patient, il pense vraiment s'en sortir. Après, tu en as d'autres, ils donnent l'aspect, ils font mine d'aller bien alors qu'ils savent très bien que ça ne va pas s'améliorer. Et ça, du coup, c'est vrai que la relation, du coup, je ne peux pas dire qu'elle n'est pas franche. C'est pas bien de dire ça. Dire qu'elle ne soit pas franche, mais elle est un peu faussée, tu vois. Je ne sais pas si tu vois ce que je veux dire. Elle est un peu faussée. Parce qu'en fait, en gros, on n'en parle pas, mais on sait très bien que ça ne va pas s'arranger, tu vois. Et même avec les familles, en fait, il ne faut pas l'oublier, ça, en fait. Parce que ça, on dit toujours le patient, mais la relation soignant-soignée, tu as aussi, tu as les familles qui viennent voir les patients tous les jours et qui te demandent des nouvelles et ça, c'est pas évident. Tu sais pas trop quoi répondre, mais si c'est pas ton rôle, le médecin, même s'il leur a expliqué les choses, il y a des patients, c'est pas évident, ils n'arrivent pas à se le rentrer dans la tête. Pour eux, ils ont toujours l'espoir et tant mieux pour eux. Donc en fait, tu as aussi dans la relation soignant-soigné, il ne faut pas oublier les familles. Tu as toujours les familles aussi, ça dépend où tu travailles, ça dépend de chaque infirmier, ça dépend dans quel service de soins ils travaillent. Mais ça, tu as des familles aussi autour, il ne faut pas l'oublier ça. Même quand tu sors en SMUR en fait. Quand tu sors en SMUR il ne faut pas oublier quand tu sors sur un arrêt cardiaque, tu es chez les gens, ce n'est pas pareil. Tu as les gens qui sont, même s'ils ne sont pas dans la même pièce. Ils sont autour de toi, dans les autres pièces, et ça hurle, ça crie. Tu vois, tu as une ambiance particulière quand tu sors. Dans certains cas, c'est assez compliqué.

Q7 : Ok. Est-ce que, en tant qu'infirmier, vous êtes formé pour faire face à ces situations ?

Ou est-ce qu'il existe des instants d'échanges dans les services ?

R7 : Comme je te disais, je pense qu'on n'est pas assez formé à ça. En fait, tu te forges avec le temps. Avec le temps, tu te forges. Mais pareil, comme je te disais, chaque soignant ne réagit pas de la même façon. En fait, il y en a qui vont faire mine que tout va bien. Il n'y a rien qui les touche, ils sont infaillibles. Sauf que ça, je n'y crois pas une seconde. Ça, c'est juste un visage, un masque qu'ils se mettent. Après, tu en as d'autres qui vont craquer. Après, ceux qui ne craquent jamais, on va leur dire : "Bah ouais, ils craquent, je ne comprends pas." Et ça, il ne faut pas oublier, c'est qu'au-delà d'être soignant, même si tu dois arriver, tu es au travail, tu restes humain en fait. Et ça, il ne faut jamais l'oublier. Et puis ça, avec le temps, tu verras, en vieillissant, après, tu te rends compte qu'en fait. T'as pas le soignant et le soigné, en fait, du

jour au lendemain, quand tu vieillis, après tu te dis ça peut toucher des membres de ma famille, ça peut me toucher moi. Tu vois ce que je veux dire ?

Oui bien sûr.

R8 : Et ça, ce sentiment. Du coup, je pense que la relation, au fil du temps, elle n'est plus la même. Quand tu vieillis, ta relation avec les patients, elle est différente. Tu verras la différence. Tu reverras ça dans quelques années, je pense que dans 20 ou 30 ans, tu verras. Ça c'est différent. Et effectivement, du coup, je pense que quant à ce que tu disais là, ce sentiment d'échec, je te l'ai dit tout à l'heure, je pense qu'on n'est pas assez préparé à ça. On n'a pas assez de formation, que ce soit à l'IFSI, déjà à la base, et même au niveau du travail, on n'a pas assez de moments où on peut, je ne peux pas dire être formé à ça, mais à appréhender. Comme je te dis après, comme chaque soignant est différent, si toi tu ne te sens pas bien, tu vas peut-être plus en parler avec ta collègue qui a un peu les mêmes ressentis que toi, mais tu ne vas pas aller voir ton collègue qui ne craque jamais, tout va bien, lui fait son taf et puis point barre. Et comme je te disais aussi, suivant ta charge de travail, tu n'as pas forcément le temps de prendre le temps de parler de tout ça, de ces situations. Ça, c'est un gros manque, je pense.

Q8 : De par vos expériences, est ce que votre vision de l'échec a changé ou évolué ? Ce que vous me disiez un petit peu avant, du coup ?

R8 : Oui, moi je pense qu'avec le temps, et plus tu avances dans l'âge, même si je me sens pas vieillard quand même encore. Mais je pense que du coup ta relation, ouais, comme je te disais tout à l'heure, ta relation elle change avec les soignants, tu transfères avec les patients, pardon, tu transfères beaucoup. Enfin, moi je sais que je transfère. Tu te dis bah voilà, il a l'âge de, elle a l'âge de ma mère, ça aurait pu être mon père. Du coup, tu transfères beaucoup, puis tu as des affinités qui se créent avec certains patients, surtout je pense dans les services chroniques où tu vois des patients plus longtemps. Et du coup, ouais, et du coup, au fil des années, je pense que il y a peut-être des choses pour lesquelles tu te blindes peut-être un peu plus, mais il y a des choses qui pour lesquels tu peux pas te blinder, genre les enfants. Moi je sais que je pourrais pas travailler en pédiatrie et puis y avoir des gros cas, tu vois, des gros sentiments d'échec en pédiatrie, moi je crois pas en fait, j'y arriverai pas, je sais très bien. C'est pas le genre de truc où je pourrais.

Q9 : Ok. Avez-vous quelque chose à rajouter ?

R9 : Non.

Ok, merci pour le temps que vous m'avez accordé.

Entretien avec l'IDE 4 :

Introduction :

Bonjour, je suis Maryame AJMOUH étudiante en 3ème année.

Je vous remercie d'avoir accepté de participer à cet entretien dans le cadre de mon mémoire.

Le thème de mon travail porte sur l'impact du sentiment d'échec ressenti par un soignant sur la relation soignant-soigné dans l'accompagnement relationnel devant l'absence d'amélioration de l'état de santé somatique ou mental d'un patient.

L'objectif de cet échange est de mieux comprendre les expériences, les ressentis et les perceptions des professionnels de santé.

Je vais vous poser différentes questions, et vous serez libre d'y répondre comme vous le souhaitez, en développant les éléments qui vous semblent importants. Il n'y a ni bonne ni mauvaise réponse ; c'est votre expérience personnelle qui m'intéresse.

Avec votre accord, l'entretien sera enregistré en audio, uniquement dans le but de faciliter la retranscription et l'analyse des données. Les informations recueillies seront strictement confidentielles et anonymisées.

La durée de l'entretien est estimée entre 15 et 20 minutes.

Vous pouvez à tout moment refuser de répondre à une question ou interrompre l'entretien, sans avoir à vous justifier.

C'est ok pour moi.

Q1 : Pour commencer, pouvez-vous vous présenter et présenter votre parcours professionnel ?

R1 : Je suis une infirmière de 40 ans et la particularité c'est que moi j'ai été, dans un premier temps, aide-soignante après l'obtention de mon baccalauréat ASSP pendant 5 ans en hôpital psychiatrique dans un secteur de psychiatrie générale puis le rôle infirmier m'a tendu la main, j'ai longtemps hésité et j'ai finalement décidé de reprendre mes études à l'IFSI. J'ai toujours apprécié le domaine de la psy donc forcément après l'école, je suis retourné en psychiatrie et j'ai fait un peu de tout : de la pédopsychiatrie, de l'USIP soit l'Unité de Soins

Intensifs Psychiatrique et puis maintenant je suis au CMP donc au Centre Médico-Psychologique. Voilà mon parcours et je pense que je n'ai rien oublié.

Q2 : Pouvez-vous me décrire la ou les situations de prise en charge d'un patient dont l'état de santé ne s'améliorait pas ? Et qu'avez-vous ressenti ?

R2 : En fait, ce qui me vient là tout de suite c'est une situation plutôt récente au CMP. Il y avait une patiente en particulier...euh...notamment une dame...qui en fait...qui était dépendante affectivement. C'était une personne qui était atteinte d'un trouble bipolaire traité depuis un bon 3-4 ans il me semble et qui était en plus de ça..euh...donc dépendante affectivement de son ex-conjoint. A chaque fois qu'elle croisait son ex-conjoint comme ils vivaient dans la même ville, en fait, elle faisait une rechute avec une dépression entraînant des mutilations et des tentatives de suicide. C'était des entrées et sorties qui s'enchaînaient en fait. Elle repartait en déprime, tentatives de suicide, et on avait beau faire un travail sur elle récurrent, et elle avait beau avoir un suivi très enfin...régulier, elle a toujours en fait, à chaque fois qu'elle le recroisait c'était son monde qui s'écroulait car ils n'étaient plus ensemble, etc. Sachant que cette dame-là, en fait, elle n'avait pas un entourage présent dans le soutien, l'écoute et la réassurance c'est à dire qu'elle était fille unique et qu'elle ne s'entendait pas avec ses parents. Elle avait vraiment pallier ce manque d'affection de sa famille par sa relation avec son ex-conjoint et puis quand il y a eu cette séparation. Elle ne l'a jamais vraiment accepté. Je pense que cette personne-là, elle lui a tellement apporté l'attention qu'elle a toujours désirée depuis qu'elle était toute petite qu'elle s'est attachée à lui. Elle a pas retrouvé...euh...autre chose chez d'autres personnes, même avec des amis. Elle dit qu'elle avait une copine...qu'elle a une très bonne copine et qui lui remontait le moral, qui sortait avec elle quand ça n'allait pas. Mais elle était toujours attachée émotionnellement à son mari.

Q3 : Du coup, si j'ai bien compris, vous la soigniez et après, quand elle recroisait son ex-mari, elle revenait se faire hospitaliser.

R3 : Voilà, elle refaisait des dépressions et des tentatives de suicide.

Ok. Qu'est-ce que vous avez ressenti dans le cas de cette patiente ?

R4 : Au fur et à mesure du temps, on s'aperçoit qu'on est vraiment démuni. On a beau mettre tout en place, les services, les traitements, l'accompagnement et on s'aperçoit que cette dame-là, elle reviendra tout le temps et sans arrêt puisqu'elle n'est vraiment pas stable émotionnellement. Cette dame-là, elle est suivie depuis des années et des années et donc...eh

bien c'est toujours le même schéma. En fait, c'est toujours le même schéma. Elle le recroise, elle retombe dans ses travers, elle est hospitalisée à nouveau. Elle est traitée. On met des choses en place, des suivis, des activités thérapeutiques et tout. Et voilà. Donc ça va pendant un temps et une fois que ça ne va pas, on la retrouve encore en unité, puisqu'en fait, lorsqu'elle croisait son ancien conjoint il y avait aussi une non-observance au niveau des traitements. On ressent comme si on avait travaillé pour rien. Pas pour rien mais que c'est une...euh...c'est pas une déception mais c'est un échec on va dire pour nous. On dit que c'est un échec mais après il faut savoir que c'est la psychiatrie et la psychiatrie comporte des pathologies qui sont très lourdes justement à gérer. Donc on sait très bien que le patient ne sera pas rétabli du jour au lendemain.

Q4 : Ok. Comment définiriez-vous un échec dans votre prise en soin ?

R4 : Mettre les traitements en place et ne pas avoir le résultat escompté. Derrière, on attend un résultat parce qu'on a tout mis en place et forcément quand ça ne va pas dans notre sens, on n'est pas satisfait de notre travail.

Q5 : Ok. Selon vous, qu'est-ce qui peut générer l'apparition de ce sentiment ?

R5 : Bah l'envie de bien faire...euh... de faire un travail correct. Le sentiment de ne pas avoir accompli ce pourquoi tu as mis tout en œuvre, le sentiment de ne pas avoir accompli ton travail. Le sentiment de ne pas avoir justement abouti aux soins et ne pas avoir aidé le patient. Parce qu'en fait, en tant que soignant, notre objectif premier, c'est de porter secours à notre prochain, de mettre tout en place pour que la personne aille mieux. Et lorsqu'on voit en fait une personne qui ne va pas forcément mieux, et bien il y a vraiment une déception qui s'installe.

Ok. Êtes-vous déçu de vous ou du patient ?

R6 : Non, je suis déçu de moi. Le patient il n'a rien à voir, le patient il est malade, il ne sait pas réellement ce qu'il se passe. Psychologiquement il n'a pas toutes ses capacités donc c'est à nous de mettre en place les choses pour que ça fonctionne. On peut en avoir qu'après nous. On peut s'en prendre qu'à nous-même mais malheureusement en psychiatrie c'est le lot qu'on a tous les jours en fait. C'est des déceptions. Après, au fur et à mesure du temps, on va pas dire qu'on s'y fait mais on va dire que ça fait partie de notre lot quotidien quoi.

Q6 : Ok. Comment avez-vous réussi à surmonter cela ?

R6 : Les premières fois, c'est très compliqué de surmonter ces épreuves puisqu'en fait, on se dit qu'on n'a pas réussi à traiter le patient correctement. Il y a beaucoup de remises en

question, à savoir ce qu'on a fait? ce qu'on a? ce qu'on a bien fait? ce qu'on a mal fait? pourquoi ça a fonctionné? pourquoi ça n'a pas fonctionné? Au fur et à mesure des années de pratique, on s'aperçoit qu'en fonction des pathologies qu'on traite, elles sont plus ou moins différentes. Après malheureusement c'est des situations qui sont compliquées puisque ça remonte à l'enfance. Les pathologies de certaines personnes sont liées parfois à un blocage qui se fait depuis l'enfance et donc les patients n'ayant pas déjà été traités depuis très tôt, forcément au fur et à mesure des années leurs pathologies s'aggravent et donc sont plus difficiles à traiter.

Q7 : Ok. Est-ce que selon vous ce sentiment peut altérer la relation soignant-soigné ?

R7 : Pour moi non car si on se base sur ma situation, ça n'altère en rien la relation soignant-soigné, puisque cette dame-là, en fait, on la voyait souvent. Donc au bout du compte, il y a vraiment une prise de confiance qui s'est installée entre nous, entre l'équipe et cette dame-là. Elle nous reconnaissait, elle nous appelait par nos prénoms et donc en fait, la prise en charge était quasiment beaucoup plus facile. En fait, c'est comme si vous aviez...euh... je sais pas comme un enfant qui est atteint souvent au niveau ORL, qui a toujours des otites à répétition, vous savez qu'en fait vous allez traiter cet enfant-là. Vous allez mettre des traitements en place. Ça va bien aller à un moment et à partir du moment où en fait il va être infecté, il va revenir mais on agira de la même façon qu'au début. Il n'y a pas de raison. Bah cette dame-là c'est quasiment pareil, c'est à dire qu'en fait elle va venir. On va mettre les traitements en place, on va mettre les activités en place, on va mettre plusieurs organismes pour qu'elle puisse avancer. On recommence pas totalement à zéro puisqu'en fait il y a la confiance qui s'est installée donc en fait ça va plus vite. Cette dame-là elle sait pourquoi elle est là, elle sait qu'elle a besoin de nous, elle sait qu'elle a rechuté c'est une personne qui est consciente qu'elle a rechuté et donc en fait cette dame-là, quand elle vient, elle sait que ça va repartir de zéro mais qu'il y a un traitement qui est mis si elle sait comment ça va fonctionner. Donc en fait, c'est un peu plus rapide on va dire que la première prise en charge.

Q8 : Est-ce que vous avez été formé à faire face à ces situations ou existe-t-il des instants d'échanges ?

R8 : Non pas du tout, pas du tout en fait, la seule communication qu'on a c'est qu'on communique entre professionnels, à certains moments on discute un petit peu avec le psychiatre pour échanger sur certains patients, mais à aucun moment en fait. A aucun moment le personnel est formé à ces situations et en fait c'est à nous de prendre sur nous-mêmes et de se former comme on peut en fait sur le tas.

Avec l'expérience quoi.

C'est ça et avec l'expérience.

Ok. Est-ce que vous réagissez au sentiment d'échec pareil que maintenant ? Par rapport au début ?

R9 : Au début c'était vraiment un gros sentiment de frustration qui me faisait dire que je n'avais pas, en fait, accompli les soins correctement et que je n'avais pas été jusqu'au bout de la...de la maladie de cette personne. Mais en fait, avec le recul, on s'aperçoit que justement on met tout en place et que c'est malgré nous en fait que cette situation se déroule. Mais on a toujours dans certains cas, des sentiments de frustration, de déception, de la tristesse puisqu'il y a certains patients qu'on voit, qu'on revoit et ils finissent par mettre fin à leurs jours parce que c'était ce qu'ils voulaient. Leur but à eux, c'était de mettre fin à leurs jours. Donc c'est à nous de la protéger. Mais elle, cette personne-là, en fait, pour elle son soulagement, son traitement à elle, c'était de mettre fin à ses jours. Mais nous on ne le voit pas comme ça et donc forcément c'est frustrant.

Q9 : Ok, Avez-vous quelque chose à rajouter ?

R9 : Non du tout.

ANNEXE IV : Codages réalisés à partir de ces entretiens :

IDE 1 :

1. Pouvez-vous me décrire la ou les situations vécues de prise en charge d'un patient dont l'état de santé ne s'améliorait pas malgré les soins et l'accompagnement mis en place ? (Situation de réa, arrêt des traitements conduisant au décès du patient) Et qu'avez-vous ressenti ?

FRUSTRATION : « cette amertume de dire bah un peu frustré d'avoir essayé de tout donner, mais que ça n'ait pas abouti »

SENTIMENT D'ECHEC : « malgré le remplissage, malgré tous les produits qu'on lui a administré, il y avait ce sentiment que...eh bien... qu'il y avait un sentiment d'échec »

ENGAGEMENT DU SOIGNANT : « et à un moment donné, j'ai augmenté, augmenté, augmenté cette noradrénaline au point où je le tenais qu'à un seul fil", "sachant que je suis monté à des doses extrêmement élevées, genre 20 ou 25mg de noradrénaline par heure et par moment, je faisais des bolus de 1mg pour maintenir une tension »

2. Comment définissez-vous un échec dans votre prise en soin ?

ASPECT SUBJECTIF et PLURIEL DES SIGNIFICATIONS DE L'ECHEC : "L'échec de qui ? Est-ce que c'est l'échec du patient à répondre au traitement ? Est-ce que c'est l'échec d'arriver à un résultat. Est-ce que c'est l'échec de l'équipe à maintenir un patient dans un...dans une démarche thérapeutique ? Ou encore l'échec soi-même qu'on perçoit d'une situation qui n'a pas abouti en termes de régression d'une maladie ou la réalisation d'un soin bien particulier.", "L'échec de ne pas pouvoir se coordonner à plusieurs"

DEFINITION GLOBALE : "avoir une intention de mettre des choses en place et à la fin ne palier à rien"

3. Qu'est-ce qui peut générer l'apparition de ce sentiment ?

SUBJECTIVITE ET RELATIVITE DE L'ECHEC : "ça dépend quel seuil on se fixe de la réussite et de l'échec." : l.64, "ça dépend plutôt de notre conception personnelle de l'échec. Et surtout en santé" : l.67 à 68

4. Comment avez-vous réussi à surmonter cela ?

DIFFICULTE A SURMONTER L'ECHEC : "est-ce qu'on arrive à le surmonter à chaque fois ? je ne sais pas."

DISPOSITION FACILITANT L'ACCEPTATION : "Si on est plutôt bien disposé, [...] on l'acceptera plus facilement"

STRATEGIES D'ADAPTATION : "Si on a toujours été confronté [...] on trouve des moyens, des parades pour y arriver"

EXPERIENCE/STRATEGIE D'ADAPTATION : "le fait d'être expérimenté où avoir rencontré plusieurs fois la situation nous permet de la surmonter plus facilement"

RESSENTI PERSONNEL : "je ne l'ai pas surmontée du tout", "donc comment je l'ai surmonté ? Je ne l'ai pas surmonté du tout"

ECHEC DE LA PRISE EN CHARGE : "on était dans l'échec thérapeutique par la suite [...] c'était un échec en soi"

ENGAGEMENT DU SOIGNANT : "j'ai compris qu'on avait fait au mieux pour ce patient, pour l'opérer"

5. Selon vous, ce sentiment peut-il altérer la relation soignant-soigné ?

ENGAGEMENT DU SOIGNANT : "La suite, c'est la suite, mais on essaie de maximiser les chances", "je faisais au mieux pour le maintenir en vie"

SUBJECTIVITE ET RELATIVITE DE L'ECHEC : "Tout dépend de l'objectif", "Non, cet échec-là ne vient pas pour moi d'emblée"

RELATION NON-ALTERE : "il n'y avait pas d'altération de la relation", "Non, ça n'altère pas du tout ma vision", "Moi, pour moi, ça n'altère absolument pas [...]après"

6. Avez-vous été formé à faire face à ce genre de situations ou existe-t-il des instants d'échanges dans le service ?

PAS DE FORMATIONS OU D'INSTANTS D'ECHANGES : "Absolument pas[...] rien", "Il n'y a jamais eu quelque chose de très formalisé", "Je dirai qu'il n'y a rien"

ECHANGES INFORMELLES EN EQUIPE : " On échange de façon informelle, un peu chacun en fonction de sa situation"

MISSION DU SOIGNANT : "Il n'y a pas cette obligation de résultats [...] résultats", " ma mission [...] améliorer ces conditions pour qu'il soit digne et qu'il soit bien"

ENGAGEMENT DU SOIGNANT : "on fait au mieux pour améliorer les conditions"

EXPERIENCE QUI COMPENSE LE MANQUE DE FORMATION : " Je dirais que l'expérience [...] OK"

7. De par vos expériences, est-ce que votre vision de l'échec a changé ou évolué ?

EVOLUTION DE LA PERCEPTION DE L'ECHEC : " l'expérience fait que l'échec [...] ce n'est plus une finalité mais ça peut être une étape", "On peut être en échec à un moment donné"

INTROSPECTION/RESSENTI PROFESSIONNEL : "il faut se recentrer sur soi-même et se dire [...] échec ?", "se poser toujours des questions"

IMPORTANCE DE L'EXPERIENCE : "Elle est hyper importante pour comprendre la situation", "l'expérience permet de relativiser et surtout de prendre du recul"

IDE 2:

1. Pouvez-vous me décrire la ou les situations vécues de prise en charge d'un patient dont l'état de santé ne s'améliorait pas malgré les soins et l'accompagnement mis en place ? (TS) Et qu'avez-vous ressenti ?

ENGAGEMENT DU SOIGNANT: "on avait fait un projet...on avait...on avait établi pas mal de soins et on était plutôt satisfaits", "il avait un projet professionnel", "on avait vu pleins de choses", "on va généralement voir chez lui", "on fait aussi le retour à domicile", "on avait vraiment fait pas mal de choses", "on regarde bien aussi sa situation professionnelle", "on fournit aussi du travail", "on fait en sorte que sa sortie se passe bien, qu'il est dans un contexte où il n'y a pas de conditions pour qu'il rechute", "on se dit [...] pour lui":

DECEPTION : "c'est décevant, je dirais, décevant", "c'est décevant. C'est décevant.", "dêque"

RECHUTE ET REPETITIONS : "j'ai vu pas mal de revenants", "2 à 3 mois plus tard [...] rechute", "au final quand on voit qu'il rechute"

ECHEC DE LA PRISE EN CHARGE : "il faut tout recommencer à zéro", "pas forcément qu'un cas. On voit 2 cas, 3 cas ou 4 cas, plusieurs situations comme ça"

INTROSPECTION/RESSENTI PROFESSIONNEL : "on se pose des questions", "on a le sentiment d'avoir fait quelque chose de complet", "on se dit pourquoi ? qu'est-ce qui s'est passé quoi ?"

ORIGINE DE LA DECEPTION : "pas forcément de notre prise en charge"

2. Comment définissez-vous un échec dans votre prise en soin ?

ENGAGEMENT DU PROFESSIONNEL/EXIGENCE : "on a un projet professionnel [...]
le patient", "on fait aussi des visites à domicile", "on va voir ce que le patient devient", "on a des retours aussi"

DEFINITION GLOBALE : "on voit qu'il y a des choses qui n'ont pas été faites, que des objectifs ne sont toujours pas...euh... n'ont pas été atteints"

ECHEC DE LA PRISE EN CHARGE : "ça n'a pas abouti, qu'il y a des échecs, qu'il y a des retours d'hospitalisation"

3. Selon vous, qu'est-ce qui peut générer l'apparition de ce sentiment ?

ATTENTES ELEVES DES SOIGNANTS : "envie d'avoir le contrôle à chaque fois et de sauver tout le monde", "on en attend peut être un peu trop", "on obtient pas ce que l'on veut", "l'idée qu'on doit absolument soulager, stabiliser, "faire aller mieux"", "quand la réalité clinique résiste je pense que ça vient en fait...euh...heurter cet idéal"

LIMITES DE LA MEDECINE : "les limites de la médecine", "la réalité clinique résiste [...]
ça vient [...] heurter cet idéal" , "ce n'est pas vraiment nous le problème"

ORIGINE DE LA DECEPTION : "déçue lorsqu'on a pas les résultats attendus", "quand l'état du patient ne s'améliore pas"

RESSENTI PERSONNEL : "on se sent vite dans l'échec", "on culpabilise", Sous code:
DEVALORISATION : "on se dit que c'est notre faute" "tu ressens une incapacité à aider quelqu'un"

ENGAGEMENT DU SOIGNANT : "on donne tout", "on entre dans une relation", "on écoute, on contient, on soutient", "impliqué"

4. Comment avez-vous réussi à surmonter cela ?

STRATEGIE D'ADAPTATION : "il ne faut jamais garder tout pour soi-même", "communiquer avec ses collègues", "échanger", "en parler surtout »

INTROSPECTION / RESENTI PROFESSIONNEL : "on se pose des questions » , "on essaie de comprendre", "on se remet en question" "retravailler", "on prend du recul aussi. On prend du recul surtout", "on an, "j'analyse, je prends du recul", "j'essaie de voir les points négatifs [...] on réadapte tout ça, puis on recommence", "J'en tire les points négatifs [...] choses ?", "je prends du recul, franchement, je prends du recul sur la situation [...] réadapter", "prendre du recul sur les situations"

EVOLUTION DE LA PERCEPTION DE L'ECHEC : "pas avoir honte d'un échec, c'est pas une honte, c'est pas une fin", "l'échec pour moi ce n'est pas une fin, je dirais que...ne prends pas ça comme une finalité... Où tu te dis "j'abandonne". Pas du tout",

ASSURER UNE BONNE RELATION SOIGNANT-SOIGNE : "instaurer un climat de confiance avant tout. Un climat de confiance", "instaurer une relation de confiance" "maintenir une communication honnête et adaptée avec le patient. Rester naturel en fait.", "il faut rester naturel, honnête, avoir un discours honnête. Et constant", "maintenir ouais un discours honnête et constant tout le long et en parler surtout"

5. Selon vous, le sentiment d'échec que vous pouvez ressentir dans une prise en charge peut-elle altérer la relation soignant - soigné ?

INTROSPECTION / RESENTI PROFESSIONNEL : "qu'on va abandonner", "me poser des questions"

ASSURER UNE BONNE RELATION SOIGNANT-SOIGNE : "rassurer la personne avant tout", "établir une relation de confiance"

ENGAGEMENT DU SOIGNANT : "je ne vais pas abandonner", "je ne vais pas l'abandonner", "je ne vais certainement pas abandonner", "je vais surveiller à distance" "je ne vais pas m'arrêter là", "Ça ne va pas être ma limite"

STRATEGIE D'ADAPTATION : sous-code : délégation : "admettons, [...] je vais déléguer à une autre collègue", "je vais m'adapter", "m'isoler"

DEMARCHE CLINIQUE : "je vais réévaluer", "je vais réévaluer"

FRUSTRATION : "sentiment de frustration"

6. Avez-vous été formé à faire face à ce genre de situations ou existe-t-il des instants d'échanges dans le service ?

PAS DE FORMATIONS OU D'INSTANTS D'ECHANGE : "formée, non, je ne dirai pas formée", "non, je n'ai pas été formée"

EXPERIENCE QUI COMPENSE LE MANQUE DE FORMATION : "tu apprends sur le tas" ; "t'observe tes collègues qui ont de l'expérience", "c'est vraiment sur le tas", "on apprend au fur et à mesure", "tu apprends au fur et à mesure", "tu apprends sur le tas", "l'expérience émotionnelle personnelle"

ENTRAIDE : "t'observe tes collègues qui ont de l'expérience : "j'observe mes aînés", "tu observes comment ils agissent, comment ils fonctionnent, tu discutes avec eux en effet" "ils te forment", "ils te donnent des conseils" "tu écoutes, tu restes à l'écoutes et donc tu agis"

ASSURER UNE BONNE RELATION SOIGNANT-SOIGNE : "toujours être à l'écoute", "agir avec empathie"

PAS DE FORMATIONS OU D'INSTANTS D'ECHANGES : "je n'ai pas eu cette chance-là d'avoir une formation vraiment précise"

ECHANGES INFORMELLES EN EQUIPE : "on discute", "on discute ensemble", "on échange", "tu échanges beaucoup avec tes collègues"

7. De par vos expériences, est-ce que votre vision de l'échec a changé ou évolué ?

FRUSTRATION : "beaucoup de frustration", "ressentir de la frustration", "cette frustration"

DECEPTION : "déçu"

INTROSPECTION / RESSENTI PROFESSIONNEL : "on prend du recul", "prenant du recul", "on se remet en question"

REAJUSTEMENT DES PRATIQUES SOIGNANTES : "on réadapte", "on recommence"

IMPORTANCE DE LA REVALORISATION/ STRATEGIES D'ADAPTATION : "accepter, accepter ses limites", "accepter ses limites", "valoriser les réussites et ne pas considérer que les échecs"

ATTENTES ELEVEES : "ne pas se fixer une réussite", "doit absolument guérir"

ASSURER UNE BONNE RELATION SOIGNANT-SOIGNE : "être à l'écoute, échanger, instaurer un climat de confiance."

IDE 3 :

1. Pouvez-vous me décrire la ou les situations vécues de prise en charge d'un patient dont l'état de santé ne s'améliorait pas malgré les soins et l'accompagnement mis en place ? (Arrêt cardio-vasculaires en réa, ALG menant au décès et au SMUR noyade d'un nourrisson de 18 mois) Et qu'avez-vous ressenti ?

IMPLICATION PERSONNELLE/IDENTIFICATION : "transfère", "transfère un petit peu au niveau du travail"

FACTEURS AGRAVANTS : "jeunes", "bébé de 18 mois", "enfant"

ENGAGEMENT DU SOIGNANT : "quoi qu'on fasse", "tu donnes tout, tu donnes tout ce que tu as et tout ce que tu peux", "le résultat, il est qu'on n'a pas réussi à le sauver"

SENTIMENT D'ECHEC : "sentiment d'échec", "sentiment d'échec", le sentiment d'échec, il était là, il était cuisant"

FORT IMPACT EMOTIONNEL : "des choses qui te marquent à vie", "je m'en souviendrai toute ma vie"

SENTIMENT D'IMPUISSANCE : "quoi qu'on fasse", "tu te sens démunie"

2. Comment définissez-vous un échec dans votre prise en soin ?

OBJECTIFS DU SOIN INFIRMIER/DEVOIR DU SOIGNANT : "soigner ton patient", "soulager de la douleur", "sauver la vie", "soulager la douleur", "réanimer ton patient", "soulage la douleur"

DEFINITION DE L'ECHEC DANS LA PRISE EN SOIN : "quand tu n'arrives pas à atteindre ton objectif"

REPRESENTATION DU METIER/VOCATION : "en tant qu'infirmier", "c'est pour cela que tu fais ce métier-là"

SENTIMENT D'ECHEC : "le sentiment d'échec il est là"

ADAPTATION AU PATIENT : "il faut s'adapter à ce que le patient veut également"

3. Selon vous, qu'est-ce qui peut générer l'apparition de ce sentiment ?

LIMITES DE LA MEDECINE : "limites", "tu es limité", "tout ce que tu pouvais faire"

LIMITE ORGANISATIONNELS/DE MOYENS : "un problème de moyens", "moyens"

SENTIMENT D'ECHEC : "ce sentiment d'échec", "ce sentiment d'échec-là"

VARIABILITE DU SENTIMENT D'ECHEC : "différent d'un jour à l'autre"

PRESSION TEMPORELLE/URGENCE : "assez rapide", "urgence vitale".

INTROSPECTION/REMISE EN QUESTION PROFESSIONNELLE : "est-ce que j'ai fait ce qu'il fallait ? [...]Est-ce que j'ai stressé"

EXPERIENCE PROFESSIONNELLE : "une expérience professionnelle", "l'expérience fait que plus tu avances dans le temps, moins tu stresses"

LIMITE HUMAINE DU SOIGNANT : "on n'est pas infailible", "on est humain", "il y a des jours où ça ne va pas être la grande forme"

4. Comment avez-vous réussi à surmonter cela ?

DEPASSEMENT DU SENTIMENT : "pas forcément évident", "un petit peu en détresse", "ça te reste dans la tête", "tu te poses toujours des questions", "tu n'as pas forcément la réponse en fait, parce que t'en as jamais reparlé"

DEBRIEF INSTITUTIONNEL INSUFFISANT : « pas assez fait », « on ne prend pas le temps »

SOUTIEN COLLEGIAL : "reparlait le lendemain avec les collègues ou avec les médecins", "débrief", "avoir un débrief", "hyper important et ce n'est pas assez fait le débrief", "on s'asseyait autour d'une table"

NOTION D'INDIVIDUALISATION DES STRATEGIES ET METHODES D'ADAPTATION : "propre à chacun"

STRATEGIES D'ADAPTATION INDIVIDUELS : "besoin d'être seuls", "craquer dans un coin", "réfléchir", "être libéré", "mettre de côté"

STRATEGIES D'ADAPTATION COLLECTIVES : "besoin de parler"

APPRENTISSAGE LIE AU VECU DU SENTIMENT D'ECHEC : "la prochaine fois peut-être qu'on pourrait voir les choses différemment"

SENTIMENT D'ECHEC : "ce sentiment d'échec", "un sentiment d'échec individuel ou collectif"

SURCHARGE DE TRAVAIL : "le travail et la quantité de travail est la même"

5. Selon vous, ce sentiment peut-il altérer la relation soignant-soigné ?

DIFFICULTE A EXPRIMER L'ALTERATION : "je ne sais pas", "c'est différent", "c'est difficile à expliquer", "ce n'est pas évident", "ce n'est pas évident", "c'est assez compliqué"

FATALITE : "l'issue, elle est fatale en fait", "ça ne va pas s'améliorer", "il va se dégrader", "tu sais que dans quelques jours ou dans une semaine, il n'est plus là en fait", "il sera décédé", "ça ne va pas s'arranger"

RELATION SOIGNANT-SOIGNE FAUSSEE : "ta relation elle est un peu faussée", "l'ambiance elle est un peu froide", "elle est un peu faussée", "elle est un peu faussée", "on n'en parle pas"

IMPACT DE LA PRÉSENCE DES FAMILLES DANS LA RELATION DE SOIN : "même avec les familles", "tu as les familles", "il ne faut pas oublier les familles", "tu as toujours les familles", "tu as des familles aussi autour", "ils sont autour de toi", "ça hurle, ça crie", "ambiance particulière"

STRATÉGIE D'ADAPTATION RELATIONNELLE : "faire semblant"

6. Avez-vous été formé à faire face à ce genre de situations ou existe-t-il des instants d'échanges dans le service ?

PAS DE FORMATIONS OU D'INSTANTS D'ECHANGE : "pas assez formé à ça", "pas assez préparé à ça", "pas assez de formation", "pas assez de moments", "pas forcément le temps", "c'est un gros manque"

EXPERIENCE QUI COMPENSE LE MANQUE DE FORMATION : "tu te forges avec le temps", "avec le temps, tu te forges", "avec le temps", "au fil du temps, elle n'est plus la même"

NOTION D'INDIVIDUALISATION DES STRATEGIES ET METHODES D'ADAPTATION : "chaque soignant ne réagit pas de la même façon", "chaque soignant est différent"

STRATEGIES/MECANISMES DE DEFENSE : "faire mine que tout va bien", "infaillibles", "craquer"

LIMITES HUMAINES : "tu restes humain en fait"

IDENTIFICATION AU PATIENT : "ça peut toucher des membres de ma famille, ça peut me toucher moi"

EVOLUTION DE LA RELATION SOIGNANT-SOIGNE : "elle est différente"

SOUTIEN COLLEGIAL : "en parler avec ta collègue"

7. De par vos expériences, est-ce que votre vision de l'échec a changé ou évolué ?

EVOLUTION LIEE A L'EXPERIENCE : "avec le temps"

IDENTIFICATION AU PATIENT : "tu transfères", "tu transfères beaucoup", "je transfère", "elle a l'âge de ma mère", "mon père", "affinités"

STRATEGIE DE PRTOECTION : "tu te blindes"

EVOLUTION DE LA RELATION SOIGNANT-SOIGNE : "ta relation elle change"

IDE 4 :

1. Pouvez-vous me décrire la ou les situations vécues de prise en charge d'un patient dont l'état de santé ne s'améliorait pas malgré les soins et l'accompagnement mis en place ? Et qu'avez-vous ressenti ?

DIMENSION CLINIQUE :

TROUBLE BIPOLAIRE : "trouble bipolaire"

DEPRESSION : "dépression", "déprime", "monde qui s'écroulait", "dépression"

MUTILATION : "mutilations"

TS : "tentatives de suicide", "tentatives de suicide", "tentatives de suicide"

SOLITUDE/ ISOLEMENT SOCIAL : "pas un entourage présent", ""ne s'entendait pas avec ses parents", "manque d'affection", "séparation"

IMPUISSANCE FACE A LA CHRONICITE : "toujours le même schéma", "reviendra tout le temps", "démuni"

DEPENDANTE AFFECTIVEMENT : "dépendante affectivement", "dépendante affectivement", "attachée émotionnellement", "pas stable émotionnellement"

BESOIN DE LA PATIENTE : "soutien", "écoute", "réassurance", "remontait le moral"

CYCLE DE RECHUTE : "rechute", "entrées et sorties qui s'enchaînaient", "récurrent", "suivi très[...] régulier", "sans arrêt", "des années et des années", "retombe dans ses travers", "à nouveau", "retrouve encore en unité"

NON-OBSERVANCE THERAPEUTIQUE : "non-observance"

RESSENTI DU SOIGNANT : "travaillé pour rien", "pour rien", "déception", "échec", "échec"

ENGAGEMENT DU SOIGNANT : "mettre tout en place"

2. Comment définissez-vous un échec dans votre prise en soin ?

ENGAGEMENT DU SOIGNANT : "on a tout mis en place", "mettre les traitements en place"

DEFINITION DE L'ECHEC DANS LA PRISE EN SOIN : "pas avoir le résultat escompté"

ATTENTES/ RESULTATS ATTENDUS : "on attend un résultat", "quand ça ne va pas dans notre sens"

RESSENTI DU SOIGNANT : "pas satisfait de notre travail"

3. Selon vous, qu'est-ce qui peut générer l'apparition de ce sentiment ?

ENGAGEMENT DU SOIGNANT : "envie de bien faire", "pas avoir accompli ton travail", "pas avoir justement abouti aux soins", "pas avoir aidé le patient"

BUT DU SOIGNANT : "porter secours à notre prochain"

DECEPTION : "déception", "déçu", "déceptions"

EVOLUTION PAR L'EXPERIENCE : "au fur et à mesure du temps", "quotidien"

REPRESENTATION DU ROLE SOIGNANT : "notre objectif premier", "mettre tout en place pour que la personne aille mieux"

RESPONSABILISATION DU SOIGNANT : "je suis déçu de moi", "on peut s'en prendre qu'à nous-même"

SENTIMENT D'ECHEC : "sentiment de ne pas avoir accompli", "ne pas avoir abouti aux soins", "ne pas avoir aidé le patient"

4. Comment avez-vous réussi à surmonter cela ?

DIFFICULTE A SURMONTER L'ECHEC : "compliqué", "difficiles"

INTROSPECTION : "remises en question"

EVOLUTION PAR L'EXPERIENCE : "au fur et à mesure des années"

LIMITES DE LA PRISE EN CHARGE : "patients n'ayant pas déjà été traités depuis très tôt", "plus difficile à traiter"

5. Selon vous, ce sentiment peut-il altérer la relation soignant-soigné ?

ABSENCE D'ALTERATION DE LA RELATION SOIGNANT-SOIGNE : "ça n'altère en rien la relation soignant-soigné", "plus facile"

RELATION DE CONFIANCE : "une prise de confiance qui s'est installée", "confiance"

IMPACT POSITIF DE LA RELATION SUR LA PRISE EN CHARGE : "plus facile", "un peu plus rapide[...]que la première prise en charge", "ça va plus vite"

CONTINUITE DES SOINS : "on la voyait souvent", "elle va venir", "on ne recommence pas totalement", "c'est un peu plus rapide que la première prise en charge"

ADAPTATION DE LA PRISE EN CHARGE : "la même façon", "on va mettre les traitements en place", "on va mettre les activités en place", "plusieurs organismes"

COMPREHENSION/ADHESION : "elle sait pourquoi elle est là", "elle sait qu'elle a besoin de nous", "elle sait qu'elle a rechuté"

CHRONICITE : "à répétition", "elle a rechuté", "elle va revenir"

6. Avez-vous été formé à faire face à ce genre de situations ou existe-t-il des instants d'échanges dans le service ?

PAS DE FORMATIONS OU D'INSTANTS D'ECHANGES : "pas du tout", "à aucun moment le personnel est formé"

SOUTIEN COLLEGIAL : "communique entre professionnels"

EXPERIENCE QUI COMPENSE L'ABSENCE DE FORMATION : "on peut en fait sur le tas", "avec l'expérience"

7. De par vos expériences, est-ce que votre vision de l'échec a changé ou évolué ?

SENTIMENT D'ECHEC : "sentiment de frustration", "malgré nous", "frustration, de déception, de tristesse", "c'est frustrant"

INTROSPECTION/REMISE EN QUESTION : "pas [...] les soins correctement"

STRATEGIES D'ADAPTATION : "avec le recul"

ANNEXE V : Tableau d'analyse des entretiens

Thèmes	Codes	Verbatims
1. Le sentiment d'échec	- Aspect subjectifs et pluriels des significations de l'échec - Définition globale - Subjectivité et relativité de l'échec - Ressenti personnel - Frustration - Attentes élevés des soignants - Déception - Fort impact émotionnel	IDE 1 : "l'échec de qui ?" (Entretien 1, Q3-R3), "avoir une intention de mettre des choses en place et à la fin ne palier à rien" (Entretien 1, Q3-R3), "seuil" (Entretien 1, Q4-R4), "se fixe de la réussite et de l'échec" (Entretien 1, Q4-R4), "je ne l'ai pas surmontée du tout" (Entretien 1, Q5-R6) "conception personnelle", (Entretien 1, Q4-R4, "frustré d'avoir essayé de tout donner" (Entretien 1, Q2-R2), "amertume" (Entretien 1, Q2-R2). IDE 2 : "des objectifs [...] n'ont pas été atteints" (Entretien 2, Q3-R3), "sauver tout le monde" (Entretien 2, Q4-R4), "c'est décevant, je dirais, décevant" (Entretien 2, Q2-R3), "on culpabilise" (Entretien 2, Q4-R4) IDE 3 : "quand tu n'arrives pas à atteindre ton objectif" (Entretien 3, Q3-R3), "sentiment d'échec [...] cuisant" (Entretien 3, Q2-R4), "qui marquent à vie" (Entretien 3, Q2-R5), "marquent à vie" (Entretien 3, Q2-R5)

		IDE 4 : “ne pas avoir le résultat escompté” (Entretien 4, Q4-R4), “l’envie de bien faire” (Entretien 4, Q5-R5), “démuni” (Entretien 4, Q3-R4), “travaillé pour rien” (Entretien 4, Q3-R4), “déçu de moi” (Entretien 4, Q5-R6)
2. L’engagement du soignant	- Frustration - Engagement du soignant - Représentation du rôle soignant	IDE 1 : “tout donner” (Entretien 1, Q2-R2) IDE 2 : “on avait vraiment fait pas mal de choses” (Entretien 2, Q2-R3), “on donne tout” (Entretien 2, Q4-R4), “impliqués” (Entretien 2, Q4-R4) IDE 3 : “tu donnes tout, tu donnes tout ce que tu as et tout ce que tu peux” (Entretien 3, Q2-R5) IDE 4 : “mettre tout en place” (Entretien 4, Q3-R4)
3. La relation soignant-soigné	- Relation non-altéré - Engagement du soignant - Assurer une bonne relation soignant-soigné - Relation soignant-soigné faussée - Absence d’altération de la relation soignant-soigné	IDE 1 : “il n’y avait pas d’altération de la relation” (Entretien 1, Q6-R6), “n’altère absolument pas” (Entretien 1, Q6-R7), “maximiser les chances” (Entretien 1, Q6-R7), “faire au mieux pour le maintenir en vie” (Entretien 1, Q6-R6) IDE 2 : “rassurer la personne avant tout” (Entretien 2, Q6-R6), “établir

		une relation de confiance” (Entretien 2, Q6-R6), “je ne vais pas l’abandonner” (Entretien 2, Q6-R6) IDE 3 : “un peu faussée” (Entretien 3, Q6-R6), “ambiance elle est un peu froide” (Entretien 3, Q6-R6), “on n’en parle pas” (Entretien 3, Q6-R6) IDE 4 : “n’altère en rien la relation soignant-soigné” (Entretien 4, Q7-R7), “plus facile” (Entretien 4, Q7-R7)
4. Les stratégies et ressources d’adaptation	- Stratégies d’adaptation - Expérience - Ressenti personnel - Evolution de la perception de l’échec - Pas de formation ou d’instant d’échanges - Echanges informelles en équipe - Introspection/Ressenti professionnel - Expérience qui compense le manque de formation - Soutien collégial	IDE 1 : “Si on a toujours été confronté [...] on trouve des moyens, des parades pour y arriver” (Entretien 1, Q5-R5), “le fait d’être expérimenté [...] nous permet de la surmonter plus facilement” (Entretien 1, Q5-R5), “je ne l’ai pas surmonté du tout” (Entretien 1, Q5-R6), “on ne le représente plus comme une finalité, mais ça peut être une étape” (Entretien 1, Q8-R8), “absolument pas” (Entretien 1, Q6-R7), “On échange de façon informelle” (Entretien 1, Q7-R7) IDE 2 : “on se remet en question” : (Entretien 2, Q5-R5), “en parler” (Entretien 2 Q5-R5), “s’isoler”

		(Entretien 2, Q6-R7), “je vais déléguer” (Entretien 2, Q6-R6), “sur le tas” (Entretien 2, Q7-R7), “pas formée” (Entretien 2, Q7-R7), “jamais garder tout pour soi-même” (Entretien 2, Q5-R5), “communiquer avec ses collègues” : (Entretien 2, Q5-R5), “échanger” (Entretien 2, Q5-R5), “en parler surtout” (Entretien 2, Q5-R5) IDE 3 : “reparlait avec les collègues” (Entretien 3, Q5-R5)), “avec le temps” (Entretien 3, Q7-R7), “pas assez formé” (Entretien 3, Q7-R7), “c’est un [...] manque je pense” (Entretien 3, Q7-R8) “pas assez fait” (Entretien 3, Q5-R6) IDE 4 : “remise en question” (Entretien 4, Q6-R6), “pas du tout” (Entretien 4, Q8-R8), “communiquent entre professionnels” (Entretien 4, Q8-R8)
5. L’évolution de la perception de l’échec et limites du soin	- Evolution de la perception de l’échec - Limites humaines du soignant	IDE 1 : “une étape” (Entretien 1, Q8-R8) IDE 3 : “tu te forges avec le temps” (Entretien 3, Q7-R7), “un problème de moyens” (Entretien 3,

	- Limite organisationnels/de moyens - Expérience qui compense le manque de formation	Q4-R4), "on est humain" (Entretien 3, Q4-R4)
--	---	---

RESUME/ABSTRACT :

Cette étude porte sur l'impact du sentiment d'échec ressenti par les soignants sur la relation soignant-soigné lorsque l'état de santé mental ou somatique d'un patient ne s'améliore pas. Le choix de ce thème découle d'une situation vécue en stage.

L'objectif était d'analyser le vécu des soignants et l'influence de celui-ci sur leur pratique professionnelle. Des lectures ont été réalisées et des recherches menées autour des concepts suivants : l'infirmier, la relation soignant-soigné, le sentiment d'échec du professionnel et l'accompagnement relationnel.

Une enquête qualitative a été menée auprès de quatre infirmiers diplômés d'états expérimentés. Les résultats de cette enquête mettent en évidence la fréquence de ce vécu chez les soignants, l'impact émotionnel fort de celui-ci ainsi que l'absence de formation à la gestion du sentiment d'échec compensée par le soutien collégial et l'expérience qui permet de développer des stratégies d'adaptation pour faire face à ce ressenti et préserver la qualité des soins.

Par ailleurs, les résultats de l'enquête mettent en avant la complexité de la relation soignant-soigné influencée par le vécu émotionnel du professionnel, le contexte de soin ou encore l'évolution du patient

Mots-clés : sentiment d'échec du professionnel, relation soignant-soigné, expérience, accompagnement relationnel, stratégies d'adaptation, impact

This study examines the impact of the sense of failure experienced by healthcare providers on the provider-patient relationship when a patient's mental or physical health does not improve. This research topic arose from a situation encountered during a clinical rotation, which prompted reflection on the experiences of healthcare professionals and how these experiences affect their daily practice. The main objective was to understand how this feeling influences professional attitudes and the quality of the care relationship.

To explore this issue further, theoretical research was conducted on several key concepts : the nursing role, the caregiver-patient relationship, the feeling of professional failure, and relational support. A qualitative survey was then conducted with four experienced state-certified nurses to gather their experiences and perceptions regarding this professional reality.

The results highlight that feelings of failure are frequently encountered in nursing practice and that they have a significant emotional impact on professionals. The study also underscores the lack of training regarding the management of these feelings.

Nevertheless, support from colleagues and the experience gained throughout one's career appear to be essential resources for developing coping strategies to deal with these situations and maintain the quality of care. Finally, the survey reveals the complexity of the caregiver-patient relationship, which can be influenced by the professional's emotional state, the care setting, and changes in the patient's condition.

Keywords : healthcare professional's sense of failure, caregiver-patient relationship, experience, relational support, coping strategies, impact.

