Simuler pour ressentir

Expérience émotionnelle des soignants lors d'une formation par situation simulée aux soins palliatifs

Chloé PROD'HOMME

Maîtresse de conférence universitaire, praticienne hospitalière, clinique de médecine palliative, institut Cœur Poumon, Centre Hospitalier Universitaire, boulevard du Pr Jules Leclerc, 59000 Lille Laboratoire Metrics, ULR 2694, école doctorale biologie santé, UFR3S, université de Lille

DOI : https ://doi.org/10.17184/eac.8964

Résumé : Prendre en compte les affects est nécessaire au soignant : intelligence émotionnelle, « bonne distance », « équilibre affectif » sont autant d'éléments qui interrogent, sachant le cadre institutionnel peu spécifiquement organisé à se confronter à la mort. La simulation en santé place des étudiants dans des scénarios formalisés à l'avance à partir de mises en scène issues d'environnements authentiques. Elle confronte à des situations complexes, souvent stressantes ou rares, qui mettent en exergue l'exemple ou l'erreur pour acquérir un « savoir-faire » complexe. Nous avons fait l'hypothèse que la simulation participe au développement de la compétence émotionnelle. Nous avons mis en place une séance de simulation de soins palliatifs, adaptée à différents publics de formation continue et initiale. Le débriefing de ce dispositif pédagogique par les acteurs impliqués (soignants apprenants et observateurs) a visé les recommandations professionnelles comme la relation d'aide en santé. 59 participants différents pluriprofessionnels ont participé à cette étude. À partir d'une photo-élicitation il s'est agi d'analyser l'expérience émotionnelle des soignants vécue au cours de cette séance de formation continue : fut explorée plus largement l'analyse collective qu'ils font au regard de leur expérience émotionnelle ordinairement vécue. Un objectif secondaire fut d'explorer le bénéfice global du dispositif pédagogique pour la formation en santé. L'expérience de simulation dévoile l'appréhension et l'anxiété anticipatoire liées au regard de l'autre et au manque de repères dû à l'exercice. La photo-élicitation facilite l'échange entre apprenants et le dispositif entraîne des émotions positives d'entraide et de bienveillance. L'expression des émotions retrouve plutôt la tristesse, la peur, le stress, le sentiment de solitude et le soulagement après le décès du patient, ce, liés aux situations similaires vécues. Les émotions en situations authentiques étaient décrites plus intenses qu'au cours de la simulation. Les soignants ressentent l'intérêt de transférer le dispositif sur leur lieu de travail, le débriefing émotionnel étant vécu comme soutenant. Est notée l'absence actuelle d'organisation institutionnelle pour intégrer ce dispositif en dehors des structures spécialisées en soins palliatifs.

Mots-clés : Compétence émotionnelle ; Formation ; Simulation en santé ; Soins palliatifs ; Photo-élicitation.

1 Introduction

Diffuser largement l'accès aux soins palliatifs est un objectif de société en France, comme en attestent les résultats de la récente convention citoyenne sur la fin de vie (voir Auriac-Slusarczyk, dans cet ouvrage ; voir Bellachhab *et al.*,dans cet ouvrage) les textes de lois autour de la fin de vie référés Leonetti 2005 puis Claeys-Leonetti 2016, voir Rousset, dans cet ouvrage), et les nombreux plans pour le développement des soins palliatifs. En France, les soins palliatifs peuvent être administrés par des équipes spécialisées, dans les situations les plus complexes, et aussi dans des services dits « curatifs », par tout soignant dans l'ensemble des lieux du soin. Pourtant, il existe des freins à la mise en place de la démarche palliative, bien étayés dans la littérature. Il peut s'agir de freins individuels, collectifs ou organisationnels.

L'organisation institutionnelle de délégation à une équipe spécialisée peut ainsi être le résultat de multiples efforts pour dédramatiser la mort à l'hôpital, évitant à l'équipe dite « curative » de s'y confronter. Néanmoins, les soins palliatifs spécialisés ne peuvent prendre en charge l'ensemble des personnes en fin de vie, et le travail à proximité du mourir reste l'affaire de tous.

2 Cadre théorique

Individuellement, la difficulté de se confronter à la mort de l'autre participe aux limites de mises en œuvre d'un accompagnement de qualité auprès des patients en fin de vie et de leurs proches. Castra décrit pour le soignant la violence du rapport à la fin de vie et à la mort en milieu hospitalier (Castra, 2004). Il est nécessaire de prendre en compte les affects et l'émotion des soignants (voir Auriac-Slusrczyk *et al.,*, dans cet ouvrage) confrontés à l'expérience du mourir, afin d'éviter l'épuisement moral ou « le burn-out ».

La prise en compte des affects correspond donc à un aspect significatif de l'activité soignante dans les prises en charge palliatives, et est intégrée comme une compétence nécessaire au soignant de soins palliatifs (Jouquan *et al.,* 2020). Celui-ci doit pouvoir reconnaître des émotions et des sentiments (de soi et d'autrui), exprimer des émotions et des sentiments, s'ajuster émotionnellement à la situation et mobiliser ses émotions pour développer sa pensée et son action. On parle ainsi d'intelligence émotionnelle, de « bonne distance », « d'équilibre affectif » : autant d'éléments qui interrogent les objectifs des formations aux soins palliatifs envers les soignants, et notamment lorsque leur cadre institutionnel n'est pas spécifiquement organisé à se confronter à la mort de l'autre (Mikolajczak et Bausseron, 2013).

La simulation en santé, basée sur la mise en scène des étudiants dans des scénarios formalisés à l'avance et dans un environnement authentique (voir Saint-Dizier de Almeida et Kebir, dans cet ouvrage), permet aux apprenants de se confronter à des situations complexes, souvent stressantes ou rares, afin de favoriser un apprentissage par l'exemple ou l'erreur pour acquérir un « savoir-faire » complexe. La simulation se base sur un briefing et un débriefing de situation par des formateurs, cherchant à mobiliser la dimension réflexive des apprenants avant et après les mises en scène. Les formateurs s'appuient sur l'analyse des émotions vécues, des décisions prises,

Published in : AURIAC-SLUSARCZYK, Emmanuèle (dir.), *Mourir en société(s)*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005458, doi : 10.17184/eac.9782813005458

des gestes ou actes réalisés au cours des mises en situations, et les croisent avec l'expérience antérieure des apprenants. La transférabilité des apprentissages réalisées par l'évocation de situations similaires vécues dans le soin est prise en compte. Seul 0,3% des simulations répertoriées par l'HAS en 2021 en France concernent les soins palliatifs. La question de la confrontation à la mort et à la fin de vie en simulation est actuellement extrêmement débattue dans la littérature (Nunes *et al.*, 2019 ; Gillan *et al.*, 2014 ; Corvetto *et al.*, 2013) notamment pour des raisons de confrontation émotionnelle qui serait trop intense, inefficace, voire destructrice pédagogiquement.

Pour autant, baser ses formations en soins palliatifs sur la simulation peut aussi avoir du sens, notamment pour anticiper des situations possiblement stressantes ou rares, et pour justement améliorer la compétence émotionnelle des étudiants. En en faisant un enjeu pédagogique central dans la construction de la séance de simulation en santé, nous avons souhaité étudier l'expérience émotionnelle d'une séance de simulation aux soins palliatifs, comparée à celle du soin, en faisant l'hypothèse que la simulation pouvait permettre d'intégrer la compétence émotionnelle dans les objectifs d'une formation aux soins palliatifs.

3 Méthodologie

Nous avons mis en place un dispositif pédagogique contenant une séance de simulation en santé de 3 heures, adaptée à différents publics de formation continue et initiale. Les formateurs pluridisciplinaires (un médecin et un infirmier) encadraient dix à quinze apprenants par séance. Cette séance a été adossée à une formation théorique en amont et/ou en aval, et à de la documentation théorique distribuée aux apprenants à la suite de la séance. La thématique concernait la prise en charge des symptômes pénibles en fin de vie et l'accompagnement des patients et de leurs proches. À l'aide de deux scénarios, à savoir la prise en charge de l'encombrement terminal chez un patient de 47 ans atteint d'un cholangiocarcinome réfractaire, et l'accompagnement de son épouse, ainsi que la mise en place d'une sédation pour détresse respiratoire aiguë chez un patient de 68 ans atteint d'une lymphangite carcinologique, nous avons abordé des situations fréquentes ou stressantes de soins propres aux soins palliatifs. Le niveau de complexité et les rôles attendus dans les scénarios étaient adaptés à chaque public, à qui on demandait de jouer également les proches des patients. Le débriefing collectif des apprenants acteurs et observateurs avait pour objectif de transmettre les recommandations professionnelles existant dans ces situations, et aussi d'explorer la relation d'aide mise en place vis-à-vis du patient et de ses proches, et d'analyser l'expérience émotionnelle des apprenants durant la mise en situation, au regard de celle vécue durant un soin comparable.

La partie du débriefing concernant particulièrement l'expérience émotionnelle a été enregistrée et analysée qualitativement afin de pouvoir réaliser cette recherche. Aucune étude n'a à ce jour en France exploré l'expérience émotionnelle des apprenants en situation simulée dans le domaine des soins palliatifs. Ainsi, la méthode qualitative permet une analyse exploratoire et pilote de la question. L'accord du comité d'éthique de l'université de Lille a été obtenu pour cette étude, et une déclaration à la CNIL a été réalisée en amont du recueil.

Published in : AURIAC-SLUSARCZYK, Emmanuèle (dir.), *Mourir en société(s)*, Editions des archives contemporaines,
ISBN : 9782813005458, doi : 10.17184/eac.9782813005458

Le guide d'entretien était basé sur la photo-élicitation (Glaw *et al.*, 2017). En effet, il est difficile de parler de ses émotions, et nous cherchions à ouvrir les apprenants à une rationalité différente, à une expression plus abstraite, à l'imaginaire à partir des illustrations. Les photos étaient sélectionnées parce qu'elles étaient utilisées dans le cadre de travaux pédagogiques antérieurs sur les représentations de la sédation et des soins palliatifs, et aussi à partir de la base de données International Affective Picture System (IAPS) qui catégorise des images selon la typologie et l'intensité émotionnelle que leurs visions procurent. Au cours de cette séquence, nous demandions à chacun des apprenants de justifier une sélection de photographies représentant au mieux les émotions ressenties au cours de la simulation et une autre sélection pour les émotions ressenties au cours d'une situation de soin similaire. Puis, nous explorions l'intérêt perçu de ce tour de table autour des émotions et ce que les participants en retenaient dans leur pratique clinique. Il existait à ce temps de groupe un intérêt pédagogique : permettre un temps d'échange autour des émotions entre soignants, évaluer sa faisabilité et l'intérêt ressenti pour les participants de le renouveler au cours du soin, et, aussi, accompagner et améliorer l'apprentissage réalisé au cours de la séance de simulation en débriefant d'éventuelles expériences émotionnelles trop intenses ou négatives.

Les entretiens de groupe étaient enregistrés par dictaphone et retranscrits par les chercheurs. À partir de la retranscription, une analyse par thématique était réalisée sur le verbatim, en trois niveaux de codage et en prenant en compte le choix des photos. Deux codages indépendants ont été réalisés par quatre chercheurs en santé et sciences de l'éducation et de la formation, formés à la recherche qualitative, permettant une triangulation dans la construction d'un arbre thématique. Les entretiens ont été analysés jusqu'à suffisance des données.

La population d'apprenants comprenait 59 participants dont 12 hommes et avait en moyenne une expérience professionnelle de 10 ans (de 1 à 35). 37% étaient des internes en médecine, 37% des infirmiers, 19% des aides-soignants et 7% des médecins. 18% avaient eu une formation antérieure en soins palliatifs, et 8% travaillaient depuis peu dans une structure de soins palliatifs. 45% avaient eu une expérience de formation antérieure de simulation en santé.

Les enregistrements duraient environ trente minutes et ont permis d'aborder à la fois l'expérience émotionnelle suscitée par la séance, l'expérience émotionnelle du soin et l'intérêt perçu de l'analyse collective des émotions pour les apprenants.

4 Résultats

4.1 L'expérience émotionnelle suscitée par la séance

Certains apprenants ont décrit une expérience émotionnelle péjorative en lien avec l'anxiété et avec l'appréhension de la séance de simulation, du fait d'une part du regard des autres apprenants et des formateurs, et d'autre part d'un manque de repères en lien avec l'exercice (repères de lieu, de méconnaissance préalable du patient, de l'équipe soignante, de l'organisation du service…) et aussi de la confrontation à une situation de soin jugée inconfortable. Ils ont exprimé avoir l'impression de perdre le

Published in : AURIAC-SLUSARCZYK, Emmanuèle (dir.), *Mourir en société(s)*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005458, doi : 10.17184/eac.9782813005458

côté instinctif du soin, d'être moins spontanés dans leurs interactions avec le patient ou les proches. Ainsi :

> *« moi la mise en situation, j'aurais plutôt justement mis cette image-là plus dans le sens où avant même d'entrer dans la salle de simulation, on sait qu'on va vivre un événement anxiogène, avant même de connaître l'histoire, on le sait et du coup, tout de suite, on se recule parce qu'on ne veut pas forcément le vivre ou le revivre ».*

Les participants ont *a contrario* insisté sur la qualité du climat mis en place durant les séances qui leur ont permis de dépasser leur stress : bienveillance, sentiment de sécurité, sérénité, respect, absence de jugement ou de critique étaient mis en évidence. La formation a été jugée participative, avec une liberté de parole permettant l'échange d'expérience, adaptée à la formation continue. Ainsi, les photos choisies représentaient une construction commune telle que le puzzle ou la chaîne humaine, avec des émotions positives accolées à ces choix. Par ailleurs, c'était la relation égalitaire ou symétrique entre l'ensemble des apprenants qui était mise en exergue, contrairement aux relations de travail. Ainsi :

> *« moi je choisirai la photo avec l'accolade, avec le monsieur qui sourit. C'est un peu comme ça que j'ai un peu comme ça que j'ai vécu la formation cette après-midi avec une entraide bienveillante, voilà on est là pour discuter et pour pouvoir, enfin dans la bienveillance » « Ce sentiment justement de partage et de coopération… si on est seul dans notre rôle, pour moi d'aide-soignante, ça fait toujours plaisir de dire que… le fait là justement qu'il y ait des interactions de différents professionnels dans cette formation, dans ce même questionnement ça ne peut que nous permettre d'avancer dans les réponses ».*

Les participants ont insisté sur le réalisme des situations, qui a pu entraîner des émotions similaires à celles du soin, telles que le sentiment d'empathie et aussi des émotions marquantes, favorisant la mémorisation. Ils ont exprimé se prendre au jeu, « rentrer dedans » et se sentir rassurés pour la suite de leur pratique, entraînant un sentiment de satisfaction. Pour exemple :

> *« alors oui parce qu'on sait que ce n'est pas la réalité mais effectivement fin on oublie qu'on est filmé et on se prête énormément au jeu et on fin moi sur le tableau de détresse, effectivement il y a quand même un peu l'urgence de se dire : ah bon ben là, fin qu'est-ce que je fais ? Il faut le faire quoi donc, c'est quand même, c'est super, fin c'est très bien de de d'avoir ces simulations-là parce qu'effectivement, je pense que ça apprend des choses au lit du malade sans un peu le, comment on dit ? la culpabilité de pas avoir fait bien pour le vrai patient ».*

Néanmoins, les participants évoquaient parfois un sentiment de malaise ou d'indécence en lien avec le fait de « jouer » une situation dramatique et sérieuse, ainsi :

Published in : AURIAC-SLUSARCZYK, Emmanuèle (dir.), *Mourir en société(s)*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005458, doi : 10.17184/eac.9782813005458

« personnellement, on m'aurait obligée de le faire euh, je l'aurais très mal vécu. Je n'avais pas envie de euh de le faire, de le faire. Pour moi, je ne voyais pas l'intérêt d'aller de l'autre côté et faire une simulation alors qu'on les, on le vit tous les jours. »

4.2 L'expérience émotionnelle du soin

L'expérience émotionnelle du soin dans des situations similaires de soins palliatifs est plus centrée sur la difficulté émotionnelle, notamment la tristesse, la lourdeur du travail et de la confrontation aux situations de fin de vie ou aux décès, la confrontation aux émotions des proches et le transfert possible des soignants qui les ressentent en miroir, de la sorte : *« ben la tristesse par exemple. On est soulagés pour eux comme on disait mais on nous dit des barrières, des barrières, des barrières, des barrières, mais ce n'est pas…, facile à dire…, très très compliqué puis des fois, ils n'ont que nous. Donc on fait, on est quand même un peu des buvards »*. Ou encore : *« La nuit, on est fatigué, les émotions elles sont décuplées ».*

C'est également le sentiment de solitude (voir Bernard et Dumas, dans cet ouvrage) qui a été rapporté à de nombreuses reprises, en contraste avec ce qui a pu être rapporté durant la simulation. Ce sentiment de solitude est surtout présent chez les internes lors des gardes. Un interne, se disant plus ancien, nuance ce sentiment de solitude, parce qu'il a acquis par l'expérience le réflexe de solliciter l'équipe paramédicale ou le médecin d'astreinte, le travail en équipe devant se rechercher, se construire, parfois s'imposer, ainsi : *« le couloir, c'est vrai […] ces des situations qui arrivent la nuit on a tendance à se sentir assez seul ».*

Certains apprenants ont insisté sur le sentiment d'être démunis, de ne pas savoir faire ou savoir s'y prendre, notamment dans la communication et la relation à la personne gravement malade ou aux familles (voir Bellachhab *et al.*, dans cet ouvrage). Ils ont évoqué l'espoir que cette formation diminue ce sentiment d'incompétence, et cette peur de mal faire, qui conduit à une volonté de fuir, d'être ailleurs ou de se cacher face à ces situations . Ils s'expriment : *« enfin vraiment j'avais tellement peur de parler de dire des bêtises d'être maladroite euh… que je fuyais »*. Ou encore : *« si j'avais pu me cacher les yeux ou me cacher dans un coin parce que je ne savais pas comment gérer cet enfant en fait. Je savais pas du tout et c'est compliqué et cette formation ben… je pense que je vais partir de cette formation enrichie donc voilà ».*

C'est parfois également l'angoisse et le stress des situations qui participent à la perte des moyens des acteurs en situations de soin, liés à un certain niveau de « panique » inhérente à la situation, qui nécessite de s'adapter à des situations hors du commun, contrairement à la simulation plutôt vécue comme moins complexe. Ainsi : *« par contre c'est quand même très fréquent comme quand bah voilà on est de garde et qu'on nous appelle pour voir un patient. On sait pas trop, c'est un peu angoissant, on se sent très seul ».*

Un interne a évoqué un sentiment d'insécurité, notamment en garde, face à des situations similaires, pouvant être parfois traumatisantes : *« je prends le radeau de la méduse, quand j'ai demandé de l'aide c'était le bordel, on n'a pas su m'aider et… et que les soins palliatifs c'était pas leur problème ».*

Published in : AURIAC-SLUSARCZYK, Emmanuèle (dir.), *Mourir en société(s)*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005458, doi : 10.17184/eac.9782813005458

L'expérience émotionnelle du soin est particulière dans le cadre de la fonction décisionnaire : là encore, les internes ont à plusieurs reprises évoqué la peur de prendre une mauvaise décision, de porter la responsabilité d'une décision irréversible et incertaine en situation palliative. D'autres ont décrit, face à la difficulté de trouver le bon chemin, la bonne décision face à une situation de détresse respiratoire asphyxiante. Par ailleurs, en garde, les internes exprimaient l'absence de retour sur leur prise de décision, entraînant un sentiment de flou ou de brouillard sur la considération de l'expérience ou de la situation : s'est-elle bien passée ? Est-ce cela qu'il fallait faire ? Est-ce acceptable ? Notamment lorsqu'ils n'avaient plus accès à l'évolution des patients à la suite des gardes, ils verbalisaient : *« c'était plus par rapport aux premières expériences … le sentiment de ne pas savoir quoi faire dans certaines situations et en en même temps être seule à faire quelque chose que je sais pas du tout faire »*. Ou encore : *« la première fois qu'on prend une vraie décision médicale, ça fait toujours un peu peur »*.

Le sentiment culpabilisant d'accélérer ou de provoquer la mort était présent chez plusieurs internes, complexifiant la prise en charge. Une image marquante choisie dans ce contexte est celle d'un revolver. Une interne a évoqué sa détresse, en garde, d'être renvoyée, à la suite d'une remarque de l'infirmière diplômée d'État suite à la vision d'un soin qui allait provoquer la mort du patient. Là encore, l'absence de reprise ou de débriefing après ces situations entraînait culpabilité et dévalorisation sur le long terme, dépeint de la sorte : *« un peu de culpabilité derrière parce que j'avais l'impression d'avoir tué le patient sur le coup […] j'ai eu le sentiment de le tuer mais en même temps je savais que j'avais fait la bonne chose »*. Ou encore :

> *« Dans une garde où il y a une patiente qui était pas bien et on faisait les bolus et j'ai demandé à l'infirmière d'en faire un autre elle m'a répondu « du coup on fait partir la dame maintenant ? » et ça m'a mis assez mal parce que j'avais pas je le visualisais pas comme ça mais du coup après je l'ai pensé comme ça et c'était de l'anxiété de la culpabilité un peu de solitude en fait c'est pour ça cette image parce que moi dans ma tête je pensais qu'on l'accompagnait ensemble et puis finalement elle m'a renvoyé à l'image qu'on la faisait partir et c'était un peu… c'est… voilà »*.

L'expérience émotionnelle du soin était plus positive lorsque les soignants médicaux ou paramédicaux évoquaient le soulagement, le repos ou l'apaisement ressentis après la mise en place d'une pratique sédative efficace sur les symptômes réfractaires d'un patient, ou encore après un décès, lorsque celui-ci était attendu. Ils ont évoqué un sentiment de lâcher-prise comme après une période de tension ou de concentration importante. Par ailleurs, l'expérience émotionnelle du soin était également plus positive lorsqu'il s'agissait d'évoquer la place et le soutien obtenus dans l'équipe, la solidarité et l'entraide décrites dans l'interrelation entre soignants à l'hôpital : le « faire équipe », ce que traduit par exemple, ce propos : *« heureusement oui on a une bonne équipe… franchement… c'est compliqué. Notre soutien c'est notre équipe… De toute façon si on n'avait pas notre équipe on ne tient pas… »*.

Published in : AURIAC-SLUSARCZYK, Emmanuèle (dir.), *Mourir en société(s)*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005458, doi : 10.17184/eac.9782813005458

Par ailleurs, des soignants médicaux et paramédicaux ont décrit des émotions positives en lien avec l'accompagnement des patients ou des familles, satisfaisant, pouvant être pourvoyeur de joie, ainsi :

> *« moi j'arrive pas trop à choisir entre deux photos […] celle du sourire […] une famille qui m'a marqué euh […] les accompagner en chambre pour la voir euh ouais on rigole et ils me disent merci donc ça m'a fait penser à ça je me dis bon bah ça va on n'a pas trop mal géré le truc finalement alors que c'était une situation bah urgente catastrophique et dramatique à 2 heures et demi du matin. »*

4.3 L'analyse collective des émotions par les apprenants

À la fin de l'entretien, nous les questionnions autour de leur analyse de ce temps consacré à leurs émotions durant la formation et le soin. Nous leurs demandions si certaines choses les avaient surpris, questionnés, si cela avait été difficile ou facile, si cela les avait intéressés, et enfin, s'ils en retenaient quelque chose pour leur pratique clinique.

L'expérience émotionnelle du soin était reconnue et identifiée par les apprenants comme multiple et intense, même s'il n'était pas toujours facile de les nommer.

La prise en compte des émotions par les formateurs durant la séance de simulation permettait une ambiance bienveillante, rassurante. Cela favorisait leur apprentissage en évitant de les braquer sur leurs émotions négatives, tel que rapporté par exemple en disant *« ben… j'ai l'impression que tout le monde a exprimé un peu ce qu'il ressentait euh… À la fois euh ça se joue dans la situation et le débriefing aussi. La parole était libre oui… »*, ou bien ainsi, *« c'est, c'est plus marquant émotionnellement en fait. Et du coup, je pense que je me souviendrai plus euh, il y a des détails dont je me souviendrai plus facilement comme ça que si je l'avais juste euh lu sur un PowerPoint ou euh… »*, ou encore :

> *« oui fin si quand même parce que si on ne prenait pas en compte nos émotions euh ben on aurait dit : ben oui, on va faire ça. Mais fin, ça fausse un peu le… Fin, je ne sais pas, je ne sais pas si je suis claire mais c'est vrai, on m'aurait dit « ben non mais t'as mal fait ça, c'était pas comme ça qu'il fallait faire », euh de braquer euh. Je me dis que la simulation, ce n'est pas le but, c'est… je pense que c'est pas comme ça qu'on apprend et… c'est pas pédagogique. Fin je pense ».*

Certains apprenants retrouvaient un intérêt dans le partage collectif autour des émotions, car cela leur semblait nécessaire au soin et notamment aux soins palliatifs : savoir porter attention aux émotions du patient, des proches, des soignants était identifié comme une compétence à acquérir.

L'intérêt d'un partage autour de l'expérience émotionnelle existait aussi car cela participait à la construction d'un lien dans le travail en équipe, soutenant et enrichissant :

Published in : AURIAC-SLUSARCZYK, Emmanuèle (dir.), *Mourir en société(s)*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005458, doi : 10.17184/eac.9782813005458

le reflet de ses émotions dans celles des autres aide à vivre la situation, et c'était aussi signalé comme un enrichissement dans la différence. Nous l'illustrons par ces propos :

> *« Bah après, ici dans le service je trouve que ça serait utile de faire un débriefing à chaud…parce que les émotions elles sont fortes, à chaud et… Sur le moment. Et ça peut peut-être aider des collègues des fois qui partent avec ce poids-là chez elles et…Du coup, il y a beaucoup de jeunes collègues chez nous avec des enfants en bas âge quoi et ce n'est pas forcément toujours évident le retour à la maison avec les petits… ou même avec des ados et tout ça mais. Je trouve que parler à chaud avec l'équipe ça peut être pas mal je trouve. Ce qu'on ne fait pas ».*

Pour les apprenants, la prise en compte des émotions secondaires aux activités de soin pouvait être favorisée par des temps informels de discussion et par la qualité du travail en équipe. Ils ont mis en évidence la réalité d'un espace-temps nécessaire pour laisser une place aux émotions, et la violence qui pouvait exister lorsque cet espace-temps n'était pas possible, de cette manière, pour exemple : *« c'est vrai que quand on sort de garde des fois on a vécu des choses un peu fortes et on transmet ça à l'équipe le matin ils font « ah d'accord » puis on rentre avec ces/ses… enfin avec ce qui s'est passé et on en débriefe avec personne à l'extérieur ».*

Les freins à la mise en place de cet espace-temps durant le soin pouvaient être en lien avec l'organisation du travail, en situation de garde où les émotions sont décuplées, ou aux urgences, en lien avec le rythme, l'enchaînement entraînant une dissonance émotionnelle (sourire à un patient en lui donnant à manger, après avoir fini une toilette mortuaire). La charge de travail et la répétition des situations limitaient également, d'après les participants, la construction d'un espace-temps dédié, alors qu'il était plus facile lors d'une situation plus rare ou inattendue, comme, pour exemple, lors du décès soudain d'un patient jeune, rapporté de la sorte : *« ouais surtout qu'on n'a pas le temps d'échanger quoi. À la limite on va se sauver du service deux minutes dire aller je vais aller fumer une clope quoi. il faut enchaîner derrière. Il n'y a pas de répit ».*

Les rapports hiérarchiques ou l'indisponibilité des professionnels pouvait limiter l'expression des émotions dans une équipe. Certains apprenants rapportaient l'absence de pouvoir décisionnaire pour faire bouger les choses et mettre en œuvre l'espace-temps nécessaire, et décrivaient des cadres organisationnels inadaptés ou trop rigides et inefficaces, comme l'obligation de rencontrer une psychologue lors d'un premier décès, pour exemple.

Et ce sont aussi des freins personnels qui sont rapportés, dans la difficulté à solliciter l'organisation d'un débriefing ou d'un groupe de parole, la mise à distance des émotions (on tourne la page), l'activation de mécanismes de défense. Cette mise à distance des émotions pouvait être vue négativement par les participants, car pouvant revenir en boomerang, lors d'une fragilité personnelle. Il s'agissait également de la représentation de la posture de soignant, qui se devait de mettre à distance ses émotions pour pouvoir travailler. Cette culture professionnelle (voir El Haik-Wagner, dans cet ouvrage) semblait être un frein majeur à l'élaboration collective autour des émotions,

Published in : AURIAC-SLUSARCZYK, Emmanuèle (dir.), *Mourir en société(s)*, Editions des archives contemporaines,
ISBN : 9782813005458, doi : 10.17184/eac.9782813005458

à leur reconnaissance et à leur prise en compte : *« ça (les émotions du soignants) ne fait pas partie du soin ».*

Pourtant, les facteurs favorisant la prise en compte des émotions durant le soin pouvaient être au contraire les bonnes relations d'équipes, solidaires ou amicales, permettant des temps informels improvisés et soutenants. Pour cela, la normalisation du besoin de soutien semblait nécessaire, notamment pour les internes, afin de bénéficier d'espace-temps utile, ce qu'ils verbalisent : *« faudrait peut-être normaliser le fait qu'on ait besoin de soutien. Qu'on ait besoin d'écoute quoi. Nous demander comment est-ce qu'on va déjà. [plusieurs voix]. Demander qu'est-ce qu'on a ressenti, comment on va, comment est-ce qu'on vit notre stage aussi. Y'a pas souvent… ».*

Lors de certaines situations, la mobilisation d'une équipe pour prendre un temps émotionnel était possible et semblait favorisée dans les situations palliatives, par la proposition d'une équipe mobile de soins palliatifs, telle que : *« ben je pense que le fait déjà d'avoir l'équipe et d'être solidaire c'est le B-A ba, je trouve. Moi ça m'a toujours aidée en priorité je vais dire par rapport à la gestion de mes émotions, ça a toujours été l'équipe ».*

Individuellement, l'engagement, dans une formation telle que celle proposée aux soins palliatifs, pouvait également être à l'émergence d'une prise en compte des émotions dans le soin.

5 Discussion

Si l'expérience émotionnelle de la formation par simulation en santé est différente de celle du soin palliatif, elle peut être une force d'évocation d'expériences vécues, et un levier à l'analyse collective des émotions dans le soin. L'attention portée à ces émotions par les formateurs améliore le vécu et la perception d'apprentissage pour les apprenants. Un débriefing centré sur les émotions des apprenants, à partir de la photo-élicitation, a permis un échange et une analyse de l'intérêt, des freins et des leviers à la construction d'un espace-temps consacré aux émotions des soignants. Cet espace-temps semble nécessaire, utile aux apprenants pour mettre en œuvre une démarche palliative au sein de leur structure de soin.

Il est parfois difficile pour les participants, malgré la consigne, de nommer ou de parler de leurs émotions. La durée et la richesse des focus-groupes très inégales, montrent l'importance d'une émulation de groupe pour permettre de « libérer » la parole sur ce sujet. Si les chercheurs et formateurs ont respecté cela, les quelques relances proposées, pourtant non insistantes, furent la plupart du temps inefficaces. Les soignants pouvaient employer des verbes d'action, ou décrire des situations particulières sans nommer d'émotions. Si le choix des photos était quasi systématique et rapide, la prise de parole n'était pas obligatoire, et entre 0 et 2 personnes par groupe n'ont pas pris la parole. On observe également que le choix des termes ou des mots peut être influencé par les prises de paroles précédentes et ce fut l'une des limites du choix des entretiens de groupe. Pour autant, l'intérêt pédagogique a primé : il est central que les participants puissent faire l'expérience d'une analyse collective des émotions et pouvoir se questionner sur l'intérêt de la renouveler dans le soin.

Published in : AURIAC-SLUSARCZYK, Emmanuèle (dir.), *Mourir en société(s)*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005458, doi : 10.17184/eac.9782813005458

Un des résultats marquant de notre étude est la difficulté émotionnelle du travail lors des phases de garde, notamment pour les médecins en formation, lorsqu'elle ne s'accompagne pas d'un temps formalisé de débriefing des situations les plus difficiles. On a mis en évidence que certains participants ont l'expérience et la culpabilité d'avoir pu donner la mort à une personne, même s'il s'agit d'une mise en œuvre justifiée d'un traitement sédatif face à des souffrances réfractaires conduisant immanquablement le patient à son décès. L'absence de reprise, tant sur le plan cognitif qu'émotionnel de ces situations, entraîne des marques tenaces auprès des internes en médecine, qui peuvent réagir différemment dans la prise en charge des situations suivantes, et éviter ensuite de partager leur émotion lors de situations difficiles, du fait de n'avoir pas été écoutés auparavant.

6 Conclusion

Cette recherche a cherché à évaluer une innovation pédagogique peu retrouvée dans la littérature, dans le domaine des soins palliatifs (Randall *et al.*, 2018 ; Gillan *et al.*, 2014). Parmi les études explorant particulièrement l'expérience des participants à une séance de simulation en santé dans le domaine des soins palliatifs, aucune ne se concentre sur les émotions des apprenants ni utilise la photo-élicitation.

L'analyse collective des émotions menée dans le cadre de la simulation en santé, dans le domaine des soins palliatifs, semble un puissant levier de prise en compte des émotions dans les situations de soins complexes pour améliorer les compétences en soins palliatifs. Dnas cette étude, la photo-élicitation a permis aux apprenants d'exprimer leurs émotions et d'expérimenter l'intérêt d'un débriefing émotionnel lors des prises en charge palliatives. Le levier pédagogique en soi de la photo-élicitation semble intéressant pour poursuivre ou élaborer des formations au-delà de cette étude. Il nous semble majeur, à la lecture des résultats, que la formation en soins palliatifs peut participer à la création d'espace-temps consacré à l'analyse collective des émotions.

Pour finir, nos résultats questionnent l'approche par compétences en santé. L'approche par compétences nous semble, pour la compétence émotionnelle, trop centrée sur l'apprenant et certaines caractéristiques qui lui seraient propres. On ne prend sans doute pas encore assez en compte les limites des institutions, du management ou de l'organisation du travail pour développer cette compétence, limites qui sont retrouvées dans cette étude.

Bibliographie

Castra, Michel (2004), Faire face à la mort : réguler la « bonne distance » soignants-malades en unité de soins palliatifs, *Travail et Emploi, 97*, p. 53-64.

Corvetto, Marcia.A ; Taekman, Jeffrey.M. (2013). « To die or not to die ? A review of simulated death, *Simul Heathc. 8*(1), p. 8-12, DOI : 10.1097/SIH.0b013^{e}3182689aff

Gillan, Pauline.C ; Jeong, Sarah ; van der Riet, Pamela (2014). « End on life care simulation : A review of literature », *Nursign, Paramedecine and Heath Sciences, 34*(5), p. 766-774.

Glaw, Xante ; Inder, Kerry ; Hazlton Michael (2017), "Visual Methodologies in Qualitative Research : Autophotography and Photo Elicitation Applied to Mental Health Research, International Journal of *Qualitative Methods, 16*(1), https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1609406917748215

Published in : AURIAC-SLUSARCZYK, Emmanuèle (dir.), *Mourir en société(s)*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005458, doi : 10.17184/eac.9782813005458

Jouquan, Jean ; Parent, Florence ; Mathe, Amandine ; Burucoa, Benoît (2020). « Penser le développement des soins palliatifs en termes de compétences », *in* Manuel de soins palliatifs, Dunod, Paris, p. 1219-1236. DOI : 10.3917/dunod.centr.2020.01.1219

Mikolajczak, Moïra ; Bausseron, Élise (2013). « Les compétences émotionnelles chez l'adulte », in Luminet, Olivier, *Psychologie des émotions : nouvelles perspectives pour la cognition, la personnalité et la santé*, Debœck, Bruxelles, p. 129-173.

Nunes, Stéphanie ; Harder, Nicole (2019). "Debriefing and Palliative Care Simulation", *Journal of Nursering Education, 58*(10), p. 569-576.

Randall, Ducan.C ; Garbutt David ; Barnard, Michaela (2017), Using simulating as e Learning Experience in Clinical Teams to Learn about Palliative and End of Life Cre : A literature Review, *Death Studies 42*(3), p. 172-183. https://doi.org/10.1080/07481187.2017.1334006

Published in : AURIAC-SLUSARCZYK, Emmanuèle (dir.), *Mourir en société(s)*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005458, doi : 10.17184/eac.9782813005458